



UNIVERSITÉ DE LILLE 2  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2019

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Titre de la Thèse :**

**« Le syndrome de Diogène : de l'approche à la rencontre, une analyse  
de 12 cas au domicile »**

Présentée et soutenue publiquement le mardi 1er octobre 2019 à 18h  
au Pôle Recherche

**Par Jean-Patrick Cardon**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur THOMAS Pierre**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur VAIVA Guillaume**

**Monsieur le Professeur PUISIEUX François**

**Monsieur le Docteur ROCHE Jean**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur DURAND Jean-Paul**

---

## **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

## Liste des abréviations :

MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
SHS	Service hygiène et Santé
AMG	Assistance médicale gratuite
HBM	Habitation bon marché
UNIOPSS	Union nationale inter-fédérale des œuvres et des organismes privés sanitaires et sociaux
UNAPEI	Union nationale des associations de parents et amis de personnes inadaptées
PAQUID	Personnes âgées Quid
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
WAIS	Wechsler Adult Intelligence Scale
QI	Quotient intellectuel
TAT	Thematic Apperception Test
InterRAI	La démarche Inter Resident Assessment Instrument
AVQ	Activités de la vie quotidienne
AIVQ	Activités instrumentales de la vie quotidienne
CMP	Centre médico-psychologique
ADHAP	Aide à Domicile, Hygiène et Assistance aux Personnes
ANGDM	Agence Nationale pour la Garantie des Droits des Mineurs
DVD	Digital Versatile Disc
PSI	Plan de service individualisé
MMS	Mini-mental state
ADL	Activities of Daily Living
IADL	INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING
AAH	Allocation aux adultes handicapés
ADMR	Aide à domicile en milieu rural

UTPAS	Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
GIR	Groupe iso-ressources
SAMO	Services et Actions en Milieu Ouvert
IMC	Indice de Masse corporelle
IRM	Imagerie résonance magnétique
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
GDS	Geriatric Depression Scale
ALD	Affection longue durée
IDE	Infirmier diplômé d'État

## PLAN

**Introduction.....page 6**

**I. L'histoire de Diogène : du philosophe à la naissance du syndrome.....page 8**

### I.1. Histoire de la psychogériatrie

I.1.1. La place de la personne âgée au fil du temps

I.1.2. La gériatrie et sa mission de prévention

I.1.3. La naissance de la gérontopsychiatrie

I.1.4. L'avènement de la psychogériatrie

I.1.4.1. La gériatrie

I.1.4.2. La psychiatrie

I.1.4.2.1 La psychothérapie institutionnelle

I.1.4.2.2 La psychiatrie de secteur

I.1.5. Différence entre la psychogériatrie et la gérontopsychiatrie

I.1.6. Genèse du travail social en France

### I.2. Diogène de Sinope

I.2.1. Biographie

I.2.2. Le cynisme

### I.3. Ernest Dupré : Les mendiants thésauriseurs

### I.4. MacMillan et Shaw : senile breakdown

### I.5. Clark et Mankikar : le syndrome de Diogène

## I.6. Synthèse

## **II. Présentation clinique du syndrome de Diogène.....page 34**

### II.1 Épidémiologie

#### II.1.1. Données démographiques

##### II.1.1.1. Incidence

##### II.1.1.2. Âge

##### II.1.1.3. Sexe

#### II.1.2. Données socio-économiques

#### II.1.3. Taux de mortalité

### II.2 Clinique du syndrome de Diogène

#### II.2.1. la description clinique

#### II.2.2. le diagnostic sur l'habitat

#### II.2.3. DSM 5 : Hoarding syndrom

#### II.2.4. Diagnostics différentiels

### II.3. Étiologie

#### II.3.1. La réaction à un stress

#### II.3.2. L'évolution naturelle du vieillissement

#### II.3.3. un stade de pré-démence fronto-temporale

#### II.3.4. facteurs déclenchants et circonstances de découverte

**III. Cadre nosologique du syndrome de Diogène.....page 53**

III.1. Trouble de personnalité exceptionnelle décrit par le Dr Jean-Claude Montfort

III.2. Diogène secondaire : pathologies psychiatriques, pathologie neurodégénérative, comorbidité addictologique

**IV. Pathologies somatiques.....page 56**

IV.1. Altération de la sensorialité

IV.2. Affection somatique

IV.3. Carence

**V. Hypothèses psychopathologiques.....page 61**

V.1. Moi-Peau de Didier Anzieu

V.2. Névrose obsessionnelle

V.3. Expression inabordable d'une dépression

V.4. Le traumatisme de la perte

V.4.1. Le deuil

V.4.2. L'activité sublimatoire

V.4.3. Le clivage du moi

V.5. Structure psychotique

**VI. Analyse de cas clinique au domicile.....page 71**

VI.1. Présentation de l'étude

VI.1.1. Les critères d'inclusion de l'étude

VI.1.2. Autres critères recherchés

VI.1.3. Gestionnaire de cas de la MAIA

VI.1.4. Le réseau CLIC

VI.1.5. Service hygiène et santé de la direction logement de Dunkerque

VI.2. Les cas cliniques

VI.2.1. Cas clinique n°1 : Mme D.

VI.2.2. Cas clinique n°2 : Mr D.

VI.2.3. Cas clinique n°3 : Mme G.

VI.2.4. Cas clinique n°4 : Mme M.

VI.2.5. Cas clinique n°5 : Mme V.

VI.2.6. Cas clinique n°6 : Mme M.

VI.2.7. Cas clinique n°7 : Mme D.

VI.2.8. Cas clinique n°8 : Mme D.

VI.2.9. Cas clinique n°9 : Mr R.

VI.2.10. Cas clinique n°10 : Mr L.

VI.2.11. Cas clinique n°11 : Mme B.

VI.2.12. Cas clinique n°12 : Mme D.



VI.3. Synthèse et commentaires des cas cliniques

**VII. Cadre thérapeutique non habituel.....page 126**

VII.1. Qu'est ce que le cadre ?

VII.2. la souplesse du cadre

VII.3. Winnicott : frontière et espace

VII.4. en pratique

**VIII. Éthique.....page 133**

VIII.1. Liberté individuelle et non assistance à personne en danger

VIII.2. Regard inquisiteur dans la problématique du Diogène

**Conclusion.....page 137**

**Bibliographie.....page 142**

**Annexes.....page 150**

## Introduction

Depuis ses premières descriptions, le syndrome de Diogène a toujours suscité intérêt et fascination. De nombreux auteurs se sont intéressés à analyser et comprendre ce diagnostic syndromique. Cette attention croissante pour ce trouble fut également alimentée par les médias avec la diffusion d'image présentant l'insalubrité, parfois extrême, de ces situations.

Malheureusement, le repérage de ces situations n'est pas chose aisée. Le contact s'établit souvent dans des contextes catastrophiques, ce qui empêche la bonne mise en place d'un suivi régulier.

Pendant longtemps, la clinique du syndrome est restée floue depuis l'article princeps de Clark et Mankikar. D'autant que les sujets, présentant ces symptômes, ne se laissent pas approcher facilement. Tout ceci concourt à une difficulté de repérage, d'orientation et de prise en charge de ces patients.

La collaboration grandissante entre les gestionnaires de cas de la MAIA, les gériatres et les psychiatres rend compte de la complexité de ces situations. Les gestionnaires de cas font part des mêmes problématiques qui ne semblent pas évoluer depuis les premières descriptions syndromiques. De plus en plus, ils sont confrontés à des situations de Diogène alors que les services de médecine et de psychiatrie n'en rencontrent que très peu.

L'idée de ce travail fut d'accompagner les gestionnaires de cas pour rencontrer ces personnes présentant un tel syndrome. Les collaborations qu'ils entretiennent avec les différents réseaux, constitués notamment par le CLIC et le service hygiène et santé, nous ont permis d'appréhender de différentes manières l'approche de ces patients jusqu'à la création du lien thérapeutique.

Durant ces entretiens, nous recherchions les éléments cliniques du syndrome ainsi que les pathologies médicales et psychiatriques. L'objectif des visites à domicile était de comprendre, d'évaluer et analyser la réalité du syndrome de Diogène. Que pouvait dire le domicile de ces patients ?

Dans un premier temps, le travail retracera l'histoire du syndrome de Diogène du philosophe aux premières descriptions cliniques, en intégrant parallèlement l'évolution médico-social.

Puis nous dresserons les différents éléments cliniques et les éléments de compréhension qui caractérisent le syndrome de Diogène.

Enfin, l'étude se terminera par la présentation des cas cliniques que nous avons rencontrés et le questionnement éthique qu'impose ce syndrome.

## **I. L'histoire de Diogène : du philosophe à la naissance du syndrome**

### I.1. Histoire de la psychogériatrie

#### I.1.1. La place de la personne âgée au fil du temps

Depuis l'Antiquité la question de la jeunesse et du vieillissement a toujours été source de questionnement. Le sort de la personne âgée, ainsi que la manière de soulager ses souffrances, ont toujours suscité l'intérêt général. La quête de la jeunesse éternelle et de la bonne santé a été bien longtemps considéré comme un « Graal ». Le sort du vieillard était rarement envié mais il est le plus souvent plaint et redouté. La vision de la personne âgée nous ramène à notre propre mortalité et nous pousse à cette perpétuelle « quête de jeunesse éternelle » [36].

L'assistance aux personnes âgées est apparue avec la création des hospices.

Pendant des siècles, on ne pouvait distinguer hospices et hôpitaux.

À la fin du Moyen-Âge, la création des hôtels-Dieu a permis une spécialisation des hospices. Les hôtels-Dieu recevaient les malades.

Tandis que les hospices accueillait les personnes âgées non assistées, les voyageurs, les pèlerins, les personnes vivant dans le dénuement, les incurables [32].

À partir du XVI<sup>ème</sup> siècle, la pauvreté apparaît comme dévalorisante.

Le pauvre n'est plus une représentation du Christ, mais devient une menace sociale.

En France, sous Louis XIV, le concept de grand renfermement est créé. La notion d'hôpital général est alors imaginée et répondra aux ordres de l'État, et non plus de l'Église. Il s'agissait en quelque sorte d'une entourloupe politique visant à faire disparaître les

indésirables, les vieillards isolés, les prostituées, les mendiants et les enfants abandonnés. Cependant des hospices tenus par des religieux continuent d'exister pour les personnes âgées isolées, qui ne pouvaient être pris en charge par leur famille, ou désirant cheminer vers une mort chrétienne [33][34].

Lors de la Révolution française, l'idée émerge de remplacer les hospices par des lieux d'accueil. Ces institutions avaient pour but à la fois de mettre à l'abri les démunis, mais également à les tenir à l'écart afin de maintenir la sécurité et d'éviter les désordres [34]. Les lettres de cachet seront abolies et chaque insensé devra être examiné par un médecin avant d'être détenu. Enfin un comité de mendicité sera établi avec l'idée que l'assistance est un devoir et non un bienfait de l'État. [33]

Durant le XX<sup>ème</sup> siècle, l'assistance des états s'impose progressivement. Une loi sur l'assistance aux personnes âgées et aux plus démunis est votée la même année que la loi sur la séparation de l'Église et de l'État (1905) [35]. Dans la seconde partie du XX<sup>ème</sup> siècle, on observe une progression du système de soin et de l'enseignement gériatrique. En France, la gériatrie ne figure au rang des spécialités médicales que depuis l'arrêté du 22 septembre 2004.

### I.1.2. La gériatrie et sa mission de prévention

Ignatz Leo Nascher a inventé le terme « gériatrie » en 1909 afin de désigner la médecine consacrée à la clinique et au traitement de la personne âgée [41].

La gériatrie a toujours eu pour objectif de lutter contre les discriminations dont souffrent les personnes âgées. Elle tente également de développer les moyens matériels et humains mis à disposition des plus dépendants comme des plus démunis. De plus la psychiatrie de secteur apporte une aide indéniable à la mission de prévention de la gériatrie [28].

### I.1.3. La naissance de la gérontopsychiatrie

Le Pr. Müller (géronto-psychiatre à l'université de Lausanne) emploie le terme « gérontopsychiatrie » pour la première fois dans une publication en 1967 :

*Gérontopsychiatrie : psychiatrie du grand âge.*

Actuellement, la gérontopsychiatrie n'est encore en France qu'une orientation personnelle pour les médecins qualifiés. Alors que dans d'autres pays, elle est considérée comme une spécialité à part entière, de la même façon que les psychiatres d'enfant et d'adolescent.

Cette discipline se pratique dans des dispositifs spécialisés en psychiatrie publique. Les conséquences économiques et sanitaires du vieillissement de la population présentent des conséquences pour lesquelles les psychiatres n'étaient pas préparés. Les problématiques rencontrées en santé mentale, avec notamment des personnes vieillissant à domicile, s'imposent de plus en plus souvent aux psychiatres. Ceux-ci se retrouvent régulièrement dépassés de par leur manque de formation et/ou de moyens [28].

#### I.1.4. L'avènement de la psychogériatrie

L'intérêt de certains psychiatres pour les patients âgés dans leur service, l'entrée des sujets âgés dans le champ de la psychologie et l'émergence de la gériatrie comme spécialité médicale à part entière, a permis la création de la psychogériatrie. Celle-ci s'inspire du modèle de la psychiatrie de secteur et de la psychiatrie institutionnelle.

##### I.1.4.1. La gériatrie

Dans les années 1970, le Pr Jean-Pierre Junod conçoit le modèle de l'équipe gériatrique pluridisciplinaire à Genève. Il fut le premier professeur de gériatrie et fondateur des institutions universitaires de Gériatrie de Genève. Par la suite, la commission Laroque accorda une importance à la psychiatrie dans la formation des gériatres. Ces derniers ont adhéré à cette démarche, d'autant plus qu'il leur fallait assumer de plus en plus souvent, les traitements psychiatriques de leurs patients.

Au cours des trente dernières années, on aperçoit l'avènement de la psychogériatrie [28].

##### I.1.4.2. La psychiatrie

Parallèlement, les psychiatres s'interrogent sur les conditions de vie asilaire des patients dans l'apparition de certains symptômes. De plus, le questionnement sur le vieillissement de la population et l'avenir des patients psychiatriques retenus en institution, contribua à l'apparition de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur.

Le premier centre de traitement de jour pour personne âgées fut créé par Claude Balier (psychiatre, psychogériatre) en 1965 dans le 13ème arrondissement de Paris [28].

Balier, Dedieu Anglade et Danon Boileau ont développé la psychothérapie d'inspiration

analytique chez le sujet âgé.

Le Gouès, Maisondieu, Ploton ont approfondi l'intérêt pour la vie psychique, la dynamique familiale, ainsi que la souffrance des soignants en gériatrie du sujet dément.

Ils ont ainsi permis le développement de la psychogériatrie [28].

#### I.1.4.2.1 La psychothérapie institutionnelle

L'expression « psychothérapie institutionnelle » apparaît dans un article écrit par deux psychiatres français : Georges Daumezon et Philippe Koechlin en 1952. Il n'existerait pas d'origine précise à ce nouveau modèle de thérapie. Selon Jean Oury, cela remonterait à François Pinel [39].

La psychothérapie institutionnelle met l'accent sur la dynamique de groupe et la relation entre soignants et soignés. Ce contexte fut favorable à l'essor des techniques de groupe qui ont également trouvé leur place en institution gériatrique.

#### I.1.4.2.2 La psychiatrie de secteur

La création de la psychiatrie de secteur, notamment la psychiatrie communautaire, aura un fort impact sur l'avènement de la psychogériatrie.

Le devoir d'assistance et de soins de l'État, aux plus démunis et aux moins autonomes sur le plan psychique, contribua à la psychiatrie de secteur [42].

Les premières réflexions sur le sujet dans les années 20, avec les fléaux d'après-guerre, la Tuberculose et les maladies vénériennes notamment, donnèrent naissance en 1922 à un service ouvert qui prendra le nom d'Hôpital Henri Rousselle en 1926 [43].

En 1941, Bonnafé et Tosquelle inventent un mode de travail collectif, mêlant psychiatrie et



politique, pour réorganiser le travail à l'hôpital et en dehors de celui-ci.

Après la Seconde Guerre Mondiale, Daumezon, Bonnafé, Le Guillant, Fouquet, Duchêne organisent les journées psychiatriques de 45, lors desquelles apparaît la notion de secteur. La circulaire du 15 mars 1960, à l'initiative du Dr Aujaleu (médecin militaire et directeur général de la santé) et de Melle Mamelet (fille d'un directeur d'hôpital psychiatrique et chef du bureau des maladies mentales), est relative au programme d'organisation des départements en matière de lutte contre les maladies mentales [43]. Les lois du 25 juillet et du 31 décembre 1985 légalisent le secteur comme organisation de la psychiatrie publique sur le plan national et l'introduisent dans la loi de réforme hospitalière de 1970 [43].

