

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

U.F.R. DE MEDECINE LYON-R.T.H. LAENNEC

ANNEE 2007

N° 80

L'INCURIE DANS L'HABITAT

THESE

présentée

à l'Université Claude Bernard LYON 1

U.F.R. LYON-R.T.H. LAENNEC

et soutenue publiquement le 12 juillet 2007

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Nicolas MERYGLOD

Né le 3 mai 1978

à Vierzon

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur J-M. Elchardus,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. J'ai pu bénéficier de la qualité de votre enseignement, de la richesse de vos références bibliographiques et de votre finesse clinique, lors de mon stage au pavillon N et au cours de vos enseignements de médecine légale et de criminologie clinique. Votre implication dans la démarche clinique suscite mon admiration. Vous m'avez toujours témoigné votre soutien, soyez en remercié.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Madame le Professeur L. Daligand,

Je suis honoré que vous ayez accepté de juger mon travail. La qualité de votre accueil, la profondeur de vos connaissances théoriques et la vivacité de votre sens clinique m'ont été profitables au cours de mon stage à Lyon Sud et de vos enseignements universitaires.

Votre engagement clinique force le respect.

Je vous témoigne ma reconnaissance et une grande considération.

Monsieur le Professeur N. Franck,

Tu m'as accueilli avec beaucoup d'attention lors de mon premier stage d'interne, au cours duquel j'ai pu admirer ton engagement comme psychiatre des hôpitaux et comme enseignant chercheur. La rigueur de ta démarche scientifique et la qualité de ton enseignement m'ont été profitables et ont participé à développer mon intérêt pour notre discipline.

Je suis honoré que tu aies accepté de juger mon travail. Je t'exprime ici ma gratitude et ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur J. Furtos,

Vous avez accepté de diriger ma thèse et m'avez accueilli dans votre service pour travailler à vos côtés. C'est un honneur et un plaisir pour moi que d'accomplir la mission clinique quotidienne au CMP de Bron, et de participer aux travaux et recherches au sein de l'ORSPERE-ONSMP.

L'originalité et la richesse de votre approche ainsi que vos qualités humaines sont bien sûr pour beaucoup dans la réalisation de ce travail. Vous avez fait preuve à mon égard de patience, d'exigence et de bienveillance.

Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Ce travail est dédié :

à Julie, ainsi qu'à sa famille

à mes parents Hôthy et Jean-Michel

à mon frère Thomas et à Carole

à mes fidèles amis de Vierzon, Montargis, Tours, Lyon et d'ailleurs

à Fanny Puel et Douce Thibaut, aux discussions et aux cafés dans la salle des externes, pour leur participation dans mon choix pour la psychiatrie

à tous ceux qui, rencontrés au cours de l'internat, m'ont aidé à apprendre mon métier et ont marqué mon parcours. Je pense notamment à Jean-Louis Maurette, Marc Lavie et Sophie Brossier, Hervé Claudel, Gilles Burloux, Martine François et Sandrine Dechaux-Blanc, Pierre Lamothe et Frédéric Meunier, ainsi qu'aux équipes soignantes qui m'ont accueilli et soutenu dans mes stages.

à l'équipe du secteur de Bron, et plus particulièrement celle du CMP, qui a su tolérer mon implication seulement partielle, ma fatigue et ma mauvaise humeur

à l'équipe de l'ORSPERE-ONSMP, en particulier Valérie Battache

à Mmes Siraud et Moreau de la bibliothèque du Vinatier, pour leur patience

à ceux qui m'ont aidé avec sincérité et gentillesse pour la réalisation de ce travail de thèse : Philippe Leyreloup, Hubert Léal et l'équipe de Relais SOS, Frédérique Guerrier-Sagnes, Jacques Rieu et l'équipe du service Santé - Environnement de Villeurbanne, Jacques Dubuis, Pierre-François Godet, Bernard Collet, Caroline Villeneuve, l'équipe du CMP du 8^{ème}, Caroline Demily, et les autres...

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	8
<u>PREMIERE PARTIE :</u>	
UNE APPROCHE MEDICALE DE L'INCURIE DANS L'HABITAT : LE SYNDROME DE DIOGENE	11
1) INTRODUCTION	12
2) ARTICLES PRINCEPS	13
a) 1963: Stevens « self neglect in the elderly »	13
b) 1966: McMillan et Shaw « senile breakdown »	14
c) 1975: Clark et Mankikar « Diogenes syndrome »	15
3) FIGURES MYTHIQUES ET LITTERAIRES	16
a) Diogène de Sinope	16
b) Pliouchkine	20
c) Miss Havisham	22
4) EVOLUTION DANS LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE INTERNATIONALE	23
a) 1976 : Melendro	24
b) 1977 : Roe	24
c) 1987 : Snowdon	24
d) 1987 : Radebaugh et coll.	25
e) 1991 : Martin-Hunyadi et Berthel	25
f) 1992 : Wrigley et Cooney	26
g) 1993 : Taurand et coll.	26
h) 1993 : Chabert et Kocher	27
i) 2000 : Halliday et coll.	27
5) DESCRIPTION DU SYNDROME	28
a) Circonstances de découverte	28
b) Données socio-démographiques	30
c) Clinique de l'habitat	32
d) Présentation du sujet	34
e) Traits de personnalité	35
f) Etat psychiatrique	36
g) Etat cognitif	37
h) Etat somatique	38

i) Facteurs déclenchants	40
j) Particularités cliniques : « Diogène à deux », « Diogène par procuration », « Diogène du sujet jeune »	41
6) HYPOTHESES ETIOPATHOGENIQUES	42
a) Les premières hypothèses : notion de personnalité prémorbide	43
b) Evolution des théories psychopathologiques dans la littérature	44
c) Hypothèses organiques	45
7) PRISE EN CHARGE	46
a) Hospitalisation	46
b) Soins ambulatoires	48
c) Traitement médicamenteux	49
d) Prise en charge sociale	49
8) DISCUSSION, OUVERTURE D'UNE PROBLEMATIQUE	50

DEUXIEME PARTIE :

L'INCURIE DANS L'HABITAT : ENQUETE SUR DIFFERENTS LIEUX D'EXPRESSION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET ILLUSTRATIONS CLINIQUES	53
1) INTRODUCTION	54
2) INCURIE DE L'HABITAT ET PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE DE SECTEUR	55
a) L'hôpital psychiatrique, la prise en charge de secteur	55
b) Le cas de Monsieur A	56
3) INCURIE DE L'HABITAT ET PRISE EN CHARGE SOCIALE DE LA GRANDE PRECARITE	63
a) Relais SOS	63
b) Le cas de Monsieur B	64
4) INCURIE DE L'HABITAT ET INTERVENTION DES POLITIQUES DE SANTE PUBLIQUE DE LA VILLE	69
a) Le Service hygiène-environnement de la Direction de l'hygiène et de la santé publique de Villeurbanne	69
b) Le cas de Monsieur C	71

5) DISCUSSION	78
---------------	----

TROISIEME PARTIE :

DISCUSSION : L'INCURIE DANS L'HABITAT COMME SYMPTOME TRANSVERSAL DE LA CLINIQUE PSYCHOSOCIALE	80
--	----

1) LA CLINIQUE PSYCHOSOCIALE	81
a) Extension du champ de la clinique médicale classique	81
b) Précarité, rupture identitaire, souffrance psychique	83
2) LE SYNDROME D'AUTO-EXCLUSION	84
a) Processus actif et paradoxal	84
b) Effraction traumatique, situation agonique	85
c) L'incurie, symptôme cardinal	86
3) MECANISMES PSYCHOPATHOLOGIQUES A L'ŒUVRE	87
a) Paradoxalité et logiques de survie	87
b) Non demande d'aide, la question de la honte	90
c) Dynamique du deuil, la figure de la crypte	93
4) UNE CLINIQUE DE L'HABITAT	97
a) La question de l' « habiter », de l'abri à l'habitation	97
b) Capacités de décontamination, reflet de l'organisation psychique du sujet	99
c) Ultime paradoxe : apparaître en disparaissant	101
5) PRISE EN CHARGE	102
a) Des intervenants confrontés à la fascination, à la répétition, à l'impuissance	102
b) Nécessité et dangers de l'ouverture	104
c) Espace de négociation, de relance du jeu intersubjectif	107
6) RETOUR A LA FIGURE DE DIOGENE : LA QUESTION DE LA LIBERTE	109

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE	114
----------------------	-----

INTRODUCTION

L'incurie est définie comme le « manque de soin et d'organisation » (49). Son étymologie est constituée du latin *cura*, qui signifie soin, et du préfixe *in* indiquant l'absence, la carence ou le contraire. Ses synonymes sont le laisser-aller, la négligence, l'abandon, l'insouciance.

Son domaine d'utilisation dépasse bien largement le domaine médical. Ainsi peut-on parler de l'incurie d'une administration ou d'un gouvernement, par exemple.

En médecine, et plus particulièrement en psychiatrie, son acception n'est pas très différente de celle du langage commun. Elle désigne essentiellement le fait pour une personne donnée d'apporter trop peu de soins à ce qui la concerne. Elle est à rapprocher d'un certain abandon de soi, du soin porté à soi. Elle peut concerner l'état de la personne elle-même (son apparence, sa propreté et son hygiène, d'éventuels soins médicaux nécessaires au maintien de sa santé), mais aussi son environnement, et en particulier son habitat.

Elle peut constituer un signe non spécifique dans plusieurs tableaux pathologiques tels que la démence, le syndrome dépressif, la schizophrénie...

Nous nous sommes intéressés à l'incurie pour plusieurs raisons.

C'est un symptôme assez fréquent en médecine et nous l'avons rencontré à plusieurs reprises au cours de nos études médicales : lors des gardes aux urgences générales ou psychiatriques par exemple, amenée par un sujet crasseux, empestant la salle d'attente ou le box des urgences.

La rencontre avec l'incurie provoque des réactions immédiates et entraîne des interrogations qu'il nous a semblées intéressant d'étudier dans un travail de thèse de médecine. L'incurie exerce en effet un puissant pouvoir de répulsion sur ceux qui l'observent. La saleté, la puanteur, doublés de sa caractéristique

essentielle, c'est-à-dire une indifférence manifeste de la personne pour son état, contribuent à susciter de façon quasi-épidermique une réaction de rejet.

Le malade incurie repousse et dérange non seulement en raison de son état d'incurie mais aussi et peut-être surtout pour la passivité qui lui est prêtée à l'égard de son symptôme. Très vite émerge ainsi l'idée qu'il n'a pas envie de s'en sortir, pas envie de se soigner, ce qui est confirmé par les récurrences fréquentes de son état et ses refus partiels ou massifs de prendre soin de lui, d'accepter les traitements qui lui sont proposés.

Nous avons cherché à comprendre d'une part les mécanismes qui conduisent un sujet à « se négliger » au point d'arriver à mettre sa santé en danger, et d'autre part les effets suscités sur son entourage, en particulier soignant.

La problématique de l'incurie nous est apparue trop vaste et il nous a semblé nécessaire de la restreindre à une expression particulière de l'incurie, celle qui porte sur l'habitat et qui peut en constituer une forme maligne, dramatique, spectaculaire.

Tout d'abord, nous avons recherché dans la littérature médicale internationale les articles relatifs à notre sujet de l'incurie dans l'habitat. Nous avons constaté que cette question était essentiellement envisagée sous le terme de « syndrome de Diogène ». Notre première partie consiste ainsi en une revue de la littérature concernant le syndrome de Diogène.

A l'issue de ces recherches bibliographiques, nous avons ouvert notre problématique : nous proposons d'envisager l'incurie dans l'habitat non exclusivement comme une entité syndromique mais comme un symptôme transversal, non spécifique, au même titre que l'incurie en général qui dépasse

largement le champ médical *stricto sensu*, c'est-à-dire l'approche selon le modèle médical classique.

Notre deuxième partie retrace notre itinéraire de recherches « sur le terrain » de l'incurie dans l'habitat. Nous nous sommes rendus sur différents lieux d'expression de la souffrance psychique où l'incurie de l'habitat peut être rencontrée : la psychiatrie, la rue et les politiques de santé publique de la ville. Nous rapportons, à titre d'illustration, trois cas cliniques.

La troisième partie reprend les éléments de la problématique tirés de la première partie et les éléments cliniques recueillis dans la deuxième partie. Elle consiste en une discussion qui prend pour point de départ une approche de l'incurie dans l'habitat selon la notion de clinique psychosociale. Nous tentons de déterminer certains mécanismes psychopathologiques en jeu dans le phénomène d'incurie dans l'habitat. Nous décrivons une clinique particulière de l'habitat, l'habitat étant envisagé comme produit psychique du sujet et, à ce titre, susceptible de nous renseigner sur lui. Enfin, nous dégageons quelques éléments pouvant être utiles dans la prise en charge.

En filigrane de cette réflexion, la figure de Diogène, le philosophe cynique, nous interroge sur la question de la liberté.

PREMIERE PARTIE

UNE APPROCHE MEDICALE DE L'INCURIE DANS L'HABITAT : LE SYNDROME DE DIOGENE

1) INTRODUCTION

La littérature médicale n'est pas d'une grande richesse concernant la question de l'incurie dans l'habitat.

Les ouvrages psychiatriques de référence ne mentionnent qu'exceptionnellement le terme d'incurie.

Dans le Manuel de Psychiatrie d'Henri Ey et coll. (20), l'incurie est associée, dans la séméiologie générale, aux troubles du comportement affectant l'activité laborieuse et professionnelle de certains malades mentaux : « il s'agit de paresse, d'apathie et d'insouciance qui vouent les névrosés ou les schizophrènes à une existence de chômage forcé ou d'incurie misérable ».

Dans d'autres ouvrages (29,35), le terme d'incurie ne figure pas, mais le champ sémantique de la négligence, du laisser-aller, associé à la rupture des liens sociaux, est envisagé comme une perturbation des conduites observables chez le schizophrène : « isolement social progressif (...) rupture des liens familiaux ou affectifs (...) L'appauvrissement progressif peut aller jusqu'à un apragmatisme total avec clinophilie, mutisme, négligence corporelle, refus d'alimentation et pseudo-gâtisme. » (29)

On retrouve cette notion de l'incurie comme symptôme « négatif » de la schizophrénie, associé à l'apragmatisme et à l'appauvrissement relationnel et social, dans les classifications internationales.

Le DSM IV (18) reconnaît ainsi comme critère diagnostique de la schizophrénie le dysfonctionnement social et des activités : « les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation ».

La CIM 10 (6) classe dans les symptômes de la schizophrénie le retrait social et les symptômes « négatifs » : « symptômes responsables d'un retrait social et d'une altération des performances sociales ».

L'incurie ne serait-elle qu'un symptôme négatif d'une pathologie psychiatrique comme la schizophrénie ? L'affirmer serait certainement faire preuve d'incurie intellectuelle.

L'incurie existe bien en tant que symptôme plus « positif » et moins spécifique d'une pathologie psychiatrique dans la littérature internationale. Elle est généralement connue sous le nom de « syndrome de Diogène », qui concerne spécifiquement l'incurie dans l'habitat, et dont les descriptions cliniques sont dues autant à des gériatres qu'à des psychiatres.

Au cours de cette première partie, c'est sous cet angle particulier, celui du syndrome de Diogène, que nous allons étudier l'incurie dans l'habitat, à travers une revue critique de la littérature.

Plusieurs thèses (52,60,66) et articles récents (15,19,32,54) ont porté sur une synthèse de la littérature concernant le syndrome de Diogène. Leur lecture fut d'une aide précieuse dans notre rédaction.

2) ARTICLES PRINCEPS

a) STEVENS 1963 : « self neglect in the elderly » (64)

En 1963, R.S. STEVENS, gériatre anglais, publie une enquête traitant de personnes âgées présentant un état d'incurie à domicile. Il s'agit de la première publication de la littérature médicale internationale s'intéressant à ce sujet.

Sur une période de 8 mois à partir de février 1963, STEVENS recense 681 personnes âgées consultant ou hospitalisées en unité gériatrique à Etchinghill (Folkestone).

Une enquête à domicile est réalisée chez 514 d'entre elles. Elle permet de révéler 8 cas d'incurie sévère à domicile.

STEVENS utilise les termes de « self neglect in the elderly » (autonégligence chez le sujet âgé) et « senile squalor » (sordidité sénile) pour décrire l'état d'incurie sévère retrouvé chez ces personnes âgées.

Il pose ainsi les premiers jalons de la description du syndrome, et pose la question de l'étiopathogénie, sans donner d'éléments de réponse.

b) MAC MILLAN et SHAW 1966 : « senile breakdown » (38)

Entre 1961 et 1965, dans la région de Nottingham, D.MAC MILLAN et P.SHAW, psychiatres anglais, étudient un groupe de personnes ayant « cessé de maintenir les modèles standards de propreté et d'hygiène acceptés par leur entourage ».

Grâce à la contribution des médecins généralistes, travailleurs sociaux et du clergé de la région, ils recensent 72 cas (60 hommes et 12 femmes) de personnes vivant dans un état d'incurie.

Pour chaque cas recensé, une visite à domicile est entreprise ainsi qu'un interrogatoire de l'entourage (famille, amis, voisins). Au début de l'étude, une hospitalisation est systématiquement proposée.

Un bilan approfondi est ainsi réalisé selon des critères sociologiques (statut marital, profession), médicaux, psychologiques (étude de la personnalité,

tests psychométriques), psychiatriques et historiques (recherche de facteurs déclenchants et participants tels qu'un deuil, un éthylisme...).

Des critères permettant de définir et de caractériser l'incurie sont dégagés : dix critères environnementaux (états du sol, des murs, du plafond, des fenêtres, du lit, de la table, de la cuisinière, de la chaudière, saleté, odeur) et cinq critères personnels (état de la peau, des cheveux, des mains, des vêtements, dispositions pour assurer l'évacuation des excréments) sont ainsi gradués de 1 à 5 selon la sévérité de l'incurie.

Les résultats sont publiés en 1966, sous le titre « senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness » (rupture sénile dans les critères de propreté personnelle et environnementale).

Outre des données épidémiologiques (incidence, sex-ratio, âge), ils mettent en évidence des facteurs explicatifs (isolement social, un certain type de personnalité défini comme indépendant, obstiné, distant, suspicieux, la notion d'un deuil et l'alcoolisme), la présence fréquente de symptômes psychiatriques, une attitude de rejet actif de la société et des aides, comme éléments d'une entité que les auteurs suggèrent de considérer comme un syndrome.

c) CLARK et MANKIKAR 1975: « Diogenes syndrome » (7)

Le terme de « syndrome de Diogène » est utilisé pour la première fois par les gériatres anglais A.N.G. CLARK, G.D. MANKIKAR et al, dans un article de 1975 intitulé « Diogenes syndrome, a clinical study of gross neglect in old age » (le syndrome de Diogène, étude clinique de la négligence massive chez le sujet âgé).

Leur enquête, menée entre 1972 et 1973, porte sur 30 patients âgés de plus de 65 ans, admis en service d'urgence pour une affection médicale aiguë et présentant un état d'incurie extrême. Une visite à leur domicile confirme qu'ils vivent dans des conditions d'insalubrité majeure.

L'étude s'attache, pour chaque patient, à évaluer et décrire la situation socio-économique (ressources financières, patrimoine, profession, statut marital, entourage familial), médicale (antécédents, examen clinique et bilan biologique) et psychologique (passation de tests psychométriques et de personnalité).

Les auteurs estiment que leur étude révèle suffisamment d'éléments communs pour confirmer l'hypothèse de l'existence d'un syndrome chez les personnes âgées présentant une « autonégligence » sévère.

Les critères cliniques qu'ils proposent pour définir le dit syndrome sont :

- logement dans un état d'extrême saleté et en complet désordre, dépassant le seuil de tolérance de la communauté avoisinante
- complète négligence de soi, concernant l'hygiène corporelle et vestimentaire
- absence de honte relative aux conditions de vie, pouvant aller jusqu'au déni
- conduite d'accumulation irrationnelle d'objets hétéroclites et de déchets, dénommée « syllogomanie »
- existence d'une personnalité pré-morbide décrite comme suspicieuse, méfiante, rusée, mal intégrée
- niveau intellectuel normal, voire élevé
- isolement social
- refus de toute aide extérieure, ressentie comme intrusive

- quand ils existent (chez plus de la moitié des sujets), les troubles psychiatriques et l'alcoolisme ne suffisent pas à expliquer les troubles du comportement

Les auteurs nomment le syndrome ainsi défini « Diogène », en référence au personnage historique, mais sans en expliquer les raisons. Cette dénomination n'a cessé, par la suite, de susciter les critiques, mais s'est cependant imposée dans la littérature scientifique.

3) FIGURES MYTHIQUES ET LITTÉRAIRES

a) Diogène de Sinope

Personnage haut en couleur de la Grèce antique, Diogène de Sinope est donc le personnage historique dont Clark et Mankikar (7) ont utilisé le nom pour leur syndrome.

Il vécut au IV^{ème} siècle avant J.-C. (Sinope, v.413-Corinthe, v.327 av. J.-C.). Fils d'Hicésios, un riche banquier de Sinope, il est contraint à l'exil afin d'éviter l'opprobre liée aux activités frauduleuses (falsification de monnaie) de son père.

Son long périple le mène d'abord à Delphes, puis à Corinthe où il est vendu comme esclave, avant de partir, émancipé, pour Athènes. Il y rencontre Platon et devient le disciple d'Antisthène, fondateur de l'école cynique. Très vite initié à la philosophie cynique, il l'enseigne sur la place publique et en devient le porte-parole.

