

APPROCHE PSYCHO DYNAMIQUE DU SYNDROME DE DIOGÈNE

[Adrien Pichon](#)

Champ social | « [Pratiques en santé mentale](#) »

2015/2 61e année | pages 19 à 24

ISSN 1286-1286

ISBN 9782353718818

DOI 10.3917/psm.152.0019

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2015-2-page-19.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Champ social.

© Champ social. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Approche psycho dynamique du syndrome de Diogène

L'auteur interroge les conditions de possibilité d'une pratique clinique d'orientation psychanalytique à domicile auprès de personnes en situation d'incurie ou syndrome de Diogène. Il s'appuie sur une recherche dans le cadre d'un travail de thèse de doctorat. Le dispositif de recherche s'inscrit dans l'accompagnement d'une équipe de travailleuses sociales intervenant dans le logement auprès de personnes en situation d'incurie.

Adrien Pichon

Psychologue
clinicien
Chercheur
ONSMP-ORSPERE
Lyon (69)

Cette recherche est née d'un double questionnement :

- Un processus thérapeutique à domicile est-il possible tout en maintenant une référence théorique psychanalytique ?

- Qu'est-ce que la psychologie clinique d'inspiration psychanalytique peut nous apprendre sur l'habiter en s'intéressant au syndrome de Diogène et à l'incurie dans le logement ?

C'est autour de ces questions que le texte suivant va s'articuler en présentant quelques réflexions et hypothèses en cours.

Du cadre classique à une démarche proactive : éthique et pratique de la rencontre avec Diogène

La clinique à domicile : dimension cachée du soin psychique ?

Historiquement, la théorie psychanalytique s'est construite à partir d'un cadre précis : le traitement en libéral des états névrotiques, autrement dit sur une pratique «résidentielle» (le cabinet de l'analyste et le divan¹ qui en constitue symboliquement la « demeure »). L'habiter ne devait ainsi pas constituer

un objet de recherche dans ces conditions, et ce durant une longue période. De même, la clinique majoritairement issue du travail avec des sujets névrosés a dans un premier temps peu questionné l'universalité de leurs compétences et acquis identitaires (capacités de symbolisation verbale, différenciation Moi/non-Moi, permanence des représentations d'objet...), et la métapsychologie s'est ainsi développée sur le mètre-étalon de la névrose. L'extension de la pratique à d'autres pathologies ou modes de fonctionnement (psychoses, états limites, enfance...) a permis d'importantes avancées théoriques et des innovations majeures concernant le cadre, le dispositif pratique d'écoute et de traitement des patients. Depuis plusieurs décennies, le CRPPC² de l'université Lumière Lyon 2 a largement contribué au développement de ces innovations concernant le cadre pour le rendre disponible aux sujets en souffrance narcissique identitaire (errance, délinquance, clinique carcérale...), aux groupes, ou aux sujets relevant d'autres régimes de symbolisation (psychoses infantiles, autisme). Mais la pratique strictement thérapeutique à domicile est longtemps restée exclue du champ des indications de la psychanalyse³ et des recherches en psychopathologie. J'ai donc

Mots-clés :

Cadre
psychanalytique
Clinique
Habitat
Syndrome de
Diogène
Visite à domicile

souhaité engager mon travail dans cette direction, en interrogeant cette exclusion, dans le cadre d'un accompagnement centré sur le domicile, pour des personnes en situation d'incurie dans le logement et atteintes du syndrome de Diogène.

