

Forest Quartiers Santé asbl



Le syndrome de Diogène

Revue de la littérature scientifique

Bensliman Rachida
01/08/2011

Forest Quartiers Santé A.S.B.L. – Bd de la 2e Armée britannique, 39 – 1190 Forest
Tél. : 0032 (0)2 340 26 00 – Fax : 00 32 (0)2 343 21 36 – Email : info@f-q-s.be



Nationale Loterij
creëert kansen
créateur de chances
Loterie Nationale



Fondation
Roi Baudouin



CPAS
OCMW
VORST-FOREST

Table des matières

1. Terminologie	3
2. Définition	3
3. Description du syndrome	3
4. Description du public concerné par le syndrome	4
5. Circonstances des découvertes	5
6. Risques pour la santé	5
7. Description du milieu de vie atteint	6
8. Manifestations cliniques	6
9. Animal hoarding	7
10. Diogène à deux	7
11. Éléments diagnostics	8
12. Co-morbidités associées	9
13. Épidémiologie	9
14. Aspects thérapeutiques	11
15. Prise en charge	12
16. Recommandations	13
17. Bibliographie	16

1. Terminologie du Syndrome de Diogène

La littérature regorge d'appellations du Syndrome de Diogène, à titre informatif en voici l'essentiel :

- *Diogenes syndrome*
- Insalubrité morbide
- Incurie domestique ou incurie de l'habitat : *domestic squalor*
- Syndrome d'incurie sénile : *senile squalor syndrome*
- Comportement d'entassement obsessionnel compulsif : *Compulsive hoarding behaviour*
- Collectionnisme pathologique ou amassage compulsif : *forced collectionnism*
- Manie de l'amassage
- Accumulateurs (Cottraux, Lyon)
- Syllogomanie
- Syndrome d'encombrement par des déchets : *litter cluttering syndrome*
- Syndrome de Pluchkine
- Syndrome de l'auto négligence sévère du vieillard : *The Self-Neglect Elderly*
- « *Messie-Syndrom* », du terme anglais « *mess* » signifiant désordre, déchets ou saleté (utilisé par les allemands)
- Clochardisation à domicile

2. Définition

Il n'existe pas de définition reprise dans le manuel diagnostique DSM-VI.

La définition la plus pertinente du syndrome de Diogène que nous avons choisi, est la suivante : « *Etat anormal d'insalubrité majeure causée par un dérèglement psychologique* ». (3)

3. Description du syndrome

La littérature décrit le syndrome selon plusieurs angles de vue :

a) L'accumulation

Les personnes atteintes du syndrome de Diogène manifestent un besoin maladif d'accumuler et de mettre en réserve des objets ou déchets (syllogomanie) qui dérangent le voisinage, entre autres par la production d'odeurs nauséabondes. Cette accumulation excessive mènent généralement à des conditions de vie insalubres dans leur domicile, d'où l'appellation d'« *insalubrité morbide* ». (3).

b) L'incurie

L'incurie est définie par une extrême négligence de l'hygiène corporelle et de l'habitat.

c) Le collectionnisme des entasseurs et les TOC

Cette forme d'activité de collection dégradée est un symptôme retrouvée dans de nombreuses pathologies mentales. Les études récentes pour les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) ont

permis de mettre en évidence une forme particulière de compulsion appelée « *amasement compulsif* » où les patients accumulent de multiples objets qu'ils ne peuvent s'empêcher de conserver ou qu'ils ramènent chez eux après les avoir trouvés dans divers endroits. Le collectionnisme des entasseurs est aussi retrouvé dans les psychoses, les démences et chez les patients cérébro-lésés. (1-2)

d) En gériatrie

Parmi les différents syndromes rencontrés en gériatrie, le syndrome de Diogène représente une entité clinique particulière, difficile à étudier en raison de sa rareté, de l'absence de critères diagnostiques précis, du mode de vie solitaire des sujets et de la réticence à tout type d'intervention vécue comme une agression.

Notons par ailleurs, qu'il est relevé dans la littérature que le syndrome de Diogène est souvent consécutif à une rupture existentielle ou sociale (deuil, perte d'un proche, d'un statut social, d'un emploi...)