Les objectifs du secteur psychiatrique étaient de :

- traiter à un stade précoce
- séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu
- assurer un suivi en évitant les hospitalisations multiples.

### I.1.5. Différence entre la psychogériatrie et la gérontopsychiatrie

Richard et Bovier (1997) définissent la psychogériatrie comme :

« La discipline qui s'intéresse essentiellement, du point de vue du patient, de son entourage et de ceux qui, d'une façon ou d'une autre, participent à ses soins, à la psychologie de la pratique soignante à l'âge avancé. » [40]

La psychogériatrie représente la discipline de la relation avec le sujet âgé et son milieu.

La pratique des psychogéiatres s'inspire de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur. La gériatrie adopte les principes et les outils de sectorisation [28].

Elle se différencie de la gérontopsychiatrie qui, selon J. Wertheimer ( cité par Richard, 2001), « concerne les affections propres à la personne âgée ; les affections communes à toutes les générations survenant dans la vieillesse ; les affections connues persistant dans la vieillesse et les affections consécutives à des affections somatiques [28] ».

### I.1.6. Genèse du travail social en France

Au cours du XIX ème siècle, l'action sociale est représentée par la charité des œuvres cléricales ou laïques, par l'enfermement ou l'incarcération. Elle s'entend également avec la mise en place d'une législation protégeant le travail des enfants et des femmes [38].

Du Second Empire à la veille de la Première Guerre, les œuvres charitables s'affaiblissent.

Les œuvres sociales ainsi que la législation sociale apparaissent afin de limiter la misère.

Suite à la chute du Second Empire en septembre 1870, le régime politique reste relativement instable. Les catholiques républicains se basent sur la lettre du pape Léon XIII affirmant que la religion catholique n'est liée à aucune forme de régime politique.

En 1886, apparaît la Direction de l'assistance et de l'hygiène publique suivie par la

création du Conseil supérieur de l'Assistance publique en 1888. Ainsi les inspecteurs des enfants assistés (mis en place à par la loi Roussel du 23 décembre 1874, qui deviendra la Protection maternelle infantile) vont devenir des inspecteurs de l'Assistance publique.

Ils ont en charge l'application des lois pour les adultes les plus démunis avec l'assistance médicale gratuite (AMG), la loi d'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables.

En 1894, un casier sanitaire des maisons est créé à Paris pour lutter contre la tuberculose et la mortalité infantile. Ce casier comprend une description détaillée avec plans, la liste des décès par maladies contagieuses, les désinfections réalisées, le degré de conformité de construction, les indications de travaux prescrits par le bureau d'hygiène.

C'est au même moment, que l'on voit apparaître des actions comme la visite à domicile.

Le dispensaire permet aux personnes de recevoir des soins par le médecin, qui en plus donne des règles d'hygiène pour le foyer familial, afin de lutter contre la tuberculose et la mortalité infantile. Une visiteuse se rend régulièrement au domicile de la personne se présentant au dispensaire, pour veiller au bon suivi des prescriptions médicales. C'est le schéma d'action du Dr Albert Calmette à Lille lorsqu'il ouvre son dispensaire en 1901.

La loi de 1894 sur les habitations bon marché (HBM) apporta un double objectif : la lutte contre les taudis et la moralisation de la classe ouvrière. L'abbé Jean Viollet fonde en 1901 les œuvres du Moulin Vert, qui permettaient aux familles de régler leur loyer grâce à l'épargne et aux intérêts versés par la caisse.

En 1901, une loi fonde la liberté associative et limite la liberté des congrégations religieuses. L'œuvre sociale de Popincourt, dirigée par Marie Gahéry jusqu'en 1898, devient la Maison sociale avec un statut associatif en 1902 dirigée par Mécédès Le Fer de la Motte. La Maison sociale est pensée sur le modèle des settlements anglais.

En 1905 Émile Combes annonce la loi de séparation de l'Église et de l'État.

En 1906, un ministère du travail et de la prévoyance sociale composé de la Direction de la Mutualité, la Direction de l'assurance et de la prévoyance sociale et la Direction du travail se met alors en place. Puis La Maison sociale disparaît brutalement après la diffamation de celle-ci par l'Église et par l'État, suite au procès de Marie-Jeanne Bassot en 1908.

Marie-Jeanne Bassot était résidente à la Maison sociale, ses parents s'opposaient fermement à son engagement social. Ils ont décidé de l'interner en Suisse, avec un certificat de faiblesse à la volonté fait par un médecin complaisant. Cependant, elle finit par s'évader et intenta un procès à ses parents. Le procès fit scandale et les accusations contre les Maisons sociales furent violentes. Finalement, l'activité de la Maison sociale fut maintenue et deviendra en 1920 le siège de la fédération française des centres sociaux.

Entre 1900 et 1913, six écoles sur l'action sociale sont créés à Paris :

- école professionnelle d'assistance aux malades (1900)
- école des mères (1904)
- école de formation sociale (1907)
- école libre d'assistance privée (1908)
- école normale sociale (1911)
- école pratique du service social (1913).

L'investissement dans le social s'inscrivait dans un mouvement de transformation du rapport à la pauvreté. L'objectif était l'amélioration des conditions d'existence et de la protection contre les risques sociaux. [44]

Le début du XXème siècle est marqué par la croissance économique et l'expansion coloniale. Des grandes entreprises se développèrent dans les mines et la sidérurgie, dans

le textile et la métallurgie. La croissance urbaine est accompagnée par le développement des banlieues réservées à la population ouvrière, et où sévit la tuberculose.

Afin de lutter contre les problèmes sociaux, les élites bourgeoises, politiques et économiques, instaurent une politique urbaine en deux axes dont l'axe principal porte sur l'hygiène publique (mis en place des réseaux urbains de distributions d'eau, de tout-à-égout, d'éclairage public), l'autre axe portant sur la transformation de l'habitat ouvrier avec l'instauration de programmes de logements sociaux. De ce fait cette période est marquée par une relative amélioration des conditions de vie, avec une augmentation de la population âgée de plus de 65 ans, ainsi qu'une baisse de la mortalité infantile. [44]

Le secteur social et médico-social se différencie progressivement du monde de la santé.

À l'issue de la Seconde Guerre Mondiale, l'arrêté du 30 mars 1949 donna naissance à la neuropsychiatrie. Le travail de Charcot en France (nommé en 1862 à la Salpêtrière) a permis la découverte de la sclérose en plaque, la sclérose latérale amyotrophique et la maladie de Charcot. Ses travaux sur l'hystérie marquèrent les générations. Il souhaitait l'aborder en dégageant le psychisme de la neuro-physiologie [45], la psychiatrie et la neurologie étaient depuis longtemps étroitement liées. En 1877, la chaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale fut créée à l'asile Sainte Anne, et Charcot en eut le monopole institutionnel. La neurologie se développe sur le plan universitaire et apporte des découvertes nouvelles sur le plan physiologique et thérapeutique du cerveau, ce qui intéresse le public. Alors que la psychiatrie dite « asilaire » souffre d'un manque de moyen techniques, matériels et humains [45].

L'Union nationale inter-fédérale des œuvres et des organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS) voit le jour en 1947. Les associations de parents d'enfants handicapés obtiennent la reconnaissance d'utilité publique de l'Union nationale des associations de parents et amis de personnes inadaptées (UNAPEI) en 1963.

Les syndicats des salariés pour les institutions de l'enfance inadaptée se mobilisent et permettent l'adoption de la convention collective du 15 mars 1966.

L'exclusion des « malades mentaux » dans des institutions fermées interpellent de plus en plus la population.

Lors de la décennie 1960-1970, la psychiatrie est vivement contestée avec les techniques « de choc » comme la convulsivothérapie et la lobotomie. La population réclame une protection des libertés des patients. On retrouve ce mouvement « antipsychiatrique » au travers d'œuvres cinématographiques telles que « Orange mécanique » (1961), ou « Vol au dessus d'un nid de coucou » adapté du roman de Ken Kesey (1962). [45]

Le concept d'hétérotopie de Michel Foucault définit les espaces concrets comme les stades de sport, les lieux de cultes. Cette définition apparaît pour la première fois lors d'une conférence intitulée « Des espaces autres » en 1967. Mais les hétérotopies peuvent être utilisés pour une mise à l'écart tel que les maisons de retraite, les asiles, les cimetières. Ce concept représente une critique de la société et du pouvoir politique [88].

Les événements de mai 68 avec la mobilisation des jeunes travailleurs sociaux permettent l'ouverture d'un nouveau champ de pensée et de nouvelles manières d'agir. Ces événements surviennent au terme des « Trente glorieuses », avant le premier choc pétrolier en 1973, avec l'installation de la société de consommation. Ce mouvement apparaît comme un mouvement anti-autoritaire, un retour aux valeurs originelles autrement dit une libération sociétale. La question identitaire et le rejet de la société de consommation marque le mouvement. Mai 68 a provoqué une approche plus humaniste de la prise en charge des personnes les plus vulnérables et peut être considéré comme une deuxième naissance du travail social. La séparation des deux disciplines que sont la neurologie et la psychiatrie fera suite aux événements de 1968 [46]. On ne peut oublier de citer Henri Ey, médecin chef d'un hôpital psychiatrique de la Beauce, qui a fortement

contribué à la séparation de la neurologie et de la psychiatrie afin que la psychiatrie puisse être considérée comme discipline universitaire à part entière. [89]

Jusqu'en 1960, le sanitaire (le soin, le médical) ne se différencie pas du social (l'assistance, la bienfaisance). L'hospice a pour mission de : soigner les malades, les fous, accueillir les enfants trouvés et les vieillards indigents.

L'intérêt pour le travail social émerge peu à peu au cours du XX<sup>ème</sup> siècle [37]. Le travail social a en effet connu de grandes transformations en France avec les notions de précarité, de chômage, d'exclusion, d'handicap, avec la protection de l'enfance, les problèmes liés au logement et le développement de l'intérêt pour la souffrance psychique. Le secteur social représente aujourd'hui plus de 1,7 millions de salariés et fait parti des plus dynamiques de l'économie française [44].

L'histoire de la psychogériatrie et des travailleurs sociaux s'inscrit dans une évolution sociétale. Depuis la création des hospices, les vieillards et les plus démunis ont toujours posé une problématique de prise en charge et d'orientation. Souvent délaissés ou rejetés ils ont fait l'objet d'une volonté d'amélioration de soins médicaux et de prise en charge. Dès lors, il est difficile de continuer un clivage médical et social pour ce type de patients.

## I.2. Diogène de Sinope

### I.2.1. Biographie

Diogène est né à Sinope vers 404 avant J.-C. et décédé à Corinthe vers 323 avant J.-C. Il est le plus célèbre des disciples d'Antisthène le fondateur de l'école cynique, lui-même élève de Gorgias et disciple de Socrate. Le nombre important d'anecdotes sur Diogène montre que le personnage a profondément marqué les Athéniens. Il vivait dehors, dans le dénuement le plus total, vêtu d'un simple manteau, pourvu d'un bâton, d'une besace et d'une écuelle. Il dénonçait la futilité des conventions sociales et préconisait une vie simple, plus proche de la nature, et se contentait d'une grande amphore pour dormir. Il acceptait l'aide qu'on pouvait lui proposer. Diogène était réputé pour ses paroles grossières voire injurieuses. Pieds nus, été comme hiver, vêtu de haillons, portant à l'épaule sa besace contenant toutes ses richesses, mangeant n'importe quoi, à n'importe quelle heure, en n'importe quel lieu, il dormait n'importe où, mais de préférence dans sa fameuse jarre à grain. [47][48]

Dans sa jeunesse, Diogène aurait consulté l'oracle d'Apollon pour obtenir un conseil sur sa carrière future dont la réponse surprenante fut: «Falsifier la monnaie». Il aurait incité son père, Hicécias qui était banquier, à la fabrication de fausse monnaie. Certains récits précisent que son père a été envoyé en prison et contraint Diogène à fuir vers Athènes. D'autres récits disent qu'ils auraient fui tous les deux. [47][48]

Diogène aurait surpris le secret de la vie en observant le comportement d'une vulgaire souris grise. Il constata que l'animal venait en toute liberté mangeant ce qu'il trouvait sur son passage, dormant n'importe où et n'importe quand, selon sa nature et son bon plaisir.



Il trouva ainsi la façon de demeurer libre et se suffire à lui-même, sans adhérer aux conventions ou se soumettre aux volontés des puissants. [47][48]

Il souhaita devenir l'élève d'Antisthène qui enseignait le cynisme. Seulement, celui-ci ne voulait pas de Diogène comme disciple. Mais la volonté et la persévérance de Diogène finirent par avoir raison d'Antisthène qui l'accepta près de lui.

Conformément à l'enseignement de son maître, il décida de vivre « comme un chien » d'où son autre nom de : Diogène le chien. [47][48]

Plusieurs anecdotes témoignent de son mépris des conventions sociales et des richesses.

Selon Diogène Laërce, il mendiait près des statues afin de s'habituer au refus.

Il abandonna son écuelle en voyant un enfant boire dans la paume de ses mains à la fontaine.

Lorsque venait la question sur la tentation de chair et le moyen de l'éviter, il répondait : « en me masturbant » et aurait rajouté : « Ah, si on pouvait ainsi faire disparaître la faim rien qu'en se frottant le ventre ! ».

On aurait vu parcourir Diogène en plein jour avec une lanterne à la main disant qu'il cherchait un homme. Cet homme désignerait celui théorisé par Platon, l'idéal de l'humain, et Diogène voulait réfuter son existence, ne voyant que des hommes concrets. Quand, une autre fois, quelqu'un lui dit : « *Ce n'est pas pour rien que les gens de Sinope t'ont condamné à l'exile* » il rétorqua : « *Eh bien moi, je les ai assignés à résidence !* ».

Voyant un Africain manger du pain blanc, Diogène s'écrie : « *Voilà que la nuit étouffe le jour!* ».

Croisant un bossu, il lui dit : « *Mon pauvre ami, je vois que pareil à l'escargot tu portes ta maison sur ton dos.* »

Un ami lui ayant promis un modeste logement pour passer l'hiver, l'offre tardant à se réaliser, il élut domicile près du temple de Cybèle, non loin de l'agora, dans le célèbre

"tonneau" qui était en réalité une vaste jarre à grains.

Au fils d'une prostituée qui jetait des pierres sur la foule rassemblée sur une place, il conseille : *«Prends garde de ne pas blesser ton père»*.

A Corinthe, Alexandre-le-Grand à qui l'on présentait le célèbre philosophe, lui dit:

"Demande-moi ce que tu veux, je te le donnerai". Diogène lui répondit du tac au tac: *«Ôte-toi de mon soleil»*. Comme le Macédonien lui disait : - N'as-tu pas peur de moi ? Diogène répondit *«Qu'es-tu donc ? Un bien ou un mal ?»* - Un bien, fit Alexandre. *«Qui donc»* reprit Diogène, *pourrait craindre le bien ?*. Le même Alexandre avoua un jour : *"Si je n'étais Alexandre, je voudrais être Diogène"*. [47][48]

La philosophie de Diogène et son insolence s'attaquaient à de nombreuses valeurs du monde grec, en admettant l'anthropophagie, la liberté sexuelle totale, l'indifférence à la sépulture, l'égalité entre hommes et femmes, la négation du sacré, la remise en cause de la cité et de ses lois, la suppression des armes et de la monnaie.

Ce "Socrate en délire", comme l'appelle Platon, avait un profond dédain pour le genre humain. [47][48]

Il mourut de vieillesse vers -323, le même jour qu'Alexandre-le-Grand. Certains prétendent qu'il s'éteignit d'avoir volontairement retenu son souffle, d'autres qu'il décéda après avoir avalé un poulpe vivant.

Avant de mourir Diogène demanda qu'on laissât son corps sans sépulture pour que les chiens puissent y choisir leur morceau et qu'au moins, si on tenait absolument à le mettre dans une fosse, on le recouvrit seulement d'un peu de poussière pour le laisser jouir de la rosée nocturne et de la splendeur des étoiles. [47][48]

Cette philosophie de vie fait penser à l'histoire de Christopher McCandless alias Alexander Supertramp dont l'histoire inspira le roman « Voyage au bout de la solitude » de Jon Krakauer et adapté au cinéma en 2007 par Sean Penn « Into the Wild ». Christopher décida de quitter son environnement familial toxique dans lequel régnaient la violence, le harcèlement psychologique et l'alcoolisme de ses parents. Il se tournait vers l'idéalisme et le panthéisme, rejetant la société moderne de consommation et avait un certain dégoût de l'être humain. Le 12 mai 1990, il obtient son diplôme universitaire mention histoire et anthropologie. Le week-end de remise des diplômes, il liquide sa vie d'étudiant, remet l'argent qui lui reste à une organisation humanitaire et quitte sa famille. Il prend la route pour rejoindre l'Alaska et décide de s'installer le 1er mai 1992 dans une carcasse d'autobus (qui fut transformait en logement sommaire par la compagnie Yukon en 1961) afin de vivre reclus de la société. Christopher y passe près de quatre mois mais finit par décéder d'un empoisonnement d'une plante toxique.