L'absence de demande et la question éthique

La première difficulté concerne la question de la demande de soin. Les personnes en situation d'incurie dans le logement « auraient besoin de tout mais ne demandent rien » (Monfort et al. 2010). Afin de limiter la restriction aux libertés individuelles, le dispositif auquel je participe ne propose son accompagnement que lorsqu'un danger avéré pour la personne elle-même ou son entourage proche (ses voisins généralement) est repéré, signalé et authentifié. La philosophie de base de cette proposition d'accompagnement, est surtout d'éviter le recours à des solutions coercitives⁴ qui sont souvent contre-productives, voire dangereuses. Mais ces dispositions éthiques n'évacuent pas les difficultés de l'approche et de la rencontre, l'instauration d'un lien de confiance. La première visite à domicile est un moment très intense et chargé d'angoisse pour la personne. Il est très rare que l'accueil soit chaleureux et décontracté. Dans l'une des situations, celle d'une femme souffrant de schizophrénie sur un mode très persécuté et opposant, il a fallu presque une dizaine de visites⁵ avant qu'elle accepte de nous laisser entrer. Dans une autre situation (une femme avec une légère déficience qui avait laissé s'accumuler une quantité telle de fientes de pigeons que son balcon menaçait de s'effondrer) la première visite du domicile, très encombré également, n'a pu se faire qu'après plusieurs mois d'une sorte de parade, une véritable chorégraphie de la rencontre selon la formule de René Roussillon (Roussillon, 2012) : visites impossibles parce que Madame avait oublié ses clefs, quelques « lapins », détour par un lieu tiers où elle se sentait rassurée par la présence d'une personne de confiance qui a tenu le rôle de médiatrice et d'intermédiaire. Ensuite seulement, elle a pu nous accueillir chez elle et nous avons pu accomplir un travail très constructif. Bien souvent, ces personnes ont appris à vivre avec les désagréments causés par leur mode d'habiter. Elles ne voient pas le problème, ne se sentent pas en difficulté. Le symptôme semble égosynonique : il paraît « accordé » avec le Moi. Et il s'agit aussi d'un symptôme invisible, une sorte de

« folie privée » pour reprendre la formule d'André Green (Green, 2003). Il faut en effet attendre qu'il déborde sur l'environnement pour qu'il se manifeste, s'actualise dans le champ perceptif (odeur, vision...). Avant cette étape, on pourrait dire de manière un peu radicale que ce trouble n'existe pas. C'est donc clairement un symptôme relevant de la clinique psychosociale : il touche un sujet comme coupé d'une partie de lui-même (en l'occurrence son logement) et se manifeste d'abord par le malaise créé dans l'environnement.

Faire symptôme : subvertir Diogène

L'approche clinique de ce trouble demande donc un travail de conversion ou de subversion pour le transformer en symptôme, en signe d'une souffrance psychique adressée à un autre, à des autres. L'absence de demande implique aussi de se mettre dans une démarche très active, insistante comme nous l'avons vu, mais en tentant d'éviter le rejet, la rupture. Il faut se faire inclure à l'intérieur du cercle du sentiment de persécution. Cela implique nécessairement une part de séduction bien tempérée pour nous rendre suffisamment acceptable par le sujet et qu'il consente à nous laisser pénétrer chez lui. On voit bien ici les enjeux qui se trouvent mobilisés autour de la question de l'intimité et de la légitimité à agir sur celle-ci. Cela demande un travail important sur les ressentis et les représentations mobilisés dans ces situations et leur lien avec le dilemme du consentement, pour « refroidir » le risque d'actualisation d'un vécu d'intrusion, ou de viol ; ceci alors que la contrainte de l'autorité sociale n'est jamais bien loin. Le monde de Diogène est une sorte de bulle narcissique et l'autre n'y pénètre jamais sans risquer de la faire éclater. Le duo travailleur social-psychologue permet d'aborder la rencontre avec tact, en maintenant présents les aspects très concrets et réels liés à la problématique de la personne (c'est le travail de mes partenaires : retours aux droits, médiation sociale etc...) mais aussi la dimension psychique, subjective. Cette dimension se manifeste dans les échanges, souvent à l'occasion du travail de tri que nous pouvons effectuer avec les personnes que nous accompagnons. Bien sûr, ces échanges n'ont jamais la densité qu'ils pourraient avoir dans un cadre plus strictement thérapeutique, plus classique : ils sont plus ponctuels, moins liés, plus fragmentaires. Le

rôle du clinicien consiste ici à faire un travail de recueil et d'observation, de stockage et d'archivage de ces fragments de subjectivité dispersés au cours de la relation d'accompagnement. Il s'agit aussi d'opérer un travail de liaison entre ces contenus verbaux et tout l'immense champ des messages comportementaux, sans oublier tous ceux déposés à même le logement. En effet, le monde de Diogène, cette bulle narcissique évoquée, est un espace saturé de sujet, saturé de son histoire et de l'histoire de son mode d'habiter. Cette saturation se ressent bien lors des visites avec un sentiment d'envahissement sensoriel et perceptif qui donne parfois le tournis. Sur le plan de la méthodologie de recherche, la saturation se manifeste aussi dans le travail de retranscription des visites qui demande un temps infini et nécessite de dépasser l'impression de ne plus savoir par où commencer. Exactement comme ceux à qui nous rendons visite...