4. Description du public concerné par le syndrome

Le syndrome de Diogène affecte, la plupart du temps, des personnes âgées, malades, sales ou répugnantes, mais peut également toucher des personnes plus jeunes. (3)

Souvent, cette négligence extrême se manifeste chez des personnes âgées qui auparavant étaient actives et ayant réussi dans la vie. Ces gens cessent de prendre soin d'eux-mêmes, négligent leur hygiène et ne s'alimentent plus correctement. Ils emmagasinent dans leur appartement toute sorte de fatras. Ils vivent seuls et refusent toute aide qui leur est offerte. Ce sont en général des personnes isolées, méfiantes, éloignées du réel et jadis dépendantes des autres. Leur alimentation désordonnée les expose à des déficits en protéines sériques, en vitamines, en fer et en liquides. (4)

Classiquement, ce syndrome atteint des personnes vivant seules à leur domicile, isolées. La proportion des veuves est importante.

Toutes les catégories sociales sont touchées et peut être davantage les classes favorisées.

Typologiquement, on distingue les patients « actifs » et les patients « passifs ». Les premiers entassent dedans ce qu'ils récoltent dehors et remplissent leur intérieur. Les seconds se font envahir par leurs déchets et se laissent déborder par les accumulations qui s'entassent par défaut. (5)

5. Circonstances des découvertes

Les personnes atteintes de ce syndrome ne demandent quasi jamais de l'aide. Elles sont repérées :

- soit fortuitement, au décours d'un incident domestique ou médical
- soit suite à une intervention sociale ou des forces de l'ordre demandé par le voisinage du fait des nuisances,
- soit enfin, par la révélation de leurs conditions de vie par leur entourage familial.

(5)

Dans la plupart des cas, la situation est signalée par l'entourage du sujet, qui dépasse un certain seuil de tolérance. Il s'agit souvent des voisins, qui se plaignent 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.

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.

Dans certains cas, le trouble à l'ordre public, à la santé individuelle et collective exige un recours aux forces de police ou aux pompiers.

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 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. (6)

6. Risques pour la santé

Ce trouble du comportement peut engendrer à un état d'insalubrité majeure du domicile et entraîner des risques à la santé et à la sécurité pour la personne atteinte, le public avoisinant, les proches et les intervenants. Ces risques dépendent, notamment, de la nature des objets entassés dans le domicile comme, dans le meilleur des cas, des objets propres (piles de vêtements neufs, de journaux et de magazines, cartons, boîtes de conserve, vaisselle, ustensiles) et dans le pire des cas, des aliments avariés, en état de décomposition, des ordures, des excréments humains, des carcasses ou excréments d'animaux (rats, chats, oiseaux, etc.). (3)

De façon synthétique, il peut s'agir :

a) de risques biologiques liés :

- aux moisissures et bactéries,
- aux insectes (infections, allergies, piqûres, ...)
- aux animaux et vermines,
- à une transmission humaine ou animale.

- b) des risques chimiques liés à la toxicologie environnementale :
- pénétration d'agent toxique par les poumons, la peau, les voies digestives
 - alimentation avariée, eaux souillées
 - produits de nettoyage, peintures...
 - substances chimiques contenues dans les piles, le plastique, ...
 - intoxication au CO
 - allergies ou perte de tolérance aux produits chimiques
- c) des risques d'incendies liés à l'accumulation de papiers, aux conduits électriques non entretenus
- d) gênes physiques et psychologiques dues à la production d'odeurs nauséabondes : anxiété, troubles du sommeil, troubles de l'humeur, inconfort...
- e) conséquences psycho-sociales liées à des troubles du comportement : altération possible de la santé et de l'état mental des personnes avoisinantes, du propriétaire, de la famille. (3)

7. Description du milieu de vie atteint

- Saleté extrême, odeur fétide, nauséabonde, défaut d'hygiène corporelle et environnementale, couche sur les immondices, ...
- Présence d'animaux, de vermines, de toiles d'araignées en quantité innombrable due à la réserve d'insectes attirés par les immondices ;
- Accumulation d'objets divers usagés, de nourriture avariée, de détritrus, d'ordures, de bouteilles ou de cannettes de bière, de produits de nettoyage en nombre incalculable ;
- Encombrement presque total des lieux, amoncellement d'objets divers, amasement pathologique, obstruction complète des pièces suite à l'encombrement, objets hétéroclites entassés de façon désordonnée, nombre excessif d'objets de toutes sortes, etc. (3)

8. Manifestations cliniques

Clinique du patient

Le syndrome de Diogène se caractérise par :

- une négligence de l'hygiène corporelle et du lieu de vie ;
- une sylogomanie qui correspond à un collectionnisme morbide d'objets divers ;
- un déni de la réalité et une absence de honte relative à leur condition de vie ;
- un isolement social avec une perturbation du rythme circadien ;
- un refus de toute aide vécue comme intrusive.