Sa vivacité d'esprit, son érudition et son sens de la provocation, cultivés à mesure de ses rencontres et de ses voyages, l'amènent à mener une vie ascétique. Sa philosophie prône une forme de retour à la nature, un grand mépris des considérations matérielles, des richesses et des conventions sociales.

« Vêtu d'une seule chlamyde mitée et de sandales, la tête toujours couverte de son large chapeau noir avec, pour seul bagage un vieux sac en toile de jute, il n'est plus le Diogène qu'hébergèrent Théodoridès et son épouse à son arrivée à Delphes. C'est un vagabond en quête permanente de nourriture et de quelque endroit pour dormir. » (67)

C'est à Athènes qu'il fait l'acquisition d'un *pithos*, sorte de grande jarre (confondu dans l'imagerie populaire avec un tonneau, invention gauloise, qui s'est répandue bien plus tard), dont il fait son domicile.

Portant une barbe négligée et une longue chevelure hirsute, vêtu d'un manteau grossier, allant pied nu et mendiant sa pitance, il n'hésite pas à déféquer ou avoir des relations sexuelles en public (tel le chien, animal qui donne son étymologie au cynisme), à interpeller et critiquer les passants, à haranguer les foules et lancer de publiques controverses.

Plus d'un passant, le voyant ainsi mener sa vie, a pu se demander : « - Est-il fou ? » « - Hélas non, il est un de ces philosophes dont on ne sait jamais s'ils sont atteints par la grâce ou par la démence. » (67) répond Ilos, son ancien esclave qu'il a émancipé à son arrivée à Delphes.

On lui doit quelques anecdotes célèbres : ainsi se promenait-il dans Athènes, en plein jour, une lanterne allumée à la main, proclamant être à la recherche d'un homme, ridiculisant ainsi ceux qui, à l'instar de Platon, ne pourraient voir en l'Homme qu'un concept, « l'Idée de l'Homme » et non sa réalité concrète.

Ou bien lorsqu'il jeta aux pieds de Platon et de son assistance médusée un coq déplumé, s'écriant « voilà l'homme de Platon ! », après que celui-ci eût défini l'Homme comme « un bipède sans plumes ».

Enfin, c'est à Corinthe, vers la fin de sa vie, qu'il rencontre Alexandre le Grand ; celui-ci lui ayant demandé ce qu'il pouvait faire pour lui, il lui répondit « ôte-toi un peu de mon soleil ».

Hygiène précaire, orgueil et obstination, défiance à l'égard du monde extérieur, rupture avec les conventions sociales semblent être les analogies entre Diogène et les patients décrits dans l'étude, et pouvant expliquer la dénomination du syndrome.

Dans l'article original de Clark (7), seule une petite annotation, tirée de la Chambers Encyclopaedia (4), nous donne quelques indices sur les raisons de cette référence à Diogène :

« DIOGENES (4th century B.C.). Greek philosopher, the first of the cynics. Supplied his needs in food and clothing, which he kept to the minimum, by begging...His ideals were « life according to nature », « self-sufficiency », « freedom from emotion », « lack of shame », « outspokenness », and « contempt for social organisation »

(Diogène, 4ème siècle avant J.C.: philosophe grec, fondateur des cyniques. Il comblait ses besoins en nourriture et vêtements, qu'il ramenait au minimum, en mendiant...Ses idéaux étaient « vie en accord avec la nature », « auto-suffisance », « indépendance vis-à-vis des émotions », « absence de honte », « franc parler » et « mépris de l'organisation sociale »)

Mais chez le philosophe, ce mode de vie est le produit d'un choix éclairé, d'une doctrine philosophique, de l'expression du libre arbitre, ce qui paraît bien

éloigné des origines des troubles des patients vivant dans des situations d'incurie.

La plupart des auteurs récents considèrent ainsi que le syndrome de Diogène a peu à voir avec Diogène de Sinope, et mettent en cause la pertinence de la référence au philosophe. **(48)**

Cependant, la figure de Diogène nous éclaire et nous interroge sur la question de la liberté. A ce titre, elle est intéressante dans la question de l'incurie dans l'habitat, et nous la retrouverons au cours de notre réflexion.

b) Pliouchkine

Bien avant les premiers articles manifestant un intérêt médical pour l'incurie, on peut retrouver dans la littérature romanesque des descriptions de personnages vivant dans des conditions semblables à celles repérées dans le syndrome de Diogène.

Ainsi le personnage de Pliouchkine, dans le roman « Les âmes mortes » (1842) de Nicolas Gogol **(27)**, écrivain russe d'origine ukrainienne du XIX^{ème} siècle (1809-1852).

Le personnage principal, le fonctionnaire Tchitchikov, parcourt la campagne Russe à la recherche de riches propriétaires, tentant d'acquérir une liste de noms de paysans serfs décédés.

C'est au cours de ses pérégrinations qu'il découvre la demeure du maître Pliouchkine : « les murs lézardés (...) avaient subi les injures du temps, de la pluie, des bourrasques automnales. La plupart avaient leurs volets clos, des planches en condamnaient quelques unes. (...) La moisissure couvrait le portail et l'enceinte. »

En pénétrant dans la demeure, Tchitchikov « fut frappé du désordre qui s'offrit à ses yeux. Il semblait qu'on eût provisoirement entassé ici tout le mobilier tandis qu'on lavait le plancher. Sur une table trônait une chaise cassée, flanquée d'une pendule au balancier arrêté, où l'araignée avait tissé sa toile. (...)»

Sur un bureau, dont la mosaïque en nacre s'écaillait par places, en découvrant des cases jaunes remplies de colle, s'entassait une foule d'objets disparates : un monceau de paperasses couvertes d'une fine écriture, sous un presse-papiers en marbre verdi surmonté d'un petit œuf ; un vieux bouquin à tranches rouges relié en veau ; un citron racorni réduit aux proportions d'une noisette ; un bras de fauteuil ; un verre à patte recouvert d'une lettre, contenant un liquide où nageaient trois mouches ; un morceau de cire, un bout de chiffon ; deux plumes tachées d'encre, dont le maître du logis se servait peut être avant l'invasion des français.

On aurait pu croire cette chambre inhabitée, si un vieux bonnet de nuit, qui traînait sur une table, n'avait décelé la présence d'un être humain»

Puis Tchitchikov rencontre le maître des lieux : « Ses petits yeux encore vifs couraient sous la haute couronne des sourcils, comme des souris lorsque, risquant hors de leur sombre retraite leur museau pointu, elles guettent, oreilles dressées, moustaches frétilantes, si le matou ou quelque fripon d'enfant n'est point caché dans le voisinage, et hument l'air avec méfiance.

Son costume était bien plus remarquable. La composition de sa souquenille défiait toute investigation ; les manches et les pans étaient si grasseyés, si luisants, qu'on aurait dit du cuir de bottes, (...) il portait au cou un objet indéfinissable : peut être un bas, une écharpe, un plastron, mais sûrement pas une cravate. Bref, si Tchitchikov l'avait rencontré dans cet accoutrement sur le parvis d'une église, il lui eut sans doute donné un liard, (...) or notre héros avait devant lui non un mendiant mais un gentilhomme »

Plus loin dans le récit, Gogol donne quelques traits du caractère de Pliouchkine, avare et dédaigneux de tout contact avec l'extérieur, ne voyant dans la visite de Tchitchikov que l'intrusion de quelque voleur.

Jadis père de famille et bon gestionnaire de ses biens, Pliouchkine commence sa lente déchéance après le décès de sa femme : il rompt alors avec ses enfants, renvoie les employés de la maison. Après la mort de sa dernière fille, il reste l'unique maître de ses richesses. « Tout s'empilait dans les granges, croupissait, se faisait haillons et pourriture ; et Pliouchkine lui-même devint finalement une loque humaine.

Il parcourait tous les jours les rues de son village, regardait sous les ponceaux, les passerelles et tout ce qui lui tombait sous la main – vieilles semelles, chiffons, clous, tessons – il l'emportait chez lui, au tas que Tchitchikov avait vu dans un coin. »

Gogol décrit ainsi chez Pliouchkine la lente mort de l'âme, la perte progressive des valeurs morales et affectives.

Dans un article de 1986, l'auteur anglo-saxon E. Cybulska (13) utilise le terme « Pliushkin's syndrome » en référence au personnage de Gogol, pour décrire des situations d' « auto-négligence » chez des personnes âgées.

c) Miss Havisham

Autre personnage littéraire intéressant dans notre étude, Miss Havisham est une héroïne de Charles Dickens (1812-1870), écrivain britannique, dans son roman « Les grandes espérances » de 1860 (16).

Cette référence littéraire est également rapportée par Cybulska et al. (13)

Riche héritière, Miss Havisham vit, depuis le jour de son mariage raté, recluse dans son manoir lugubre, aux fenêtres murées. Les pendules sont arrêtées, elle ne veut plus rien savoir du temps qui s'écoule depuis ce jour maudit, toujours habillée en mariée, soucieuse de remettre tous les objets à leur place précise. Tout ce qui l'entoure n'est que vétusté et poussière, son gâteau de mariage gît encore, habité d'araignées et de souris, sur la table du salon. Elle limite ses contacts humains à l'éducation d'une fille adoptive.

« Sa poitrine était affaissée, de sorte qu'elle était toute courbée, sa voix était brisée, de sorte qu'elle parlait bas ; un sommeil de mort s'appesantissait peu à peu sur elle. Enfin, elle paraissait avoir le corps et l'âme, le dehors et le dedans, également brisés, sous le poids d'un coup écrasant. »

Si la description du logis est moins édifiante que celle de Pliouchkine, on retrouve la notion d'une rupture et d'un mode de vie marqué par l'enfermement, l'isolement relationnel, le maintien sur les lieux de l'habitat d'une fixité évoquant la mort, le pourrissement, dans une temporalité éternelle.

4) EVOLUTION DANS LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE INTERNATIONALE

Nous citerons, par ordre chronologique de parution, les principales études de séries de cas traitant du syndrome de Diogène depuis sa description par Clark et Mankikar (7).

a) 1976 : C. MELENDRO et al. (40)

En 1976, une équipe espagnole s'intéresse au problème de l'auto-négligence chez la personne âgée.

L'étude porte sur 25 cas de patients âgés de plus de 60 ans, 8 cas étaient connus depuis plus de 30 ans. Les auteurs décrivent des sujets âgés refusant les normes de propreté les plus élémentaires, sans éprouver de honte, et indemnes de pathologie psychiatrique ou démentielle.

L'accent est mis par les auteurs sur la notion d'hostilité envers la société, par l'adoption d'un mode de vie particulier. On retrouve là des analogies avec la vie du philosophe Diogène.

b) 1977 : P.F. ROE (53)

En 1977, le gériatre anglais Roe publie une étude rétrospective portant sur 25 patients âgés admis en service de Gériatrie pour état d'incurie extrême.

Il s'intéresse surtout à la question de la prise en charge. Il met en évidence les difficultés inhérentes à celle-ci, entre une attitude interventionniste souvent vécue comme intrusive et potentiellement iatrogène, et l'absence d'aide spécialisée pouvant être considérée comme défaut de soin, non-assistance à personne en danger.

c) 1987 : J. SNOWDON (62)

Psychiatre australien, Snowdon réalise en 1985 une étude prospective de grande ampleur, auprès de 15 centres d'hygiène et de santé. Un questionnaire est

envoyé au personnel soignant de ces centres, et permet de repérer les personnes vivant en dessous des normes habituelles de propreté, sans critère d'âge.

Les résultats, publiés en 1987, permettent de repérer 83 cas, dont 15 de moins de 60 ans, sur une population concernée d'environ un million de personnes. L'étude prend en compte des aspects socio-économiques, démographiques, médicaux et psychiatriques.

d) 1987 : T.-S. RADEBAUGH et coll. (50)

Il s'agit d'une étude prospective américaine, qui s'intéresse à la désinsertion sociale chez les sujets de plus de 65 ans.

202 cas sont recensés. L'évaluation porte sur des critères socio-économiques, familiaux, médicaux et psychiatriques.

En conclusion, les auteurs ne retiennent pas le concept d'une entité syndromique, et adoptent la notion plus générale de « social breakdown in the elderly » (rupture sociale chez le sujet âgé).

e) 1991 : C. MARTIN-HUNYADI et M. BERTHEL (39)

Gériatres à l'hôpital de la Robertsau à Strasbourg, les auteurs rapportent quatre cas cliniques tirés de leur pratique quotidienne. Ils emploient le terme de « clochardisation à domicile » pour décrire le processus aboutissant à la perte des normes de propreté chez la personne âgée.

f) 1992 : M. WRIGLEY, C. COONEY (69)

Psychiatres irlandais, ils réalisent de janvier 1989 à décembre 1990, dans leur service de géronto-psychiatrie de Dublin-Nord, une étude portant sur des patients répondant aux critères de Clark et Mankikar (7).

Sur les 609 patients admis durant cette période de 2 ans, 29 sujets sont inclus. Pour chaque patient est réalisé un examen psychiatrique, une évaluation des fonctions cognitives (Mini Mental State de Folstein), ainsi qu'un entretien avec son entourage proche et des professionnels de santé.

Les résultats permettent d'établir la fréquence du syndrome dans la population donnée, de comparer les caractéristiques du groupe étudié avec celles des deux études britanniques précédentes (Macmillan et Shaw (38), Clark et Mankikar (7) : les résultats obtenus sont similaires), de proposer des éléments de prise en charge en particulier au regard de la législation en vigueur.

g) 1993 : P. TAURAND et coll. (65)

Dans cette article, les auteurs, gériatres français, évaluent le statut médical et social de patients âgés de 60 ans et plus, admis dans leur service de moyen séjour du Centre Hospitalier Emile Roux d'Eaubonne (Val d'Oise) au décours d'une affection somatique aiguë.

De novembre 1989 à décembre 1990 sont ainsi recensés 21 patients vivant dans des conditions d'insalubrité, ceci grâce à la participation de l'entourage des patients, des services sociaux et des organismes de soin à domicile.

Une visite à domicile permet de confirmer la dégradation des conditions d'habitat. Les patients sont suivis sur une durée de 6 à 12 mois après leur sortie.

L'étude s'attache en particulier à décrire l'état cognitif, le degré de dépendance (selon les critères de l'AGGIR) des patients.

Les auteurs ne retiennent le syndrome de Diogène que pour les patients indemnes de toute pathologie psychiatrique. Une seule patiente correspond à ces critères : il s'agit d'une veuve de 70 ans, ayant toujours vécu dans la même cabane. Hospitalisée 9 mois dans les suites d'une hypothyroïdie, elle regagna son domicile après la remise en état de celui-ci. Revue à 12 mois, elle semblait en bon état général mais avait repris son mode de vie antérieur.

h) 1993 : Y. KOCHER et M-J. CHABERT (34)

Les auteurs recensent, entre 1984 et 1991, 18 cas de personnes âgés répondant aux critères du syndrome de Diogène, admis dans un service de gériatrie de Genève après signalement des services sociaux, de police ou de tutelle.

Les éléments étudiés sont proches de ceux des études anglo-saxonnes, et les auteurs développent principalement l'hypothèse d'une étiologie psychopathologique.

i) 2000 : G. HALLIDAY et coll. (31)

L'étude de ces auteurs anglais est une enquête prospective dirigée dans la banlieue sud de Londres.

Les services de nettoyage sont mis à contribution pour déceler les sujets vivant en état d'incurie domestique. Leurs conditions de vie sont évaluées par une échelle rationalisée, semblable à celle utilisée par Shaw et MacMillan (38). Comme dans l'étude de Snowden (62), l'âge n'est pas un critère d'inclusion

L'étude est menée de novembre 1996 à octobre sur un bassin de population de 238 000 habitants. Elle comporte en particulier un bilan psychiatrique approfondi, conduit selon les critères de la CIM 10.

91 cas sont rapportés, 76 sujets acceptent de répondre à l'enquête, seulement 49 % sont âgés de plus de 65 ans. Les auteurs cherchent à définir les relations entre auto-négligence, troubles physiques et psychiatriques.

De nombreuses autres études sont publiées, s'intéressant le plus souvent à un nombre restreint de cas. Les résultats et hypothèses généraux dégagés de cette revue de la littérature scientifique sont exposés dans les chapitres suivants.

5) DESCRIPTION DU SYNDROME

La plupart des auteurs retiennent donc, comme le suggéraient ou le décrivaient les articles princeps, l'existence d'une entité syndromique bien particulière, dont la dénomination varie selon les auteurs mais dont la principale utilisée dans la littérature internationale est celle de Clark et coll. (7), le syndrome de Diogène.

Cette entité est décrite, dans ses aspects épidémiologiques et cliniques, ci-après.

a) Circonstances de découverte

Les personnes vivant dans un état d'incurie sont exceptionnellement à l'origine d'une demande d'aide. Dans la plupart des cas, la situation est signalée par l'entourage du sujet, qui vient à dépasser un certain seuil de tolérance. Il s'agit souvent des voisins, qui déplorent des nuisances sonores ou olfactives, un

dégât des eaux ... et en font part à la régie immobilière. Celle-ci alerte les services d'hygiène de la commune, les services sociaux.

Ainsi, comme le soulignait déjà MacMillan (38), la situation se manifeste par la rupture d'un équilibre entre l'entourage et le sujet. L'entourage tolère la situation (parfois par ignorance) pendant de nombreuses années, jusqu'à ce que les notions d'insalubrité, de nuisances et de troubles du voisinage prennent le pas. Les risques d'incendie, de fuite de gaz, les inondations par rupture ou obstructions des canalisations, l'infestation par les rats ou les blattes, l'odeur nauséabonde, le spectacle d'un amoncellement d'ordures, l'inquiétude pour la santé du sujet ... entraînent la rupture de l'équilibre et le signalement de la situation. Parfois, le trouble à l'ordre public, à la santé individuelle et collective est tellement manifeste que le recours aux forces de police, aux pompiers est envisagé.

La situation est plus rarement rapportée par la famille ou des proches, du fait de l'isolement du sujet.

Parfois, ce sont les services sociaux et de tutelle qui signalent la situation, devant des impayés de loyer et de facture par exemple.

Enfin, il arrive que la situation d'incurie soit découverte « fortuitement » à l'occasion d'une pathologie médicale aiguë et d'une hospitalisation.

Les professionnels de santé sont ainsi rarement sollicités directement, et la prise en charge sanitaire des sujets en situation d'incurie se place sur le terrain du social au sens large.

b) Données épidémiologiques

- Incidence

Le syndrome est considéré comme rare, mais son incidence reste difficile à mesurer. En effet, comme le souligne Snowdon (62), il est très probable que celle-ci soit sous-estimée, un nombre important de sujets pouvant vivre dans des situations d'incurie sans pour autant être connus des services de santé. Par ailleurs, le mode de recrutement, la non-représentativité des échantillons constituent autant de biais dans la mesure de l'incidence du syndrome.

Malgré ces réserves, les études prospectives de MacMillan (34), Wrigley (69) et Snowdon (62) l'estiment à 0.5 cas par an pour 1000 habitants âgés de plus de 60 ans.

- Sexe

Les deux sexes sont touchés avec une prédominance pour le sexe féminin, qui est confirmée par la majorité des études dans un rapport de 2 cas féminins pour 1 cas masculin.

Quelques études (Clark en 1975 (7), Hurley en 2000 (33)) montrent un sex-ratio de 1, celle de Halliday (31) une prédominance masculine (72 %).

La plus grande espérance de vie chez la femme peut, bien sûr, constituer un biais dans l'interprétation des résultats, la majorité des études s'intéressant aux sujets âgés.

- Age

La moyenne d'âge varie selon le type d'études. Pour celles qui concernent uniquement les sujets de plus de 60 ans, la moyenne varie entre 70 et 80 ans. Pour celles qui ne retiennent pas le critère d'âge, elle reste élevée, ainsi dans les

travaux de Halliday (31) elle est de 63 ans, alors que seuls 49 % des sujets ont plus de 65 ans.

Cette notion est bien sûr difficile à interpréter, quand une bonne part des travaux ont été publiés par des gériatres. Nous retiendrons cependant que le syndrome, s'il n'est pas spécifiquement gériatrique, touche plus préférentiellement les sujets âgés.

- *Statut familial, mode de vie*

Classiquement, le syndrome concerne des personnes vivant seules à leur domicile, isolées.

Les études récentes portent à 75% environ le pourcentage de personnes vivant seules. La proportion de veuves est importante.

Les sujets vivant en couple sont rares, environ 10%, ainsi que les sujets vivant avec des membres de leur famille (parents ou enfants).

- *Profession*

Dans l'article princeps, Clark (7) relève, avec un certain étonnement, une proportion non négligeable de « notables » dans son échantillon (3 anciens officiers de l'Armée, 1 dentiste, 1 violoniste professionnel, 3 institutrices, 1 dessinatrice de mode, 1 professeur de musique, 1 chanteuse d'opéra). Il suggère que la prévalence du trouble est plus élevée chez les sujets ayant un haut niveau socio-économique.

Cette hypothèse est plusieurs fois remise en cause, notamment par Halliday (31) et Hurley (33) qui retrouvent une large proportion de sujets sans profession ou sans formation.

Là encore, les biais sont nombreux selon le mode de recrutement.

- ***Ressources***

Clark (7) relève que le niveau de ressources financières ne suffit pas à expliquer la situation d'incurie. Un nombre important des sujets de son étude perçoivent des revenus corrects, voire élevés.

Les études ultérieures retrouvent des résultats disparates, et en tout état de cause il semble que le faible niveau de ressources ne constitue pas un facteur déterminant la situation d'incurie.

- ***Logement***

Les différentes études montrent que le lieu d'habitation ne détermine pas la situation d'incurie. Tous les types d'habitation sont représentés, neufs et anciens dans des proportions semblables, que le sujet en soit propriétaire ou locataire.