L'espace psychique du clinicien comme demeure vicariante

Le travail de tri que je mentionnais se réalise donc aussi sur un deuxième plan, parallèle à celui accompli dans le logement avec la personne. Il s'effectue dans le travail d'élaboration clinique, dans cette autre demeure constituée par la vie psychique commune des intervenants que nous sommes. C'est une forme de travail de tri par procuration, que nous avons appelé vicariance⁶ dans une autre recherche de l'ORSPERE (Pichon, 2014). Dans la durée, cette activité génère des effets intéressants : l'accroissement de la confiance d'abord ; la confiance découlant du sentiment d'être digne d'intérêt et du fait que l'on sent qu'on peut confier des choses de soi à un autre qui va les conserver, les traiter avec respect, ne pas les jeter comme un déchet ; mais surtout, ce travail de conservation permet aussi une restitution du matériel confié, une restitution qui valorisera ce matériel en le démarquant du fond duquel il n'apparaissait même plus, comme pour le rendre plus brillant, plus propre, plus précieux. Il apparaît ainsi digne d'être gardé et différencié de la masse dont il a été extrait. C'est ainsi que tout le monde fonctionne dans son rapport à son histoire et à son habitat (les deux sont très liés) : il y a des choses que l'on va conserver précieusement, et d'autres qu'on oubliera, qu'on laissera derrière soi sans arrachement et sentiment de perte irrémédiable.

On voit ainsi commencer à se dessiner les lignes d'un modèle clinique possible dans les situations d'incurie, un modèle pris dans les tensions de la paradoxalité propre à ces situations : la durée contre l'urgence, la médiation contre la coercition. Il s'agit d'aménager dans ce champ de tension une deuxième bulle pour le sujet, moins hermétique à l'extériorité, mais préservant tout de même une certaine quiétude pour que le travail s'accomplisse : travail de tri à son niveau le plus concret mais aussi sur un deuxième plan métaphorique, psychique ; travail de catégorisation : « je garde le bon, le précieux ; je me débarrasse du mauvais, du sale, de ce qui est sans valeur ». Ici, le maintien d'une certaine pression de la part des représentants de l'autorité sociale peut s'avérer utile dans le sens où elle participe parfois à la consolidation d'une forme de clivage fonctionnel entre le dedans et le dehors, dans le sens que nous évoquions avant : dedans-bon/dehors-mauvais.

Psychodynamique de l'habiter

De l'anthropologie de l'espace...

Venons-en maintenant à la deuxième interrogation au fondement de cette recherche : qu'est-ce que peut dire la psychologie clinique sur l'habiter, à partir de l'étude de troubles comme le syndrome de Diogène et l'incurie dans le logement ? Nous avons vu que ce sujet avait été peu traité par la psychologie clinique d'orientation psychanalytique, à quelques exceptions, notables mais tardives, près. Dans le champ des sciences humaines et sociales, l'habiter est davantage un objet de recherche pour l'anthropologie, la géographie humaine, la sociologie, la philosophie, les sciences juridiques et quelques courants de la psychologie sociale. Une approche clinique de cet objet, doit s'intéresser au rôle de l'histoire précoce des sujets dans le développement de leur régime d'habiter. En abordant des troubles caractérisés de l'habiter, on pourrait alors être en mesure de faire des inférences sur la capacité commune d'habiter : c'est la méthode psychopathologique. Si habiter c'est faire avec de l'espace, comme le dit le géographe Mathis Stock (Stock, 2012), c'est aussi être fait avec de l'espace, être imprégné et façonné par les modes de signification de l'espace qui nous sont transmis par notre environnement premier. Jean Furtos nous propose « mettre de soi quelque part » (Furtos, 2012). On pourrait ajouter, mettre de quelque part