Clinique de l'habitat

La description de l'habitat est tellement précise et frappante, qu'elle constitue un élément primordial de la clinique du syndrome de Diogène.

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.
- L'intérieur est un agrégat d'objets hétéroclites entassés par les patients sans s'inquiéter de leur utilité et sans s'émouvoir de leur disparition.
- L'odeur nauséabonde est liée aux denrées alimentaires périssables oubliées et aux déchets humains ou animaux.
- Le périmètre de vie est restreint. Certaines pièces sont rendues inaccessibles. L'espace intérieur est souvent réduit, parfois dans des proportions considérables, par des amoncellements de sacs plastiques, de détritus, 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.
- 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 et insectes 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.

L'incurie constante témoigne d'une absence chronique de soins d'hygiène. La plupart des patients ne se plaignent pas de l'insalubrité des lieux et ne sortent qu'exceptionnellement de chez eux. L'enquête sociale révèle que cette dégradation s'est opérée sur plusieurs années. La visite du domicile permet de confirmer et de mesurer la dégradation. (5 - 6)

9. Animal hoarding

Il existe une autre forme d'insalubrité morbide appelée « Animal Hoarding ». Il s'agit du syndrome de l'hébergement d'innombrables animaux, caractérisé par l'habitude malade de vivre avec un nombre exagéré d'animaux, habituellement des chats mais aussi des chiens, des oiseaux ou des reptiles. La résidence de ces individus se démarque souvent par un fouillis indescriptible et des installations sanitaires défectueuses. Les appareils ménagers et la plomberie sont souvent hors d'usage et le logis se retrouve fréquemment jonché d'excréments d'animaux, rendant ce dernier impropre à l'occupation humaine. (3)

10. Diogène à deux

Il existe un phénomène plus rare mais d'autant plus inquiétant du syndrome de Diogène dit « à deux », où le couple vit dans l'incurie de l'habitat et d'accumulations en tout genre.

11. Eléments diagnostics

Le syndrome de Diogène est une catégorie diagnostique hétérogène sur le plan étiopathogénique ; il concerne des patients négligés, en état d'incurie, généralement âgés, dont la symptomatologie dominante consiste à amasser et à entasser des objets inutiles, parfois même des déchets.

Dans de nombreux cas, il existe à la base un trouble de la personnalité, une évolution vers une démence, une psychose endogène, une névrose obsessionnelle-compulsive. (4)

La revue de la littérature scientifique a permis de constater qu'il n'existe pas de diagnostic psychiatrique portant l'appellation de syndrome de Diogène dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV).

Les nombreuses définitions proposées décrivent le syndrome sans se baser sur des critères diagnostiques précis utilisés dans les manuels diagnostiques courants. Il est clair que le syndrome est un trouble inhomogène et complexe, évoquant un trouble de la personnalité, une manifestation associée au vieillissement, le développement d'une négligence, d'une clochardisation, d'une incurie, des perturbations dans l'alimentation et d'autres troubles du comportement.

Il n'est donc pas étonnant que des concepts tels que « syndrome de Diogène » ou « syndrome de l'amasement » ne soit pas repris dans l'index des manuels diagnostiques DSM-VI ou ICD-10. (4)

Néanmoins, les concepts anglo-saxons « collectionnism » et « hoarding » suggèrent bien que le syndrome représente le développement excessif, obsessionnel et compulsif très significatifs sur le plan des sciences comportementales. (4)

Par ailleurs, on peut citer quatre groupes diagnostiques principaux parmi lesquels on peut s'attendre à rencontrer ce phénomène :

- troubles cognitifs : démence et retard intellectuel
- troubles psychotiques
- troubles alimentaires
- troubles obsessionnels compulsifs

Etant donné la situation problématique polymorphe et hétérogène, il est difficile de poser un diagnostic adapté. Il est recommandé d'adopter une approche multi-axiale en plaçant le syndrome de Diogène toujours en relation avec la maladie de base correspondante.