La philosophie de vie de Christopher McCandless fait fortement écho à la pensée de Diogène de Sinope, , c'est à dire le rejet des conventions sociales et le mépris de l'être humain. L'histoire d'Alexander Supertramp peut être considéré comme le Diogène moderne s'inscrivant dans une société de consommation qui lui semble insupportable. Cette philosophie de pensée semble bien être un choix réfléchi longuement. Dès lors, le syndrome de Diogène peut-il être considéré comme un véritable choix de vie ou une pathologie liée à un contexte environnemental ?

### I.2.2. Le cynisme

Le cynisme est une attitude face à la vie, provenant d'une école philosophique de la Grèce antique, fondée par Antisthène. La doctrine des cyniques était de renverser les valeurs dominantes, enseignant la désinvolture et l'humilité aux grands et aux puissants de la

Grèce antique. Leur philosophie de vie était subversive et jubilatoire, ils prônaient un mouvement anticonformiste. L'école d'Antisthène cherchait à atteindre la liberté, considérée comme un état vertueux, cherchant à se rapprocher constamment de la nature et à s'éloigner des conventions sociales. Les cyniques mangeaient les offrandes comme le faisaient les mendiants.

Antisthène faisait ses discours à Cynosarge, un gymnase près des portes de la ville d'Athènes et dédié à Héraclès. La philosophie cynique se base sur l'idée d'autosuffisance, c'est à dire que le sage est capable de se contenter du minimum de façon à souffrir d'aucun manque pour faire face aux situations les plus difficiles. Le cynique ne cherche aucune richesse, ni privilège, ni honneur, il n'a pas de maison et se contente des nourritures les plus simples, il refuse ce qui ne lui est pas nécessaire.

Contrairement aux écoles philosophiques qui enseignaient un apprentissage long et difficile, le mouvement cynique correspond à la voie la plus courte vers la vertu. Afin de devenir un sage, il suffit de vivre dans la misère.

Le terme cynique provient du grec ancien qui signifie « chien ». Le mode de vie était celui du chien pour les cyniques. Celui ci mord, aboie, urine et copule n'importe où. La société perçue comme corruptrice contrairement à la nature qui est vertueuse et universelle. Les armes du cynique, face à cette société changeante, sont la transgression et l'ironie. Le cynisme démontre ainsi que seule compte l'éthique naturelle et universelle.

Bien que ce soit Antisthène le fondateur de ce mouvement, c'est bien Diogène qui le popularise par sa personnalité excentrique. [49]

### I.3. Ernest Dupré : Les mendiants thésauriseurs

Ernest Dupré est un psychiatre et aliéniste français, à l'origine du concept de mythomanie en 1905. Ses travaux ont permis une avancée dans la criminologie avec le développement de la théorie des perversions instinctives, qui pourrait expliquer la commission d'infraction chez l'homme. Il décède en 1921 et l'ensemble de ses travaux seront publiés par Benjamin Logre en 1925 dans la Bibliothèque scientifique. Le texte sur les mendiants thésauriseurs est paru dans Paris Médical de 1912.

Le terme mendiant thésauriseur interpelle par son association paradoxale de la « misère et de la richesse ». Ce texte est considéré comme la première description du syndrome de Diogène. Ernest Dupré fait part d'une enquête descriptive concernant 16 histoires extraites de la presse écrite ayant pour titre : « La Mort de l'Avare », « Le Magot de la Mendiant », « Une fortune dans une paillasse », « Fausse Misère », « Un trésor dans une péniche », « Un avare tombe d'inanition », « La Mort de Mme Harpagon », « L'Amour de l'or plus fort que la Mort », « Les 7.600 de la Miséreuse », « 16-400 francs dans un taudis », « Misérable et Millionnaire », etc.

Le psychiatre fait le lien entre ces articles et les examens médicaux qu'il a pu réaliser à la préfecture de police sur des mendiants thésauriseurs vagabonds. Il les décrit comme des personnes singulières, tenant des propos bizarres. Le lien qu'ils avaient tous en commun est qu'ils possédaient une grande fortune sur eux et étaient habillés comme des « vagabonds ». Ces sujets sont ici décrits comme « des déséquilibrés réduits à la mendicité et au vagabondage. Parfois on retrouve des aliénés atteints de délires polymorphes où dominant les idées de persécution. Ces délires représentent le développement de l'individu à l'égoïsme et l'inaffectivité. Il meurt isolé du monde,

incapable d'altruisme. Son instinct d'épargne délirant fait partie intégrante de lui. Ils peuvent ainsi se laisser mourir de faim, de maladie sans vouloir dépenser son argent pour se soigner ou manger ». Ernest Dupré précise que les mendiants thésauriseurs appartiennent à la classe nosographique des avarés. [50]

#### I.4. MacMillan et Shaw : senile breakdown

Duncan Macmillan constate des symptômes d'insalubrité et de négligence chez plusieurs patients. Il réalise une étude sur 4 ans, du 1er août 1961 jusqu'au 31 juillet 1964, comprenant 72 patients ayant en commun une insalubrité extrême à domicile.

Pour ce faire, un questionnaire est envoyé à des médecins généralistes de Nottingham. Ceux-ci se rendent à domicile pour évaluer l'état de saleté puis s'entretiennent avec la famille, les voisins, le médecin de famille.

À la suite de cette visite initiale résumant les conditions environnementales, il établit une échelle de 1 à 5 et inclut dans l'étude les patients présentant un grade 3 à 5 (c'est à dire de « plutôt sale » à « dégoûtant, infesté »).

Il constate une incidence de 0,5 pour 1000 par an avec des patients âgés entre 60 et 92 ans (excepté un homme âgé de 48 ans). L'isolement et l'alcoolisme semblent être d'important facteurs précipitants.

Le terme « senile breakdown » définit les patients présentant une personnalité hostile, méfiante envers le monde extérieur. Ce syndrome n'est pas associé nécessairement à une psychose ou un trouble psychiatrique.

Les pistes de prévention, concernant la prise en charge des patients vulnérables « à risque », sont le médecin de famille et les travailleurs sociaux. Ils sont habituellement les premiers à constater ces situations. Macmillan met en avant la nécessité de créer un

service dédié à ces patients et suggère de désigner un référent médical pour chaque zone de la ville. [51]

Macmillan attire l'attention sur un comportement social pathologique en l'absence de trouble psychiatrique. Pendant 50 ans, depuis l'article d'Ernest Dupré, cette problématique n'a plus fait l'objet de publications.

### I.5. Clark et Mankikar : le syndrome de Diogène

Clark, gériatre de Brighton, décrit en 1975 l'état et le mode de vie de 30 personnes âgées hospitalisées dans son service. L'étude examine le logement, la situation sociale et l'état physique de ces patients. Les sujets ont été également évalués sur le plan cognitif et passèrent des tests de personnalité.

Clark retrouvait un état de négligence physique extrême. Les visites à domicile révélaient un logement insalubre, les patients étaient indifférents vis à vis de l'état de leur logement. Une accumulation d'objets et de débris était retrouvée chez plusieurs d'entre eux, que Clark définit par la syllogomanie.

Toutes les aides proposées furent refusées par les personnes. Leur comportement et leur personnalité hostile découragea les organismes sociaux. Pourtant, ils avaient tous eu une activité professionnelle et ils n'avaient aucune difficulté financière. Clark a pu mettre en évidence ce contraste entre leur vie à l'intérieur et à l'extérieur de leur logement.

Clark décrivait cette personnalité « méfiante, détachée, suspicieuse » mais il ne retrouvait pas de troubles psychiatriques ni de pathologie démentielle ni de troubles de la

personnalité. Les patients présentaient un quotient intellectuel entre 97 et 134.

L'état physique de ces patients était détérioré avec une dénutrition, des pathologies liées à l'âge, une incurie avancée. 50% d'entre eux décédèrent durant leur hospitalisation.

On retrouvait des caractéristiques communes à ces patients, c'est à dire les besoins nutritionnels et vestimentaires réduits au minimum, l'isolement social, le niveau intellectuel au dessus de la moyenne et l'indifférence concernant leur logement. Ces points communs permettent à Clark de les regrouper sous un même syndrome : le syndrome de Diogène en référence à la philosophie de vie cynique de Diogène. [52]

Haddad [20] à partir de l'étude de Clark propose 11 critères cliniques:

- Les sujets âgés de plus de 65 ans
- Le logement dans un état d'extrême saleté et en complet désordre, dépassant le seuil de tolérance de la communauté avoisinante
- Une complète négligence de soi, concernant l'hygiène corporelle et vestimentaire
- L'absence de honte relative aux conditions de vie, pouvant aller jusqu'au déni
- Une conduite d'accumulation irrationnelle d'objets hétéroclites et de déchets, dénommée « syllogomanie »
- L'existence d'une personnalité pré-morbide décrite comme suspicieuse, méfiante, rusée, mal intégrée, agressive.
- L'absence de maladies psychiatriques.
- Un niveau intellectuel normal, voire élevé.
- Un niveau d'éducation plutôt élevé.
- Un isolement social.
- Le refus de toute aide extérieure, ressentie comme intrusive.



Le terme de syndrome de Diogène subit de nombreuses critiques. Ces détracteurs estiment que la définition du syndrome est floue et qu'on ne retient que les sujets ayant eu des carrières « brillantes » du fait de l'image caricaturale de Diogène. Les méthodes d'évaluation psychiatrique de l'étude de Clark sont peu détaillées. La moitié des patients décédés n'a pas bénéficié des tests d'intelligence et de personnalité, il est donc difficile d'exclure les troubles psychiatriques du syndrome. D'autres auteurs estiment que ce syndrome n'est pas une spécificité gériatrique.

Depuis Clark et Mankikar, on retrouve plusieurs études qui s'intéressent au syndrome de Diogène.

En 1976, Melendro (équipe espagnole) mène une étude sur 25 sujets et met l'accent sur un mode de vie particulier et l'hostilité envers la société [53].

En 1977, Roe (gériatre anglais) publie une étude rétrospective de 25 cas gériatriques et s'intéresse à la question de la prise en charge [54].

Snowdon (psychiatre australien) mène une étude prospective en 1985 sur 15 centres d'hygiène et de santé afin de repérer les personnes vivant dans des logements insalubres [55].

Radebaugh, en 1987, s'intéresse à la désinsertion sociale chez les sujets de plus de 65 ans dans une étude américaine prospective. Il introduit le terme de « social breakdown in the elderly » [56].

En 1991, Martin-Hunyadi (gériatre à Strasbourg) étudie 4 cas cliniques et utilise le terme de « clochardisation à domicile » [57].

Wrigley et Cooney (psychiatres irlandais) publie en 1992 une étude réalisée de janvier 1989 à décembre 1990 dans un service de géronto-psychiatrie. Ils obtiennent des résultats similaires en utilisant les critères de Clark et Mankikar et les critères de MacMillan et Shaw. Les résultats établissent la fréquence du syndrome dans la population et de trouver des éléments de prise en charge [58].

Taurand (gériatre français) évalue en 1993 le statut médico-social des patients âgés de plus de 60 ans. Sur 21 patients, ils ne retiennent qu'une patiente qui ne présente pas de troubles psychiatriques et pour laquelle ils posent le diagnostic de syndrome de Diogène [59].

Kocher et Chabert développent l'hypothèse d'une étiologie psychopathologique à partir de 18 sujets répondant aux critères du syndrome de Diogène dans un service gériatrique à Genève [60].

Halliday (auteur anglais) réalise une étude sur 76 cas dans la banlieue de Londres pour définir le lien entre auto-négligence, troubles psychiques et psychiatriques [61].

Plusieurs études ont été publiées depuis l'article princeps de Clark où l'on retrouve un nombre restreint de cas. La découverte de ces patients est soit médicale (due à une négligence de leur santé nécessitant une hospitalisation, ou pour des patients en perte d'autonomie) soit sociale (les voisins à la découverte d'un logement insalubre alerte la mairie, l'entourage qui dépasse le seuil de tolérance de l'insalubrité et alerte les services sociaux). Les patients ne demandent rien et semblent accepter ce mode de vie marginal, hors norme.

Les avis diffèrent d'une étude à l'autre mais les auteurs s'accordent tous sur le trouble du comportement, la clinique de l'habitat et la personnalité pré-morbide dans le diagnostic du syndrome de Diogène. Cette pathologie est régulièrement associée à une carence nutritionnelle compte tenu des habitudes alimentaires de ces patients.

## I.6. Synthèse

En reprenant la frise chronologique (annexe 1), on constate que le développement du travail social pour la prise en charge des personnes âgées isolées et des plus démunis s'est fait parallèlement au développement du travail médical.

Les inégalités sociales dans la commune de Paris (patrimoine et revenu) sont considérables sous le Second Empire, bien plus fortes qu'aujourd'hui. Elles s'amplifieront cependant encore plus après la Commune : elles atteindront leur apogée en 1910, à la Belle Époque. Les revenus du travail ne représentaient que 58% du revenu national en 1870 (73% en 2010). Les revenus du capital représentaient donc 42% du revenu national (27% en 2010). [62]

Au début du XXème siècle les élites bourgeoises, politiques et économiques, instaurent une politique urbaine en deux axes dont l'axe principal porte sur l'hygiène publique (avec l'apparition de la tuberculose et des maladies vénériennes). Les visites à domicile se développent avec la mise en place de dispensaire et permet aux soignants de pénétrer dans le monde de leurs patients.

Ernest Dupré retrouve chez les « mendiants thésauriseurs » l'accumulation d'une grande fortune alors qu'ils vivent dans le dénuement le plus total. On peut ainsi supposer que le comportement chez ces personnes étaient en lien avec le contexte socio-culturel de l'époque. Ceci laisse penser qu'à une époque où les inégalités sociales sont marquées, les mendiants thésauriseurs ont pu tenter de se protéger de la pauvreté par l'accumulation d'argent.

La période des deux après guerres est marquée par la volonté d'amélioration de la prise en charge médicale des personnes âgées et des plus pauvres. Elle est marquée par le

développement de la psychiatrie de secteur et de la gériatrie. Après presque 50 ans, de nouvelles études, sur les personnes âgées présentant un syndrome d'auto négligence extrême, sont réalisées. La création des équipes mobiles et la psychiatrie de secteur sont étroitement liées à la découverte du syndrome. Effectivement, la clinique de l'habitat permet de poser le diagnostic. De ce fait, le développement des visites à domicile a attesté de cette nouvelle pathologie. La question est de savoir si ces symptômes ont disparu durant l'entre deux guerres, ou si les sujets n'ont tout simplement pas été déclarés.

Les études de Macmillan et de Clark montrent une différence par rapport à l'étude de Dupré. Les patients accumulent des débris et divers objets sans utilité.

Pour en revenir au contexte socio-culturel, durant la Première Guerre Mondiale les mairaines de guerres envoyaient aux poilus des lettres pour les distraire. Le soldat, quant à lui, envoyait des petits objets souvenirs, des dessins ou autres. Durant la Seconde Guerre Mondiale, le manque de nourriture était important. On pouvait ainsi voir des affiches publicitaires de la Croix-Rouge : « économisez le pain ».



Le fameux « au cas où » prend du sens durant les deux guerres. On peut se demander si cette nouvelle habitude des patients de Macmillan et de Clark n'est pas un reliquat de l'après guerre qui serait devenu pathologique.

Les comportements aberrants de ces patients posent de plus en plus de questions sur l'étiologie et la prise en charge. Le syndrome de Diogène est marqué par la personnalité pré-morbide, le diagnostic sur l'habitat et le trouble du comportement. Nous pourrions ajouter le contexte socio-culturel et familial qui semble être un facteur indissociable du syndrome.

## **II. Présentation clinique du syndrome de Diogène**

### II.1 Épidémiologie

Les données épidémiologiques sont peu nombreuses sur le syndrome de Diogène. Ce syndrome est considéré comme rare et son incidence reste difficile à estimer.

Effectivement, l'absence de demande et la méfiance de ces sujets rendent difficile le repérage et le suivi des patients présentant ce syndrome.

#### II.1.1. Données démographiques

##### II.1.1.1 Incidence

L'étude de Macmillan en 1966 en milieu urbain retrouve une incidence annuelle estimée à 0,5 cas pour 1000 [51].