en soi par le biais de ceux qui nous précèdent. C'est l'anthropologie qui a le mieux montré jusqu'à présent le rôle de la culture dans notre rapport à l'extériorité, dans notre manière de produire des catégories comme intérieur/extérieur, moi/non-moi, familial/étranger, domestique/sauvage. Ces dichotomies sont autant de produits de notre manière de signifier l'habiter dans le champ des concepts. Tout un champ de recherche actuel en anthropologie s'attache à étudier cette manière dont le social va signifier l'environnement, dont la culture va produire la nature, mais aussi en miroir le domestique, l'habitat, dans le but de remettre en cause l'universalité des catégories issues de notre tradition occidentale largement imprégnée du dualisme cartésien (Descola, 2005, Castro, 2009, Ingold, 2013). Cette discipline a donc largement souligné comment habiter est une pratique reposant sur des représentations socialement transmises qui seront incorporées par le sujet.

...à la clinique du lieu

Mais le niveau d'étude de l'anthropologie c'est le niveau macroscopique, structural. Une approche clinique doit donc se focaliser sur un champ plus restreint et examiner ce processus au niveau de l'environnement premier d'un sujet : ceux qui se sont occupés de lui et qui ont été en relation proche avec lui dans les premières années. L'hypothèse serait la suivante : notre rapport au monde physique, à l'espace, porte la trace de l'histoire de nos premières relations avec les sujets humains de notre environnement. Ces relations ont non seulement déterminé la manière dont nous signifions et envisageons notre rapport aux autres, mais également la manière dont nous entrons en relation avec notre « environnement non-humain » pour reprendre le titre du célèbre livre du psychanalyste américain Harold Searles (Searles, 1960). Ainsi, habiter serait une pratique reposant sur des représentations façonnées par la manière dont nous ont été transmises les catégories relatives à l'habitat : public/privé, propre/sale, partageable/intime, etc. Cette manière de catégoriser la spatialité et ses usages individuels et sociaux, va s'inscrire profondément dans le psychisme, l'organiser spatialement, produire ce que Freud appelait une topique interne, c'est-à-dire une structure psychique modélisant les rapports du sujet entre son intériorité la plus inaccessible (le Ça chez Freud) et l'extériorité. Alberto Eiguer (Eiguer, 2004)

montre comment l'organisation du logement, chez des sujets normalement névrotiques, parle de leur organisation psychique, de leur topique interne. Cette topique s'inscrit principalement dans la distribution fonctionnelle des différentes pièces, dans leur écho symbolique : socialité dans le living room, seuil entre public et privé vers la porte d'entrée, lieux davantage pulsionnalisés et généralement intimes (toilettes, salle de bain, chambre à coucher), espace de repos et de rêve (lit), lieux de dépôt, de réserve ou d'oubli (cave, grenier)...

Le tonneau du deuil

Ces usages de l'espace et leur teinte symbolique traduisent une organisation psychique relativement structurée, socialement admise, conventionnelle et normative. En revanche, l'habitat des personnes en situation d'incurie se caractérise surtout par la perte de fonctionnalité des différentes pièces, par une forme de confusion fonctionnelle. De quoi parle un tel habitat ? Quelle histoire raconte-t-il sur le sujet, sur ses relations avec son environnement premier ? Plusieurs termes viennent spontanément à l'esprit : encombrement, inertie, conservation, immobilité. Tout d'abord, le rapport très particulier aux objets, l'impossibilité fréquente de s'en défaire sans détresse majeure (American Psychiatric Association, 2013), tout cela évoque bien sûr la problématique du deuil. L'angoisse qui se manifeste dès lors qu'il s'agit de se séparer de quelque chose est souvent rationalisée sur le mode « ça peut toujours servir plus tard », « j'ai un projet pour utiliser ce petit morceau de papier aluminium ». L'objet est ainsi conservé pour une hypothétique valeur utilitaire, absolument pas actuelle, mais toujours susceptible d'être révélée à un moment ou un autre. On voit ainsi parfois des personnes pleines de projets artistiques ou commerciaux, qui thésaurisent sur une valeur esthétique ou une valeur d'échange. Mais plus le temps passe, et moins les opportunités de concrétiser cette valeur immobilisée paraissent probables. Les Diogène semblent vivre dans un présent pétrifié, entre un passé intouchable et un futur idéalisé. Il faut noter la similitude avec certains artistes dont les ateliers ressemblent parfois aux logements que nous visitons : Francis Bacon par exemple. Ou bien encore, cette curieuse habitude qu'avait le facteur Cheval de rapporter des cailloux de ses tournées. La ressemblance, pour