Des situations sont décrites chez des sujets vivant en maison de retraite ou en foyer logement.

c) Clinique de l'habitat

Les premières études donnent déjà des descriptions précises de l'habitat. Celui-ci est particulièrement frappant et constitue un élément clinique primordial.

La visite du domicile est donc toujours nécessaire pour confirmer le diagnostic et recueillir des éléments cliniques.

L'aspect extérieur du logement montre déjà, avant même d'y pénétrer, un délabrement important. Le revêtement s'effrite, les fenêtres peuvent être brisées, sales, recouvertes de papier journal, les volets vermoulus, les tuiles du toit manquantes.

Quand il existe, le jardin peut être laissé à l'abandon, envahi de mauvaises herbes, ou parfois regorger d'objets hétéroclites entassés, d'ordures non évacuées.

A l'intérieur, le visiteur est saisi d'une odeur nauséabonde de renfermé et de moisi, d'excréments et d'urine, de denrées périssables pourrissant.

L'espace intérieur est souvent réduit, parfois dans des proportions considérables, par des amoncellements de sacs plastiques, de détritrus, de journaux, de bouteilles vides et autres objets hétéroclites. Il existe parfois un certain agencement organisé de ces entassements.

Il arrive que les amas atteignent le plafond, interdisent l'accès à certaines pièces. Souvent, le cheminement à travers le logement se fait le long d'étroits « sentiers » ménagés au sein des entassements.

Le lit peut être plus ou moins respecté, ou au contraire avoir disparu sous une épaisse couche de crasse, de couvertures souillées, de chiffons, de détritrus, de journaux. La personne dort alors dans un petit espace ménagé à même le sol.

Les murs sont noircis de crasse, les sols humides et collants.

L'espace de la cuisine est occupé de résidus de nourriture en décomposition, la cuisinière souvent inutilisable, l'évier rempli de vaisselle sale.

Les sanitaires sont souvent obstrués par des monceaux d'excréments, de journaux, d'objets divers. Les besoins peuvent se faire à même le sol, dans un espace réservé à cet effet.

La présence d'animaux est fréquente, qu'il s'agisse d'animaux domestiques plus ou moins laissés à l'abandon (souvent des chats), de rats et de souris, de pigeons, d'insectes rampants ou volants (blattes, fourmis, mouches...).

Les installations électriques sont souvent défectueuses, parfois dangereuses. Le sujet peut ne s'éclairer qu'à l'aide d'une bougie, n'utiliser

qu'un petit dispositif pour se chauffer. Téléphone, télévision et radio sont souvent inutilisables ou absents.

L'impression première du visiteur, très marquante, est souvent celle d'un capharnaüm absolu, d'un degré de saleté et de désordre innommables. Mais un examen plus attentif et dépassionné peut permettre de découvrir une certaine organisation, des pièces ou des lieux respectés, parfois de façon inattendue.

Il semble que l'incurie de l'habitat peut révéler, dans une certaine mesure, une part de la clinique de son habitant. L'habitat n'est pas simplement laissé à l'abandon, il existe un processus actif qui aboutit à la dégradation du logement. (Taurand et coll. (65))

Lorsqu'il est possible de l'établir, il apparaît que la dégradation de l'habitat s'est opérée lentement et progressivement, sur plusieurs années. (Mercuel et coll. en 1996 (41))

d) Présentation du sujet

Classiquement, lors de son admission à l'hôpital ou rencontré chez lui, le sujet présente une incurie corporelle et vestimentaire marquée. Il arrive cependant, rarement, qu'il maintienne une apparence plus ou moins soignée.

La vêtue est particulière et consiste souvent en une superposition de vêtements souillés et délabrés. Parfois, l'habillement est dissocié, la personne gardant une certaine distinction vestimentaire malgré une saleté importante.

Les cheveux sont hirsutes, la rasage absent. Les mains et pieds noircis, recouverts d'une épaisse couche de saleté, révèlent des ongles crasseux et longs, parfois tant qu'ils se recourbent jusqu'à la plante des pieds ou la paume des mains. Il existe parfois des lésions cutanées eczématiformes ou infectieuses, des infestations par des parasites. L'odeur corporelle est désagréable.

Une certaine indifférence, une absence de honte exprimée par la personne au sujet de son état d'hygiène sont classiquement décrites.

e) Traits de personnalité

Les articles princeps de MacMillan (38) et Clark (7) font tous deux état de traits de personnalité particuliers chez la majorité des sujets de leurs études.

Ainsi MacMillan et Shaw (38), à partir d'entretiens avec le sujet, sa famille, son entourage y compris médico-social, décrivent les traits suivants : personnes querelleuses, autoritaires, indépendantes, solitaires, renfermées, têtues, obstinées, distantes, agressives et méfiantes. Ces traits sont plus affirmés dans le groupe de patients indemnes de pathologie psychiatrique.

Les tests de personnalité utilisés par Clark et Mankikar (7) lors de leur étude ne montrent pas de déviation majeure des scores comparés à la population générale. Cependant, comme dans le précédent article, les sujets de leur étude sont qualifiés de distants, détachés, perspicaces, suspicieux, mal intégrés. Enfin, ils notent une tendance à la distorsion de la réalité, notamment en ce qui concerne les conditions d'existence. Ces traits de caractère sont intégrés aux critères définissant le syndrome de Diogène.

La majorité des auteurs suivants reprennent cette notion de pathologie prémorbide et la considèrent comme étiologie principale du trouble du comportement.

Quelques articles (O'Rawe en 1982 (44), Taurand et coll. en 1993 (65)) font néanmoins mention d'une atténuation voire d'une disparition de ces traits

de caractère au fur et à mesure de la prise en charge, allant dans le sens d'une notion de réticence initiale chez les sujets.

f) Etat psychiatrique

La question des liens entre incurie et troubles psychiatriques est posée, là aussi, dès les premiers articles.

MacMillan et Shaw (38) distinguent ainsi deux groupes, parmi les 72 sujets de leur étude. Le premier groupe comporte 34 sujets (47 %) considérés comme indemnes de pathologie neuro-psychiatrique avérée. Y sont inclus 11 patients présentant une symptomatologie d'ordre dépressif considérée comme réactionnelle à un deuil et normale.

Le deuxième groupe des 38 autres sujets (53 %) est majoritairement constitué de patients atteints de démence sénile (23 cas sur 38, soit 61 % du 2^{ème} groupe et 32 % de l'ensemble des sujets).

Enfin les autres sujets du groupe présentent des pathologies psychiatriques diverses : alcoolisme chronique, schizophrénie, paraphrénie, psychose maniaco-dépressive, paranoïa sénile. Les sujets atteints d'une pathologie psychiatrique non démentielle avérée représentent donc 21 % de l'ensemble des sujets de l'étude.

Dans les études ultérieures, la prévalence des pathologies psychiatriques varie de 30 à 80 %. Il est généralement admis que la moitié environ des patients atteints du syndrome de Diogène présentent une pathologie psychiatrique avérée. Les diagnostics sont divers : psychose, dépression, alcoolisme, démence (cette dernière n'étant pas toujours classée au sein des troubles psychiatriques).

Rappelons que Clark et coll. (7), dans leur définition du syndrome de Diogène, estiment que la pathologie psychiatrique, quelle qu'elle soit, ne suffit pas à expliquer les troubles du comportement.

g) Etat cognitif

En ce qui concerne l'efficiace intellectuelle, elle est généralement considérée comme « au moins » normale.

MacMillan et coll. (38), ainsi que Clark et coll. (7), observent par différentes évaluations psychométriques (Intellectual Rating Scale et Wechsler dans l'étude de Clark), une conservation des facultés intellectuelles pour tous les sujets, et un niveau supérieur à la moyenne pour un certain nombre d'entre eux.

Plusieurs publications ultérieures confirment ces données.

Nous soulignerons cependant de nombreux biais liés notamment à l'impossibilité de passation du test pour les patients déments et au refus de certains autres (ainsi 50 % des sujets de l'étude de Clark ont refusé l'évaluation cognitive).

Sur la question des troubles cognitifs, les résultats sont contradictoires et difficiles à interpréter.

Dans l'ensemble, ils tendent toutefois à montrer une incidence plus élevée des troubles démentiels chez les sujets atteints par le syndrome de Diogène, par rapport aux sujets non atteints du même âge. (Radebaugh en 1987 (50))

Ainsi Halliday (31) retrouve 20 % de patients déments chez les sujets âgés de son étude. Taurand (65) constate la présence d'une détérioration cognitive (MMS entre 13 et 23) chez 80 % des sujets de son étude, et un syndrome démentiel patent (MMS inférieur à 13) chez 57 % de ceux-ci, par l'utilisation du Mini Mental State de Folstein.

Plus récemment, Beauchet et al. en 2002 (3), Haddad et coll. en 2002 (30) ont suggéré le rôle primordial joué par la détérioration cognitive dans la genèse du trouble, notamment dans le lien avec une forme de démence fronto-temporale.

h) Etat somatique

De manière générale, l'isolement social du sujet rend difficile l'accès aux soins, et contribue à l'apparition et l'aggravation de troubles somatiques qui ne diffèrent pas qualitativement de ceux de la population générale du même âge.

- Affections aiguës

Elles peuvent constituer un motif d'hospitalisation en urgence. Les pathologies retrouvées n'ont rien d'exceptionnel au regard de l'âge des sujets, en dehors de leur degré de sévérité qui peut compromettre le pronostic vital. A ce titre, les études réalisées dans le cadre d'hospitalisations en service gériatrique montrent des taux de mortalité élevés dans les premiers jours d'hospitalisation. Ainsi Clark (7) décrit 14 décès peu après l'admission, sur les 30 sujets étudiés.

Les principaux diagnostics sont : chutes, insuffisance cardiaque, altération de l'état général, accident vasculaire cérébral, broncho-pneumopathies.

- Affections chroniques

De la même façon, les pathologies chroniques sont fréquentes, multiples (pour un même sujet) et souvent invalidantes.

Les critères de l'AGGIR utilisés par Taurand (65) montrent un score de dépendance élevé (GIR 3 : nécessité d'aides pour l'autonomie corporelle, plusieurs fois par jour) pour plus de la moitié des patients de l'étude.

Les principaux diagnostics sont : syndrome démentiel, éthylisme chronique, polynévrite des membres inférieurs, insuffisance respiratoire chronique, séquelles d'accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, artérite stade IV.

- Examens complémentaires

Le bilan biologique montre de façon fréquente des signes liés aux carences nutritionnelles des patients.

Celles-ci sont mises en évidence dès 1966 par MacMillan (38), qui relève des carences d'apport quantitatives et qualitatives. Ainsi dans son étude, la nourriture de base des sujets en question n'est composée que de thé, café, biscottes et biscuits, conserves. Cette notion est confirmée par les études ultérieures.

On retrouve fréquemment : syndrome anémique, carence martiale, carence en vitamines B12 et B9, hypoalbuminémie.

Peu d'études réalisent des examens d'imagerie.

Récemment, Beauchet et al. (3) démontrent un dysfonctionnement fronto-temporal intéressant les 4 sujets étudiés, grâce à la tomographie de perfusion à l'HMPAO.

Ott, en 1999 (46), à propos de 2 cas, conclut à l'absence de signes morphologiques spécifiques de dysfonctionnements frontaux, après réalisation d'un bilan associant scanner sans injection, IRM couplée à une tomographie de perfusion monophotonique de type SPECT, et EEG.

i) Facteurs déclenchants et aggravants

La littérature apporte la notion de facteurs susceptibles de déclencher ou d'aggraver le processus aboutissant au syndrome de Diogène.

Ainsi, 3 facteurs principaux sont relevés :

- *la notion de perte ou de deuil*

MacMillan (38) décrit ainsi que pour 13 sujets sur les 70 de son étude, la perte d'une personne proche a précédé l'apparition du syndrome.

Clark (7), quant à lui, estime que le syndrome de Diogène est lié à un stress engendré par les modifications environnementales, psychologiques et physiques du vieillissement. La perte d'un proche, le plus souvent le conjoint, constitue dans ce contexte l'élément déclencheur principal.

Kocher et Chabert (34) vont dans le même sens, et émettent l'hypothèse pour les patients de leur étude d'un comportement régressif réactionnel à une surcharge d'angoisse liée à la perte d'une personne de référence (conjoint, parent), de l'identité professionnelle (retraite), au processus de vieillissement dans sa dimension du deuil.

- *les troubles sensoriels et moteurs*

Certaines études, dont celle de MacMillan et Shaw (38), repèrent une fréquence élevée des troubles sensoriels (surdité, c civit ) qui interviendraient alors comme aggravant l'isolement social et le développement du syndrome.

Il en va de même pour les difficultés de mobilisation des patients.

- *la consommation d'alcool*

Celle-ci, prenant parfois la forme d'un alcoolisme chronique sévère, est bien repérée par plusieurs études (MacMillan (38), Taurand (65) entre autres) comme un facteur aggravant le processus morbide.

De manière générale, il est difficile de relier l'apparition des troubles à un évènement ou une situation particulière, et de démêler ce qui accompagne, participe, de ce qui déclenche. La difficile question de l'étiopathogénie est envisagée plus loin.

j) Particularités cliniques : « Diogène à deux », « Diogène par procuration », « Diogène du sujet jeune »

La littérature fait état de formes cliniques particulières, volontiers surprenantes, qui ne répondent pas stricto sensu aux critères définis par Clark (7).

Ainsi en va-t-il du « Diogène à deux », forme où deux individus vivant en couple présentent les caractéristiques du syndrome. L'analogie avec la notion de « folie à deux » décrite initialement par Lasègue et Falret dans la nosologie psychiatrique classique du XIX^{ème} siècle, est suggérée par MacMillan mais reste discutée dans les articles ultérieurs. (Faraldi et al. (21))

Par analogie avec le syndrome de Munchausen par procuration, le cas d'une patiente de 48 ans qui, vivant à domicile avec sa mère affaiblie par une cardiopathie invalidante, lui imposait une « diogénisation », est décrit par O'Mahony et Grimley en 1994 (43).

Si ces deux premières particularités paraissent plus relever de l'anecdote et du cas exceptionnel, il n'en va pas de même du syndrome concernant le sujet jeune.

En effet, si le syndrome de Diogène est principalement décrit chez la personne âgée (et a même été considéré comme une entité purement gériatrique), des études plus récentes, comme celles de Snowden (62), Halliday (31) et Hurley (33), montrent un nombre conséquent de sujets de moins de 65 ans répondant aux critères du syndrome de Diogène.

Les considérations actuelles amènent à penser que le syndrome touche préférentiellement les sujets âgés, et que les formes repérées chez les sujets jeunes constituent des tableaux atypiques. Notons à ce titre que tous les sujets de moins de 65 ans décrits par Halliday (31) (soit 51 % des 91 sujets de son étude) sont porteurs d'un diagnostic de schizophrénie.

6) HYPOTHESES ETIOPATHOGENIQUES

Depuis les premiers articles et la définition du syndrome, la question de l'étiologie n'a cessé d'être posée et n'a jamais abouti à un consensus.

Clark et coll. (7), MacMillan et coll. (38) ont posé les premières hypothèses, basées sur la notion d'une personnalité prémorbide.

Ces hypothèses sont ensuite largement discutées dans les articles ultérieurs.

Récemment, l'hypothèse d'une étiologie organique a été avancée.

a) Les premières hypothèses : notion de personnalité prémorbide

MacMillan et coll. (38) s'appuient sur leurs constatations de traits de caractère particuliers chez les sujets étudiés pour formuler la première hypothèse étiopathogénique : les troubles en question seraient liés à une réaction au stress du vieillissement (comme la survenue d'un deuil), apparaissant chez des sujets vulnérables du fait de leur personnalité antérieure (indépendante, querelleuse, obstinée, mal intégrée, etc ...).

Clark et coll. (7) émettent deux hypothèses.

Dans la première, les troubles sont vus comme une attitude défensive de rejet et d'hostilité envers les normes sociales, en réaction à un facteur de stress et accompagné de facteurs aggravants.

La deuxième considère les troubles comme une évolution naturelle liée à l'âge, à l'apparition d'infirmités qui contribuent à un moindre intérêt pour l'hygiène, la propreté, les relations sociales.

La notion d'une personnalité antérieure particulière, qualifiée de prémorbide, est retenue pour les deux hypothèses.

b) Evolution des théories psychopathologiques dans la littérature

De nombreux travaux reprennent la notion de personnalité prémorbide, et la conception dynamique du déclenchement des troubles.

Différents travaux vont développer les liens entre psychopathologie et syndrome de Diogène.

Ainsi Kocher et Chabert (34) émettent l'hypothèse d'une personnalité pathologique de type psychotique (paranoïaque, plus rarement schizoïde) comme substrat nécessaire à l'apparition des troubles.

Le syndrome de Diogène serait la décompensation d'une psychose jusque là équilibrée, réactivant angoisse de morcellement, mode de relation symbiotique à l'objet, mécanismes de défense psychotiques comme le déni de la réalité. L'expression symptomatique se ferait habituellement sous la forme d'un délire paranoïaque persécutoire interprétatif.

Chebili en 1998 (5), soulignant la grande rareté d'authentiques délires paranoïaques chez les sujets concernés, avance une autre conception.

Les troubles observés témoigneraient d'altérations de type narcissique et de régressions à des stades archaïques. L'accumulation d'objets viendraient tenter la réalisation d'une « suture » du Moi-peau (théorie du Moi-peau développée par Anzieu (2)) altéré dans ses fonctions contenantantes.

Il réfute la notion pour le syndrome de Diogène d'un état pathologique caractérisé, et retient plutôt celle d'une expression du libre-arbitre.

Mercuel et coll. (41) développent les notions de réaction à la perte, au deuil. Il en résulterait des processus de « désafférentation » physique et psychique, pouvant expliquer les troubles observés.

L'accumulation d'objets hétéroclites, dénommée « syllogomanie » (étymologiquement : goût immodéré pour l'accumulation) par Clark (7), a été considérée par certains auteurs (dont Drummond et al. en 1997 (17)) comme un symptôme de troubles obsessionnels compulsifs. Cependant, l'absence de honte, de culpabilité, de lutte anxieuse contre les symptômes a été opposée à cette hypothèse.

c) Hypothèses organiques

Dès les premiers articles, l'association du syndrome avec des troubles cognitifs de type démentiel est évoquée.

Des études plus récentes, s'appuyant sur le développement des techniques d'imagerie médicale morphologique et fonctionnelle, ont développé l'hypothèse d'une étiopathogénie organique au syndrome.

Ainsi, Beauchet et al. (3), Orrel et al. (45) rapportent des signes d'atteinte dégénérative des lobes frontaux chez plusieurs patients présentant un syndrome de Diogène.

Orrel et al. (45) observent ainsi des signes cliniques de démence fronto-temporale, et une atrophie frontale à la TDM cérébrale chez un patient de 72 ans présentant un syndrome de Diogène.

L'étude de Beauchet et al. (3) fait part de 4 cas de patientes âgées de 78 à 88 ans, répondant aux critères du syndrome de Diogène, et pour lesquelles les évaluations neuropsychologiques permettent d'établir le diagnostic de dysfonctionnement frontal. L'imagerie morphologique (TDM) montre une atrophie cortico-sous-corticale sans valeur localisatrice tandis que l'imagerie fonctionnelle (tomographie par émission monophotonique à l'HMPAO) met en évidence une hypofixation antérieure bi-frontotemporale.

Les signes cliniques habituels des atteintes dégénératives fronto-temporales comportent de nombreux éléments communs au syndrome de Diogène : négligence personnelle et environnementale, changement de personnalité sur un mode hostile, anosognosie, conduites stéréotypées avec persévération. Beauchet et al. (3) estiment ainsi que la syllogomanie pourrait être considérée comme une forme de persévération motrice.

Enfin, d'autres études montrent des cas de syndrome de Diogène liés à des atteintes cérébrales lésionnelles non dégénératives. Sikdar (59) rapporte le cas d'un sujet de 72 ans souffrant d'une atrophie frontale et d'une incapacité sélective à identifier les odeurs d'excréments, sans détérioration cognitive. Des cas de syndrome de Diogène après accident vasculaire cérébral sont également rapportés par Haddad et coll. (30).

7) PRISE EN CHARGE

La question de la prise en charge est, pour tous les auteurs, considérée comme problématique. Outre les difficultés pratiques dans la mise en place de soins chez des patients non coopérants, les questions éthiques sont unanimement soulevées dans la littérature. Qu'est-ce qui légitime une intervention des soignants, chez un patient qui n'est pas demandeur de soins, s'y oppose et vit tout contact comme une intrusion qui peut se révéler délétère ? La bonne distance entre respect des libertés individuelles et non-assistance à personne en danger est souvent difficile à trouver, elle met toujours en tension des questionnements éthiques.

a) Hospitalisation

C'est souvent le premier contact du patient avec le milieu soignant, dans un contexte d'urgence parfois, alors que le syndrome évolue depuis longtemps et dans les circonstances déjà évoquées de troubles du voisinage, de dépassement du seuil de tolérance de l'entourage.

Elle peut se faire en milieu psychiatrique, sous une mesure de contrainte justifiée par les troubles du comportement, l'incurie, l'incapacité du patient à donner son consentement aux soins, le trouble à l'ordre public.

Elle est aussi décrite dans le milieu hospitalier général, par exemple en service de gériatrie après un passage aux urgences médicales, lorsque les troubles somatiques aigus sont au premier plan.

Rappelons que la demande de soins émane le plus souvent des intervenants médico-sociaux, et classiquement jamais du sujet lui-même.

L'hospitalisation a lieu dans un climat vécu comme intrusif et violent par le patient, au moins dans les premiers temps.