Exemple :

Syndrome de Diogène dans le cadre :

- *d'une démence vasculaire par infarctus multiples,*
- *d'un trouble de la personnalité préexistant*
- *de facteurs organiques (ex : encéphalopathie hypertensive, anémie)*
- *de stress psycho-sociaux (isolement, pauvreté, vécu de pertes)*

Très souvent, on étudie le phénomène d'accumulation dans le cadre des TOC. (4)

12. Co-morbidité associés

L'insalubrité morbide peut aussi affecter des personnes plus jeunes et être reliée à d'autres maladies mentales ou troubles du comportement, telles la schizophrénie, la déficience mentale, la dépression majeure, la paranoïa, la démence, l'alcoolisme et la toxicomanie, l'anxiété généralisée et les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC).

13. Epidémiologie

Selon les données de la littérature, il apparaît que le syndrome de Diogène soit considéré comme rare, et que son incidence reste très difficile à estimer.

La plupart des études démontre que son incidence annuelle en milieu urbain est estimée à 0,5 cas pour 1000 personnes âgées de 60 ans et plus. Il serait moins fréquent chez les personnes jeunes et de sexe masculin. (6-7-8)

Voici des données épidémiologiques un peu plus détaillées : (6)

a) L'incidence¹

D'après Snowdon, il est très probable que l'incidence du syndrome soit sous-estimée, car un certain nombre de sujets atteints peuvent restés inconnus des services de santé ou communaux sans jamais être découverts.

De plus, la mesure de l'incidence peut être biaisée par le mode de recrutement et la non-représentativité des échantillons constitués.

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

b) Sex-ratio²

Les deux sexes sont touchés avec une prédominance pour le sexe féminin, confirmée par la majorité des études dans un rapport de **2 cas féminins pour 1 cas masculin**. Le sex-ratio est donc de 0.5 expliqué en partie par la plus grande espérance de vie chez les femmes.

c) Age

La moyenne d'âge varie selon le type d'études :

- concernant uniquement les sujets de plus de 60 ans : **la moyenne varie entre 70 et 80 ans**.
- celles qui ne retiennent pas le critère d'âge : la moyenne reste élevée. Selon Halliday, elle est de 63 ans, alors que seuls 49 % des sujets ont plus de 65 ans.

Notons que la plupart des études ont été publiées par des gériatres, ce qui peut expliquer ces résultats. Néanmoins, même si le syndrome ne concerne pas forcément les personnes gériatriques, il touche plus généralement les sujets âgés.

¹ Incidence = nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période et pour une population déterminée.

Prévalence = mesure d'état qui compte tous les cas (nouveaux ou non) à un moment donné.

² Sex-ratio = proportion d'hommes par rapport aux femmes (nb d'hommes/nb de femmes)

d) Statut familial, mode de vie

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

Les études récentes démontrent que 75% environ des personnes atteintes vivent seules.

La proportion de femmes 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).

e) Profession

Dans la première étude sur le syndrome, Clark a noté 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 apparaîtrait donc que la prévalence du trouble soit plus élevée chez les sujets ayant un haut niveau socio-économique, même si d'autres chercheurs démontrent qu'une grande proportion de sujets atteints seraient sans profession ni formation.

f) Ressources

Clark relève que le niveau de ressources financières n'explique pas la situation d'incurie.

Dans son étude, de nombreux patients bénéficient de revenus corrects, voire élevés.

Les études plus récentes montrent des résultats variés, mais il semblerait que le faible niveau de ressources ne soit pas un facteur déterminant la situation d'incurie.

g) Logement

Les études montrent que le lieu d'habitation n'explique pas non plus 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.

Il existe également des cas retrouvés chez des sujets vivant en maison de retraite ou en foyer logement.

Selon l'article le plus récent : Sydney 2011

Une étude a été réalisée entre 2000 et 2009 à Sydney : 173 personnes âgées de 65 ans ou plus ont été référées dans un service de psycho-gériatrie. L'étude a révélé que parmi ces personnes, 2 tiers ont présenté un phénomène d'accumulation de déchets et d'incurie modérée à sévère.

Ce qui revient à un taux d'incidence annuel de près de 1 pour 1000 personnes âgées atteintes, et de 0.66 pour 1000 de personnes avec une incurie sévère à modérée.