Les travaux d'Halliday portent sur les cas signalés par les organismes sanitaires à la mairie de Lewisham de novembre 1996 à octobre 1997. Pour ce faire, Halliday présente deux approches différentes.

La première est de considérer le syndrome par l'association des symptômes suivants : syllogomanie, isolement social, absence de honte, négligence physique, logement insalubre.

La deuxième approche inclut les mêmes symptômes que la première mais exclut les sujets présentant un trouble psychiatrique.

Halliday retrouve une incidence estimée à 0,38 pour cent habitants vivant dans un taudis. Parmi ces 0,38%, il ne retrouve que 22% répondant aux critères de la première approche

et 3% à la deuxième approche [61].

Snowdon précise que l'incidence du Diogène est certainement sous-estimée. Certains sujets peuvent ne jamais être découverts par les services sociaux ou communautaires. Il peut exister un biais de mesure et un biais de recrutement de la mesure de l'incidence par la non-représentativité des échantillons [55].

Monfort retrouve, dans son étude en 2010 dans le XVème arrondissement de Paris, une incidence à 106 cas pour 10 000 habitants. 600 questionnaires ont été envoyés aux professionnels concernés avec 121 réponses [1].

#### II.1.1.2 Âge

Dans l'étude de Clark, les sujets ont plus de 65 ans. Il considère le syndrome de Diogène comme une spécificité gériatrique [52].

Macmillan retrouve des sujets âgés entre 60 et 98 ans dont un patient âgé de 48 ans [51].

Halliday estime quant à lui une moyenne d'âge de 63 ans, dont 51% de patients de moins de 65 ans. De plus, il retrouve une corrélation entre l'âge inférieur à 65 ans et la présence d'un trouble psychiatrique [61].

Dans son étude parisienne, Monfort affiche comme résultat un âge moyen de 77,8 +/- 9,9 ans. Il explique que l'âge du signalement correspond au moment où le Diogène devient cliniquement repérable, c'est à dire qu'il est signalé par l'entourage ou le voisinage (en raison d'une intolérance aux nuisances). Par la suite, le syndrome de Diogène présente

une période de complications physiques amenant le patient aux urgences.

Le pic de signalement se situe à l'âge de 80 ans, les signalements augmentent jusqu'à l'âge de 80 ans pour diminuer progressivement. Ainsi, le taux de signalement n'est pas plus fréquent à l'âge de 50 ans qu'à l'âge de 80 ans [1].

La plupart des études ont été menées par des gériatres ou psychogériatres, ce qui peut expliquer le grand âge de ces patients. Comme Monfort le précise dans son étude, il existe un stade infraclinique du Diogène qui ne permet pas le repérage de ces patients, ce qui peut expliquer les résultats obtenus.

#### II.1.1.3 Sexe

Le syndrome touche aussi bien les femmes que les hommes. Mais les études montrent une prédominance de sujets féminins.

Clark retrouve un sex-ratio de 3 femmes pour 1 homme [52].

Halliday retrouve 2,5 hommes pour 1 femme [61].

Monfort retrouve 71% de femmes parmi les situations signalées [1].

Dorey et Viano explique ce déséquilibre par la prévalence des démences plus importante chez les femmes. Ils se basent sur l'étude PAQUID qui retrouve un taux d'incidence pour la maladie d'Alzheimer de 0,8 pour 100 personnes année pour les hommes, et de 1,4% pour les femmes. Ils expliquent cette divergence également par l'espérance de vie qui est plus importante chez les femmes que chez les hommes [63].



## II.1.2. Données socio-économiques

Le syndrome concerne majoritairement des personnes isolées demeurant seules à leur domicile, environ 75%. On retrouve une importante proportion de femmes veuves soit 50% environ contre 25% de célibataires.

Les patients vivant en couple représentent 10 à 15% des Diogènes [51][59][61].

L'étude de Halliday [61] retrouve 54% de sujets n'ayant jamais été mariés.

Concernant la situation professionnelle, Clark [52] décrit une proportion importante de sujets ayant eu une « carrière brillante » avec un quotient intellectuel supérieur à la normale. Ces sujets n'avaient pas de difficultés financières par ailleurs.

Halliday [61] retrouvait dans son étude une classe sociale très défavorisée pour 54% d'entre eux.

Monfort [1] précise, quant à lui, une importante proportion d'anciens artisans, commerçants et chefs d'entreprises. Il constate une plus faible proportion d'ouvriers et de personnes inactives.

Il semblerait que la prévalence du syndrome soit plus élevée chez des sujets avec un haut niveau socio-économique. Les difficultés financières ne seraient pas en lien avec la situation des patients.

De même, il n'existe pas de corrélation entre le type d'habitation et l'insalubrité du logement [51][59][61]. Les études indiquent différents types de logement qu'ils soient neufs ou anciens, que les sujets soient propriétaires ou locataires. Des cas de Diogène en EHPAD ou en foyer ont également été décrits.

La dégradation du logement dépend du comportement de la personne et n'est pas lié directement au type de logement.

### II.1.3. Taux de mortalité

Hanon [8] indique une mortalité à 46% à 5 ans en référençant Clark [52], Macmillan [51] et Reyes [64].

Dans l'étude de Monfort, le taux de mortalité est de 50% sur une période de 3 mois à 3 ans en citant les articles de Macmillan [51], Clark [52] et Roe [54].

D'autres auteurs indiquent une mortalité pouvant atteindre 49% dans les 2 ans. [66]

Les résultats peuvent s'expliquer par la négligence physique importante des sujets et la découverte tardive de leurs conditions de vie. On peut supposer que les patients restent loin des systèmes de santé jusqu'à ce qu'une complication médicale les poussent à accepter les aides proposées. Cette complication serait donc responsable d'un taux élevé de mortalité.

Il faut également tenir compte que les références citées sont datées de 1966 et de 1975. De plus l'étude de Clark concerne 30 patients hospitalisés dans son service de gériatrie, et peut comporter des biais de recrutement et d'interprétation. L'étude laisse penser que ces patients Diogène ont pu accepter l'hospitalisation, car les complications somatiques étaient devenues trop importantes pour le maintien de leur autonomie.

Cependant, ces résultats mettent en avant la capacité de ces sujets à se maintenir le plus longtemps possible loin du monde jusqu'à l'épuisement quasi total. Ceci nous questionne sur l'importance du repérage et de la déclaration de ces situations.

## II.2 Clinique du syndrome de Diogène

Le diagnostic du syndrome de Diogène est avant tout clinique. Depuis plusieurs années, des publications ont essayé de rattacher la clinique à des lésions neurologiques ou des pathologies psychiatriques. La complexité de réaliser des bilans complémentaires (biologique ou radiologique), chez les patients présentant ce syndrome, rendent difficile l'interprétation et l'extrapolation des résultats. C'est pourquoi les recherches se centrent de plus en plus sur les rencontres et l'analyse du comportement à domicile.

### II.2.1. la description clinique

Monfort précise qu'il existe autant de définitions du syndrome que d'auteurs ayant écrit sur le Diogène [65].

La clinique classiquement décrite par les auteurs comprend : la négligence de soi, l'insalubrité, l'accumulation ou syllogomanie, l'isolement social, le refus des aides, l'absence de honte ou l'indifférence vis à vis de leur état. L'âge n'est pas pris en compte.

Nous avons vu précédemment la description clinique faite par Haddad en 11 critères à partir de l'étude de Clark. [20][52]

Halliday puis Reyes proposent des critères diagnostiques qui sont repris largement dans la littérature : [61][64]

- Le retrait social, l'isolement
- L'insalubrité du domicile
- La négligence corporelle personnelle
- Les conditions de vie sordides
- La syllogomanie

- L'absence de sentiment de honte
- Le refus obstiné des aides
- L'absence de troubles psychiatriques évolutifs.

Par la suite Hanon [8] dégage une notion supplémentaire (introduit par Clark) et distingue deux types de syndrome : le Diogène actif et le Diogène passif.

Les patients dits « actifs » vont entasser au domicile divers objets qu'ils ont pu chercher dans des ordures ou bien acheter. Les sujets semblent rechercher activement les objets pour « combler un vide ». Le risque reste les difficultés financières suite aux divers achats. Les patients dits « passifs » vont se laisser déborder par les déchets, les sacs plastiques voire leurs propres déjections. Cela semble être le résultat pour ces personnes d'une incapacité à se débarrasser.

On retrouve différentes formes cliniques dans le Diogène :

**-Le syndrome de Diogène à deux**, décrit par Macmillan [51] puis Wrigley. Le syndrome atteint un couple mais ce mode de vie dépend le plus souvent d'un des deux conjoints.

[58]

**-Le syndrome de Diogène par procuration**, introduit par O'Mahoney et Grimley en 1994.

Les auteurs s'inspirent du syndrome de Münchhausen par procuration pour décrire cette forme de diogénisation. Le cas rapporté par O'Mahoney est celui d'une femme de 48 ans qui impose ce mode de vie à sa mère chez qui elle vit. [67]

**-Le syndrome de Diogène à plusieurs ou Diogène familial**, on retrouve des comportements d'accumulations parmi tous les membres de la famille. Maes-Biéder et Biéder décrivent un couple avec 9 enfants, dont un seul enfant est indemne de troubles d'accumulation. Tous les autres membres ont des troubles psychiatriques : schizophrénie, déficit intellectuel, trouble obsessionnel compulsif. Le garçon sans trouble psychiatrique a

demandé un test génétique qui retrouvait une fragilité au niveau du bras court du chromosome 2. [3]

**-Le syndrome de Diogène des jeunes.** La pathologie affecte des sujets jeunes présentant un trouble psychiatrique tel que la schizophrénie ou le délire paranoïaque. Halliday décrit 37% entre 45 et 64 ans, 13% entre 18 et 44 ans. [61]

**-Le syndrome de Diogène vide.** On ne retrouve pas de comportement d'accumulation.

Au final, on peut résumer le syndrome de Diogène par :

**-Le rapport pathologique aux objets,** qui se traduit par une accumulation d'objets. On peut retrouver également un défaut d'attachement aux objets avec un logement quasi vide, mais ce genre de situation est assez rare. Les objets accumulés sont hétéroclites ou peuvent être du même type. Les patients choisissent des objets dont ils n'ont pas forcément besoin, mais les gardent « au cas où » ils trouveraient une autre utilité.

**-Le rapport pathologique au corps,** c'est à dire l'absence d'hygiène et de soins corporels. Plusieurs cas présentant des plaies, des ulcères sans que cela soit douloureux pour eux ont été rapportés. Les patients peuvent vivre dans le froid et la dénutrition sans inconfort apparent. Des amputations de patients suite à une hypothermie ont également été décrites.

**-Le rapport pathologique aux autres,** qui entraîne un isolement avec le monde extérieur. Monfort nous fait part d'un « porteur de panier » qui assure la survie entre le patient Diogène et le monde. C'est une relation faite d'acceptation mutuelle d'une situation inacceptable. On peut considérer le porteur de panier comme un aidant naturel.

Wong [11] et Monfort [1] définissent la clinique par un critère principal associé à au moins un des 3 critères secondaires.

Le critère principal est l'absence de demande d'aides : « Les patients qui ne demandent

rien mais ont besoin de tout ».

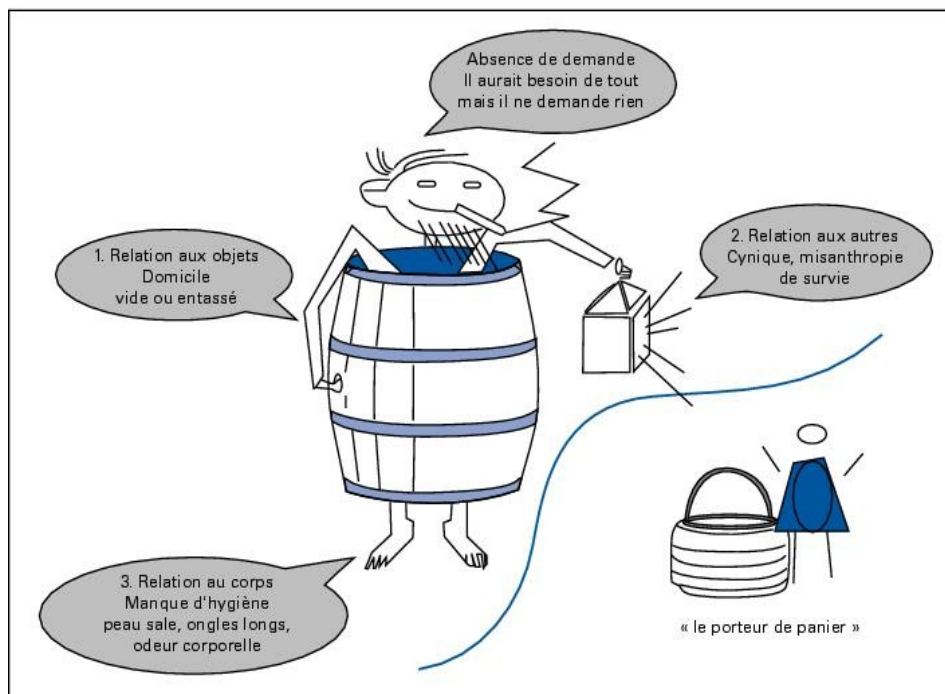
Les critères secondaires sont : le rapport pathologique aux objets, le rapport pathologique au corps et le rapport pathologique aux autres. Au moins un de ces critères doit être associé au critère principal pour poser le diagnostic.

Ils précisent qu'il existe trois formes différentes du syndrome de Diogène :

- le diogène complet : avec la présence des trois critères secondaires. En plus de l'absence de demandes, on retrouve l'entassement, l'incurie et la misanthropie.
- le diogène partiel : avec la présence de deux critères secondaires.
- le diogène très partiel : avec la présence d'un seul critère secondaire.

L'entassement, la misanthropie et l'incurie ne sont pas constants dans le syndrome de Diogène. On retrouve ainsi le « Diogène vide » avec l'absence d'entassement. Un sujet peut avoir un logement encombré de débris mais rester propre. Il n'existe pas de corrélation entre les critères secondaires.

Dans l'article de Monfort [1], une caricature résume la clinique du syndrome.



On peut ici faire un parallèle avec Diogène le philosophe, qui cherchait à l'aide d'une lanterne « l'homme idéal » théorisé par Platon.

## II.2.2. le diagnostic sur l'habitat

La clinique de l'habitat est primordial dans le diagnostic de Diogène. La visite du domicile est l'examen clé pour confirmer le diagnostic et recueillir les éléments cliniques. Le domicile témoigne des habitudes de vie et des troubles du comportement du patient. Avant de pénétrer dans le logement du patient, on constate déjà un délabrement de l'extérieur du domicile. Parfois l'accumulation est tellement importante qu'elle se retrouve devant l'entrée du logement. Le jardin peut être envahi de divers objets ou de déchets non évacués.

Une fois la porte d'entrée passée, une odeur nauséabonde saisie le visiteur. L'espace intérieur est souvent réduit par les amoncellements d'objets ou de détrit. Des longs sentiers étroits ont été construits afin de se déplacer de pièce en pièce. L'encombrement peut empêcher l'accès à certaines pièces du logement. Lorsque les services sociaux ont déjà investi les lieux et ont commencé le « désencombrement », la chambre reste le dernier endroit où les objets sont entassés, la personne peut dormir à même le sol. Les sanitaires sont souvent obstrués, les besoins peuvent se faire sur le sol ou dans un seau.

Les animaux sont souvent présents, on y retrouve des animaux domestiques ou à l'abandon, des nuisibles. On parle de syndrome de Noé, ou animal hoarding, lorsque le patient possède plus d'animaux de compagnie qu'il peut en héberger, nourrir et soigner correctement. Le déni de la réalité, le refus de faire adopter ses animaux sont associés. La cuisine est souvent le spectacle de nourritures en décomposition, de sacs poubelles remplis de denrées périssables. Les installations électriques sont souvent défectueuses. Le risque d'incendie est alors majeur puisque le sujet s'éclaire à la bougie au milieu de sacs plastiques, de journaux et d'autres produits inflammables. [12]

L'habitat témoigne du mode de vie et de la capacité du patient à vivre dans le dénuement le plus total. Le sujet contribue activement à dégrader son logement et à le laisser « pourrir ». À l'intérieur de ce désordre, on peut malgré tout observer une certaine logique dans l'amoncellement des objets.

La clinique de l'habitat permet d'évaluer les besoins du patient et de proposer les aides si nécessaire. On établit ainsi l'absence de demande : « ils ont besoin de tout, mais ne demandent rien », le critère diagnostique principal du syndrome de Diogène.

De plus, elle permet l'évaluation de l'insalubrité (squalor) et du comportement d'accumulation (hoarding).