Les premiers articles de Clark (7) et MacMillan (38) rapportent des taux de mortalité très élevés, de l'ordre de 50 %, dans les premiers jours suivant l'admission des patients étudiés (en milieu gériatrique dans l'article de Clark, en milieu psychiatrique dans celui de MacMillan). Cette forte mortalité initiale est expliquée par la sévérité des affections somatiques et de la dénutrition, reflets de l'absence de prise en charge médicale antérieure (auto-exclusion du système de soins) et de réactions de repli et d'abandon de soi face à l'intrusion.

Certains travaux ultérieurs, tels ceux de Roe (53) et Taurand (65), rapportent des taux de mortalité beaucoup plus faibles, et les bénéfiques à court et moyen terme d'une prise en charge hospitalière. Elle permet ainsi d'initier la prise en charge médico-sociale, de préparer un éventuel retour à domicile.

Sur le plan médical, un bilan approfondi permet un rétablissement de l'état général, le diagnostic des éventuelles pathologies somatiques et psychiatriques chroniques, une évaluation des fonctions cognitives.

Sur le plan social, la question du devenir, et notamment de la possibilité d'un retour à domicile, est évaluée. Le logement est souvent nettoyé et

réaménagé pendant le temps de l'hospitalisation, le niveau d'autonomie évalué en vue d'éventuels aménagements à domicile (aide-ménagère, portage des repas, soins à domicile), enfin un placement en institution peut-être travaillé et mis en place progressivement si nécessaire.

De manière générale, l'hospitalisation en urgence est considérée comme une solution de dernier recours, et doit être évitée tant que les possibilités de maintien à domicile ne sont pas épuisées.

b) Soins ambulatoires

Pour de nombreux auteurs, la prise en charge ambulatoire avec maintien à domicile, souvent à l'issue d'une hospitalisation, reste une modalité intéressante et bénéfique.

Une prise en charge en hôpital de jour est ainsi préconisée par MacMillan et coll. (38), plutôt qu'un placement en institution.

Clark et coll. (7), Kocher et Chabert (34) insistent sur la notion d'une personne « référente », clairement identifiée, pouvant établir progressivement une relation de confiance avec le patient. Cette personne peut être un soignant (infirmier, médecin, psychologue), un travailleur social. La mise en place d'une relation individuelle investie pourrait alors permettre une ouverture vers la société, l'accès aux soins et aux aides.

Pour Kocher et Chabert (34), cet intervenant privilégié aurait alors, dans un second temps, la possibilité d'être référé à une équipe pluridisciplinaire. De la bonne coordination de cette équipe, associant soignants (équipe de secteur psychiatrique par exemple) et travailleurs sociaux, dépendrait le maintien du patient à son domicile dans des conditions acceptables.

Cependant, cette prise en charge ambulatoire n'est pas toujours possible et efficace, soit qu'à l'issue d'une hospitalisation l'état cognitif et les capacités d'autonomie du patient ne la permettent pas, soit que du fait du refus des soins et des aides à domicile le sujet entre à nouveau dans un processus de « clochardisation ».

c) Traitement médicamenteux

Il est essentiellement lié aux pathologies associées, psychiatriques ou somatiques, garde une place mal définie et reste peu étudié dans la littérature.

Lorsqu'une pathologie psychiatrique est clairement identifiée, son traitement ne présente pas de particularités, et les psychotropes peuvent avoir une efficacité sur la symptomatologie.

Dans de nombreux cas, toutefois, aucune thérapeutique médicamenteuse n'est utilisée, et les entretiens à visée psychothérapeutique constituent le traitement de référence.

En tout état de cause, aucun traitement spécifique du syndrome de Diogène n'est rapporté dans la littérature.

d) Prise en charge sociale

La mise en place d'aides à domicile (aide-ménagère, portage des repas...) contribue au maintien à domicile dans des conditions sanitaires satisfaisantes.

Des mesures de protection des biens (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice) sont parfois nécessaires dans la prise en charge du patient.

8) DISCUSSION, OUVERTURE D'UNE PROBLEMATIQUE

A l'issue de cette revue de la littérature scientifique, plusieurs éléments nous apparaissent comme pouvant être discutés et susceptibles d'ouvrir une problématique.

En ce qui concerne la description des éléments cliniques, celle-ci est souvent très détaillée et fait apparaître des concordances évidentes entre les différentes études. En particulier, la dégradation de l'habitat est envisagée comme un symptôme central qui constitue l'épine dorsale, relativement stable malgré de nombreuses variations possibles, de la description du syndrome de Diogène.

Un consensus relatif se retrouve également dans les questions concernant la difficulté de la prise en charge (dans ses modalités pratiques et éthiques), la référence équivoque à Diogène, certaines données socio-démographiques (la fréquence du trouble, l'absence de rapport direct avec les conditions socio-économiques).

En revanche, de nombreux points amènent à discuter l'homogénéité du syndrome, voire à l'instar de certains auteurs (50) à remettre en question la validité de l'entité syndromique.

Ainsi la diversité et l'hétérogénéité de la terminologie : « auto-négligence », « rupture sénile », « rupture sociale », « clochardisation à domicile », « diogénisation »..., démontrent d'emblée une certaine indétermination quant aux mécanismes sous-tendant l'apparition du syndrome.

Le principal achoppement conceptuel apparaît ainsi derrière la question de l'étiopathogénie.

Le syndrome de Diogène est envisagé selon le modèle médical classique, et dans cette approche sont différenciés des syndromes primaires et secondaires, selon que l'origine des troubles est considérée comme indéterminée (primaire) ou causalement liée à certaines pathologies médicales (démences, détériorations cérébrales, schizophrénie ...).

Dans cette approche, que faire du lien complexe avec la pathologie mentale avérée ?

La description initiale par Clark (7) excluait du syndrome les patients atteints de pathologie mentale. Cependant, les études ultérieures montrent que celle-ci concerne environ la moitié des cas. La maladie mentale doit-elle alors être envisagée comme un facteur causal ou un signe d'accompagnement éventuellement aggravant ?

La question ne trouve pas de réponse claire, et se dilue dans la notion de personnalité pré-morbide.

La question de l'âge du sujet est également débattue : certains auteurs considèrent le syndrome comme purement gériatrique, les cas observés chez le sujet jeune faisant figure d'exception, d'autant que ceux-ci sont associées à la question de la psychose.

Les syndromes primaires, « purs », concerneraient ainsi des sujets âgés à la personnalité particulière mais indemnes de pathologie psychiatrique, et pour lesquels la question étiologique mettrait en cause le choix de vie, l'expression du libre arbitre et/ou une réaction au stress envisagée par analogie avec le syndrome de glissement du sujet âgé.

Les syndromes secondaires concerneraient des sujets chez qui une lésion cérébrale anatomique ou une pathologie mentale expliqueraient les troubles du comportement. C'est à ce groupe que seraient rattachés les cas des sujets jeunes.

Notre problématique se nourrit de cette butée du modèle médical classique sur un objet clinique qu'il se propose non seulement de décrire, mais aussi d'envisager en termes d'étiologie.

La définition d'une entité syndromique ne serait qu'une modalité d'appréhension d'un objet clinique hétérogène qui résiste à la conceptualisation selon le seul modèle médical.

L'indétermination étiopathogénique reflèterait le mécanisme de fragmentation de l'objet clinique qui résulte de cet achoppement conceptuel.

Nous proposons d'explorer dans ce travail une approche différente de l'incurie dans l'habitat, envisagée non comme un syndrome mais comme un symptôme transversal.

Dans le développement ultérieur de notre travail, nous abandonnerons donc en tant qu'approche univoque de l'incurie dans l'habitat la notion de syndrome de Diogène.

Nous retrouverons cependant la question portée par la référence au philosophe.

DEUXIEME PARTIE

L'INCURIE DANS L'HABITAT : ENQUETE SUR DIFFERENTS LIEUX D'EXPRESSION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET ILLUSTRATIONS CLINIQUES

1) INTRODUCTION

Le sujet en situation d'incurie de l'habitat ne se manifeste pas directement, en général, et surtout pas aux soignants. Son absence de demande d'aide, ses conditions d'existence en tant que personne isolée, recluse, enfermée, rendent difficiles sa rencontre. En revanche, il laisse aux intervenants qui croisent son parcours une impression très marquante.

Au cours de nos recherches « sur le terrain », nous avons donc beaucoup entendu parler de lui, et sur des lieux divers.

Mais il a fallu de la patience, une certaine persévérance pour le rencontrer. Les situations cliniques exposées sont pour la plupart rapportées par le sujet après-coup et par les intervenants ou la consultation de dossiers. Une seule situation, la dernière, a été vécue dans l'actualité d'une situation d'incurie dans l'habitat.

Ces exemples cliniques ne peuvent donc avoir comme prétention que celle d'illustrer notre propos. En aucun cas, il ne s'agit d'enquêtes à visée exhaustive, prospective ou rétrospective. La méthodologie utilisée est donc celle de la recherche de cas exemplaires, à travers la rencontre de sujets et d'intervenants impliqués dans la question de l'incurie de l'habitat, et ne peut se prévaloir de la rigueur scientifique de la recherche biomédicale.

Ces précisions posées, nous devons dire aussi ce qui nous a poussé à effectuer nos recherches en ces différents lieux. Nous ne nous sommes pas en effet limité à l'hôpital, mais avons envisagé (comme notre problématique nous en a ouvert la possibilité) la question de l'incurie dans l'habitat comme un

symptôme transversal, susceptible de se manifester en différents lieux d'expression de la souffrance psychique.

Ces lieux sont ceux du social dans une acception large, et mettent en jeu l'intervention de différents professionnels : l'hôpital psychiatrique et la prise en charge de secteur, la rue et la prise en charge sociale de l'exclusion, la ville et la prise en charge politique de la santé publique.

2) INCURIE DE L'HABITAT ET PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE DE SECTEUR

a) L'hôpital psychiatrique, la prise en charge de secteur

Les soignants et autres intervenants en psychiatrie envisagent généralement la problématique de l'incurie dans l'habitat comme fortement reliée à la maladie mentale.

L'incurie est ainsi fréquemment retrouvée dans le cortège symptomatique de nombreux patients soignés en psychiatrie. L'abandon de soi, le désintérêt pour l'hygiène et les soins apportés au corps et à l'environnement constituent un symptôme classique de la schizophrénie et de certaines dépressions graves.

Autant la rareté du syndrome de Diogène est décrite, autant l'incurie est un phénomène courant chez les usagers de la psychiatrie publique.

Cliniquement, celle-ci peut donc s'exprimer sur le corps mais aussi sur le lieu de vie.

Elle prédomine largement chez les sujets atteints de pathologies sévères ayant à voir avec la psychose. Elle peut témoigner de la désorganisation psychique du schizophrène, du retrait affectif douloureux du mélancolique.

Elle procède de la mise en jeu de mécanismes de défense archaïque et coûteux et réalise un symptôme répétitif conduisant à la désinsertion sociale.

La prise en charge est compliquée et nécessite la coordination des différents dispositifs du secteur psychiatrique : articulation entre les structures intra-hospitalières et ambulatoires (Centres Médico-Psychologiques : CMP, Centres de Jour, Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel : CATTP...), entre les soignants et les travailleurs sociaux.

Le premier cas clinique illustre cette prise en charge en réseau, et l'association du symptôme à une pathologie mentale chronique décompensée.

b) Le cas de Monsieur A

Il s'agit d'un patient âgé d'une cinquantaine d'années, qui est pris en charge par le secteur psychiatrique de Bron. Nous avons pu retracer son histoire à partir de son dossier médical, de discussions avec les intervenants (médicaux et sociaux) qui l'ont pris en charge, de la lecture d'un mémoire de DES consacré à son cas clinique (58) et d'une rencontre à son domicile.

Circonstances de rencontre

Son histoire avec la psychiatrie commence début 2004 par une consultation au CMP de Bron, à sa demande, pour « *dépression* ». Il y rencontre, pour la première fois, un médecin psychiatre.

Monsieur A apparaît lors de ce premier entretien comme très déstructuré, avec un discours diffluent et digressif, à thématique dépressive, et dans un état de saleté corporelle important.

Biographie

Monsieur A. a exercé la profession d'enseignant en sciences économiques dans un lycée privé, mais il a été licencié cinq ans auparavant, et il présente ce licenciement comme le début de ses problèmes. Il estime avoir été victime d'une procédure abusive, menée par un supérieur hiérarchique hostile à son égard.

Il dit être engagé depuis dans des procédures interminables pour faire valoir ses droits, mais il apparaît qu'il n'a effectué aucune démarche concrète en ce sens. En fait, il aurait « laissé traîner » la situation.

Il ne suit pas les recommandations de son médecin généraliste, qui entre autres lui a conseillé d'aller consulter un psychiatre.

Petit à petit, alors qu'il est en arrêt maladie, il a cessé d'aller voir son médecin, de prendre son traitement, d'envoyer ses papiers administratifs... Il se retrouve sans revenus, de plus en plus isolé. Il fréquente les restos du cœur. A cette époque, il a des idées de suicide, abandonne tout contact avec ses amis et sa famille, « *ça ne comptait plus* ».

Il se souvient d'avoir appris, quelques mois avant son licenciement, le suicide d'un collègue marié et père de deux enfants, et d'en avoir été très choqué. En effet, son propre père, ancien résistant et déporté en camp de concentration, est décédé une dizaine d'années auparavant, après s'être défenestré.

Monsieur A. est né de la deuxième union de sa mère, il est le 2^{ème} d'une fratrie de 5. Il est parti, adolescent, faire des études supérieures à Lyon, laissant sa famille dans le Jura où ils vivent toujours.

Il a été marié, puis divorcé. Il a eu de cette union une fille âgée d'une vingtaine d'années à présent. Depuis son divorce, il vit seul avec plusieurs chats et entretient peu de relations avec sa famille, en dehors de sa mère qu'il appelle régulièrement.

Prise en charge initiale

Monsieur A. bénéficie de plusieurs consultations médicales au CMP pendant environ 6 mois. Un traitement par antipsychotique et antidépresseur est institué. Le suivi est irrégulier et les éléments repérés au premier entretien : discordance, diffidence, dépression et incurie restent au premier plan du tableau clinique.

Il rencontre également l'assistante sociale du CMP et obtient le RMI.

C'est à l'issue de ces 6 premiers mois de soins que la situation s'aggrave, à l'occasion du départ en vacances de son psychiatre et sous la pression de plaintes du voisinage concernant l'insalubrité de son logement révélée par des « nuisances odorantes ». Il se trouve en danger d'expulsion de son appartement, et une intervention à son domicile est finalement décidée par le psychiatre et l'assistante sociale.

Ceux-ci découvrent alors l'incurie extrême de son appartement : carreaux cassés, murs recouverts de crasse, sol jonché d'une couche de saleté de plusieurs centimètres.

Surtout, est découverte une accumulation considérable de papiers, de journaux, de vêtements, de morceaux de ferraille sur plusieurs mètres de hauteur (parfois jusqu'au plafond), que Monsieur A. récupère dans les poubelles à l'extérieur. L'accumulation était telle que les secours ont dû se frayer un passage au travers des amoncellements ; les meubles, le lit étaient totalement recouverts ; les portes étaient bloquées, rendant la circulation entre les différentes pièces

quasi-impossible. L'électricité et l'eau chaude n'étaient plus accessibles depuis plusieurs mois.

Comment le patient a-t-il pu survivre dans un tel milieu ? Les derniers jours avant l'intervention, il était allongé sur des vieilles couvertures la plupart du temps et ne se levait que pour boire un peu d'eau sucrée et tenter de nourrir ses chats. L'un d'eux aurait même sauté par la fenêtre pour, selon Monsieur A., échapper à cette absence de soin.

Monsieur A., dans un état d'affaiblissement général extrême, n'est pas franchement opposé à une hospitalisation, mais il craint de laisser ses chats et demeure dans le déni total de l'incurie de son appartement. Une Hospitalisation d'Office est donc organisée, avec l'appui de la Police. Ses chats sont placés à la SPA.

Prise en charge hospitalière

Il est admis en HO au Centre Hospitalier Le Vinatier, dans le service de son secteur. Il y reste pendant 8 mois, temps nécessaire pour une restauration physique, narcissique et thymique.

Il bénéficie de plusieurs permissions pour son domicile, accompagné d'une infirmière dans un premier temps, qui permettent une prise de distance, un cheminement dépressif vis à vis de ses conditions existentielles, et un travail matériel de tri dans les différents objets accumulés.

A mesure que ce travail s'effectue, Monsieur A. oscillant entre abattement et projets irréalisables, apparaît une certaine honte affectivée en lieu et place du déni et de constructions paralogiques délirantes.

Il arrive petit à petit à prendre soin de lui à nouveau (il lave son linge, va chez le coiffeur) et à envisager de façon adaptée le nettoyage de son appartement. Il écrit à sa fille et projette d'aller voir sa mère.

Il accepte un dossier COTOREP qui lui permet de percevoir l'Allocation Adulte Handicapé, et des aides à domicile (aide-ménagère et portage des repas).

Retour à domicile

La mesure de contrainte est levée et Monsieur A. retrouve son appartement et ses chats. Les soins se poursuivent sur le CMP, puis sur le Centre de Jour du secteur.

Après quelques mois pendant lesquels son état se stabilise, le suivi devient plus irrégulier, l'observance du traitement aléatoire, la persécution contre une mesure de curatelle mise en place à l'hôpital plus vivace. Le patient semble à nouveau envahi par des mécanismes délirants qui dépassent des défenses obsessionnelles pourtant très solides. Une nouvelle hospitalisation est envisagée, d'autant que le propriétaire de Monsieur A. lui a annoncé son intention de vendre l'appartement.

Finalement, un suivi plus rapproché est mis en place (notamment par l'assistante sociale du CMP) et Monsieur A. retrouve une certaine stabilité psychique. Un projet de déménagement en institution pour personnes âgées est prudemment mené, et finit par aboutir. Des visites à domicile et un travail de partenariat avec l'institution d'accueil sont mis en place.

Un apaisement symptomatique est constaté chez le patient.

C'est dans ces conditions que nous l'avons rencontré, environ trois ans après qu'il ait poussé pour la première fois la porte du CMP. Il nous a reçu chez lui, dans une chambre de foyer-résidence exiguë mais propre et bien tenue.

Il poursuit ses soins au Centre de Jour ainsi que son suivi par l'Assistante Sociale du CMP. Sa pathologie mentale, diagnostiquée schizophrénie désorganisée, est considérée comme stabilisée.

Discussion

Le signe clinique le plus marquant dans l'incurie de l'habitat de Monsieur A. est l'accumulation considérable de vêtements, de journaux et de morceaux de ferraille qu'il allait chercher dans les poubelles et entassait dans son appartement.

Il donne l'explication de vouloir offrir les habits collectés à sa famille : ainsi choisissait-il des habits de fillette pour sa fille de plus de 20 ans qu'il n'a pas vu grandir. La ferraille était recherchée car « *ça peut toujours servir* ». Enfin les vieux journaux, les prospectus, les bouts de papier sur lesquels il griffonnait des « *aphorismes* », les livres usés qu'il récupérait avait une grande valeur à ses yeux : « *pour moi qui suis un littéraire, les livres et les journaux ont toujours tenu une grande importance. J'avais besoin de les garder, on ne sait jamais* ».

Le trouble du comportement présenté par Monsieur A. peut ainsi être envisagé sous l'angle de la tendance à la collection (selon Le Petit Robert (49), la définition de la collection est la « réunion d'objets ayant un intérêt esthétique, scientifique, historique, géographique, une valeur provenant de leur rareté, ou rassemblés par goût de l'accumulation ») et de son versant pathologique, le collectionnisme (dans ce cas précis, nous retrouvons la forme particulière de collectionnisme de détritrus, décrite dans le syndrome de Diogène: la syllogomanie).

Pour Monsieur A., les objets accumulés l'étaient car représentant une valeur affective consciente, là où un œil extérieur pourrait ne voir que déchets

collectés dans les poubelles (comme le faisait Pliouchkine dans ses activités de « chiffonnier » : se référer à la première partie, chapitre 3 b).

L'œil du clinicien pourra, lui, discuter des significations inconscientes à l'origine du trouble.

Après avoir écarté les causes médicales classiques du collectionnisme que sont le pseudo-collectionnisme neurologique (lié à une lésion cérébrale frontale, et dans lequel n'est retrouvé aucune stratégie prospective et aucun choix d'objet), et la compulsion du névrosé obsessionnel (associée comme pour tout symptôme de la névrose obsessionnelle à une lutte anxieuse contre le rituel, « auquel le sujet se sent contraint, dont il reconnaît le caractère absurde, ridicule et gênant, mais qu'il ne peut s'empêcher d'accomplir de façon répétitive avec le formalisme d'un rite » (37)), la collection particulière du patient peut être mise en lien avec son histoire personnelle et notamment avec son isolement affectif et l'histoire traumatique héritée de son père.

Les habits viendraient reconstituer une forme de « tissu affectif » manquant dans les relations du sujet aux membres de sa famille. L'emprisonnement dans des conditions de vie abominable (ou plutôt de survie) qu'il s'infligeait renverrait au récit du père revenu des camps de concentration et à la douleur de sa perte dans les conditions traumatiques d'un suicide violent.

Une expression particulière de la souffrance liée à des deuils compliqués s'exprimerait ainsi, chez un patient porteur d'une pathologie mentale chronique diagnostiquée (se manifestant par un délire interprétatif et un syndrome dissociatif), sous la forme d'un collectionnisme, aboutissant à une situation d'incurie dans l'habitat.