être frappante, s'arrête là où l'Œuvre commence. Le processus artistique va justement transformer la matière brute, les objets récupérés, dans un acte qui va mobiliser une certaine charge d'agressivité pour détruire et reconstruire autrement, tout comme dans le processus de deuil. Tout se passe comme si les objets récoltés ne pouvaient plus être touchés. De possession du sujet, les objets deviennent agents de la possession : Diogène se retrouve possédé par ses objets, ligoté à eux (on voit bien ici qu'on est bien loin du Diogène historique qui méprisait les possessions matérielles au point un jour d'avoir jeté son écuelle après avoir vu un jeune garçon boire l'eau d'une fontaine à l'aide de ses propres mains...). Nous l'avons vu, le processus de deuil demande une certaine charge d'agressivité pour s'accomplir. Accepter de jeter, c'est liquider un investissement, ou au moins le déplacer sur un autre objet : le modèle freudien du deuil était proche de la formule de Lavoisier : « rien ne se perd, rien ne se crée, tout se transforme ». L'agressivité chez les Diogène semble souvent réprimée par l'effroi que suscite la perte. On les voit parfois retourner chercher des objets jetés dans la poubelle, dans un mouvement de remords, comme si l'objet abandonné « reprochait » au sujet de l'avoir laissé. Cette forme d'animisme est assez fréquente dans les situations que nous avons rencontrées : soit un animisme direct mobilisé par les propriétés esthétiques d'un objet, soit une forme indirecte relative au lien que représente l'objet avec un souvenir, une personne en particulier. Jeter l'objet porterait ainsi atteinte à la personne elle-même, lui ferait du mal.

Le deuil figé dans la matière de l'habitat : les maux et les choses

L'hypothèse historique qui commence à émerger de cette recherche et qui se voit confirmée dans certaines situations, fait apparaître un lien à l'environnement premier marqué par la crainte de voir les objets d'attachement se désanimer, se déprimer, se mélancoliser, menaçant le lien de disparition. Ce sont des situations assez proches de ce qu'André Green appelait le complexe de la mère morte (Green, 1983) : l'objet est présent physiquement, mais psychiquement absent sous l'effet d'un retrait dépressif. L'enfant va alors tenter de le réanimer, de lui redonner vie pour retrouver le lien d'amour qui l'unissait à lui avant le retrait psychique. Tout est fait pour combattre ce vécu de mort apparente. Mais il y a parfois des

réanimations difficiles, ou impossibles. De même, il arrive que l'objet d'attachement tolère très mal les velléités de détachement de la part de l'enfant, comme si celui-ci devait lui rester fidèle malgré tout, malgré le retrait et la mort psychique, dans une sorte d'attachement paradoxal au négatif comme le proposait Didier Anzieu (Anzieu, 1990). Le sujet doit donc se tenir au garde à vous devant un objet jamais vraiment là, mais qu'il ne peut pas laisser et qu'il tente désespérément de réanimer. Il ne peut pas le laisser justement parce qu'il pourrait se réanimer au moment où on le laisse, où on s'en détache, et il pourrait ne pas survivre à l'abandon qui risquerait de le tuer. L'habitat devient donc le lieu où va se rejouer ce lien paradoxal, dans l'environnement non-humain. Le lien à l'objet historique va infiltrer le lien aux objets matériels : on ne peut pas s'en défaire même si on perçoit parfois que ça nous envahit, ça nous encombre, ça nous fait souffrir. Il faut conserver au risque de disparaître soi-même, même si ça nous coupe des autres. C'est fréquemment à l'occasion de pertes ou de deuils, de séparation, que des situations déjà fragiles vont se dégrader vers un tableau d'incurie.