### II.2.3. DSM 5 : Hoarding syndrom

Le DSM 5 a inclus la sylogomanie sous le terme hoarding syndrom dans son manuel. Les comportements d'accumulation se trouvaient auparavant dans les troubles obsessionnels compulsifs. Le DSM5 ne mentionne pas le syndrome de Diogène mais reconnaît un hoarding syndrom se traduisant par l'entassement actif ou passif d'objets au domicile, un stress important à se séparer d'objets accumulés, en l'absence de toute atteinte psychiatrique, neurologique ou génétique pouvant expliquer un tel comportement.

Le hoarding syndrom comporte six critères diagnostiques : [68]

A. Difficulté persistant à jeter ou se départir de biens (indépendamment de leur valeur réelle).

B. Cette difficulté est due à un besoin persistant de conserver des objets et à une douleur associée à la séparation d'avec eux.

C. La difficulté à jeter a pour résultat une accumulation de biens qui remplissent et encombrent les espaces de vie active et compromettent leur utilisation prévue.



D. L'accumulation provoque une angoisse cliniquement significative, ou une détérioration du fonctionnement dans les domaines social, professionnel ou autres d'importances (incluant le maintien d'un environnement sécuritaire pour soi et les autres).

E. L'accumulation n'est pas attribuable à une autre pathologie médicale (lésion cérébrale, accident vasculaire cérébral).

F. L'accumulation n'est pas expliquée par une autre maladie mentale (par exemple obsessions dans un trouble obsessionnel compulsif, ralentissement et asthénie dans une dépression, délire dans une schizophrénie, trouble cognitif dans une maladie neurocognitive, restriction des centres d'intérêts dans un trouble du spectre autistique).

À ces critères se rajoutent deux spécificités :

-avec acquisitions excessives : si le patient a une tendance à acquérir des objets non nécessaires et pour lesquels le manque de place est clair.

-avec un bon niveau/ faible niveau/ absence de conscience (ou d'insight) : selon les capacités du patient à reconnaître que l'accumulation et les comportements sont problématiques ou pas.

L'équipe de psychogériatrie de Limoges a fait le lien entre le syndrome de Diogène et le hoarding syndrom. Ils considèrent que ces deux syndromes pourraient être « deux dimensions d'une même entité, l'un représentant la dimension de saleté (squalor) et l'autre la dimension d'entassement (hoarding) ».[17]

Le hoarding disorder n'est qu'une partie du syndrome de Diogène. Mais si l'on considère le faible niveau ou l'absence de conscience du hoarding disorder, le patient ne demandera pas d'aides. On retrouve ainsi la clinique de Monfort : l'absence de demande d'aides (critère principal) associé au rapport pathologique aux objets (critère secondaire).

La critique, régulièrement faite au DSM, porte sur les critères E et F du hoarding syndrom. En effet, il est difficile de distinguer un symptôme d'entassement comme relevant d'un hoarding syndrom ou d'un autre trouble mental.[17]

#### II.2.4. Diagnostics différentiels

-Le collectionnisme : est une tendance pathologique à rassembler des objets sans valeur dans un but affectif. Il se rencontre chez les patients avec un état d'affaiblissement intellectuel, les kleptomanes, les oligophrènes.

-Le collectionneur : rassemble des objets dans un but affectif. Les objets ont souvent un intérêt historique, géographique, scientifique. Une fois appropriée, l'objet est réexaminé, nettoyé, réparé pour un parfait esthétisme puis rangé dans sa catégorie.

### II.3. Étiologie

Le syndrome de Diogène a été identifié il y a plus de 50 ans. Il existe plusieurs pistes de recherches, d'hypothèses concernant son étiologie mais pas de réelle consensus.

Le diagnostic étiologique reste difficile à faire, le patient refuse tout. Les échanges sont courts, parfois sur le palier de la porte. La réalisation d'examens complémentaires n'est possible, qu'après l'instauration d'une relation de confiance, pour un faible nombre de patients qui acceptent.

#### II.3.1. La réaction à un stress

Macmillan [51] estime que ce comportement serait un mécanisme de défense, où le repli sur soi, le déni du besoin, le retrait de la vie sociale permettraient de faire face au stress engendré par le vieillissement. Ce trouble du comportement surviendrait chez des sujets fragilisés par une personnalité prémorbide le plus souvent au décours du décès d'un proche.

Clark [52] rejoint l'hypothèse de Macmillan et considère que la syllogomanie procure un sentiment de sécurité au patient. L'accumulation apparaît comme une défense contre l'angoisse.

#### II.3.2. L'évolution naturelle du vieillissement

Clark [52] émet l'hypothèse que le déclin de la vie donne une moindre priorité à la vie domestique et personnelle. Le mode de vie se désorganise avec l'âge et les infirmités physiques.

Le vieillissement corporel intègre des phénomènes cellulaire, anatomique, physiologique et neurophysiologique combinés à des altérations et des compensations. Le stress oxydatif (correspondant à l'attaque quotidienne des radicaux libres de l'ADN cellulaire) et les gérontogènes (qui représente l'équilibre entre les gènes contrôlant la division cellulaire et ceux qui contrôlent les mécanismes protecteurs contre les agents exo ou endogènes) participent au vieillissement à l'échelle cellulaire. Au niveau de la fonctionnalité des organes, il existe des phénomènes de suppléance d'une fonction déficiente et de plasticité. Cet équilibre se joue tout au long de la vie et explique les pathologies liées au vieillissement des sens comme la presbycusie, la dégénérescence maculaire liée à l'âge, la presbytie, la dénutrition lié à la perte d'odorat et de goût. [28]

Le schéma corporel est en « perpétuelle autodestruction et autoconstruction » selon Schilder [69]. Le Gouès distingue un schéma corporel de l'image corporel, le corps change de statut avec l'avancée en âge mais la représentation corporelle se fait par étape. Autrement dit, la personne âgée doit réussir à accepter les évolutions de son corps et de ses possibles déficits. Lorsque le déficit survient, l'acceptation devient dépendante de la manière dont le sujet se sent porté par son entourage [70].

À cela s'ajoute la perte d'identité du sujet liée aux transformations de l'âge. Pour Ungary, le « social breakdown in the elderly » est un trouble de l'adaptation du sujet âgé. Le syndrome serait la conséquence de l'interaction entre une personnalité pré-morbide et l'angoisse générée par le vieillissement [71].

Le vieillissement est une période de la vie favorable au retrait. Le départ des enfants du foyer familial marque un premier retrait social et l'âge de la retraite représente le deuxième retrait social. Le sentiment d'inutilité et d'inactivité est un danger pour le vieillissement cérébral. C'est pour cela qu'il est important de maintenir des interactions sociales pour

préserver le sujet d'un déclin cognitif. L'avancée en âge est liée avec d'autres pertes comme le décès d'un conjoint, d'un ami, d'un membre de la famille.

Le retrait des émotions apparaît également avec le vieillissement. Des travaux ont montré que le cortex frontal était la région la plus atteinte avec l'avancée en âge [72][73]. Ainsi le vieillissement du lobe frontal entraînerait une désafférentation émotionnelle et une altération de la relation aux autres.

Le retrait sensoriel, comme nous l'avons cité précédemment avec le déficit des 5 sens. L'altération de la vision et de l'audition pourrait favoriser le retrait social. Les sujets ne participent plus aux conversations à cause d'une gêne à la compréhension, ils ne sortent plus de chez eux à cause d'un défaut de vision. La perte du goût et de l'olfaction participent aux troubles de l'appétit. Le toucher participe au langage non verbal, aux relations sexuelles. Un défaut de celui-ci peut renforcer le retrait affectif. La perte sensoriel provoque une désafférentation sociale par la perte du plaisir de sentir, d'être en relation, de s'adapter à son environnement, de communiquer. La crainte et l'insécurité ressenties par le patient accentuent la dégradation de l'estime de soi et le repli.

Le corps douloureux vieillissant, que l'on ne reconnaît plus, conduit à un retrait physique des personnes. L'altération des cellules vestibulaires, du champ visuel, de la proprioception entraîne un trouble de l'équilibre. Le syndrome post-chute avec la peur de chuter contribue au retrait physique de l'environnement du sujet âgé.

L'isolement causé par une réduction des interactions sociales, la perte des proches cause une souffrance psychique pour les personnes vieillissantes. De ce fait, le retrait définitif apparaît comme une solution pour ces sujets qui n'ont plus de contrôle sur leur vie. La dépression du sujet âgé arrive comme une résultante de ces différentes formes de retrait et de cette perte d'identité. [16]

Le retrait du sujet âgé, de part sa composante de refus de vieillissement et de la dépendance aux autres, engendre une absence de demande et un refus des aides.

La peau de la personne âgée perd ses capacités de réparation, elle se déchire facilement. La transparence de la peau met à nu les épanchements sanguins provoqués par les chutes. Les points de compression d'immobilisation conduisent à des escarres difficilement cicatrisables.

Le vieillissement touche le contenant psychique d'Anzieu qu'il a appelé le Moi-peau [79]. Plus l'enveloppe se fragilise, plus les échanges entre l'intérieur et l'extérieur seront difficiles et plus le monde extérieur devient dangereux. Nous verrons par la suite que ce concept du Moi-peau a été repris par Chebili [80] dans l'approche et la compréhension du syndrome de Diogène. [28]

### II.3.3. un stade de pré-démence fronto-temporale

Orell et Sahakian ont étudié le syndrome de Diogène et son lien avec la démence fronto-temporale chez une femme de 80 ans. Elle ne présentait pas de pathologie psychiatrique, le W.A.I.S retrouvait un QI verbal à 128 et un QI de performance à 94. Les auteurs retrouvaient à l'imagerie cérébrale une atrophie focalisée des lobes frontaux. Les évaluations neuropsychologiques allaient également dans le sens d'un dysfonctionnement frontal. [74]

Par la suite Beauchet rapporte quatre situations cliniques présentant un syndrome de Diogène et une démence corticale frontale. Les imageries cérébrales morphologiques ont montré une atrophie cortico-sous-corticale sans valeur localisatrice, les imageries fonctionnelles retrouvaient une hypofixation antérieure bi-frontotemporale. [75]

L'atteinte frontale n'est évidemment pas spécifique du syndrome de Diogène puisqu'on la retrouve dans d'autres pathologies, mais elle expliquerait en partie le mécanisme conduisant à l'accumulation.

En comparant les critères cliniques du syndrome de Diogène et les critères diagnostiques des démences fronto-temporales, on retrouve des caractéristiques communes :

- incurie (corps/habitat)
- négligence physique
- syndrome amotivationnel
- conduites stéréotypées et persévératrices (collectionisme, syllogomanie)
- indifférence aux troubles

Dans la démence fronto-temporale, ce sont les troubles psycho-comportementaux et les modifications de la personnalité qui poussent à la consultation. Les critères comportementaux de Lund et Manchester en 1994 définissant la démence fronto-temporale ont été révisés en 2011 par Rascovsky (annexe 2). On retrouve quasiment la définition du syndrome de Diogène dans les critères comportementaux de la démence fronto-temporale.

Dorey et Viano estiment que le syndrome de Diogène est un modèle de dysfonctionnement frontal et plus précisément orbito-frontal. Le cortex orbito-frontal intervient dans le comportement social de l'individu et permet d'adapter nos comportements selon les conventions sociales. Il associerait également les expériences aux émotions. En cas de lésion de celui-ci, le sujet analyse correctement les informations mais n'en tire pas les conséquences. La syllogomanie s'intégrerait dans le cadre d'un défaut d'inhibition de l'action.

Les auteurs précisent que le syndrome frontal ne signifie pas obligatoirement une démence fronto-temporale. [63]

#### II.3.4. facteurs déclenchants et circonstances de découverte

Macmillan décrit le facteur déclenchant comme la perte du conjoint chez un sujet âgé sans trouble psychiatrique. [51]

Pour Clark [52], il est réactionnel des modifications environnementales, psychologiques et physiques du vieillissement. Il décrit la perte d'un proche comme l'élément déclencheur principal.

Kocher [60] émet également l'hypothèse d'un comportement régressif réactionnel à la perte d'un proche, ou à un autre bouleversement dans la vie sociale.

Beauchet évoque le déclin cognitif chez la personne âgée comme facteur déterminant [75].

Monfort fait part, quant à lui, d'un événement de vie dramatique. Pour lui, il existe un traumatisme de l'enfance qui pourrait expliquer l'apparition du syndrome (comme un abandon, un abus sexuel). [1]

L'éthylisme chronique constitue un facteur aggravant pour plusieurs auteurs. [59][51][61]

La révélation de la pathologie se fait à l'occasion d'un accident aigu du type d'une chute ou d'un syndrome confusionnel, souvent révélateur d'une complication somatique. Le premier contact médical se fait souvent aux urgences lors d'une décompensation aiguë.

Également le voisinage alerte la mairie, devant les nuisances provoquées par l'odeur nauséabonde, l'encombrement, l'insalubrité voire les nuisibles envahissant le quartier. De plus, les services sociaux peuvent être directement interpellés par l'entourage ou le voisinage qui ne supportent plus cette situation.



### **III. Cadre nosologique du syndrome de Diogène**

#### III.1. Trouble de personnalité exceptionnelle décrit par le Dr Jean-Claude Montfort

Clark [52] utilise un questionnaire d'évaluation de personnalité. Il ne retrouva pas de personnalité pathologique mais il décrivait des sujets « méfiants, suspicieux, avec une tendance à l'hostilité ». Macmillan [51] donna les mêmes descriptions que Clark. Plusieurs auteurs ont retrouvé cette description de personnalité en utilisant les termes de : solitaires, peu amicaux, agressifs, distants, obstinés ... La personnalité pré-morbide a ainsi été défini et repris dans plusieurs publications.

Dans les études de Macmillan et Clark, les patients présentaient probablement des personnalités de type schizoïdes, schizotypiques voire paranoïaques. [51][52]

Halliday retrouve des personnalités de type évitante et obsessionnelle. [61]

Plus tard, Monfort introduit le terme de personnalité exceptionnelle [1]. Parmi les 121 patients qui constituaient l'échantillon, 21 présentaient ce type de personnalité. Ainsi, il a pu constituer quatre groupes avec:

- une personnalité forte : autoritaire, dominatrice, caractérielle, antisociale et paranoïaque.
- une personnalité bizarre : réservée avec une aptitude étrange à vivre dans des conditions difficiles.
- une personnalité sympathique : attachante, gaie, généreuse avec une curiosité intellectuelle.
- une dimension d'anxiété et de nervosité

**Tableau 4.** Termes utilisés pour décrire les “personnalités exceptionnelles”.

*Table 4. Used words for the “queer” personality description.*

<p><b>Personnalité forte</b> (10 fiches)</p>	<p>Autoritaire, très tyrannique avec ses filles Très autoritaire, consciente de son état Caractérielle Forte Antisociale - crache par la fenêtre Marginale Paranoïaque Misanthrope Haute opinion d'elle-même Très haute opinion de lui-même</p>
<p><b>Personnalité bizarre</b> (3 fiches)</p>	<p>Réservée, étonnante, propension à vivre cachée Bizarre avec un oiseau mort dans son sac depuis 10 ans Aptitude à vivre dans des conditions difficiles</p>
<p><b>Personnalité sympathique</b> (7 fiches)</p>	<p>Attachante Sympathique (et orateur exceptionnel) Gaie et déterminée Empathie exceptionnelle Généreuse, entasse pour récupérer et donner aux autres Bohème, souhaitait enseigner la musique au personnel soignant Curiosité intellectuelle et capacité à masquer la réalité</p>
<p><b>Autres mentions</b> (1 fiche isolée)</p>	<p>Nervosité, anxiété</p>

L'item 'personnalité exceptionnelle' était coché dans 21 fiches. Le tableau reproduit fidèlement les termes ayant été utilisés pour la décrire.

*The term « queer personality » was reported in 21 cases. The table presents the exact formulation used in the reports.*

Chez certains patients on retrouve cette personnalité avant l'apparition des troubles. Pour d'autres, la personnalité est d'apparition concomitante avec les modifications psychocomportementales. Les traits de personnalité semblent s'accroître avec le temps, ce qui peut s'expliquer par un trouble de personnalité vieillissant ou par l'évolution d'une démence.

### III.2. Diogène secondaire : pathologies psychiatriques, pathologie neurodégénérative, comorbidité addictologique

La fréquence des troubles neuropsychiatriques est estimée à 50% des cas en moyenne. Parmi ceux-ci, on retrouve une détérioration intellectuelle, un état dépressif, des idées délirantes, un trouble de la personnalité ou les troubles obsessionnelles compulsifs (il faut noter que la nouvelle classification du DSM 5 considère le trouble d'accumulation comme une entité à part entière des troubles obsessionnelles compulsifs). De plus les auteurs intègrent la démence dans les pathologies psychiatriques.

La présence des troubles psychiatriques diffèrent selon les auteurs de 30% à 80%.