3) INCURIE DE L'HABITAT ET PRISE EN CHARGE SOCIALE DE LA GRANDE PRECARITE

a. Relais SOS

L'association Relais SOS assure notamment le fonctionnement d'une structure d'accueil de jour pour personnes adultes sans domicile fixe à Lyon. Les missions du centre sont l'accueil, l'écoute et l'orientation pour les personnes défavorisées de plus de 25 ans. Les travailleurs sociaux, en lien avec les partenaires, accompagnent et soutiennent les personnes accueillies dans leurs démarches administratives, l'accès aux soins, la recherche d'emploi et de logement. Le centre permet une domiciliation postale, offre un lieu convivial avec repas gratuit à midi. Des activités d'insertion sont proposées dans le domaine de la cuisine, de la menuiserie, des vêtements.

Pourquoi s'intéresser aux SDF dans une thèse sur l'incurie dans l'habitat ? Certes la question de l'incurie, de l'abandon de soi, est centrale dans le processus de désocialisation qui aboutit à la vie dans la rue, et les clochards sales, puants, alcooliques et négligés offrent une image classique de ce phénomène de l'incurie. Mais nous avons restreint notre propos à l'incurie dans l'habitat, or les SDF sont par définition hors de l'habitat.

Sortir de ce paradoxe apparent est possible à condition de penser qu'habiter ne se limite pas à occuper un logement et encore moins un abri. On peut habiter la rue. On peut s'abriter sous un toit, occuper un logement que l'on loue ou dont on est propriétaire et pour autant ne pas l'habiter. Habiter est un fait, un acte humain qui nécessite un investissement psychique de son lieu de vie.

Les travailleurs sociaux qui accompagnent les personnes SDF dans la recherche de logement connaissent bien ce phénomène : il arrive que des personnes SDF, petit à petit « réinsérées », arrivent à trouver un logement individuel qui ne soit pas un squat, un abri précaire ou toute autre forme d'habiter la rue, mais qui très vite montrent leur impossibilité à vivre dans ce nouvel habitat. Parfois, elles retournent à la rue rapidement, abandonnant ce logement qu'elles n'ont pas pu investir.

Mais il arrive que le lieu de vie devienne un entassement, un capharnaüm, un lieu d'enfermement d'où il ne devient plus possible de sortir. L'incurie associée à la rue, à la situation de SDF, se déploie à nouveau sur les lieux de l'habitat.

A contre-courant des habitudes et de l'idée de bon sens selon laquelle un SDF est sauvé quand on lui a trouvé un logement, il arrive que dans certaines situations une remise à la rue d'urgence s'impose, préservant ainsi le sujet de la reprise sur les lieux de son habitat d'un processus de clochardisation. Retourner habiter la rue peut alors sauver d'une situation contextuelle d'impossibilité d'habiter un logement.

L'histoire de Monsieur B., suivi par l'association Relais SOS, est à ce titre exemplaire.

b. Le cas de Monsieur B

Agé de 45 ans, Monsieur B est suivi depuis 5 ans par l'association Relais SOS.

Biographie

Fils unique, il vit jusqu'à l'âge de 30 ans environ seul avec sa mère, son père ayant quitté le domicile familial quand il était enfant.

Puis, un jour, à la suite d'une dispute, il est mis à la porte. Depuis plus de 10 ans, il dit avoir coupé les ponts avec sa famille, et ne pas s'en porter plus mal. Toujours est-il que, trouvant la porte du domicile maternel fermée, sans attache professionnelle ou relationnelle autre, il se retrouve à la rue.

C'est la première fois, il y passe quelques années avant de rencontrer une fille, de trouver un boulot de cuisinier et de s'installer chez elle. Mais sa copine est infidèle, dit-il, et il se retrouve à nouveau à la porte au bout de quelques mois de vie commune.

Retour à la rue, la galère, l'alcool, la manche. Les années défilent entre saouleries, rencontres et amitiés de circonstance, luttes pour survivre. Il évite les foyers d'accueil d'urgence, « *des endroits dangereux* », et finit par se rendre à l'accueil de jour de Relais SOS.

Prise en charge initiale

Un lien très fort se crée avec son travailleur social référent, il quitte petit à petit le monde de la rue, finit par trouver un travail d'aide cuisinier. En quelques mois, un logement est trouvé. Monsieur B s'y installe, « *c'est le palace, c'est la grande vie* ».

Mais les conditions de logement ne sont pas très favorables, le bailleur accusé de malhonnêteté. Les factures s'accumulent, impayées. Monsieur B se retrouve à nouveau seul, mais cette fois chez lui. L'appartement se dégrade, il n'est plus nettoyé, plus décontaminé, plus habité. Il était devenu impossible à quiconque de s'y arrêter, de s'y asseoir, tellement les détritrus s'accumulaient en désordre, infiltraient tout l'espace de vie de cette petite chambre. Les quelques

équipements électro-ménagers indispensables (petit frigo, plaque de cuisson, télévision) ne sont plus utilisables. Le lit et les rares meubles sont submergés de crasse et de déchets. Les visites du référent finissent par trouver porte close.

Retour à la rue

Monsieur B disparaît, une nouvelle fois. Il ne se rend plus à son travail, ni à l'accueil de jour. Chez lui, c'est l'incurie, mais sans lui. Il est parti. Il a retrouvé la rue, brutalement, sans aller chercher sa dernière fiche de paye et sans son dernier salaire, laissant sa chambre en l'état.

C'est l'hiver, qu'il passe avec un compagnon de route, sous la neige, vers Fourvière. Pendant plus d'un an, c'est le retour à l'errance, avec des moments où la survie n'a tenu qu'à un fil.

Pourquoi est-il parti ? Pourquoi avoir quitté ce qui semblait pourtant être une avancée considérable sur la voie de la resocialisation ?

« J'ai voulu faire mon chemin tout seul, et puis ça n'a pas marché. C'était trop frais... Quand vous vous retrouvez tout seul et que les factures arrivent... Tout ça fait que ça se mette en place... Je me suis dit je vais pouvoir me débrouiller tout seul, j'ai un boulot, je vais pouvoir régler les factures et puis en fin de compte on laisse traîner et puis ça s'accumule, ça s'accumule... on les paye pas et puis voilà... Si on a plus de contact c'est simple autant être à la rue ! Tout le monde dit ça mais en fin de compte quand vous y êtes passé, vous dites : ouh là ! », explique-t-il après coup.

Et pourquoi ne pas être retourné au Relais, avoir demandé de l'aide ?
« J'ai hésité... Déjà ils vous donnent un coup de main pour vous trouver un logement et puis c'est la merde, je me retrouve à la rue... On a peur de les décevoir... Ils m'ont fait confiance, merde, j'ai fait le con, si je retourne est-ce

qu'ils vont encore me faire confiance... Moi personnellement ça m'a fait chier d'y retourner ».

Retour au Relais

Finale­ment, après un an et demi et un hiver particulière­ment rude, Monsieur B finit par reprendre contact avec l'association. Nouveau référent, nouveau travail, puis nouveau logement... petite chambre dans laquelle il vit depuis quelques mois et dans laquelle il a accepté de me recevoir pour discuter de lui, accom­pagné d'un responsable de Relais SOS.

Discussion

La biographie est floue, imprécise, pleine de vides et de creux autour desquels s'organise un discours tenant au sujet de construction identitaire dans son rapport à l'autre.

La responsabilité de ses échecs, de sa vie d'errance et de rupture est constamment attribuée aux autres : la famille rejetante, la copine infidèle, le patron exploiteur, le bailleur malhonnête, l'alcool...

Derrière la confusion et la projection manifestes, apparaît en négatif l'image manquante du père absent qui n'a pas permis la structuration d'un narcissisme stable, nécessaire à la sécurité relationnelle. Un appui transitoire sur la solidité rassurante d'un représentant paternel est souvent trouvée, mais échoue toujours, immanquablement.

Le contrat avec l'autre ne peut qu'être narcissique, et son propre échec confondu avec la déception insupportable du rapport à l'autre qui ne peut jamais combler. Face à la répétition du désespoir, de l'échec, la solution envisagée est l'errance. Partir, fuir, disparaître, s'engager à nouveau dans un voyage

interminable, sans départ ni arrivée. Façon aussi de retourner la passivité de la situation de dépendance (« on me trouve un logement ») en activité, si coûteuse et illusoire soit-elle.

Mais c'est finalement quelque chose de l'ordre du lien qui finit par ramener Monsieur B. au Relais. La honte qui l'avait poussé à fuir l'a aussi conduit à revenir. Avoir honte est aussi une façon de rester en lien.

A l'évidence, nous nous trouvons devant un sujet chez qui ne peut être porté de diagnostic psychiatrique caractérisé. Contrairement aux sujets SDF clairement porteurs d'une maladie psychiatrique chronique (comme de 5 à 90% de la population des SDF selon les différentes études), Monsieur A. n'en présente aucun symptôme. Pas de délire, pas de dissociation, pas de trouble spécifique de l'humeur. Dans ses antécédents, on ne retrouve aucun contact avec la psychiatrie, aucun antécédent médico-chirurgical particulier.

Tout au plus pouvons-nous nous émettre des hypothèses concernant l'absence de figure paternelle, la difficulté à s'inscrire dans une trajectoire de vie stable et dans des relations intersubjectives sécurées. Un trouble de personnalité peut-être évoqué : border-line ou émotionnellement instable selon la CIM 10 (6).

Mais encore un fois, c'est le symptôme aspécifique de l'errance qui domine, à la fois comme problème et comme tentative de solution. Dans ce contexte, l'incurie de l'habitat vient montrer la difficulté de ces sujets à mettre en jeu les mécanismes psychiques nécessaires à l'investissement stable d'un lieu d'habitat.

Le retour à la rue vient marquer la tentative de retournement actif d'une situation vécue dans la passivité et la dépendance insupportable à l'autre. La souffrance psychique s'exprime ici non pas sur les lieux habituels de la

psychiatrie, mais sur ceux où se rencontrent les dégâts de la dynamique d'exclusion.

4) INCURIE DE L'HABITAT ET INTERVENTION DES POLITIQUES DE SANTE PUBLIQUE DE LA VILLE

a) Le Service hygiène-environnement de la Direction de l'hygiène et de la santé publique de Villeurbanne

Le Service hygiène-environnement, qui dépend de la direction de l'hygiène et de la santé publique de la commune de Villeurbanne, intervient dans le cadre de l'article L1311-1 du Code de la Santé publique (8) afin de préserver la santé de l'homme : les techniciens du service instruisent les plaintes (sur demande écrite envoyée ou adressée au service), peuvent donner des renseignements téléphoniques et effectuent des contrôles systématiques en matière de sécurité alimentaire, de contrôle des eaux, de nuisances sonores, de pollution atmosphérique, de déchets, et en ce qui concerne notre sujet, d'habitat.

Les missions effectuées par le Service en matière d'habitat sont : la résorption de l'habitat insalubre, la lutte contre le saturnisme, les désordres affectant le logement (humidité, ventilation, déchets...).

C'est au titre de ces missions que les techniciens du Service reçoivent les plaintes ou signalements du voisinage, des assemblées de copropriétaires ou des bailleurs, concernant des personnes accumulant des déchets dans leur domicile avec des conséquences sur le voisinage (nuisances olfactives, dégât des eaux...), et interviennent pour tenter de régler ces problèmes.

Dans un premier temps, cette intervention prend la forme de visites par le technicien au domicile de la personne, et par la rencontre avec d'éventuels autres intervenants médicaux et sociaux. Sur la commune de Villeurbanne, ces rencontres peuvent s'effectuer au sein du Groupe de travail « Régulation en Santé Mentale » (GRSM) dans le cadre des ateliers Santé – Ville.

Le GRSM est composé de différents acteurs (Ville, Conseil Général, Centre Médico-Psychologique, bailleurs sociaux, police ...) et se réunit tous les trimestres. Piloté par la Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique de la ville de Villeurbanne, il s'est constitué sur la base du constat de difficultés pour les professionnels de terrain à gérer des situations problématiques liées à des troubles du comportement de certains individus engendrant des nuisances pour le voisinage, pour l'ordre public, impliquant un danger pour l'individu lui-même ou pour la collectivité. Ses objectifs consistent à être pour l'essentiel un support de réflexion sur les problèmes de santé mentale requérant une action conjointe de différents partenaires et nécessitant un travail en réseau, mais aussi à permettre la réalisation de certains cas concrets.

Si la situation reste problématique malgré ces premières visites et la mise en lien des différents partenaires, le technicien peut déclencher une procédure contentieuse aboutissant à un arrêté préfectoral ou municipal de mise en demeure pour la personne d'effectuer tous travaux permettant la remise en conformité de son logement avec les normes d'hygiène et de salubrité.

En cas d'absence de mise en œuvre de ces travaux dans le délai imparti, un nouvel arrêté de nettoyage d'office du logement peut être pris, pour le compte et aux frais du propriétaire, à la suite d'un jugement en référé.

Les techniciens du Service hygiène-environnement que j'ai pu rencontrés, s'ils sont fréquemment confrontés à des situations d'insalubrité, conduisent rarement pour celles-ci des procédures allant jusqu'à l'intervention d'office au domicile de la personne. La plupart des situations peuvent être travaillées avec la collaboration des travailleurs sociaux du département et de la commune, avec établissement d'un lien de confiance et mises en place d'interventions en accord avec la personne concernée (travail en lien avec les entreprises de nettoyage pour l'établissement d'un devis, intervention en plusieurs temps : évacuation des ordures puis enlèvement du mobilier avant la remise en état du logement).

Cependant, les cas problématiques liés aux difficultés d'entrer en lien avec la personne, à la répétition des comportements conduisant aux situations d'insalubrité, ne sont pas exceptionnels.

J'ai pu ainsi suivre le déroulement d'une intervention auprès d'une personne concernée par une telle situation.

b) Le cas de Monsieur C

Il s'agit d'un homme d'une soixantaine d'années, que nous appellerons Monsieur C.

Circonstances de rencontre

Inconnue jusque là des services de la mairie, sa situation est signalée au Service santé-environnement par une plainte écrite de l'assemblée de copropriétaires de son logement, pour des nuisances olfactives et des inquiétudes concernant son état de santé rapportées par des voisins de palier.

Monsieur C est propriétaire de son logement, un type 2 qu'il a acheté sur plan il y a une quinzaine d'années.

Porte close, puis entrouverte

Les premières visites du technicien du Service santé-environnement en charge de la situation sont difficiles : Monsieur C refuse d'ouvrir sa porte, communique quelques mots à travers l'interphone, puis est absent à la plupart des rendez-vous proposés par le technicien. Une seule fois, il entrouvre légèrement sa porte, insuffisamment pour que le technicien puisse constater l'état du logement, mais assez pour qu'une odeur de renfermé et de pourriture lui arrive et qu'il puisse expliquer le cadre de son intervention, sans que Monsieur C ne donne clairement son avis et ses intentions.

Porte ouverte

L'enquête réalisée par le technicien révèle que Monsieur C n'est suivi par aucun dispositif d'aide sociale du secteur. Seule, une assistante sociale de l'Unité Territoriale a eu quelques contacts anciens avec lui. Elle se met en relation avec son médecin traitant, qui déclare ne pas l'avoir vu depuis plusieurs années, et ne pas connaître d'antécédents médicaux ou psychiatriques particuliers chez son patient. De même, il n'est pas connu du secteur psychiatrique.

Une visite conjointe avec le technicien et l'assistante sociale est décidée. Cette fois-ci, Monsieur C répond à travers sa porte, mais pour dire qu'il est enfermé à l'intérieur, que sa clé s'est cassée dans la serrure.

Un serrurier intervient pour ouvrir la porte, découvrant une personne amaigrie, mal rasée, cheveux longs en bataille, sale et négligée, sentant l'alcool. Monsieur C avoue aller mal depuis quelques temps, chuter fréquemment et avoir récemment consulté aux Urgences de l'Hôpital Général le plus proche. Le technicien constate une dégradation de son état de santé par rapport à sa dernière visite il y a quelques semaines, et à travers l'entrebâillement de la porte que Monsieur C garde volontairement restreint, n'autorisant l'accès à l'intérieur qu'au serrurier, un état manifeste d'insalubrité du logement avec des ordures jonchant le sol, de la crasse sur les murs, des installations électriques apparemment défectueuses.

Déclenchement de la procédure

Le technicien, fort de ces constats, déclenche alors la procédure avec arrêté préfectoral de mise en demeure de nettoyage du logement. Celui-ci étant resté sans suite dans un délai de 48 heures, la situation est transmise au service contentieux de la ville avec déclenchement d'une procédure en référé. Absent à l'audience, Monsieur C est donc finalement l'objet pour son appartement d'une intervention d'office de nettoyage.

Dans le cadre de cet arrêté de nettoyage d'office, une première visite est prévue avec le technicien et l'assistante sociale pour avertir de vive voix Monsieur C de la procédure en cours, 15 jours avant l'intervention d'office.

Intervention préalable

Au cours de cette visite, Monsieur C ouvre sa porte, et se tenant dans l'entrebâillement, se montre particulièrement loquace. Peut-être rassuré par la présence de personnes qu'il commence à connaître, il donne quelques éléments

de sa situation récente et plus ancienne. Il nous apprend ainsi qu'il est retraité de l'administration fiscale depuis 2 ans, célibataire et sans enfant, qu'il est fils unique et a perdu ses deux parents la même année, il y a 5 ans. Depuis il entretient des relations plus qu'espacées avec sa famille, quelques cousins, et ne voit plus grand monde à part un ancien collègue de travail « de temps en temps ».

Il reconnaît vivre des moments difficiles mais qu'il met essentiellement sur le compte de lombalgies qui l'empêchent de se déplacer correctement et le clouent au lit la plupart du temps. Il est parfois « nerveux » et se soigne à base de décontractants accessibles sans ordonnance. Il n'a pas consulté son médecin depuis longtemps, passe parfois aux urgences de l'hôpital général quand il a trop mal ou qu'il se sent trop faible et chute fréquemment. Il n'a jamais vu de psychiatre malgré le conseil d'en consulter un qu'on lui aurait donné il y a longtemps.

Son réfrigérateur est cassé, il sort donc de temps en temps acheter des denrées non périssables ou manger dans un petit restaurant pas cher dans le quartier.

Il ne comprend pas l'intervention prévue de la police, d'ailleurs depuis peu il fait des efforts pour nettoyer un peu son appartement. Il n'est pas étonné que ses voisins s'inquiètent pour sa santé car il pourrait faire « un malaise ou pire », en revanche la question des mauvaises odeurs et de l'hygiène est éludée.

Lors de cette rencontre qui durera près d'une heure, son discours est cohérent, non délirant mais parfois elliptique notamment en ce qui concerne ses conditions d'existence qu'il a tendance à banaliser. Il est toujours dans un état d'incurie personnelle importante mais n'est pas dans une situation de détresse vitale, ne semble pas alcoolisé, ne se montre pas agressif ou persécuté, il paraît même sensible à l'attention de ces visiteurs, voire prendre un certain plaisir à

discuter avec eux. Il semble accepter comme inéluctable l'intervention prochaine et une probable hospitalisation.

Intervention d'office

La deuxième intervention a donc lieu quinze jours plus tard. Elle réunit le technicien et quelques uns de ses collègues dont le responsable des services techniques de la ville, l'assistante sociale, un médecin généraliste, trois fonctionnaires de la Police Nationale (deux gardiens de la paix et un brigadier), un huissier de justice, un serrurier, une équipe de nettoyage composée de trois personnes et une ambulance prête à partir pour un service d'urgences.

Le serrurier n'a finalement pas de travail puisque Monsieur C ouvre sa porte de lui-même. Il est accompagné par les ambulanciers après avoir entendu les policiers dire le cadre légal de l'intervention. Il n'oppose aucune résistance et accepte l'hospitalisation proposée. L'huissier de justice et le technicien constatent l'état de l'appartement et l'entreprise de nettoyage se met rapidement au travail.

L'appartement est, comme attendu, très insalubre. Des monceaux de déchets emballés dans des petits sacs plastiques sont entassés dans le couloir d'entrée. Des ordures ménagères et alimentaires jonchent le sol du couloir et de la cuisine, des objets cassés sont entassés en désordre un peu partout. Les installations électriques sont en partie défectueuses. Le réfrigérateur ne fonctionne pas et est garni d'aliments en décomposition. Le lit est recouvert d'objets hétéroclites mais reste accessible. L'évacuation des toilettes est impossible, les excréments débordent de la cuvette. La salle de bains est très encombrée. Les murs et les plafonds sont sales. Il reste néanmoins quelques éléments de décoration, le salon est relativement préservé et semble être la pièce de vie principale. Il n'existe pas d'entassements spécifiques, ordonnés, les

ordures ne représentent pas un volume considérable. Des insectes volent de ci delà.

Prise en charge hospitalière

Monsieur C est finalement hospitalisé en libre dans un service sectorisé de l'Hôpital Psychiatrique. Il n'est pas constaté de trouble somatique majeur, pas plus que de pathologie mentale évidente. En particulier ne sont retrouvés ni délire, ni dissociation psychique, ni trouble thymique majeur, ni angoisse massive. Les troubles psychiques se résument à un alcoolisme, un syndrome dépressif de moyenne intensité, une anxiété modérée. Un traitement par antidépresseur, anxiolytique et vitaminothérapie est mis en place.

L'hospitalisation se déroule dans de bonnes conditions, le patient peut rapidement bénéficier d'une permission pour retrouver certaines affaires personnelles après le nettoyage de son logement et avant les travaux de remise en état.

Actuellement, il est toujours hospitalisé. Il s'est retapé physiquement, se montre conciliant et accepte les soins, mais garde un discours très elliptique et très banalisant concernant sa situation et son logement en particulier. Le contact reste superficiel, détaché, peu affectivé.