Selon les auteurs, la prévalence minimale dans une communauté de personnes âgées vivant avec une incurie modérée à sévère est de 1 pour 1000 habitants. (8)

Le coût du nettoyage

Le coût du nettoyage et les autres frais d'interventions (personnel, santé et qualité de vie) dans les cas de prise en charge d'une incurie domestique sévère est très considérable. Snowdon

considère que c'est une raison importante pour examiner de plus près les taux d'incidence et de prévalence de plus près afin d'éviter des coûts considérables. (8)

Epidémiologie des TOC

Les classifications internationales ont introduit la catégorie des troubles obsessionnels compulsifs dans le DSM et CMI en 1980. Les études épidémiologiques ont démontré que 2 % de la population serait touchée par ce trouble mental. (2)

Néanmoins, il faut prendre cette donnée avec précaution, car de nombreux ne sont pas signalés et ce chiffre pourrait être sous-estimée.

Petite enquête téléphonique : le point de vue des professionnels belges

Nous avons complété la recherche bibliographique par quelques appels téléphoniques auprès de certains spécialistes à Bruxelles :

- Selon un psychiatre de renom d'une unité de psychiatrie à Bruxelles, on pourrait extraire la prévalence du syndrome de Diogène de ce pourcentage de 2%, et l'attribuer à la sous-catégorie des TOC appelée : « les accumulateurs ». Néanmoins, il n'est pas en mesure de fournir une donnée exacte, car selon lui, il s'agit de cas tout à fait anecdotiques.
- De même, selon la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, la Plateforme de Concertation de Santé Mentale de Bruxelles, un gériatre et un Docteur en psychologie dans un hôpital universitaire de Bruxelles, il s'agit également de cas anecdotiques, peu fréquents, et **dont la nomination de « Syndrome de Diogène » leur est tout à fait inconnue.**

Il semblerait donc qu'en Belgique, le phénomène existe sans qu'il ne soit considéré comme un problème majeur de santé publique.

Un seul article belge a été publié et confirme également que des chiffres exacts de la prévalence de syndrome sont rares. (9)

Il semblerait également que le SPF Santé Publique n'ait pas connaissance de ce syndrome et qu'il n'existe pas d'initiative en la matière.

14. Aspects thérapeutiques

Du fait de l'inhomogénéité des catégories diagnostiques, il est difficile d'appliquer des directives thérapeutiques semblables à tous les patients.

La première question qui se pose aux professionnels : est-ce que l'individu concerné peut être laissé dans cet état d'incurie et d'entassement sévère ?

Les premiers auteurs ayant décrit ce syndrome ont mentionné qu'il n'était pas admissible d'éloigner une personne contre son gré seulement en raison du désordre régnant dans son

domicile et l'envoyer de force dans une institution psychiatrique. Cela pourrait être valable pour les intervenants thérapeutiques ou les autorités mais pas pour les propriétaires de biens immobiliers, qui peuvent procéder à l'expulsion. (4)

Dans de nombreux cas de situations d'accumulation de déchets, il convient de fournir à la personne concernée l'aide nécessaire et une coopération sur place pour qu'elle puisse rester dans son logement. D'après de nombreuses expériences, (Suisse), c'est une entreprise difficile car les personnes sont souvent résistants envers toute pénétration de leur territoire et ne veulent pas se séparer de leurs objets entassés.

La 2^e question est de savoir si la pathologie peut être traitée de façon ambulatoire. Si la réponse est non, une admission en milieu psychiatrique s'impose. (4)

Question éthique : le refus d'aide conduit à un problème éthique pouvant se résumer dans la question suivante : doit-on intervenir si la vie de la personne concernée n'est pas en danger ? La compréhension du mécanisme psychopathologique du syndrome de Diogène apparaît donc primordiale pour le clinicien qui doit juger du caractère lucide ou non de ce comportement avant d'intervenir.

15. La prise en charge

La prise en charge du syndrome est considérée pour de nombreux auteurs, comme problématique, d'une part due au manque de coopération de certains patients réticents aux interventions et aux traitements, et d'autre part pour les questions éthiques que cela soulèvent : la limite entre respect des libertés individuelles et la non-assistance à personne en danger.