Macmillan retrouve plus de 50% de pathologies psychiatriques, distinguant ainsi deux groupes : un groupe atteint de pathologies psychiatriques, un groupe non lié à des troubles mentaux. [51]

Halliday retrouve une pathologie psychiatrique chez 80% des patients. [61]

Reyes pose le diagnostic de Diogène secondaire à un trouble psychiatrique dans 30 à 50% des cas. Il précise que le syndrome de Diogène primaire, indemne de pathologies psychiatriques, est retrouvé dans 50 à 70% des cas. Pour Reyes, le diagnostic du syndrome de Diogène est le diagnostic primaire. [64]

La psychose est retrouvée dans 30 à 40% des syndromes de Diogène associés à une pathologie psychiatrique. Macmillan fait part de 38 patients psychotiques sur 72 sujets [51]. Halliday diagnostique une schizophrénie chez tous les patients jeunes présentant un Diogène [61].

Les pathologies démentielles sont régulièrement retrouvées dans le syndrome de Diogène. Macmillan fait part de 30% des sujets de son échantillon [51].

Radebaugh indique une prévalence de 15,2% de démences [56]. La démence fronto-temporale est la plus régulièrement citée et fait l'objet de nombreuses recherches [2].

L'éthylisme chronique varie selon les études entre 4 et 57% des cas [51][59], il est considéré comme un facteur aggravant plutôt que précipitant. Macmillan retrouve, quant à lui, 30% des sujets avec un éthylisme chronique [51]. L'éthylisme contribuerait à la désorganisation psychosociale des sujets. Il constituerait ainsi un facteur aggravant de la dégradation liées à l'âge des capacités sensorielles et intellectuelles.

#### **IV. Pathologies somatiques**

##### IV.1. Altération de la sensorialité

L'incurie chez le patient peut être considérée comme un premier aspect d'auto-exclusion. En effet, l'incurie entraîne une rupture des liens sociaux et protège la personne de toutes formes de contacts (familial, amicale, entourage proche, médecin traitant). Elle permet au patient de fuir le lien et de maintenir l'isolement.

L'odeur intrusive, violente qui accompagne l'incurie repousse les aidants et complique la relation d'aide. Les professionnels, envahis par cette sensorialité, présentent des difficultés à se détacher de cette perception pour élaborer, comprendre et aider au mieux ces patients.

On peut retrouver trois signes cliniques dans l'incurie :

-l'anesthésie ou l'hypoesthésie du corps. Le patient déshabite son corps pour ne plus souffrir.

-l'anesthésie des émotions où le sujet n'exprimera plus de souffrance, de mal-être et n'éprouvera plus de sentiment de honte vis à vis de son état.

-l'inhibition de la pensée afin de ne plus avoir de ruminations anxieuses, ne plus penser à la situation et ainsi ne plus souffrir. [10]

L'incurie fonctionne comme « un manteau psychique » pour pallier aux failles de l'enveloppe psychique du « Moi ». Des auteurs mentionnent le « manteau cloacal » ayant différents objectifs :

- Le premier est défensif, il crée une forme d'anesthésie corporelle.
- Le deuxième objectif est l'appropriation du territoire. L'habitat est saturé par la sphère sensorielle du sujet. Les odeurs remplissent les espaces et permettent l'appropriation du logement.
- Le troisième objectif est la régulation de la communication. Le « manteau cloacal » intervient comme un système d'interrelations, d'inter-régulations avec les autres. Il majore ainsi l'isolement dans lequel le sujet se plonge. [13]

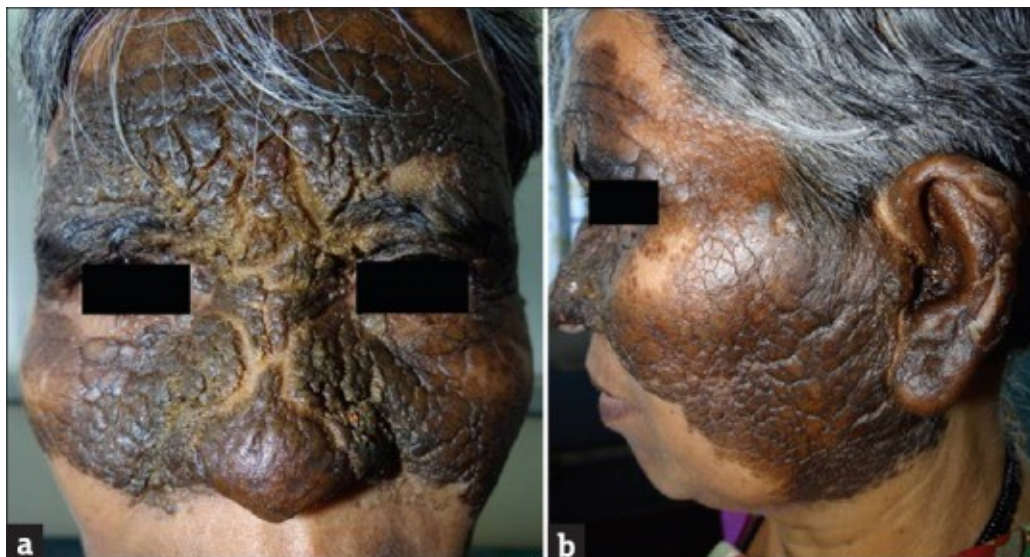
D'autres auteurs explorent la voie de l'altération sensorielle en évoquant un repli à domicile aboutissant à une diminution des stimulations extérieures. Ce défaut de stimulation conduit à une véritable désafférentation sensorielle.

La sensorialité permet au sujet de prendre conscience de son corps et de son environnement. Sur le plan neurologique, elle est constituée par la sensorialité extéroceptive (somesthésique), la sensorialité intéroceptive (vaisseaux et viscères) et la sensorialité proprioceptive (les tendons, les muscles, les articulations).

Le trouble de la sensorialité altère la perception des stimuli extérieurs, l'encodage et le transfert de l'information puis leur intégration corticale. À ce moment, il devient difficile pour le patient d'entretenir et de maintenir une relation aux autres, à son corps et aux objets. La relation aux autres ne se limiterait qu'au strict minimum, du fait des troubles sensorielles et des troubles de la cognition sociale, avec la présence du porteur de panier.

L'étiologie du trouble de la perception pourrait être expliquée par un trouble démentiel, une désorganisation dans un syndrome schizophrénique, un appauvrissement des stimuli lors d'un isolement social, l'éthylisme chronique. [24]

En Inde, un cas de syndrome de Diogène présentant une dermatite passivata a été publié. Un « masque » inhabituel de saleté, ressemblant à une carapace, a été décrit chez une patiente de 55 ans. Le début de sa négligence corporelle a été concomitant à l'apparition d'une masse du sein droit par cette dame. Dans ce contexte, elle n'a pas cherché à se soigner et s'est isolée de plus en plus. Ce défaut d'hygiène a permis le développement de cette dermatite. [76]



Ce déficit de sensorialité entraîne une diminution de la perception de la douleur psychique et physique. La majoration du handicap de la maladie, l'altération de l'état général vont conduire le patient à consulter et à accepter les aides. Dès lors, l'anesthésie corporelle vient expliquer en partie le taux de mortalité élevé chez les patients présentant un syndrome de Diogène.

## IV.2. Affection somatique

Les pathologies somatiques sont fréquentes à cause de l'âge tardif de la survenue du Diogène. Les différentes études retrouvent une moyenne d'âge supérieure à 65 ans. Monfort [1] rapporte une moyenne d'âge à 77,7 ans.

Les principales pathologies retrouvées dans l'étude de Clark sont les accidents vasculaires cérébraux, les cancers, les insuffisances cardiaques. [52]

Taurand constate au minimum deux affections chroniques somatiques entraînant une perte d'autonomie. Les motifs d'hospitalisation sont la chute, l'agitation, l'altération de l'état général, les infections pulmonaires, les brûlures cutanées, les décompensations cardiaques. [59]

Quant à Halliday, il retrouve 85% d'affections médicales chroniques. Il précise qu'il n'y a pas de corrélations entre les pathologies somatiques et l'intensité des troubles du Diogène. [61]

## IV.3. Carence

Dans son étude, Clark [52] retrouve de nombreuses anomalies biologiques dont l'anémie, les carences vitaminiques en B12, B9, C et D. Ces carences sont dues à l'hygiène alimentaire des patients. La déshydratation et la dénutrition sont fréquentes chez les sujets diogénisés. L'alcoolisme chronique majore également les problèmes nutritionnels. Les carences ont des conséquences néfastes sur les processus de cicatrisation. Les symptômes sont variables, mais on retrouve plusieurs signes communs comme : la fatigue, la faiblesse, les problèmes respiratoires, la perte de cheveux, la constipation, les troubles cardiaques, la dépression, le manque de concentration.

Selon certains auteurs, les nutriments comme les vitamines, les minéraux, les lipides peuvent influencer sur le risque de déclin cognitif et de démence, spécifiquement chez des personnes âgées et exposées à un risque de carences.

Un apport important d'acides gras saturés et insaturés de type « trans » a montré un lien avec un risque accru de développer une maladie d'Alzheimer. Alors qu'un apport important en acides gras insaturés et monoinsaturés confère une protection contre le déclin cognitif.

D'autres hypothèses sont émises sur le lien entre l'augmentation de la concentration d'homocystéine et l'atteinte cérébrale. La carence en vitamine B12 provoque une anomalie de la méthylation de l'homocystéine, ce qui favoriserait l'influx de calcium et l'accumulation de substance amyloïde et de protéines tau.

Les vitamines E, C, le carotène ainsi que d'autres antioxydants pourraient avoir un effet protecteur dans l'atteinte neuronale consécutive aux réactions oxydatives.

Les auteurs rappellent les biais de confusion probable et la nécessité de poursuivre des études chez des sujets dont l'alimentation est surveillée à un stade suffisamment précoce avant le déclin cognitif. [77]

Bien évidemment, il ne faut pas tirer de conclusions trop hâtives et prendre en compte les biais de confusion possible. Le syndrome de Diogène est régulièrement associé aux troubles démentiels et plus précisément à la démence fronto-temporale. Il semble donc important de prêter une attention particulière à la prise en charge de la dénutrition ou d'éventuelles carences chez ce genre de patient.



## **V. Hypothèses psychopathologiques**

La difficulté de prise en charge du syndrome de Diogène ne permet pas de mener des études physiopathologiques. Celles-ci sont peu nombreuses et n'amènent pas pour l'instant à des conclusions significatives.

Les approches psychodynamiques sur le sujet, se multiplient et permettent de mieux comprendre la réalité de ces personnes. Elles émettent des hypothèses sur le fonctionnement psychique du patient et ouvrent le champ de la réflexion.

### V.1. Moi-Peau de Didier Anzieu

Chebili reprend le concept du moi peau d'Anzieu décrit en 1974, dans l'approche du syndrome de Diogène : « Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même, comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » [79]. Le moi-peau représente une interface entre le moi et le monde externe, il constitue ainsi un contenant des instances psychiques.

La peau recouvre trois fonctions : un sac qui correspond à l'enveloppe contenant et unifiante, une surface qui représente la barrière protégeant le psychisme des agressions extérieures, un moyen d'échanges avec autrui [8].

Chez les patients diogénisés, ce contenant serait altéré et entraînerait une faille narcissique. L'accumulation d'objets, qui en résulte, suturerait le moi-peau dans sa fonction contenant sans jamais y arriver. L'angoisse majeure des patients Diogènes provoque un mouvement pulsionnel sous la forme d'une compulsion à l'entassement. Ce mécanisme se poursuit sans fin pour colmater la faille narcissique des patients.

Dans ce concept, le logement caractérise l'enveloppe corporelle. Les objets ainsi accumulés suturent le Moi-peau et viennent combler l'espace, empêchant toute intervention extérieure vécue comme une effraction. L'accumulation renforce l'espace vital de la personne qui est nécessaire à sa survie. La nouvelle enveloppe contenante, ainsi créée par le comportement de hoarding, éloignent le sujet de toutes relations et de toutes intrusions. Ainsi, les intrusions altèrent les fonctions de maintenance, de contenance et d'individuation. Ceci expliquerait en partie le vécu anxiogène lors du désencombrement, et la reprise des comportements d'accumulation une fois le débarras fini. [79][80]

## V.2. Névrose obsessionnelle [7]

Une étude parisienne s'est intéressée à la perspective psychanalytique et l'approche projective dans le syndrome de Diogène. Ils ont pu tester une femme de 66 ans et un homme de 60 ans sans antécédents psychiatriques par la WAIS-IV, le Rorschach et le Thematic Apperception Test (TAT). Le bilan psychologique permet une appréhension approfondie du fonctionnement psychique de ce type de patient.

La patiente de 66 ans célibataire sans enfants, présentait une efficacité intellectuelle de niveau normal fort à la WAIS-IV.

Le protocole de Rorschach montre un fonctionnement névrotique de type obsessionnel.

Les mécanismes défensifs retrouvés sont : l'annulation, le déplacement,

l'intellectualisation, la mise à distance, le contre-investissement, le doute et l'isolation entre affects et représentations. La minimisation et l'isolation des affects sont au premier plan du système défensif, l'affect dépressif n'est pas abordable.

Le TAT retrouve l'organisation de type obsessionnelle. La dimension dépressive est plus présente qu'au protocole de Rorschach. Les affects dépressifs sont mis à distance par une

centration sur les détails physiques et un remâchage. L'aspect dépressif semble décelable par l'expression de fragilités narcissiques.

Le deuxième cas concerne un homme de 60 ans célibataire, ayant un fils âgé de 30 ans avec lequel il n'a plus de contact. Son discours est laconique et reste centré sur les dysfonctionnements de la société. La WAIS-IV montre une efficacité intellectuelle dans la moyenne et écarte tout trouble cognitif.

Le Rorschach retrouve une charge pulsionnelle très agressive. La problématique narcissique semble plus fragilisée avec une représentation de soi dévalorisée et attaquée par sa propre agressivité. L'aspect dépressif est plus présent comparativement au test de la patiente de 66 ans.

Le protocole de TAT retrouve des défenses obsessionnelles plus mobilisables qu'au Rorschach. Le patient utilise comme mécanisme de défense des dénégations, des annulations, des descriptions avec attachement à des petits détails. La problématique dépressive s'inscrit dans l'incapacité à accepter l'impact du vieillissement et à l'impossibilité de recourir à autrui. Il existe une impossibilité chez ce patient à dépendre des autres par méfiance ou par crainte.

Les deux patients souffrant d'un Diogène, montrent une personnalité de type obsessionnelle sans trouble obsessionnel compulsif. Les auteurs exposent l'idée d'une « régression libidinale, face à une déception narcissique, à des fixations anales. L'amour de l'ordre allant jusqu'à la méticulosité, une parcimonie tournant à l'avarice et une obstination allant jusqu'à un entêtement violent ». L'analité organise la maîtrise des choses et leur ordonnancement. L'accumulation des objets dans le syndrome de Diogène intervient dans une forme de rétention, de maîtrise et de plaisir de conserver au service d'un idéal surmoïque d'économie et dans une lutte contre la perte.

### V.3. Expression inabordable d'une dépression

La dimension dépressive est retrouvée chez les patients Diogènes sans possibilité de constituer une dépression réelle du fait de l'isolation franche entre affects et représentations. Il semble que les patients soient incapables d'atteindre l'état de dépression au sens du DSM 5, ils ne peuvent pas exprimer les expériences de perte au plan représentationnel et affectif. L'accumulation d'objets, le retrait au domicile concourent à lutter contre cet état dépressif. [7]

Les patients souffrant du syndrome, sont isolés et refusent tout type de contact avec le monde extérieur. L'intrusion provoque un vécu anxiogène majeure qui se manifeste par la colère, l'hostilité et l'agressivité.