Il comprend mal pourquoi l'hospitalisation se prolonge, estimant qu'il n'est pas souffrant psychiquement, et pourquoi il ne peut pas plus rapidement retrouver son appartement, attendant de façon peu adaptée que les travaux de nettoyage et de rénovation se terminent.

Discussion

Cette situation illustre les difficultés d'intervention au domicile d'une personne qui refuse le contact, et l'énergie considérable que celle-ci mobilise en terme de temps, moyens humains, travail de lien.

Elle ne se résout finalement que dans l'urgence d'une intervention d'office, avec plus d'une dizaine de personnes sur les lieux. Auparavant, plusieurs mois de négociation, travail en réseau, procédures et jugements divers ont eu lieu.

Le patient, pour qui une hospitalisation sous contrainte en psychiatrie est initialement envisagée, se retrouve finalement porteur d'un diagnostic psychiatrique « mineur » au regard de la gravité extrême de sa situation à domicile.

A tout moment, il donne l'impression d'être là sans l'être, d'accepter sans broncher mais en opposant une forme de résistance douce, sans conviction. Tout conflit est éludé, contourné, banalisé, vidé de sens.

L'autre est ainsi maintenu à distance d'un deuil qui ne peut se dire et n'emprunte pas les voies habituelles du symptôme psychiatrique.

On se demanderait presque ce que fait ce jeune retraité dans un service fermé de l'hôpital psychiatrique public.

Cette discordance entre la gravité de l'incurie de l'habitat, le caractère lourd et urgent de l'intervention, et l'aspect presque anodin des symptômes et de la présentation du patient, paraît plus être un signe d'inquiétude et de mauvais pronostic que le présage d'une amélioration rapide et durable.

Il est à craindre que, comme cela est rapporté par les techniciens dans certaines situations qu'ils ont connus, le sujet qui n'accroche à rien finisse par disparaître.

Malgré les difficultés déjà éprouvées et prévisibles dans la prise en charge, quelques éléments encourageants apparaissent cependant. Il semble que Monsieur C. fasse porter le déni de sa situation essentiellement sur ce qui constitue le rapport à la norme, et qu'il laisse apparaître une certaine inquiétude pour lui, pour sa santé. Il existe encore dans le rapport à l'autre en ce qu'il délègue la capacité de s'inquiéter et de prendre soin à autrui : il ne comprend pas pourquoi il est hospitalisé mais comprend qu'on se soit inquiété pour lui. En quelque sorte, il peut accepter que les autres s'occupent de lui, lui-même n'en étant plus capable autrement qu'en accumulant les déchets et en s'enfermant.

Si les intervenants peuvent entendre cette part du sujet encore vivante et désirante, s'ils ne se contentent pas uniquement d'appliquer une norme (« injonction de nettoyer son logement » par exemple) auquel le sujet n'est conjoncturellement pas en mesure de répondre, les conditions pour une reprise progressive par le sujet lui-même de ses capacités de se soigner (au sens de prendre soin de lui) sont ouvertes.

5) CONCLUSION

Au terme de nos recherches de terrain, l'incurie dans l'habitat nous apparaît comme un symptôme transversal. Les cas cliniques rapportés à titre d'illustration montrent la présence de ce symptôme chez des sujets psychotiques

et non psychotiques, jeunes et plus âgés, pris en charge sur des lieux différents et non exclusifs.

Le point nodal, l'élément commun essentiel semble être l'existence d'une souffrance psychique organisée autour d'une rupture existentielle (amenant la question du deuil) et sociale. Des processus actifs et complexes conduisent le sujet à entretenir sa situation, au prix de conditions d'existence engageant la question de sa survie.

Cette souffrance psychique peut prendre ou non la forme d'une pathologie psychiatrique. La psychose peut conduire à l'incurie dans l'habitat, mais beaucoup de psychotiques ne sont pas dans cette situation, et des sujets non psychotiques peuvent l'être.

De même les conditions sociales peuvent être liées à la situation d'incurie de l'habitat, mais il est impossible d'établir un rapport de causalité entre elles.

Il s'agit donc de ne pas « psychiatiser » (considérer le symptôme comme relevant *a priori* de la psychiatrie), ni même « psychiser » ou « socialiser » le symptôme, c'est-à-dire prétendre déterminer ce qui du fait social ou du fait psychique prime.

Le maintien de cette question dans l'indétermination permet de tenir compte de ces deux niveaux, psychique et social, comme enchevêtrés, liés dans une complexité non exclusive.

TROISIEME PARTIE

DISCUSSION : L'INCURIE DANS L'HABITAT COMME SYMPTOME TRANSVERSAL DE LA CLINIQUE PSYCHOSOCIALE

1) LA CLINIQUE PSYCHOSOCIALE

a) Extension du champ de la clinique médicale classique

La question de l'incurie dans l'habitat se déploie au-delà du champ de la clinique médicale classique (c'est-à-dire étymologiquement au lit du malade).

Nous avons rencontré cette problématique sur différents lieux d'expression de la souffrance psychique : outre le domaine médical, celui de la prise en charge sociale de l'exclusion, et celui de l'action politique de la Ville en matière d'hygiène et de santé publique.

Ce trépied médico-psychologique, social et politique, constitue la base non exclusive de ce que J. Furtos (24,25,26,51) propose d'appeler la clinique psychosociale. Elle est définie comme « la prise en compte d'une souffrance psychique qui s'exprime sur les lieux du social ».

Elle n'exclut pas, évidemment, le lieu de l'hôpital lorsque cette souffrance y arrive et y est pris en charge, mais se propose de ne pas la prendre en compte uniquement lors de sa médicalisation, voire de sa psychiatisation.

Elle comporte certains invariants, repris par V. Colin et J. Furtos (10):

- « l'expression de la souffrance psychique se fait sur les lieux du social
- on observe un rapport à la précarité dans ses aspects sociaux et psychiques
- la problématique de la rupture identitaire est posée de manière insistante
- la souffrance psychique est différenciée de la maladie mentale, même si la maladie mentale peut faire partie du champ puisque les malades mentaux souffrent aussi de souffrances psychiques dont ils se défendent à leur manière

- pragmatiquement, il s'ensuit que l'on doit accepter le fait suivant : les usagers ne présentent pas par erreur leur souffrance psychique à des non-psys ; en vérité, ils ne se confieraient pas spontanément à des psys, ils pourraient même en récuser la possibilité
- les aidants sont donc mis en position de répondre à cette souffrance psychique par une attitude compréhensive, non expulsive
- pour y répondre, il y a lieu, pour l'aidant, d'accepter une suspension des causalités médicales, sociologiques, politiques. Ce qui se passe entre cette personne et le professionnel est le fondement de toute clinique, dans une institution donnée
- les effets de la souffrance psychique, pour la personne aidée, empêchent l'insertion dans le présent ; comment avoir un avenir, la possibilité même de l'avenir ?
- sur les intervenants, l'effet de la souffrance psychique est de les amener à un degré de malaise et d'indétermination professionnelle qui nécessite une réflexivité et fonde les pratiques de santé mentale en réseau. Le mal-être des intervenants fait partie de la clinique psychosociale, il en est presque la condition »

Là où le discours médical sur l'incurie dans l'habitat (le syndrome de Diogène) achoppe et trouve une certaine incomplétude, c'est-à-dire concernant les causalités (recherche d'une étiologie dans un modèle parfois proche du modèle anatomo-clinique) et la prise en charge (tentatives de protocolisation, de mise en place de « conduites à tenir », difficultés dans le travail en réseau), le modèle de la clinique psychosociale paraît ouvrir de nouvelles conceptions et de nouvelles approches, où les différentes professionnalités sont convoquées pour s'exercer dans leur champ propre, en collaboration nécessaire avec les partenaires du réseau médico-psycho-social.

b) Précarité, rupture identitaire, souffrance psychique

En particulier, les notions de précarité et de souffrance psychique apparaissent pertinentes dans l'approche clinique de l'incurie dans l'habitat.

Considérant qu' « il n'y a pas de clinique hors du contexte social » (26), J. Furtos place la notion de la précarité sociale comme centrale dans la question de la souffrance psychique.

La précarité sociale est à différencier de la pauvreté, qui est une question de seuil de richesse dans une société donnée.

Elle est à envisager par rapport à une précarité dite « normale », constitutive de la vulnérabilité psychique de tout être humain. A ce titre, elle rend compte de la nécessité, dès sa naissance comme sujet prématuré, du lien social en tant qu'obligation d'une dépendance et d'une reconnaissance réciproque pour inscrire l'être humain dans la scène sociale. Exister, être reconnu comme sujet de parole et de désir, c'est l'enjeu de cette précarité normale qui par le lien social permet d'empêcher de disparaître.

Or, en fonction du contexte actuel et de son histoire, le sujet est susceptible d'être confronté à une précarité exacerbée qui dépasse la précarité normale et le met en risque de perte de confiance en l'autre, en lui-même et en l'avenir. La crainte réelle ou fantasmée des objets sociaux entraîne la déconstruction du sentiment de sécurité de base, des assises narcissiques du sujet, qui se trouve alors en situation de disparition sociale.

Face à la précarité sociale, la question pour le sujet est alors celle de pouvoir souffrir sans disparaître.

En effet, la souffrance psychique en rapport avec la précarité peut permettre au sujet de continuer à vivre, à condition qu'elle soit sous-tendue par l'espoir et portée par une dynamique de lien social.

Mais une précarité exacerbée peut entraîner le sujet vers une disparition progressive de la triple confiance évoquée précédemment et le conduire non pas à un renforcement de la demande et du lien social, mais au contraire à un repli autarcique, à une forme de « mélancolisation » du rapport à soi et à l'autre.

A l'extrême, le processus peut aboutir à un ensemble de signes cliniques qui rendent compte de l'évolution d'une souffrance psychique qui non seulement empêche de vivre, mais empêche de souffrir, c'est-à-dire de ressentir. Cet ensemble de symptômes est décrit par J. Furtos (25,26,51) sous le terme de « syndrome d'auto-exclusion ».

2) LE SYNDROME D'AUTO-EXCLUSION

a) Processus actif et paradoxal

Le syndrome d'auto-exclusion est défini par J. Furtos comme un ensemble cohérent de symptômes (psychiques, psycho-somatiques, somatiques et comportementaux) qui témoignent de « l'activité psychique du sujet humain dans certaines situations où, pour survivre, il est obligé de s'exclure lui-même de sa propre subjectivité. Pour ne pas souffrir l'intolérable, il se coupe de sa souffrance, il s'anesthésie. Pour vivre, il s'empêche de vivre, paradoxe gravissime. » (26)

Sur le plan existentiel, le syndrome est porté par un mouvement de renoncement qui va du découragement, facilement réversible, au désespoir le plus absolu, qui ne peut plus se dire autrement que par la mise en acte de la dynamique qui consiste à s'empêcher activement de souffrir, donc de vivre.

L'auto-exclusion est corrélée à l'exclusion sociale qui la précède et l'accompagne, et qui contribue à l'instauration d'une situation de précarité exacerbée comme décrite précédemment.

Il est à rapprocher des processus complexes de « désocialisation » décrits par P. Declerck (14) et S. Quesemand Zucca (47) pour tenter de comprendre ce qui conduit les clochards à maintenir, entretenir activement et paradoxalement leur situation d'exclusion.

L'enjeu de ce processus est ainsi considérable, en ceci qu'il s'agit pour le sujet de faire face à une situation où il est en mesure de disparaître, d'être exclu de la communauté des humains. C'est la question pour le sujet de l'atomisation, de la néantisation, qui renvoie à des mécanismes défensifs très archaïques.

b) Effraction traumatique, situation agonique

La question de l'étiologie reste ouverte dans sa complexité et son caractère plurifactoriel.

On retrouve facilement dans le discours des sujets en situation d'exclusion des événements indiquant une rupture, une discontinuité avec l'état antérieur (à l'occasion d'un deuil, d'une séparation, d'un échec professionnel, du début d'une consommation excessive d'alcool).

Mais P. Declerck (14) considère que chez les clochards qu'il a rencontrés, « ce récit autobiographique – une construction – a pour objectif premier et fondamental de légitimer l'existence du sujet à lui-même. Sa première fonction

est de démontrer au clochard qu'il n'est que la victime innocente d'un processus causal qui le dépasse et qui lui est extérieur. »

Derrière le discours conscient et manifeste, la question de l'étiologie amène donc plus probablement à des troubles très précoces, comme la mise en jeu des défenses du sujet le laisse percevoir.

L'hypothèse étiologique conduirait alors à l'effraction traumatique précoce et aux situations d'agonie décrites par R. Roussillon (55), ainsi qu'à la situation de détresse fondamentale du bébé décrite par R. Spitz (63).

Nous décrirons plus loin ces mécanismes de défense face à la situation de détresse fondamentale, comme support théorique du processus à l'œuvre dans la situation d'incurie dans l'habitat.

c) L'incurie, symptôme cardinal

J. Furtos (26) décrit 9 signes principaux constituant le syndrome d'auto-exclusion :

- 1) l'inhibition de la pensée et des émotions
- 2) l'anesthésie partielle du corps
- 3) des troubles du comportement avec violence
- 4) la rupture active avec la famille et les proches
- 5) la diminution ou l'abolition de la honte
- 6) l'incurie ou absence de souci de soi, associée ou non à l'errance
- 7) la diminution voire l'abolition de la capacité de demande

- 8) la dynamique paradoxale et ses signes propres (comme la réaction thérapeutique négative et l'inversion sémiologique : présenter des signes « psys » à des « non-psys » et inversement)
- 9) la mort, complication terminale non exceptionnelle, par incurie et refus d'accès à l'aide et aux soins

L'incurie maligne, qui porte nécessairement sur l'habitat, constitue ainsi un signe cardinal du syndrome d'auto-exclusion et un symptôme transversal de la clinique psychosociale.

3) MECANISMES PSYCHOPATHOLOGIQUES A L'ŒUVRE

a) Paradoxalité et logiques de survie

Malgré la mise en œuvre de mesures de « bon sens » tendant à ramener le sujet vers la « normalité » (par exemple le nettoyage de l'appartement, la mise en place d'un traitement, le soutien par des conseils de type « il faut vous en sortir, il faut que vous rangiez, que vous preniez soin de vous » auquel le sujet peut adhérer bien volontiers), le sujet et son entourage se trouvent confrontés à la répétition opiniâtre du symptôme de l'incurie.

Les descriptions de sujets qui, après plusieurs semaines d'hospitalisation, de soins et d'étayages intensifs, retournent dans leur logement et se « diogénisent » en un temps remarquablement court sont fréquentes.

Face à cette logique de la répétition, qui semble échapper à toute organisation consciente du sujet et aller bien au-delà de sa « bonne volonté », le clinicien tente de comprendre les ressorts inconscients de ce mécanisme.

Nous pouvons dans un premier temps, voir ici dans cette logique de la répétition ce que S. Freud a décrit de l' « au-delà du principe de plaisir ». **(23)** C'est-à-dire que le psychisme du sujet est pris dans une contrainte de répétition, en tentant inconsciemment de maîtriser une source d'excitation insupportable (liée à un évènement traumatique, une situation d'effraction psychique). C'est l'échec répété de cette tentative infructueuse de maîtrise qui conduit le sujet au-delà du principe fondamental de plaisir (c'est-à-dire la tendance spontanée à la recherche du moindre état de tension, notamment par le moyen de la décharge pulsionnelle).

En particulier chez les sujets soumis à un état de détresse et de souffrance psychique en lien avec une situation de précarité, il semble bien y avoir là une logique qui échappe même au principe de réalité comme au principe de plaisir.

R. Roussillon décrit ainsi la « logique du plus faible » **(56)**, dans le sens où le sujet est conjoncturellement en position de faiblesse, du fait de la situation de précarité.

Chacun de nous se représente habituellement le fonctionnement psychique normal comme gouverné par le principe de réalité. Ainsi, confronté à une frustration, à la nécessité d'un choix donc d'un renoncement, le sujet est capable de dépasser et d'accepter cette conflictualité au nom du principe de plaisir. En effet, trouver des compromis, accepter la réalité permet d'espérer trouver une situation qui conserve une certaine quantité de plaisir. Le renoncement est justifié par cet espoir d'y trouver plus de bénéfices que dans la situation illusoire

infantile du « tout, tout de suite ». Ainsi en va-t-il des pratiques éducatives qui visent à apprendre à l'enfant à renoncer au tout pour accéder au plaisir du réel.

Or, dans la situation de l'incurie, cette action éducative échoue. Le praticien qui entend apprendre au sujet à se débrouiller avec la logique du principe de réalité, est amené à proposer sa norme, celle du « fort » par opposition au « plus faible ».

Cette démarche se heurte à la réalité subjective de ceux qui ne sont plus habités par cette logique de l'espoir, qui ont perdu cette idée que le renoncement amènera des bénéfices. Renoncer devient une perte sans compensation. Il s'agit là de logiques de l'impasse, de logiques de survie devant une situation existentielle subjectivement envisagée comme bloquée, piégée. Il n'y a plus d'économie du plaisir dans le principe de réalité.

Le sujet est alors conduit à adopter des défenses particulières, des solutions de survie pour tenter de se soustraire à l'impasse, au piège qui fait que de toute façon, le sujet sera perdant en terme de plaisir, et qu'affronter la situation ne fait que nouer plus serré des conflits organisés par le paradoxe.

Lorsqu'attribuer la situation de détresse à l'autre, la « partager » dans un mouvement intersubjectif n'est plus possible, il ne reste alors plus qu'à fuir la logique du principe de réalité, en adoptant des défenses paradoxales pour se sortir du paradoxe.

Le sujet peut ainsi retourner la situation d'emprise pour se l'infliger à lui-même. Nous retrouvons la notion développée par J. Furtos de l'auto-exclusion : s'exclure soi-même pour éviter d'être exclu.

La fuite peut aussi aller jusqu'à la « fuite de soi » ; le clivage : se couper de ce qui de soi est pris au piège ; la fragmentation du moi, le morcellement pour faire disparaître la souffrance du lien aliénant.

Ces logiques de survie ne sont pas à considérer comme pathologiques en elles-mêmes, elles constituent dans des situations extrêmes une autre forme de la norme que celle de la logique du principe de réalité.

Ce qui peut devenir « psychopathologique », c'est le rapport qu'entretient avec elles le sujet. Si malgré une résolution de l'impasse dans la réalité, le sujet en reste prisonnier ; s'il « intériorise le regard négateur et désapprobateur de ceux qui représentent la norme habituelle, qui jugent sans savoir, qui placent leur idéal du moi au-dessus de tout processus d'empathie » (56) ; alors le piège peut se fermer définitivement.

b) Non demande d'aide, la question de la honte

Un des invariants cliniques rencontrés chez les sujets en situation de précarité, et en particulier d'incurie de l'habitat, est l'absence de demande d'aide et de honte exprimée à l'autre concernant les conditions d'existence.

La non demande d'aide prend souvent la forme d'un refus actif et passif, la porte reste close, les sollicitations de l'entourage sans réponse, et quand des mesures énergiques sont prises (intervention des forces de l'ordre, par exemple) le sujet peut se montrer agressif ou en tout cas récalcitrant.

Quant à l'absence de honte, elle est d'autant plus surprenante pour les intervenants qu'elle contraste avec les conditions de vie effroyables du sujet. Dans la logique habituelle et normale, on attend de quelqu'un qui vit dans un appartement délabré, crasseux et rempli d'ordures qu'il éprouve ce sentiment.

Cette disparition de la honte peut-être vue médicalement comme une forme de déni de la réalité, et confine parfois au délire.

Que peut-on dire de ces deux signes cliniques « en négatif », qui bousculent par l'absence d'éléments attendus les références normatives ? Comment les associer et les comprendre l'un avec l'autre ?

D'emblée, la question de leur association soulève un paradoxe. En effet, on peut être amené à penser que si le sujet ne demande pas d'aide, c'est parce qu'il a perdu la capacité à éprouver de la honte, par un processus pathologique quel qu'il soit (maladie psychiatrique par exemple).

Mais on peut aussi imaginer que si le sujet s'enferme, se soustrait à l'autre et refuse son contact, c'est justement parce qu'il a honte. Il s'agirait alors d'une honte pathologique, qui ne s'exprime pas en paroles et tient l'autre à distance.

Nous l'avons déjà envisagé, la situation de détresse liée à la précarité sociale engendre des mouvements paradoxaux. Cependant la question de la honte dans son rapport avec l'intersubjectivité permet d'envisager ce paradoxe apparent sous un angle clinique pertinent.

Ainsi A. Ferrant (22) décrit la honte comme un caractère fondamental de l'hominisation. Différente de la culpabilité qui exprime une tension entre le moi et le surmoi à partir de la transgression effective ou fantasmée d'un interdit, la honte signale une tension entre le moi et l'idéal du moi, témoigne de l'échec du moi au regard de son projet narcissique.

Le processus d'hominisation permet de créer la catégorie de l'intime, la capacité à se sentir et sentir l'« autre semblable » suffisamment opaque. L'être humain, contrairement à l'animal, peut ainsi se reconnaître comme non transparent en conservant un domaine caché, secret, un « négatif cloacal » (22).

La honte est le pendant de cette intimité, et apparaît lorsque celle-ci est effractée et dévoilée publiquement.

Or la situation de précarité et d'exclusion attaque les limites entre intimité et social. L'exclu est ainsi doublement transparent.

D'une part son intimité est forcée par le regard social permanent porté sur lui dans sa position de passivité par les professionnels de l'accompagnement et de l'assistance (le seul espace possiblement refuge pouvant consister à s'agripper à un objet ou un animal abritant « les restes d'humanité à la périphérie du sujet en situation d'exclusion »).