Conclusion

L'intervention dans cet équilibre précaire est très délicate comme nous l'avons vu. Comment remettre du mouvement dans ce mode de vie caractérisé par l'immobilité ? Comment refaire circuler les investissements sans faire apparaître la menace d'une hémorragie ? Il faut du temps et de l'énergie, comme dans le processus de deuil. Ce sont des conditions nécessaires, mais pas du tout suffisantes en elles-mêmes. Cela demande une action composite, bien loin des canons de la clinique classique, mais aussi du travail social commun. Cela demande aussi de renoncer aux illusions de la guérison miracle pour se projeter davantage dans une perspective de réduction des risques, au long cours, avec sa part de déceptions et d'acceptation de ces modes de vie si singuliers. Il faut ici revenir au terme de clinique psycho-sociale et à ce qu'il permet de penser, d'envisager comme processus d'accompagnement thérapeutique. C'est en tout cas le modèle suffisamment libre avec lequel je tente d'articuler la rigueur de la théorie psychanalytique et les exigences d'innovation en matière d'action clinique que ces problématiques difficiles exigent. □

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, Va.: American Psychiatric Association.
- Anzieu, D. (1990). *L'épiderme nomade et la peau psychique*. Paris: Apsygée.
- Castro, E. B. V. de. (2009). *Métaphysiques cannibales: lignes d'anthropologie post-structurale*. Paris: Presses universitaires de France.
- Descola, P. (2005). *Par-delà nature et culture*. Paris: NRF: Gallimard.
- Eiguer, A. (2004). *L'inconscient de la maison*. Paris: Dunod.
- Fraiberg, S. (1999). *Fantômes dans la chambre d'enfants: évaluation et thérapie des perturbations de la santé mentale du nourrisson*. Paris: Presses universitaires de France.
- Furtos, J. (2012). Accompagner l'auto-exclusion: d'Oedipe à Alex Supertramp. *Rhizome. Bulletin National Santé Mentale et Précarité*, 44, 14–15.
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort* (1ère éd.). Paris: Editions de Minuit.
- Green, A. (2003). *La folie privée: psychanalyse des cas-limites* (2ème édition.). Paris: Gallimard.
- Ingold, T. (2013). *Marcher avec les dragons*. Paris: Zones sensibles.
- Monfort, J-C., Hugonot-Diener, L., Devouche, E., Wong, C., & Péan, I. (2010). Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive. *Psychologie et Neuropsychiatrie Du Vieillessement*, 8(2), 141–153.
- Pichon, A. (2014). Vicariance dans l'accompagnement et la clinique psychosociale, à partir d'une recherche sur l'accompagnement au logement. *Rhizome. Bulletin National Santé Mentale et Précarité*, (51), 20-24.
- Roussillon, R. (2012). La séparation et la dialectique présence/absence. *Le Carnet PSY*, 165(7), 49–53.
- Searles, H. F., Blanchard, Daniel. (1960). *L'Environnement non humain*. Paris: Gallimard.
- Stock, M. (2012). "Faire avec de l'espace": pour une approche de l'habiter par les pratiques. In *Habiter: vers un nouveau concept?* (pp. 57–75). Paris: Armand Colin.

¹ Rappelons que le *Diwan* désigne dans la maison orientale la pièce garnie de coussins servant à la réception des hôtes.

² Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique, 5, avenue Pierre Mendès-France 69676 Bron Cedex. <http://crppc.univ-lyon2.fr/fr/>

³ Il faut rendre honneur aux exceptionnels travaux de Selma Fraiberg et son dispositif de « kitchen therapy » (Fraiberg, 1999).

⁴ Article L1311-4 du code de la santé publique.

⁵ Les visites se résumaient en fait à deux ou trois minutes d'échanges sur le seuil avant qu'elle nous claque la porte au nez en hurlant.

⁶ De vicaire : celui qui assume la fonction d'une personne absente, remplaçant, suppléant.