Le syndrome de Diogène survient fréquemment après une perte et semble empêcher la survenue d'une dépression. Le syndrome serait un processus d'adaptation de certaines personnes confrontées aux contraintes de la vie et du vieillissement. [63]

Chez le sujet âgé, les blessures imposées par le temps et par l'environnement retentissent sur le sentiment d'identité. L'accumulation pourrait être une solution afin de faire face aux pertes narcissiques. Le Diogène intervient comme une forme de repli narcissique qui protège le sujet de l'autre. L'état du logement empêche les gens de pénétrer dans leur intimité et dans leur vie. Cet éloignement protège les sujets d'éventuelles déceptions, manipulations qu'ils pourraient subir par la relation à l'autre. [7]

Le « bien vieillir » devient une cause de souffrance psychique. Les personnes âgées doivent rester « jeunes » et restent actifs sur les réseaux sociaux, faire des activités ludiques, maintenir une activité sexuelle. Il existe une véritable souffrance des personnes

vieillissantes sur le « mal-vieillir » à travers le regard de la société. Le repli narcissique est une forme d'auto-exclusion sociale. Le retrait devient une échappatoire face à l'angoisse générée par la perte d'un proche, la maladie, les interactions sociales et le jugement des autres. [16]

#### V.4. Le traumatisme de la perte

Chebili aborde les questions du deuil et de la perte. Les deuils répétitifs exposent à des blessures narcissiques. L'organisation du Moi-peau en double paroi préserve la relation contenant-contenu, ainsi le Moi psychique reste intégré dans le Moi corporel. Lors d'une blessure narcissique comme une perte, le Moi-peau perd sa fonction de contenant. L'accumulation d'objets interviendrait alors comme une tentative de restauration. [80]

La notion de perte est primordiale. La situation abandonnique d'un sujet âgé provoque un isolement affectif et une perte de goût aux activités socialisées, voire une anhédonie. La notion d'accumulation intervient comme une lutte contre la perte, elle rassure le sujet âgé. [8]

##### V.4.1. Le deuil

Le deuil désigne la perte d'un d'un parent ou d'un être cher avec ses conséquences psychiques et affectives. Pour répondre aux critères du deuil, il faut que son objet ait une valeur narcissique spécifique et que le moi puisse juger de l'irréversibilité de sa perte.

Pour Freud, tout deuil est une atteinte narcissique et le travail du deuil consiste à remettre le Moi sur la voie de la vie.

L'annonce de la perte d'un proche ne s'impose pas immédiatement mais peu à peu. Freud

constate que l'homme n'abandonne pas un objet d'ancrage facilement. Le déni de la perception de la réalité suspend le travail du deuil avec l'idée de la réversibilité de la perte. Ce mécanisme défensif permet au sujet de nier ses affects dépressifs. [8]

Le deuil normal représente un syndrome dépressif spontanément régressif. Les étapes cliniques du deuil sont :

- la phase de choc où l'on retrouve une phase de stupeur durant quelques heures à quelques jours. Le deuil est un traumatisme avec souvent un déni de la réalité. Ce déni peut porter également sur les affects.
- la phase de dépression comportant pleurs, anorexie, insomnie avec un ralentissement psycho-moteur, angoisses et l'irritabilité. On y retrouve une augmentation de consommation de toxiques (alcool, tabac) ou de médicaments (anxolytiques, hypnotiques). Cette phase varie de plusieurs semaines à une année.
- la phase de guérison avec l'acceptation du décès et la reprise des activités et des centres d'intérêts. [8]

La problématique de la perte chez les Diogènes représente un « deuil figé dans la matière de l'habitat » [33]. Il constitue un deuil suspendu attribué au déni conscient ou non de la réalité du décès, qui protège le sujet de son conflit interne. Ce fonctionnement défensif s'apparente au clivage. [8]

L'investissement de l'objet représente une tentative de nier le vécu de la perte. Pour aider les patients Diogènes, il ne s'agit pas de jeter pour jeter, mais de transformer pour libérer l'investissement fixé par l'objet. [15]

L'angoisse qui se manifeste à l'idée de se séparer de quelque chose, fait évoquer la problématique de deuil. Les Diogène semblent vivre dans un présent pétrifié, entre un passé intouchable et un futur idéalisé. [9]

#### V.4.2. L'activité sublimatoire

Pontalis et Laplanche définissent en 1967 la sublimation par le processus qui déplace le but des pulsions sexuelles sur certaines activités d'ordre intellectuel ou artistique n'ayant plus aucun lien avec la sexualité.

Le Gouès en 2000 parle, quant à lui, de la sublimation au cours du vieillissement et la considère comme le « meilleur moyen de lutter contre la castration » et de revitaliser le narcissisme sain.

Marion Péruchon en 2004 constate qu'une série d'écrivains, avec le vieillissement, se mettent à rédiger leurs biographies, autobiographies. Elle y voit une activité sublimatoire, qu'elle qualifie d'anaclitique, qui serait le témoin d'un appui objectalisé (c'est à dire la rédaction du livre) « venant combler le vide créatif qui se creuse ». Cette sublimation serait un « recours salvateur à l'objet, vecteur d'amour, dont la valeur revigorante et intrigante n'est plus à prouver ». [8]

Le trouble accumulatif dans le syndrome de Diogène serait alors un moyen de combler un « vide » affectif voire existentiel pour les sujets. L'accumulation d'objets représenterait le maintien de la survie du sujet.

#### V.4.3. Le clivage du moi

Le clivage du moi représente la défense anti-traumatique. On le rencontre à tous les âges, mais il occupe une place privilégiée dans la vie psychique de la personne âgée.

Le Gouès reprend une citation de Claude Lévi-Strauss à 98 ans. L'anthropologue nous fait part de son sentiment d'être un hologramme brisé qui ne possède plus son unité entière. Il exprime un Moi réel, qui n'est plus qu'une partie de ce qu'il était, et un Moi virtuel, qui

conserve une idée du tout. Le Moi virtuel organise la vie et les projets, mais le Moi réel n'arrive plus à suivre.

Freud reprend cette notion du clivage du moi en 1938, peu avant sa mort. Il observe de façon déconcertante la capacité du moi de se détourner de la réalité. Il révèle la place prise par le déni et le clivage dans la défense du moi au grand âge.

Face à l'image d'un corps fragilisé, le moi qui n'est plus en mesure d'assurer ses fonctions recourt au clivage. Cette division consciente permet, de façon paradoxale, de préserver le sentiment d'unité du sujet sans préserver le sentiment d'identité. [8]

Cette notion de clivage et de déni se retrouve chez les patients Diogènes. Si le clivage semble être un mécanisme défensif typique et normal du vieillissement, il pourrait prendre une dimension pathologique dans le syndrome. L'anosognosie de ces sujets les poussent à se retirer du monde extérieur et cultiver leur méfiance, leur hostilité envers autrui.

#### V.5. Structure psychotique

Certains auteurs abordent les personnes atteintes du syndrome de Diogène comme un individu atteint d'une symptomatologie de nature schizophrénique mais chez qui les troubles porteraient sur la désorganisation et l'atteinte cognitive. Cette approche est reprise dans le concept du « syndrome de Saillance ».

La saillance se définit par l'émergence d'une figure sur un fond. On distingue la saillance physique (liée aux caractéristiques physiques de l'objet), la saillance cognitive (liée aux processus cognitifs du sujet) et la saillance émotionnelle (en lien avec l'effet provoqué chez le sujet). Selon ce concept, l'objet mobiliserait des mécanismes attentionnels en fonction de ses caractéristiques physiques. L'attention sera ainsi captée par l'objet et améliorera le traitement de l'information ainsi sélectionnée, le reste étant ignoré. La charge



émotionnelle aura un impact sur la saillance de l'objet. [90]

Les troubles cognitifs, des patients schizophrènes, empêchent la distinction des informations pertinentes. L'hypothèse dans le syndrome de Diogène, serait une dysrégulation de la saillance cognitive et émotionnelle de l'objet amenant le patient à accumuler de façon compulsive. [24][81]

Pour Frosch (1983), la menace perpétuelle de destruction et l'angoisse de morcellement constituent le Moi psychotique. Le patient psychotique est d'autant plus fragmenté que des pertes surviennent. Ainsi, il développerait un syndrome de Diogène pour reconstituer son Moi menacé. [5]

Kocher, à partir de la structure de la personnalité de Bergeret, retrouve lors de ses entretiens les éléments cliniques suivants :

- l'angoisse des sujets serait une angoisse de morcellement, centrée sur la menace d'intrusion.
- le mode de relation à l'objet serait la fusion.
- les mécanismes défensifs seraient le déni d'une partie de la réalité, le clivage des pulsions, et la projection.
- l'expression du symptôme serait le délire paranoïaque.

Devant l'angoisse du vieillissement, les individus auraient décompensé leur personnalité selon un mode régressif. Ce comportement régressif serait une réaction contre l'angoisse survenue à la suite de pertes importantes.[60] [63]

En 1999, Trillat émet une hypothèse sur le lien entre le psychisme du psychotique et le logement. L'intérieur de l'appartement représenterait une projection psychotique du sujet. Par ce mécanisme, le patient évacue des projections, des pulsions irrecevables

aboutissant au syndrome de Diogène. Ainsi, on retrouve le tableau des symptômes négatifs de la schizophrénie avec l'aboulie, l'apragmatisme, l'incurie. Cette symptomatologie conduirait à l'extrême négligence de l'hygiène corporelle et de l'habitat.

[5]

Hanon met en lien l'oralité et les phénomènes de remplissage (comme la potomanie et l'hyperphagie) avec le syndrome de Diogène actif. La sensation de continuité du corps est altérée chez les schizophrènes, les phénomènes de remplissage et les processus d'accumulation actifs permettraient à ces sujets d'appréhender les limites du corps. [8]

## **VI. Analyse de cas clinique au domicile**

### VI.1. Présentation de l'étude

Nous avons réalisé une enquête descriptive sur la période d'avril à décembre 2018. Les lieux d'études étaient l'agglomération Lilloise, Valenciennoise et Dunkerquoise. Les entretiens furent accompagnés par les gestionnaires de cas de la MAIA du littoral Flandres, de Valenciennes et de l'agglomération lilloise, ainsi que par les agents du CLIC littoral et du service hygiène et santé (SHS) de la direction logement de Dunkerque.

Le pilote MAIA du littoral fut notre interlocuteur privilégié concernant l'organisation des visites à domicile et la prise de contact avec les différentes MAIA de la région, le réseau CLIC et le SHS. Trois réunions ont été organisées avec les gestionnaires de cas, la direction logement et le CLIC dans le but d'exposer les critères d'inclusions de l'étude et l'aide au repérage des situations présentant un syndrome de Diogène.

Une fois les situations repérées et remplissant les critères d'inclusions, un accord oral ou écrit a été demandé par les agents aux patients. Dans cet accord, les agents spécifiaient qu'ils seraient accompagnés d'un interne réalisant une étude dans le cadre de sa thèse. L'interne mènerait alors un entretien au domicile. Il n'y avait aucun refus à noter parmi les sujets inclus.

Il n'a pas été réalisé d'analyse statistique compte tenu du faible nombre de patients sélectionnés.

### VI.1.1. les critères d'inclusion de l'étude

L'inclusion des sujets de l'étude s'est faite à partir des critères de l'étude de Monfort [1] en considérant le critère principal comme l'absence de demande à l'égard des services sociaux et médico-sociaux, avec ou sans refus des aides. Le critère principal devait être associé avec le rapport pathologique aux objets. Les critères secondaires étaient le rapport pathologique au corps et aux autres.

Les critères d'inclusion furent envoyés au gestionnaire de cas de la MAIA du littoral Flandres, de Valenciennes, de l'agglomération Lilloise, aux agents du CLIC et du service hygiène et santé.

Parmi les 16 sujets proposés, nous avons choisi d'exclure :

- les « Diogènes vides », afin d'analyser uniquement les sujets présentant un Hoarding disorder,
- les patients ayant moins de 65 ans pour réaliser une étude psychogériatrique.

### VI.1.2. Autres critères recherchés

Les entretiens réalisés cherchaient à recueillir les éléments suivants :

- l'âge,
- le type de logement et si le patient en était propriétaire ou locataire,
- les circonstances de découvertes de la situation,
- la présence d'une pathologie psychiatrique et si il existait un suivi actuel ou ancien avec un psychiatre,
- les comorbidités addictologiques,

- les antécédents médico-chirurgicaux comprenant la présence d'une pathologie neurodégénérative avec la réalisation d'un bilan, la présence d'une ou plusieurs pathologies somatiques,
- l'état nutritionnel avec les résultats d'un bilan biologique,
- l'autonomie du patient,
- un traitement à domicile, auquel cas si le patient est bien observant et qu'il cherche à se soigner,
- l'évaluation environnementale,
- l'histoire de vie,
- la vie familiale,
- la profession exercée,
- concernant le niveau intellectuel, il était apprécié par les capacités d'élaboration et de compréhension des sujets étant donné l'absence de bilan intellectuel réalisé,
- la présence d'un porteur de panier,
- la mise en place d'une mesure de protection des biens,
- la recherche d'un trouble exceptionnel de la personnalité décrit par Monfort [1],
- un événement dramatique,
- l'accumulation active ou passive,
- le devenir des personnes.

Si l'entretien ne permettait pas d'obtenir la totalité des informations, l'étude du dossier médico-social complétait les données manquantes. Une deuxième visite pouvait également être réalisée au cas où les données recueillies, à l'entretien et par l'étude des dossiers, n'étaient pas suffisantes.

### VI.1.3. Gestionnaire de cas de la MAIA [29][31]

Elle désigne la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Cette méthode est conçue dans le but d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées de plus de 60 ans.

La MAIA s'adresse donc aux personnes de 60 ans et plus, polypathologiques en perte d'autonomie fonctionnelle. De manière dérogatoire, quel que soit l'âge, elle concerne les personnes atteintes d'une pathologie démentielle.

La MAIA est constituée par :

- le pilote MAIA qui est chargé de veiller à la cohérence des interventions par l'engagement de chacun des acteurs dans ce projet de territoire. Il établit un diagnostic organisationnel approfondi d'identification des ressources, de connaissance des acteurs et des interventions du territoire. Il associe tous les acteurs, opérateurs concernés par la situation. Il organise et anime les instances de concertation tactique et stratégique en lien avec l'agence régionale de santé (ARS) et le conseil départemental.
- les gestionnaires de cas sont sous la responsabilité du pilote. Ils interviennent à la suite du repérage des situations complexes. Ils réalisent l'évaluation multidimensionnelle, définissent le plan de service individualisé et planifient le recours aux services et assurent le suivi. Ils sont au nombre de 2 à 3 et possèdent un diplôme inter-universitaire gestion de cas. De manière plus générale, on retrouve un psychologue, une assistante sociale et une infirmière par MAIA. Ils prennent en charge 40 personnes par gestionnaire de cas.

La gestion de cas consiste à accompagner et suivre au long cours les personnes relevant des critères nationaux d'orientation vers la gestion de cas (annexe 3), dans le respect de leur projet de vie et avec leur consentement. Les gestionnaires de cas sont les

interlocuteurs privilégiés de la personne, de l'entourage, une personne ressource pour les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ils réalisent donc l'évaluation multidimensionnelle de la personne, c'est à dire l'analyse des aspects physiques, psychiques, sociaux et fonctionnels (volet domicile d'InterRAI).

La méthode s'adresse, en l'absence de situation médicale aiguë ou de crise aux personnes de plus de 60 ans souhaitant rester au domicile. La situation doit répondre aux trois critères suivants :

- une situation instable compromettant le maintien à domicile. Trois problèmes doivent être présents pour valider le critère comprenant : un problème d'autonomie fonctionnelle (AVQ ou AIVQ décrit dans l'annexe 3), un problème d'autonomie décisionnelle et relevant du champ médical.
- les aides et les soins sont insuffisants.
- il n'existe pas d'entourage proche en mesure de mettre en place et de coordonner dans la durée les réponses aux besoins.

Le patient n'est plus pris en charge en cas de déménagement du secteur, de décès, d'entrée en hébergement ( avec un suivi pendant 3 mois suite à l'entrée en institution) et l'arrêt des soins demandé par la personne.

Le rôle du gestionnaire de cas est de rendre visite régulièrement à la personne pris en charge, pour repérer l'ensemble des besoins en matière de santé, d'adaptation du logement, de gestion administrative. Il fait le point sur les aides déjà mises en place avec les différents intervenants. Cela lui permet de planifier, suivre et réajuster les interventions si nécessaire.

#### VI.1.4. Le réseau CLIC [30]

Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) sont des centres d'accueil, de coordination et d'information adressés aux personnes âgées et à leur entourage, ainsi qu'aux professionnels du maintien à domicile et de la gérontologie. Les CLIC rassemblent les informations utiles pour le quotidien de la personne âgée comme les aides financières, le maintien à domicile, l'amélioration de l'habitat, les structures d'hébergement, les mesures de protection, les loisirs, la vie sociale et relationnelle. Les CLIC sont des observatoires des questions gérontologiques sur un territoire précis.

Le CLIC est composé par un chargé d'accueil, un coordonnateur, des professionnels de santé et du secteur social. Ils communiquent régulièrement avec les professionnels de la gérontologie du secteur. Il existe 600 CLIC classés en trois catégories selon leur niveau d'intervention :

- le niveau 1 qui informe la personne âgée et son entourage, les orientent vers les services concernés. Ils facilitent les démarches à entreprendre comme la demande d'allocation personnalisée d'autonomie.
- le niveau 2 qui intervient en complément du CLIC de niveau 1 par l'évaluation de la situation et des besoins et par la mise en place d'un plan d'aide individuel.
- le niveau 3 assure le suivi et la coordination du plan d'aide personnalisé.