D'autre part (en dehors du regard des professionnels), l'« autre semblable » ne lui accorde bien souvent que mépris et indifférence, et cette disparition du regard de l'autre dans sa fonction « miroir » contribue à dégrader son rapport à lui-même en tant que membre du groupe humain.

Dans cette double transparence, la honte ne peut qu'être présente en permanence, mais dans un rapport particulier à soi et à l'autre. Elle n'est pas éprouvée par le sujet, pas exprimée à l'autre (elle est souvent directement ressentie par lui, sans intervention du langage). Elle perd son caractère « humanisant », n'est plus partageable et n'inscrit plus le sujet dans une communauté de semblables. Tout l'enjeu du travail d'accompagnement sera alors de re-nouer la honte dans un lien de mutualité des échanges.

Nous voyons donc apparaître plus clairement les enjeux intersubjectifs de la honte, sa fonction humanisante quand elle est partagée.

Il semble bien que dans la situation d'incurie, elle ait disparu dans cette fonction mais pas dans ses potentialités dévastatrices en terme de rupture des liens et d'incapacité à demander et accepter une aide de l'autre.

c) Dynamique du deuil, la figure de la crypte

La question de l'incurie de l'habitat amène à celle du deuil, de la perte, et aux mouvements psychiques qui l'accompagnent.

Les descriptions cliniques font souvent état, comme facteur possiblement déclenchant, d'un deuil récent dans la biographie du sujet : perte d'un proche, d'un statut social, de possibilités existentielles...le sujet est confronté à la nécessité de réaménager sa réalité psychique en fonction d'une modification objectale réelle ou fantasmée.

Les caractéristiques cliniques de l'incurie dans l'habitat que sont l'enfermement dans le logement avec isolement social et repli autarcique, l'entassement de détritits et l'incapacité à décontaminer, la tendance spontanée à l'aggravation et la répétition symptomatique, indiquent une dynamique de métabolisation du processus psychique de deuil marquée par l'inactivation, le gel, la fixité.

La métaphore digestive peut s'appliquer aux vicissitudes des mouvements psychiques des patients : il s'agit d'avalier, de mettre en soi puis de digérer, et cette digestion échouant en partie (notamment dans ses possibilités d'évacuation), le sujet se retrouve littéralement submergé par les déchets, les excréments, dans une dynamique active de « fécalisation » de soi. En se perdant dans ses propres produits excrémentiels, le sujet devient, se transforme lui-même en ordure.

Une approche psychodynamique de ces processus conjoints d'inactivation du deuil et de fécalisation active est proposée par N. Abraham et M. Torok (1).

Le fantasme d'incorporation est envisagé comme tendant au maintien du statu quo topique de l'appareil psychique confronté à la réalité de la perte : « Introduire dans le corps, y détenir ou en expulser un objet ou une chose (...),

autant de variantes fantasmatiques portant en elles (...) la marque d'une situation psychique fondamentale : celle qu'a créée la réalité d'une perte subie par le psychisme. Cette perte, si elle était entérinée, imposerait un remaniement profond. Le fantasme d'incorporation prétend réaliser cela de façon magique, en accomplissant au propre ce qui n'a de sens qu'au figuré. (...) Absorber ce qui vient à manquer sous forme de nourriture, imaginaire ou réelle, alors que le psychisme est endeuillé, c'est **refuser le deuil** et ses conséquences, c'est refuser d'introduire en soi la partie de soi-même déposée dans ce qui est perdu (...), bref, c'est refuser son introjection. » (1)

L'introjection est le processus dynamique qui permet d'expérimenter le vide primordial lié à la perte du sein maternel, et de le dépasser par l'apparition du langage, de l'appel à l'autre en sa présence bienveillante. « Le passage de la bouche pleine de sein à la bouche pleine de mots s'effectue au travers d'expériences de bouche vide (...) avec l'assistance constante d'une mère, possédant elle-même le langage. » (1)

Le fantasme d'incorporation réalise donc une dé-métaphorisation et une objectalisation du processus d'introjection. Chez un sujet parlant, il se manifeste dans des circonstances particulières : ainsi en va-t-il de « la perte soudaine d'un objet narcissiquement indispensable, alors même que cette perte est de nature à en interdire la communication (...), les pertes qui ne peuvent –pour quelque raison- s'avouer en tant que telles »

« Dans ce seul cas, l'impossibilité de l'introjection va jusqu'à interdire de faire un langage de son refus de deuil, jusqu'à interdire de signifier que l'on est inconsolable. A défaut même de cette issue de secours il ne restera qu'à opposer au fait de la perte un déni radical, en feignant de n'avoir rien eu à perdre. Il ne sera plus question de faire état devant un tiers du deuil dont on est frappé. Tous les mots qui n'auront pu être dits, toutes les scènes qui n'auront pu être remémorées, toutes les larmes qui n'auront pu être versées, seront avalées, en

même temps que le traumatisme, cause de la perte. Avalés et **mis en conserve**. Le deuil indicible installe à l'intérieur du sujet un **caveau secret**. Dans la crypte repose (...) le corrélat objectal de la perte (...) » (1)

Le destin du deuil qui ne peut se parler est donc de créer une figure cryptique à l'intérieur du sujet. Le deuil est ainsi mis à l'écart, inactivé, congelé, stérilisé. Ses possibilités de transformation sont déniées et au prix de la construction et du maintien actif de la crypte, le sujet s'évite la souffrance de la perte inavouable.

Le sujet de l'incurie de l'habitat procéderait ainsi d'une projection topique de la crypte endopsychique sur les lieux de l'habitat : la crypte est transposée du secret, du tréfonds du psychisme vers les murs et l'intérieur d'un logement.

L'habitat devient le caveau dans lequel le sujet, dans son déni dramatique du mouvement psychique, s'enferme. Le drame provient aussi du fait que l'enfermement n'est plus seulement inclus dans le psychisme mais se manifeste dans la réalité concrète du verrou d'une porte et de déchets qui fermentent.

En lieu et place du langage qui s'adresse à l'autre, l'incorporation d'ordures dans le logement, leur entassement compulsif, vient priver le sujet de ses possibilités de demander de l'aide et d'exprimer de la honte à l'endroit d'un tiers.

Le secret honteux, l'objet idéal autour duquel s'édifie la crypte se manifeste par « antimétaphore », transformation en vrai excrément, en processus actif de « fécalisation ». « Pour sauvegarder l'objet idéal, le cryptophore coupe l'herbe sous les pieds à quiconque voudrait lui faire honte : il neutralise, en fin de compte, les instruments, pour ainsi dire matériels, de la flétrissure, les métaphores issues de la déjection, de l'excrément, en posant ceux-ci comme comestibles, voire appétissants. » (1)

Une illustration clinique exemplaire de ces processus d'encryptement et de fécalisation, mais aussi des possibilités d'intervention et de « re-métaphorisation », est donnée par P. Coupechoux (12) rapportant un cas raconté par le psychiatre Patrick Chaltiel.

Il s'agit d'une vieille dame de soixante-sept ans, signalée par les services sociaux pour insalubrité. Veuve depuis cinq ans, elle vivait seule, recluse dans son appartement parmi objets hétéroclites et détritiques dont elle refusait de se séparer. Amaigrie, refusant toute aide, les services municipaux ont proposé pour elle une hospitalisation d'office, mais l'équipe de secteur s'y est opposée et a proposé un « travail de crise » à domicile pendant quelques mois. Une relation de confiance se noue.

« Petit à petit, celle-ci n'est plus apparue comme « une folle en danger, barricadée au cœur d'un océan d'immondices », mais comme « une petite fille triste abandonnée dans un océan de trésors ». Durant des semaines, les soignants de l'équipe se sont succédés chez la patiente, et, à chaque fois, ils en sont sortis avec un objet dont elle avait accepté de se dessaisir après leur en avoir raconté l'histoire. Un jour, c'était un vieil aspirateur dans son carton d'origine, le lendemain, un coffret de photos, le surlendemain, des fleurs séchées... D'objet en objet, la patiente a pu reconstituer son histoire et la livrer, fragment par fragment, aux soignants : son enfance dans un petit village d'Allemagne, sa rencontre avec son mari, l'anorexie et le suicide de sa fille, son seul enfant, la haine qui en était née au sein du couple, la maladie puis le décès de son mari... Au bout de quelques semaines, elle s'est retrouvée dans son appartement trop vide. Elle a alors pensé à se pendre, mais finalement elle a appelé l'accueil. (...) Elle vit aujourd'hui dans un joli petit studio HLM, où elle dit se sentir comme la jeune fille fraîchement débarquée de son Allemagne natale. » (12)

4) UNE CLINIQUE DE L'HABITAT

a) La question de l' « habiter », de l'abri à l'habitation

Pour un intervenant, entrer pour la première fois dans l'appartement d'un sujet en situation d'incurie de l'habitat provoque une réaction immédiate mêlée d'effroi, de dégoût, de curiosité et de fascination.

Au-delà de ces ressentis immédiats, l'œil du clinicien peut repérer une sémiologie particulière de l'entassement, de la saleté, de l'insalubrité. Ainsi peut-on décrire une clinique de l'habitat, et voir apparaître différentes façons de « clochardiser » son domicile selon les sujets.

Ainsi la désorganisation peut être au premier plan, avec un mobilier cassé, abîmé, inutilisable, des accumulations d'ordures désordonnées, une impression de « laisser-aller » anarchique, dans une sorte de confusion entre les différents objets, les différentes pièces. Il en est fréquemment ainsi des sujets alcooliques et schizophrènes désorganisés.

A l'inverse, on peut voir dans d'autres logements une certaine organisation, avec par exemple des entassements considérables d'objets spécifiques, une possibilité de cheminement entre les objets avec le tracé d'une sorte de sentier, le respect du lit ou d'une pièce particulière. Cette clinique concerne plutôt les sujets qui présentent des défenses de type obsessionnel comme certains autistes, certains psychotiques présentant un délire paralogique et rationalisé.

L'expérience clinique amène ainsi à penser qu'il existe une relation entre le psychisme du sujet et son habitat.

En effet, le fait d'habiter ne se résume ni à la fonction primaire de l'habitat, c'est-à-dire l'abri contre les rudesses de l'environnement (froid, vent,

pluie...), ni à la fonction contenante « passive » du logement. Il y a dans le phénomène « habiter » une intentionnalité et un caractère spécifiquement humain.

Ainsi, selon B. Salignon (57), « dans l'habiter, (...) l'homme trouve un lieu hors de soi et avec soi où il se constitue. Par l'intentionnalité mise en acte : l'homme habite et est habité par son habiter. Cette dialectique fait que l'habitation de l'homme n'est pas un objet que le sujet viendrait occuper comme un liquide occupe un espace dans un pot. L'habiter suppose ce mouvement qui est à la fois fait que l'homme est actif parce qu'il peut aussi recueillir ce qui lui est donné ».

Par le fait d'habiter, l'homme exerce un acte purement humain qui va bien au-delà de la simple fonction de s'abriter et l'inscrit dans la dimension symbolique du langage.

Comme le rappelle P. Confalonerie (11), « l'homme habite le langage, c'est là son monde, son habitat. (...) Pour trouver asile dans cet univers de langage qui l'humanise, il lui faut le secours d'un Discours, selon Lacan (36), soit ce qui fonde le lien social ».

Ainsi les préhistoriens considèrent la sépulture comme « l'indice le plus sûr de l'apparition de l'humain : la dernière demeure indique ce que fut la première. Par la marque symbolique, fût-ce celle d'une pierre, l'homme signe sa présence au monde, au-delà de son organisme d'être vivant. (...) Le Bushman du Kalahari ne procède pas autrement. Il ne construit que rarement des abris couverts, au cours de ses déplacements. Il se contente de planter quelques bâtonnets, qui délimitent son home, d'y placer ses pauvres objets, symboliques de son foyer, pour pouvoir y dormir ». (11)

Il semble ainsi d'une grande pertinence clinique d'envisager le sujet dans son rapport avec son habitat, et non simplement la clinique nue d'un sujet dans son logement, son abri.

La question de l'incurie dans l'habitat peut donc être abordé sous cet angle : qu'est ce qui dans son rapport à l'habitat peut expliquer l'incurie du sujet ? Qu'est ce qui détermine la manière d'habiter du sujet en situation d'incurie ?

b) Capacités de décontamination, reflet de l'organisation psychique du sujet

Pour V. Colin (9), la question de la contamination et de la décontamination psychique du sujet joue un rôle important dans l'incurie de l'habitat.

Etudiant la façon dont les sujets SDF investissent le logement auquel ils ont pu avoir accès, elle montre comment « s'intéresser à la manière d'habiter tout espace d'hébergement est un indice pour comprendre les difficultés d'habiter son espace psychique » (9). L'incurie dans l'habitat apparaît alors comme une forme de projection topique de la problématique interne sur le lieu d'habitation.

Elle cite plusieurs exemples cliniques :

- Une femme accédant à un logement après 20 ans de vie à la rue, qui va rapidement recouvrir son sol d'une couche d'un mètre de sacs plastiques contenant ses propres déchets et ceux qu'elle ramène de

la rue, montrant ainsi « sa difficulté à trouver des procédures personnelles de décontamination de son espace privé. Son impossibilité à jeter les ordures et la confusion entre elle et les déchets signent le débordement de la fonction de régulation interne (des processus psychiques de transformation) ». (9)

- Un homme qui vivait dans la rue dans un lieu fixe, entassant divers objets de façon organisée et rangée et délimitant ainsi un espace pour son sommeil, transpose dans l'appartement qu'il intègre les procédures de tri qu'il utilisait dans la rue pour le protéger de la confusion et de la contamination des ordures. Ainsi « la cuisine est son lieu de vie, il dort sous l'évier avec ses chiens. La chambre reste inoccupée et le petit couloir qui sépare les deux pièces est le lieu de stockage des ordures, il fait office de sas de décontamination, comme si les ordures localisées ici protégeaient l'espace de vie-cuisine de l'envahissement ». (9)
- Un homme qui se déplace dans la rue avec un sac à dos immense, dormant n'importe où mais ne se séparant jamais de son sac, « est régulièrement trouvé, dormant comme une tortue, renversé sur le dos » (9). Suite au vol de son sac à dos, il vit un véritable déchirement corporel et une hémorragie psychique (délire, agitation), révélant ainsi la fonction de ce « sac-maison » : « il n'évoque pas le contenu volé, mais la perte irréparable du contenant (...) plus qu'un simple bagage, ce sac à dos semblait contenir tout une partie de son espace psychique, de son identité, de son lieu psychique transportable et jamais détaché de son corps ». (9)

Ces exemples illustrent une des fonctions de l'errance comme substitut à des procédures de décontamination psychique. « L'errance peut-être envisagée comme une procédure en actes d'une tentative de décontamination du monde interne qui se met en scène dans l'espace public par le déplacement, la marche, le ramassage et le tri des objets ». (9)

Dans la problématique de l'incurie de l'habitat, l'accumulation des déchets et la non décontamination du logement représentent la projection topique, par dé-métaphorisation dans le réel, des capacités de décontamination psychique du sujet, c'est-à-dire la mise en œuvre de procédures psychiques de tri, de liaison, de jugement, qui se trouvent empêchées par un processus défensif actif et coûteux.

c) Ultime paradoxe : apparaître en disparaissant

Si l'on considère la problématique de l'habiter, la manière de s'occuper de son logement comme un reflet de la problématique interne, de la façon dont le sujet occupe son espace psychique, dans le monde à l'envers de la précarité et de l'exclusion émerge ainsi un nouveau paradoxe : le sujet apparaît en disparaissant.

C'est-à-dire que la souffrance psychique extrême et les mécanismes de survie mis en œuvre à la mesure de cette souffrance, s'ils peuvent conduire le sujet à disparaître (aux yeux de ses semblables mais aussi dans sa propre représentation de lui-même), peuvent aussi par le symptôme de l'incurie dans l'habitat faire émerger quelque chose du sujet, quelque chose du côté de la pulsion de vie.

In fine, le sujet en menace de disparition arrive à se manifester au regard du corpus social. Encore lui faut-il trouver des yeux et des oreilles qui, le voyant ainsi apparaître, ne cherchent pas seulement à lui imposer leur norme car la sienne ne plaît pas.

Les soignants et les travailleurs sociaux, dans l'exercice de leur profession, sont toujours soumis à ce risque : celui d'être déçu par ceux dont ils s'occupent, parce qu'au-delà de la compassion et autres formations réactionnelles se trouve un sujet humain qui n'est pas seulement ce qu'il montre (dans le cas de l'incurie de l'habitat, le sujet peut volontiers apparaître sous la forme d'un déchet, d'un détrit, d'une ordure).

C'est notamment ce qui rend si difficile la prise en charge de ces sujets, et ce pourquoi nous allons y consacrer un temps de notre réflexion.

5) PRISE EN CHARGE

a) Des intervenants confrontés à la fascination, à la répétition, à l'impuissance

Ce qui revient invariablement dans les difficultés rapportées par les professionnels, quels qu'ils soient (soignants, travailleurs sociaux, intervenants municipaux ...), est la souffrance auquel la situation d'incurie dans l'habitat les confronte.

Ils ressentent en premier lieu la fascination, accompagnée par la répulsion et l'effroi devant des situations aussi spectaculaires, dramatiques. La conscience

que le sujet est en situation de danger de mort, l'incompréhension devant de telles conduites autodestructrices, s'ajoutent aux premières impressions, aux premiers ressentis sensoriels. L'odeur insupportable, le malaise provoqué par la vision d'un spectacle aussi pathétique contribuent à sidérer puis à fasciner et à dégoûter. Le professionnel est assailli de sentiments contradictoires, d'éprouvés difficilement nommables et pensables.

De cette souffrance, il faut bien faire quelque chose. Et c'est de cette souffrance que l'on peut faire quelque chose. Le sujet n'a pas de demande, n'exprime pas de honte, peut sembler se complaire dans l'innommable de sa situation. C'est aux intervenants de porter cette souffrance, d'accepter qu'elle leur soit imposée et de devoir la travailler, la transformer.

Au cours de ce travail, l'idéal professionnel est mis à mal par la répétition incompréhensible des symptômes et des défenses paradoxales. Apparaissent alors souvent un sentiment d'impuissance, voire de désespoir.

Ce malaise de l'intervenant ne peut garder un caractère opérant que si, d'un part il est reconnu en tant que tel, comme phénomène « normal » et inclus dans le cadre professionnel, (et non pas nié ou remanié en excitation improductive, attitudes de rejet, sentiments misérabilistes et compassionnels) et d'autre part que les conditions de sa transformation soient maintenues. C'est là que le travail en réseau, que l'appui sur d'autres professionnels peut prendre tout son sens : d'un point de vue quantitatif, partager la souffrance à plusieurs et non la remiser par devers soi, aussi bien que d'un point de vue qualitatif, par la fructueuse coopération de savoirs et de pratiques diverses et différenciées.

C'est à ce titre que la souffrance des intervenants, non seulement est nécessaire dans sa capacité à porter celle du sujet qui ne peut l'exprimer directement (c'est-à-dire que la souffrance portée par les intervenants peut

permettre une re-dialectisation d'un sujet avec le social), mais également comme condition à un changement, une évolution, une réouverture vers un champ de possibles.

b) Nécessité et dangers de l'ouverture

La première condition, d'ordre très pragmatique, à cette réouverture, est tout simplement celle de la porte du logement du sujet.

En effet, si celle-ci reste close, pas de processus, pas d'intervention possible. Il est fort probable qu'un certain nombre de situations n'arrivent même pas au seuil de la porte, ne soient portées à la connaissance d'aucun avant l'évolution inéluctable vers la mort, ou plutôt la disparition puisque la mort ne pourra être constatée qu'après-coup, parfois plusieurs semaines après. On découvre alors, par hasard, un cadavre décomposé au sein d'un amoncellement d'ordures dans un appartement dont on n'avait pas de nouvelle de l'habitant depuis longtemps. Le piège s'est refermé définitivement et a soustrait à la vue du corpus social la lente évolution d'un sujet vers la disparition. Les insectes nécrophages, le pourrissement bactérien ont fait leur œuvre avant les humains qui ne peuvent plus que le constater et faire ré-entrer le sujet dans l'humanité par un rite funéraire.

Les situations qui nous arrivent nécessitent donc un minimum d'ouverture. Comme nous l'avons déjà vu, il s'agit souvent plutôt d'une transpiration à travers les murs du logement d'un élément attirant d'abord l'attention par son caractère nuisible et dérangeant : effluves nauséabondes, dégât des eaux... Il semble que le contenant du logement ne suffise plus à rendre invisible l'incurie, et que, fortuitement ou en tout cas indirectement (la

question : existe-t-il une intentionnalité, toute inconsciente fût-elle, du sujet à manifester son incurie à travers les murs de son habitat, mérite d'être posée sans qu'il nous soit possible d'y apporter une réponse) celle-ci soit amenée à rencontrer l'entourage et à bousculer l'équilibre de tolérance jusque-là compensé entre le sujet et le voisinage.

Cette ouverture, aussi partielle et indirecte soit-elle, permet la mise en jeu de mécanismes de régulation sociale, par l'intermédiaire de l'assistance sociale, de la prise en charge de l'insalubrité et/ou de l'intervention sanitaire.

Un contact plus direct est alors possible entre le sujet et un intervenant. Bien souvent, il faut à celui-ci beaucoup de patience et de persévérance pour établir une relation de confiance. C'est souvent à travers la porte restée close ou légèrement entrebâillée, l'interphone quand il fonctionne encore, que quelques paroles peuvent être échangées. Rendez-vous manqués, courriers sans réponse, émaillent la plupart du temps une difficile période qui pourrait être comparée à celle d'un apprivoisement.