La demande de soins est généralement formulée par les interventions médico-sociales.

a) Hospitalisation

- Premier contact avec le milieu soignant
- Peut se faire en milieu psychiatrique (justifiée par les troubles du comportement, incurie, trouble à l'ordre public, ...)
- Peut se faire en unité de gériatrie (après un passage aux urgences, avec des troubles somatiques aigus)

L'hospitalisation comporte de nombreux avantages :

- Permet d'initier la prise en charge médico-sociale
- Préparer le retour à domicile probable
- Permet de rétablir l'état de santé général (nutrition, ...)
- Permet d'établir le diagnostic d'autres pathologies (psychiatriques, autres)
- Permet d'évaluer les fonctions cognitives
- Permet d'évaluer l'aide à domicile nécessaire (repas, soins à domicile, aide-ménagère)
- Mettre en place un placement en institution si nécessaire.

Néanmoins, l'hospitalisation doit faire l'objet d'une solution ultime, lorsque les possibilités de maintien à domicile n'existent plus. (6)

b) Soins ambulatoires

Nombreux auteurs considèrent que la prise en charge ambulatoire avec maintien à domicile, suite à l'hospitalisation, est une formule positive.

Certains d'entre eux préconisent de trouver une personne « référente », tel qu'un soignant (infirmier, médecin, psychologue) ou un travailleur social et ainsi rétablir une relation de confiance avec le patient et lui permettrait d'ouvrir une porte vers le social, l'accès aux soins et aux aides.

Ce référent pourrait servir de relais avec les autres intervenants d'une équipe pluridisciplinaire qui s'assurera du suivi et du maintien à domicile dans de bonnes conditions.

Néanmoins, cette prise en charge ambulatoire a ses limites, car certains patients perdent de leur autonomie, ou refusent toutes aides ou soins, et risquent de rechuter. (6)

c) Traitement médicamenteux

Le traitement médicamenteux est donné dans pour les pathologies psychiatriques ou somatiques associées au syndrome de Diogène.

Il n'existe pas selon la littérature un traitement spécifique à ce syndrome.

Notons que le traitement psychothérapeutique reste le traitement de référence. (6)

d) Prise en charge sociale

La mise en place d'aides à domicile (aide-ménagère, repas, ...) permet le maintien à domicile dans des conditions sanitaires satisfaisantes. (6)

16. Recommandations

D'après la littérature évoquant quelques recommandations, voici les principales mesures à prendre lors d'apparition de cas : (3 - 6 - 10)

1. Réunir les intervenants potentiellement impliqués lors des interventions

Les intervenants peuvent être regroupées dans les catégories suivantes :

a) L'approche collective, publique:

- Les centres de santé mentale ou unités psychiatriques en milieu hospitalier
- Les centres de santé locaux ou unités de gériatrie
- Les services sociaux (travailleurs sociaux)
- Les services communaux :

- d'inspection et d'hygiène,
 - de prévention des incendies,
 - du logement et de la salubrité
 - de l'environnement
 - de sécurité (police, pompiers, ...)
 - Les services de nettoyage, de conteneur
 - Les organismes communautaires (pour l'aspect social : aide à la personne, aide-ménagère, réinsertion sociale, ...)
 - Le propriétaire bailleur (salubrité et sécurité des lieux, détérioration de son bien, nettoyage)
 - Les services de la Protection de la jeunesse si des enfants sont impliqués ;
 - La Société protectrice des animaux en présence du « syndrome d'hébergement d'innombrables animaux ».
- b) L'approche individuelle
- Les services de psychiatrie : diagnostic, thérapie, traitement
 - La famille et les proches
2. Constituer un groupe de travail avec les partenaires susceptibles d'être impliqués lors d'un signalement de cas.
3. Elaborer ensemble une procédure à suivre qui servirait de cadre de référence pour les interventions et permettrait une prise en charge plus efficace des personnes atteintes.

Certains auteurs proposent une prise en charge qui suit le déroulement suivant :

- *La détection des cas de risque*
- *L'admission dans un hôpital spécialisé ou une unité gériatrique avec analyses des problèmes médicaux (pathologies, troubles psychiatriques, ...)*
- *La prise des mesures adaptées de protection sociale pour prévenir une récurrence dans les conditions de vie précédentes l'intervention*
- *Le traitement des troubles psychiatriques associés (dépression, délire, schizophrénie...)*
- *Le suivi régulier du patient s'il ne peut être placé en institution, avec des visites à domicile et un travail de coordination entre les services sanitaires (médecin, infirmières) et sociaux (travailleurs sociaux).*

Comme cela a été mentionné plus haut, il est important de se poser les bonnes questions et se positionner d'un point de vue éthique :