Il s'agit alors de créer, nous le reverrons plus tard, un espace de négociation, de confiance partagée, d'accroche intersubjective.

C'est aussi l'occasion pour les intervenants de constater de visu, quand l'espace entrouvert est suffisant, la situation d'incurie, d'insalubrité, de danger.

Il est possible qu'à ce stade, la porte puisse s'ouvrir à nouveau et que la personne incurie accepte les interventions proposées, à savoir le nettoyage et la remise en état du logement, et une prise en charge médico-psychologique et sociale.

Il arrive aussi que, malgré les efforts de négociation, malgré quelques espoirs entrevus, la porte reste close. La question se pose alors d'une

intervention imposée qui ne peut se faire que dans le contexte d'une précipitation des moyens et d'une prise en charge en urgence.

Celle-ci se double évidemment de la mise en tension de questions éthiques : quelle légitimité y a-t-il à intervenir dans l'urgence et la contrainte ? Quels risques sont susceptibles d'être encourus pour le sujet en question, dont on présume facilement la fragilité ? Mais comment ne rien faire devant une situation connue de mise en danger de la vie d'autrui ? N'y a-t-il pas quelque chose de la non-assistance à personne en danger dans une éventuelle abstention d'intervention ?

Une fois la porte ouverte, que cette ouverture ait été plus ou moins spontanée, négociée ou imposée, il faut maintenant pour les intervenants faire face à un sujet qui apparaît dans une détresse absolue.

Parfois cachectique, anémié, dénutri, porteur de lésions cutanées, de blessures non cicatrisées, parfois délirant, agressif avec ce qu'il lui reste d'énergie, la première nécessité est d'assurer sa survie immédiate. L'hospitalisation en urgence est généralement observée, en psychiatrie ou à l'hôpital général selon l'importance des éventuels troubles.

Il semble que le sujet, extrait de son habitat, soit comme mis à nu, débarrassé d'un environnement malgré tout protecteur (défenses paradoxales, mais défenses quand même qui procurent un certain bénéfice primaire) et brutalement surchargé de stimulations sensorielles et relationnelles, comme une personne qui revoit le jour après un long temps d'enfermement et de privation sensorielle.

Un autre danger est alors à prendre en compte, au-delà de l'urgence contextuelle, concernant les intervenants préparant la prise en charge à moyen et long terme.

En effet, le sujet est apparu dans sa façon de disparaître, d'entretenir son déclin, il faut maintenant accepter ce sujet résiduel, pas encore mort et prêt à mettre à nouveau en jeu son énergie psychique pour se défendre d'une situation qui n'a, objectivement et/ou subjectivement, pas encore beaucoup changé.

C'est là que la tentation de lui imposer une normativité rassurante peut être envisagé pour les professionnels, toujours en risque de ne pas accepter le sujet tel qu'il apparaît. (Voir le chapitre précédent : « ultime paradoxe : apparaître en disparaissant »)

C'est le début d'un long travail de « réinsertion », de « resocialisation » qui vise à permettre au sujet d'utiliser ses ressources psychiques non plus pour « s'auto-entretenir » dans l'incurie mais pour qu'un changement durable puisse intervenir.

Quelles sont les conditions nécessaires à ce changement espéré, c'est ce que nous allons étudier maintenant.

c) Espace de négociation, de relance du jeu intersubjectif

Dans Jeu et réalité, Winnicott (68) émet l'hypothèse d'une aire transitionnelle, espace virtuel tendu par un paradoxe intégrateur, qui permet à l'enfant de construire son narcissisme.

L'idée du paradoxe est que l'objet transitionnel est à la fois trouvé et créé, c'est-à-dire que la réponse a priori sur l'origine de l'objet n'est pas tranchée. Le paradoxe n'est pas résolu, il reste ouvert, l'objet est à la fois trouvé dans l'environnement qui le donne, et créé par l'enfant qui se l'approprie.

Acceptée, tolérée et protégée par l'environnement affectif, la non résolution du paradoxe permet le maintien de l'illusion puis la survenue de la

désillusion, indispensable à la distinction dedans dehors et à la construction de l'identité de l'enfant.

Chez l'adulte, cette aire transitionnelle persiste comme lieu des processus créatifs et de l'expérience culturelle.

Le sujet en situation d'incurie de l'habitat, est, au contraire de l'enfant qui grandit et acquiert son autonomie, pris dans des paradoxes insolubles, fermés, le conduisant à l'impasse dans tous les domaines de la vie relationnelle.

Le soin qui peut être proposé est alors celui de la réouverture d'une aire transitionnelle, qui permette la relance d'un jeu intersubjectif.

Par analogie avec l'environnement affectif de l'enfant, les intervenants doivent donc être prêts à supporter, accepter et maintenir tendue une aire paradoxale où pourra se dérouler à nouveau un processus relationnel.

Dans la pratique quotidienne, ce travail peut prendre la forme de la création et du maintien d'un espace de négociation avec le sujet. Négocier, c'est jouer, accepter que l'autre refuse certains projets, voire les détruisse, et qu'il en propose d'autres qui d'emblée peuvent paraître irréalistes. C'est ne pas craindre des formes improvisées d'intervention, sur des lieux, dans des moments inhabituels. Discuter à travers une porte ou par l'intermédiaire d'un interphone, par exemple.

A cette condition, le soignant pourra, derrière l'apparente impossibilité d'intervention représentée par la non demande d'aide, constater que le sujet met encore en jeu des capacités de négociation, d'expression de sa souffrance sur un terrain qui n'est de façon exclusive ni son espace interne, ni celui du cadre habituel du soin en psychiatrie.

Négocier, c'est enfin se placer, en tant qu'intervenant, dans une position opposée à celle d'expert, par des actions non réductibles à des protocoles

normalisants. C'est ainsi se placer en position d'être modifié par le sujet que l'on rencontre, d'être toujours disponible pour apprendre quelque chose de lui.

Il est probable que cette prise de position demande beaucoup d'effort, en particulier en terme de renoncement à certains idéaux professionnels.

6) RETOUR A LA FIGURE DE DIOGENE : LA QUESTION DE LA LIBERTE

Nous arrivons à la conclusion de notre travail, et retrouvons à son issue, comme en filigrane de notre réflexion, la question amenée par Diogène le cynique.

Nous avons choisi d'envisager notre sujet dans une problématique en partie détachée de la référence médicale au syndrome de Diogène. Cependant, les questions soulevées par cette référence au philosophe, souvent critiquée dans la littérature, nous paraissent suffisamment importantes pour que celle-ci ne soit pas abandonnée.

Il nous semble en effet que « Diogène fut indemne du syndrome de Diogène » (48), et que cette dénomination n'honore ni le philosophe ni les sujets en situation d'incurie de l'habitat.

Il y aurait probablement dans ce rapprochement intempestif une expression de la forme moderne du cynisme. Dans son acception actuelle la plus courante, le cynisme est en effet l'attitude de celui « qui exprime ouvertement et sans ménagement des sentiments, des opinions qui choquent le sentiment moral ou les idées reçues, souvent avec une intention de provocation » (49), et plus

encore une forme de brutalité intellectuelle qui contient en elle une dérision détachée, un désengagement vis-à-vis de la condition humaine.

La langue allemande possède ainsi deux termes pour désigner le cynisme antique (*der kynismus*) et le cynisme moderne (*der zynismus*). Pour les philosophes allemands H. Niehues-Pröbsting (42) et P. Sloterdijk (61), « la différence essentielle entre les deux attitudes se manifeste dans le rapport à la puissance : les *Kyniker*, hommes de la rébellion, ne participent pas à la puissance, ne sont pas corrompus par elle et sont capables de la critiquer, alors que les *Zyniker* se situent sans ambiguïté du côté du pouvoir. Le Cynique moderne utilise des moyens et poursuit des fins que le Cynique grec aurait récusés : « Le maître cynique ôte le masque, sourit à son faible adversaire - et l'opprime. *C'est la vie...*Le cynisme des maîtres est une insolence qui a changé de côté » (61). Au problème que pose ce *Zynismus*, Sloterdijk suggère comme solution un retour à ce qui est à ses yeux la philosophie de la vie en temps de crise, à savoir le *Kynismus* avec son insolence, avec sa passivité consciente et concertée dans la relation au monde et à autrui. » (28)

La morale du cynisme antique trouve au contraire son fondement dans l'observation impitoyable des autres et de soi-même, la dénonciation de tous les asservissements (les passions, les devoirs liés aux conventions sociales) et de manière générale de « toutes les fausses valeurs de la vie civilisée qui rendent l'homme malheureux » (28). Diogène raille la course effrénée de ses congénères vers la possession matérielle, la renommée, la richesse et la puissance.

Malgré son allure et ses manières brutales, il est une profonde erreur que de voir en lui un misanthrope. Au contraire, il est là où se trouve la foule, cherche le contact avec les autres en utilisant ses armes que sont la provocation, la franchise et l'humour.

Il s'adresse à tous, pauvres et riches, citoyens et esclaves, Athéniens et étrangers, hommes et femmes, centrant sa démarche philosophique sur l'individu, dans le contexte historique particulier de la Grèce du 4^{ème} siècle (c'est-à-dire « sous la conduite d'Alexandre, l'extraordinaire épopée qui conduit les Macédoniens au bord de l'Hyphase et recule jusqu'à l'Inde les frontières de l'*oikouménè* (le monde habité). Dès lors, la distinction Grecs / Barbares n'a plus de sens et le sentiment d'appartenance à une *polis* en a de moins en moins. Mais cette ouverture sur le monde se fait dans un climat social difficile ; les indigents sont légions à Athènes et l'écart entre riches et pauvres ne cesse de croître. » (28)).

Si la démarche cynique et la situation d'incurie de l'habitat ne partagent que les apparences du dénuement et le rejet qu'elles peuvent inspirer, de cette mise en perspective peut être extraite la question de la liberté.

Diogène adopte pour lui-même et enseigne aux autres l'ascèse, comme moyen pour l'homme de s'affranchir des contingences matérielles et de ses passions asservissantes, pour atteindre *in fine* la condition d'homme libre.

Chez le sujet enfermé chez lui et accumulant ses ordures, quelle place accorder à la question du libre arbitre ? Quand celui-ci met en œuvre dans la réalité sa transformation en déchet, au risque de sa disparition, que lui reste-t-il de liberté ?

Soumis à des mécanismes inconscients communs à l'ensemble de l'Humanité, mais qui entraînent chez lui la perte de la possibilité de diriger son existence dans la réalité, le sujet en situation d'incurie de l'habitat nous apparaît comme illustrant la notion développée par Henri Ey de « pathologie de la liberté ».

Notre champ de discussion peut alors être ouvert aux questions concernant la définition et les limites de la psychiatrie, de la maladie mentale, de la santé mentale.

Notre travail de thèse ne peut s'aventurer plus loin dans la réflexion, mais nous espérons qu'il aura contribué à nous ouvrir à ces considérations.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 : Abraham N., Torok M.,** Deuil ou mélancolie, introjecter-incorporer. In Abraham N., Torok M., *L'écorce et le noyau*, Paris : Aubier Montaigne, 1978. p.259-276
- 2 : Anzieu D.,** *Le Moi-peau*. 2^{ème} éd. Paris : Dunod, 1995. 291 p.
- 3 : Beauchet O., Imler D, Cadet L. et al,** Le syndrome de Diogène du sujet âgé : forme clinique d'un dysfonctionnement frontal ? A propos de 4 observations. *Rev Med Int* 2002, 23 : p.122-131
- 4 : Chambers Encyclopaedia,** Oxford 1966, vol.4, p.533, cité par Clark et al., *op. cit.*
- 5 : Chebili S.,** Le syndrome de Diogène : état pathologique ou expression du libre arbitre ?. *Synapse* 1998, 144 : p.35-38
- 6 : CIM-10,** Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision, Paris : Masson, 1993. p.79 ; p.183-184
- 7 : Clark A.N.G., Mankikar G.D., Gray I.,** Diogenes syndrome, a clinical study of gross neglect in old age. *Lancet* 1975, 15 : p.366-368
- 8 : Code de la Santé Publique,** Paris : Litec, 2007.
- 9 : Colin V.,** Contamination, dé-contamination psychique, manières d'habiter du sujet SDF. *Rhizome* 2001, 7 : p.13
- 10 : Colin V., Furtos J.,** La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine. In Joubert M. et Louzoun C. (sous la direction de), *Répondre à la souffrance sociale*, Toulouse : Erès, 2005.
- 11 : Confalonerie P.,** Habiter, pour le schizophrène, *Rhizome* 2001, 7 : p.9
- 12 : Coupechoux P.,** Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux. Paris : Seuil, 2006, p.178-179
- 13 : Cybulska E., Rucinski J.,** Gross self neglect in old age. *Brit. J. of Hosp. Med.* 1986, 36: p.21-25
- 14 : Declerck P.,** *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*. Paris : Pocket, 2003. 458 p.
- 15 : Dervinos-Hodbert S., Lableigne V., Barbe-Hairy A. et al,** Syllogomanie ou syndrome de Diogène, revus à travers histoire, littérature et clinique. *L'information psychiatrique* 2001, 77 (9): p. 909-915
- 16 : Dickens C.,** *De grandes espérances*. Paris : Gallimard, 1999. 741 p.
- 17 : Drummond L-M., Turner J., Reid S.,** Diogenes syndrome-A load of old rubbish ?. *Irish Medical Journal of Psychiatry* 1997, 14 (3): p.99-102

- 18 : DSM IV**, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris : Masson, 1996.
- 19 : Esposito D., Rouillon F., Limosin F.**, Le syndrome de Diogène, une approche transnosographique (Lettre à la Rédaction). *L'Encéphale* 2005, 31 : p.260-263
- 20 : Ey H., Bernard P., Brisset C.**, Manuel de Psychiatrie. Paris : Masson, 1960. p.80
- 21 : Faraldi O., Letessier C., Heurteux G. et al**, Syndrome de Diogène...à deux. *La revue de gériatrie* 2000, 25 (7) : 517-522
- 22 : Ferrant A.**, La double transparence et la honte. *Rhizome* 2003, 13 : p.5 et 9
- 23 : Freud S.**, Au delà du principe de plaisir. In Freud S., *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1968. p. 7-82
- 24 : Furtos J., Laval C.**, L'individu post-moderne et sa souffrance dans un contexte de précarité. Introduction à une clinique de la disparition. *Confrontations psychiatriques* 1998, 39 : p.373-405
- 25 : Furtos J.**, Epistémologie de la clinique psycho-sociale. *Pratiques en Santé Mentale* 2000, 1 : p. 23-32
- 26 : Furtos J.**, Introduction : souffrir sans disparaître (pour définir la santé mentale au-delà de la psychiatrie). In Furtos J. et Laval C. (sous la direction de), *La santé mentale en actes, de la clinique au politique*, Cahors : Erès, 2005. p.9-38
- 27 : Gogol N.**, *Les âmes mortes*, Paris : Folio classique, 2004. p. 133-156
- 28 : Goulet-Cazé M-O.**, Cyniques. Le cynisme ancien et sa postérité. In *Dictionnaire d'Ethique et de Philosophie Morale*. 4^{ème} éd. Paris : PUF, 2004. p.350-358
- 29 : Guelfi J-D., Boyer P., Consoli S., Olivier-Martin R.**, *Psychiatrie*. 6^{ème} édition. Paris : PUF. 1997. p.195
- 30 : Haddad V., Lefebvre Des Noette V.**, Le syndrome de Diogène, du mythe à la réalité. A propos de 3 cas. *La revue de gériatrie* 2002, 27 (2) : p.107-114
- 31: Halliday G., Banerjee S., Philpot M. et al.**, Community study of people who live in squalor. *Lancet* 2000, 355 : p.882-886
- 32 : Hanon C., Pinquier C., Gaddour N. et al.**, Le syndrome de Diogène, une approche transnosographique (mémoire original). *L'Encéphale* 2004, 30 : p.315-322
- 33 : Hurley M., Scallan E., Johnson H., De La Harpe D.**, Adult service refusers in the Greater Dublin Area. *Irish medical journal* 2000, 93 (7) : p.208-211
- 34 : Kocher Y., Chabert M-J.**, Le syndrome de Diogène. *Gérontologie et société* 1993, 64 : p.132-144

- 35 : Koupernik C., Lôo H., Zarifian E.,** Précis de psychiatrie. Paris : Flammarion, 1982
- 36 : Lacan J.,** Autres écrits, Paris : Seuil, 2001, cité par Confalonierie P., *op.cit.*
- 37 : Lemperrière T., Féline A. et al.,** Psychiatrie de l'adulte, Paris : Masson collection Abrégés, 1977, p 113
- 38 : MacMillan D., Shaw P.,** Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. Br Med Journal 1966, 2: p.1032-1037
- 39 : Martin-Hunyadi C., Berthel M.,** Le syndrome de Diogène. Médecine et hygiène 1991, 49 (1887) : p.1389-1393
- 40 : Melendro C.J., Malo P.S., Azagra V.J.R, Gasca J.M.,** Síndrome de Diogenes : un cuadro clinico frecuente en la vejez y poco conocido. Actas Dermo Sifiliograficas 1976, 67 : p.225-232
- 41 : Mercuel A., Favrot C., Caroli F.,** Interventions de l'équipe de secteur auprès des personnes âgées recluses à leur domicile. Nervure 1996, 8 (9), p.17-22
- 42 : Niehues-Pröbsting H.,** Der kynismus des Diogenes und der Begriff des Zynismus. Munich : Wilhelm Fink Verlag. 1979, cité par Goulet-Cazé M-O., *op. cit*
- 43 : O'Mahony D., Grimley Evans J.,** Diogenes syndrome by proxy. British journal psychiatry 1994, 164 : p.705-706
- 44 : O'Rawe A-M.,** Self-neglect: a challenge for nursing. Nursing time 1982, 78 (46): p.1932-1936
- 45 : Orrel M-W., Sahakian B-J., Bergmann K.,** Self neglect and frontal lobe dysfunction. British Journal of Psychiatry, 1989, 155: p.101-105
- 46 : Ott J.,** Psychopathologie du syndrome de Diogène. A propos de deux cas d'une même fratrie et revue de la littérature. Th. Med. : Université Louis Pasteur, Strasbourg 1,1999.
- 47 : Quesemand Zucca S.,** Je vous salis ma rue. Clinique de la désocialisation. Paris : Stock, 2007. 187 p.
- 48 : Pacaud M.,** Comment Diogène fut indemne du syndrome de Diogène. Lettre de lecteur. Revue de Gériatrie 2001, 26 (3), p. 177-180
- 49 : Le Petit Robert,** Dictionnaire de la langue française. Nouvelle édition. Paris, 2004.
- 50 : Radebaugh T-S., Hooper F-J., Gruenberg E-M.,** The social breakdown syndrome in the elderly population living in the community: the helping study. British Journal of Psychiatry 1987, 151: p.341-346
- 51 : Rapport au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité :** Points de vue et rôle des acteurs de la clinique psychosociale. Lyon, 1999. p.6-11 ; p.103-120

- 52 : Renaud E.,** Le syndrome de Diogène chez le sujet âgé: à propos de deux observations cliniques et d'une revue de la littérature. Th. Med. : Université de Rennes 1, 2003.
- 53 : Roe P-F.,** Self-neglect or chosen lifestyle? British Journal of Hospital Medicine 1977, 37 (1): p.83-84
- 54 : Roubini A., Laouenan H., Le Foll J-A.,** A propos d'un syndrome de Diogène. Nervure 2002, 15 (1) : p.7-10
- 55 : Roussillon R.,** Agonie, clivage et symbolisation. Paris : PUF, 1999. 344 p.
- 56 : Roussillon R.,** La logique du plus faible. Rhizome 2006, 25 : p.16-19
- 57 : Salignon B.,** Qu'est-ce qu'habiter ? Réflexions sur le logement social à partir de l'habiter méditerranéen. Nice : Z'édicions/CSTB, 1991.
- 58 : Scotto M-H.,** Le collectionneur d'ordures : réflexions à partir d'un cas de collectionnisme morbide de détritrus. Mémoire du DES de Psychiatrie : Université Claude Bernard, Lyon 1, 2006.
- 59 : Sikdar S.,** Diogenes syndrome : a case report. Hospital Medicine 1999, 60 (9): p.679
- 60 : Sinizergues V.,** Le syndrome de Diogène : revue de la littérature et étude de 17 observations dans le Nord 92. Th. Med. : UFR Xavier Bichat, Université Paris 7, 2006.
- 61 : Sloterdijk P.,** Critique de le raison cynique, Paris : Christian Bourgeois. 1987, p.135. Cité par Goulet- Cazé M-O, *op.cit.*
- 62 : Snowdon J.,** Uncleanliness among persons seen by Community health workers. Hospital and Community Psychiatry 1987, 38 (5): p.491-494
- 63 : Spitz R.,** De la naissance à la parole. La première année de la vie. Paris : PUF, 1968.
- 64 : Stevens R-S.,** Self-neglect in the elderly. British Journal of Geriatric Practice 1963, 2: p.88-91
- 65 : Taurand P., Taurand S., Compere C. et al.,** Le syndrome de Diogène du sujet âgé. La revue de Gériatrie 1993, 18 (3) : p.139-146
- 66 : Tourki Morville S.,** Le syndrome de Diogène. Th. Med. : Université Louis Pasteur, Strasbourg 1, 1999
- 67 : Trabet A.,** Les chiens de Corinthe. Lyon : Aléas, 2007. p.83 ; p.117
- 68 : Winnicott D.W.,** Jeu et réalité. Paris : Gallimard,1975.
- 69 : Wrigley M., Cooney C.,** Diogenes syndrome-an Irish series. Ir J Psychol Med, 1992, 9: p.37-41