- *Est-ce que la personne met sa santé en danger ou celle d'autrui en danger ?*
- *Est-ce que la situation telle qu'elle est constatée de visu est inquiétante et comporte des risques (d'incendies, d'intoxication, ...) ?*
- *Est-ce que la personne semble avoir besoin de soins médicaux urgents (dénutrition, troubles psychiatriques, troubles physiques, ...) ? ...*

4. Préciser les rôles de chaque partenaire et le type d'intervention.
5. Mettre en place un procédé de recueil des cas et choisir un lieu de centralisation des données (cela permettrait d'évaluer la prévalence et l'incidence du phénomène sur un territoire donné).
6. Identifier les services de santé mentale ou unité psychiatrique susceptible de prendre en charge ces patients.
7. Recueillir les données juridiques et médico-légales pour permettre une intervention en tenant compte du cadre législatif (règlement sur la salubrité, l'entretien et la sécurité des bâtiments, loi sur la protection des personnes dont l'état mental qui présente un danger pour la personne ou pour autrui, ...)
8. Lister les lieux d'hébergement provisoire (hors hospitalisation ou placement en institution) dans l'attente de la remise en état du logement.
9. Sensibiliser les propriétaires sur ce phénomène et préciser leur rôle lors de signalement de cas.
10. Mettre en place une cellule avec une personne-ressource pour soutenir les professionnels qui interviennent directement soit auprès du patient (qui peut présenter des résistances) soit dans l'habitat.
11. Elaborer un guide avec des recommandations de protection des travailleurs et intervenants pour les risques infectieux, chimiques, physiques et psychologiques.

Outre ces nombreuses recommandations, il serait intéressant de mener une réflexion autour de la mise d'une politique de prévention de ce problème, en particulier dans une société où l'espérance de vie est en augmentation.

17. Bibliographie

1. Saladini O, Luaute J.P, « Le collectionnisme des entasseurs pathologiques » ; Neuro Psy ; 2000, vol 15, n°5 pp 246-252.
<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=904695>
2. Cottraux J, « Obsessive-compulsive disorders » ; EMC - Psychiatrie 1 - 52-74 ; 2004 ; Lyon ; Eslevier Masson.
3. Roy R, Auger P, « Insalubrité morbide, syndrome de Diogène et santé publique » ; Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale - Direction régionale de santé publique ; Mars 2005. ; Québec.
4. Knecht T ; « Le syndrome de Diogène : un phénomène d'accumulation des déchets du point de vue psychiatrique. Le besoin obsessionnel et compulsif d'accumuler et de thésauriser comme trouble du comportement envahissant » ; Forum Med Suisse; 7 :839-845 ; 2007 ; Suisse.
5. Lhabib A ; « Une incurie inquiétante » ; Presse Med. 2011 ; 40 : 120-122, 2010, Maroc. Eslevier Masson.
6. Meryglod N. « L'incurie dans l'habitat » ; Thèse présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1 ; n° 80 ; 2007 ; Lyon.
http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Microsoft_Word_-_THESE.pdf
7. Barrata A ; Bénézech M ; « Clausturation et collectionnisme : réflexions à propos d'un cas de syndrome de Diogène avec vols kleptomaniques et vengeurs » ; Annales Médico-Psychologiques 168 : 367-372 ; 2010 ; Bordeaux; Elsevier Masson
8. Snowdon J ; Halliday G ; « A study of severe domestic squalor : 173 cas referred to an old age pschiatry service » ; International Psychogeriatrics ; 23 :2 : 308-314 ; 2011 Syndey.
9. Koeck A ; Bouckaert F ; Peuskens ; « Verzamelzucht als hoofdsymptoom van het diogenessyndrom » ; Centrum KU Leuven, Campus Kortenberg Tijdschrift voor psychiatrie ; 49 - 3 : 195-199 ; 2007 ; Kortenberg, Belgique.
10. Bourget R, Levaque R; "L'entente de collaboration intersectorielle dans les cas d'insalubrité morbide"; Equipe Santé et Environnement _ Direction de santé publique ASSS de la capital nationale, Gestion du territoire Arrondissement Limoilou; 2009 ; Ville du Québec.

11. Védie C, Touaimia E, Astruc JJ, Quaderi A; "Syndrome de Diogène et appartement communautaire"; *Perspective Psy* - Vol 45 n°3, p248-253; 2006; France.