Le CLIC informe et oriente, lors d'une rencontre au service ou à domicile, les personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie. Mais il peut également informer et orienter toute personne en situation de handicap de plus de 18 ans vers les services adaptés à la demande.

De plus, il s'assure de la mise en place des aides et de leur adéquation à l'évolution de la situation dans le cadre d'un accompagnement individualisé.



Des conférences, forums, débats et journées d'étude sont organisés par le CLIC pour communiquer sur différentes problématiques adaptées aux préoccupations actuelles. Avec les partenaires réunis en commission, le CLIC a pour objectif d'impulser de nouvelles dynamiques et de rendre compte aux instances des faiblesses identifiées sur le territoire.

#### VI.1.5. Service hygiène et santé de la direction logement de Dunkerque [29]

Le service hygiène et santé fait partie de la direction logement de Dunkerque. Il est composé par :

- le service logement
- le service accompagnement social lié au logement
- le service communal d'hygiène et de santé, constitué par le pool administratif

comprenant une assistante administrative et un gestionnaire de dossier, le pool technique comprenant trois techniciens sanitaires (qui réalisent des visites sur site), le responsable de service.

L'objectif du service hygiène et santé (SHS) est le contrôle des logements afin de garantir le traitement de toutes les situations de mal-logement portées à leur connaissance et de permettre l'accès à un parc locatif décent.

Il intervient dans la lutte contre la mise à disposition de logements indignes ou insalubres et dans la lutte contre le putrescible et les nuisibles.

Le SHS prend en compte les risques sanitaires spécifiques comprenant par exemple la présence de plomb et d'amiante.

Leur mission consiste également en l'accompagnement, l'information des bailleurs et des locataires sur les aides mobilisables pour la rénovation, la réhabilitation, la gestion des conflits de voisinage.

De plus, il vérifie la conformité des logements vis-à-vis des réglementations applicables.

Le SHS coordonne et mobilise les acteurs en matière de logement sur le territoire de Dunkerque et des communes associées.

Il peut intervenir dans la gestion des cas d'intoxications avérées au monoxyde de carbone.

Il mène une enquête au préalable et s'assure de l'éradication de l'intoxication.

L'insalubrité s'analyse au cas par cas et après visite des lieux, en se référant à une liste de critères d'évaluation. L'évaluation de l'état d'insalubrité se fait à partir de :

- l'éclairage naturel des pièces principales.
- les structures du logement (c'est à dire l'organisation intérieure, la dimensions des pièces, la protection phonique, l'isolation thermique, l'état des surfaces).
- les facteurs de risques spécifiques comme l'installation de combustion, les toxiques présents tels que les peintures au plomb, amiante et les risques de chutes de personnes.
- l'humidité et l'aération des pièces
- les équipements tels que l'alimentation en eau potable, l'évacuation des eaux usées, l'électricité, le gaz, le chauffage, la cuisine, la salle de bain et la salle d'eau.
- l'usage et l'entretien des lieux (la propreté, le mode d'occupation et la sur-occupation).

En règle général, le service communal d'hygiène et de santé ou des agents d'une agence régionale de santé interviennent pour visiter le logement et réaliser un rapport concluant à l'insalubrité ou non. Une fois que le rapport conclut à l'insalubrité, le préfet consulte dans les deux mois une commission départementale compétente en matière d'environnement, de risques sanitaires et technologiques. Le préfet en informe le propriétaire concerné, par lettre recommandée avec avis de réception, qu'une réunion va se tenir avec cette commission. La lettre doit lui être parvenue au minimum 30 jours avant la tenue de cette réunion afin qu'il puisse produire ses observations. Après avis de la commission, le préfet prend un arrêté d'insalubrité remédiable ou irrémédiable. Le préfet notifie l'arrêté d'insalubrité au propriétaire, cet arrêté est affiché en mairie.

## VI.2. Les cas cliniques

### VI.2.1. Cas clinique n°1 : Madame D.

Mme D. est une patiente née en 1945 dans la région de Dunkerque. Elle est la troisième enfant d'une fratrie de trois. Sa mère était femme au foyer et son père était cadre administratif. La patiente est célibataire, sans enfants.

On retrouve dans ses antécédents médicaux : une insuffisance respiratoire chronique, un syndrome d'apnée du sommeil appareillé, une obésité morbide.

Son traitement comprend Lovenox 4000 UI et Kardegic 75mg compte tenu de l'alitement prolongé.

Il n'y a pas de comorbidités addictologiques ni de pathologies neurodégénératives retrouvées.

Mme D. explique qu'elle avait pu bénéficier d'un suivi au CMP en 1989 auquel elle n'a pas adhéré suite au décès de son père. Elle a consulté un psychiatre libéral, pour un état dépressif selon ses dires, pendant plusieurs années. Finalement elle a décidé d'arrêter son suivi, il y a 4 ans de cela.

Il n'y a pas de bilan nutritionnel récent.

Elle a bénéficié de l'aide de différents services sociaux pendant de nombreuses années. C'est le voisinage qui a alerté la mairie devant les nuisances du quotidien. Mme D. est également passée en commission de surendettement suite à de nombreux achats téléphoniques. Elle a épuisé plusieurs services d'aides à domicile dont le service ADHAP (Aide à Domicile, Hygiène et Assistance aux Personnes) qui voulait exercer leur droit de retrait. En effet, au vue des conditions environnementales de travail (encombrement) et du

comportement « désagréable » de la patiente, le service a voulu arrêter ses prestations. Ils ont interpellé la MAIA pour une aide à la prise en charge.

Suite au premier passage, le gestionnaire de cas en charge de Mme D. organise le plan de service individualisé (PSI) avec pour objectif : de maintenir un suivi médical avec le médecin généraliste ; de repérer l'efficacité d'un suivi psychiatrique ; de sensibiliser la patiente à la nécessité du passage d'une infirmière libérale à domicile pour la prise du traitement et de l'utilisation de son appareil à oxygène ; d'évaluer les possibilités de transfert pour éviter un alitement constant ; de compenser son incapacité partielle à la toilette et son incapacité totale à la préparation des repas ; de maintenir un lien social ; de sensibiliser la patiente au désencombrement pour améliorer les conditions de travail des professionnels intervenant au domicile ; d'évaluer ses capacités à gérer un budget. La situation reste très fragile puisque Mme D. n'accepte pas facilement les aides et les soins qui lui sont proposés.

La patiente habite au premier étage d'une résidence de Dunkerque d'un appartement dont elle est locataire. Le gestionnaire de cas explique que compte tenu de l'obésité morbide, il devenait difficile pour la patiente de sortir de chez elle. À notre arrivée devant la porte d'entrée, nous ouvrons la porte grâce à un double de clé que la patiente avait fourni au préalable. Mme D. nous attend allongée dans son lit en robe de chambre. Elle nous dit de venir dans sa chambre car elle a des difficultés à se lever. L'accès jusque sa chambre s'avère plutôt compliqué, on retrouve des cartons empilés sur des chaises qui bordent un couloir étroit amenant à sa chambre. Le salon est rempli de vêtements encore dans les housses de pressing. Une odeur forte, mélangeant urine et le reste de son repas, vient nous imprégner. En arrivant à la chambre, on constate des étagères qui débordent de « petits objets inutiles » datant de plusieurs années. Tout cela laisse évidemment peu de place pour circuler, sans compter le lit médicalisé qu'elle bénéficie. Plusieurs plateaux

repas à moitié entamés sont disposés le long de son lit, la patiente nous précise qu'elle finira ses plateaux plus tard. Nous faisons donc l'entretien dans sa chambre.

Le contact est bon, la patiente élabore bien sur ses difficultés. Elle est souriante et enclin au dialogue.

Durant l'entretien, elle fait part de son enfance et de sa relation fusionnelle avec sa mère.

Un événement l'a marquée particulièrement, le jour où sa mère et elle se sont disputées.

Sa mère l'aurait menacée de ne plus laver ses draps. Mme D. explique l'importance de la fraîcheur, elle décrit un sentiment d'ivresse aux odeurs de draps frais. Sa mère était quelqu'un d'altruiste et sincère selon Mme. La patiente avait 19 ans le jour où sa mère est décédée.

Mme ne semble pas vouloir parler d'autre chose que de la relation avec sa mère. On apprend péniblement qu'elle était dactylographe. Par la suite elle a continué de vivre avec son père jusqu'à son décès, qu'elle décrit comme psychorigide malhonnête et misogyne. Il n'y a plus aucun contact avec ses frères actuellement. Elle évoque n'avoir eu aucune relations amoureuses car « on ne peut pas faire confiance aux hommes » et qu'elle « n'en voyait pas l'utilité ».

L'entretien retrouve des préoccupations par des doutes concernant la loyauté de son entourage et l'impression que les autres la manipulent. Elle se justifie par le fait qu'elle soit une personne candide que son père a essayé d'endurcir. On ne retrouve aucun délire dans son discours, ni d'hallucinations acoustico-verbales. La fluence verbale est conservée, il n'y a pas de ralentissement psycho-moteur. Mme D. recherche des sensations olfactives par l'accumulation de vêtements passés au pressing. Cette recherche de sensation semble être le seul moyen qu'elle a de garder contact avec sa mère.

On retrouve un syndrome de Diogène complet avec l'absence de demande, une relation pathologique au corps, aux objets et aux autres. Le Diogène est catégorisé comme actif. Selon le trouble de la personnalité exceptionnelle de Monfort, on pourrait la décrire comme personnalité « forte » de part les traits paranoïaques qu'elle présente. Le syndrome de Diogène a été constaté par les services sociaux en 2006 suite à l'appel du voisinage. Cela laisse supposer que la diogénisation a débuté après le décès de son père, Mme D. ne nous l'explique pas.

Une hospitalisation en pneumologie a été programmée par son médecin traitant afin d'évaluer les répercussions de son insuffisance respiratoire chronique. Devant la forte personnalité de la patiente, les médecins du service avaient demandé un avis psychiatrique avant de débiter la prise en charge.

L'objectif à long terme reste le maintien à domicile. Une mesure de protection des biens est en cours devant les difficultés financières et de gestion d'un budget de la patiente.

#### VI.2.2. Cas clinique n°2 : Mr D.

Mr D. est né en 1939, il a deux sœurs et un frère qu'il ne voit plus. Ses parents sont décédés, son père exerçait la profession de radio technicien électricien. Sa scolarité s'est déroulée à Audruicq puis en collège Technique. Il fut apprenti et s'est engagé dans l'armée. Il se marie à l'âge de 22 ans, de cette union naîtra un fils. À ce moment il travaille dans le magasin de radioélectricité de ses parents. Il se marie à nouveau à l'âge de 30 ans et il aura trois enfants de ce second mariage. Mr D. travaille comme commercial à Cambrai. Par la suite, il monte une entreprise de signalétique à côté de Dunkerque.

Dans ses antécédents médico-chirurgicaux, on retrouve un diabète de type 2, des troubles du rythme cardiaque ayant nécessité la pose d'un pacemaker, une hernie inguinale droite opérée en 2005, une appendicectomie, un traumatisme crânien après une chute, une hospitalisation en court séjour gériatrique en 2015 pour bilan somatique.

Le patient bénéficie d'un suivi psychiatrique au CMP pour des idées délirantes à thème de persécution associées à des hallucinations visuelles et auditives sans syndrome schizophrénique.

Mr D. consomme régulièrement du vin en cubi qu'il n'arrive pas à quantifier.

Le traitement à domicile comprend : Glucophage 850 deux comprimés par jour, Xarelto un comprimé le soir. Il n'y a pas de traitement psychiatrique.

L'hospitalisation en gériatrie a retrouvé une altération des capacités cognitives avec des troubles mnésiques. Le MMS était à 18/30 avec le maintien d'une autonomie relative pour les actes de la vie quotidienne (échelle ADL : 5/6, échelle IADL : 4/8). Le patient a besoin de protections pour une incontinence urinaire, ainsi que des aides pour la toilette. Son séjour a permis la découverte d'une arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire et de son diabète. La marche s'effectue les genoux fléchis en raison d'un syndrome post-chute. Au niveau cutané, un eczéma bilatéral des membres inférieurs avec des lésions suintantes chroniques a été retrouvé.

Sur le plan nutritionnel, on ne retrouve pas de données.

Le patient vit seul dans une maison sur Dunkerque dont il est propriétaire. Son épouse est atteinte de la maladie d'Alzheimer et vit actuellement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Elle bénéficie d'une tutelle. Sa femme bénéficiait d'aides à domicile, c'est à cette occasion que l'encombrement au domicile fut découvert.

Un premier contact a pu être fait avec Mr D. suite à l'institutionnalisation de son épouse en

2014. Devant ses difficultés financières et de gestion administrative, un dossier de surendettement a été mis en place. C'est à cette occasion que la MAIA s'est occupée du dossier de Mr D. Son fils aîné serait le porteur de panier, il s'occupe des courses. L'électricité a été coupée car les factures n'étaient pas payées. Le patient n'effectue aucune tâche administrative et ne gère pas son budget. Une expertise psychiatrique a été faite pour la mise en place d'une mesure de protection des biens.

La maison de Mr D. dénote du reste du quartier. Une caravane débordante se trouve dans l'entrée de jardin du patient. Le jardin et les buissons ne sont pas tondues. Le patient nous ouvre avec un grand sourire, le contact est bon. L'accès à l'étage et à la cave n'est plus possible du fait de l'encombrement important. Il n'y a également plus de possibilité d'accès à son atelier dans son jardin. Mr D. collectionne énormément d'outils en tout genre. Il explique qu'il garde des anciens meubles « au cas où » il déciderait de les remettre à neuf. On retrouve des meubles et des caisses d'outils le long des murs du salon. Le patient a « apprivoisé » deux pigeons pour lesquels il a construit un perchoir et qu'il nourrit régulièrement.

L'entretien retrouve une conscience claire, sans désorientation temporo-spatiale. Il peut préciser la date du jour sans difficultés. On note quelques difficultés mnésiques avec une digression dans le discours. L'humeur est syntone, on ne retrouve pas d'idées délirantes dans son discours. Le gestionnaire de cas, neuropsychologue de formation, précise qu'elle n'a jamais retrouvé de mécanismes hallucinatoires lors de ses visites précédentes. Mr D. évoque son histoire de vie sans difficultés ainsi que ses mariages. Il fait part de son service dans l'armée et évoque un accident en Algérie sans préciser les circonstances. Il dit que depuis ce jour, il n'a plus été le même. L'accès aux affects est difficile, il évoque ses mariages en prétextant « qu'il fallait bien se marier ». Son entourage le décrit comme



une personne autoritaire qui n'accepte pas la contradiction. Le discours de Mr D. est surtout tourné sur les détails ainsi que sa passion pour la récupération d'objets. Il explique qu'il ne jette rien car « on peut finir par trouver une utilité » aux objets. Selon ses dires, il aurait essayé de vendre certains objets, mais les acheteurs tentaient de « l'arnaquer ». Mr D. présente un Diogène actif qui entraîne un découvert régulier de ses comptes. Le syndrome de Diogène est complet avec l'association de l'entassement, l'incurie et la misanthropie. On retrouve une personnalité de type forte dans le trouble des personnalités exceptionnelles. Il est ici difficile d'estimer le début du processus de diogénisation. Son fils dit qu'il n'a jamais vu son père se séparer d'un objet. Le devenir du patient est le maintien à domicile.

#### VI.2.3. Cas clinique n°3 : Mme G.

Mme G. est née en 1940. Elle s'est mariée à l'âge de 23 ans. Elle a eu deux fils jumeaux de ce mariage. Son mari travaillait comme garagiste, la patiente était mère au foyer. Mme G. est veuve depuis 2012, elle vit actuellement avec ses deux fils âgés de 50 ans atteints de schizophrénie dont elle s'occupe. Ils vivent à trois dans une maison dont ils sont locataires sur Hondschoote. Ses enfants ont un suivi régulier au CMP et bénéficient de visites à domicile de l'infirmier en psychiatrie. Ils sont observants sur le traitement par neuroleptique. Chacun des fils perçoit l'AAH, ainsi qu'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Mme vient de terminer de régler son deuxième plan de surendettement.

On retrouve dans les antécédents de la patiente une hypertension artérielle, des infections urinaires à répétition, une fracture du condyle interne du genou gauche avec une gonarthrose, une hystérectomie.

Elle n'a pas d'antécédents de suivi psychiatrique et dit consommer 2 verres de vin le midi et 2 verres le soir. Il n'y a pas d'intoxication tabagique.

On ne décrit pas d'altération des troubles cognitifs chez la patiente.

Le traitement comprend Bisoprolol 2,5mg, Selexid 200, Eliquis 5mg.

Mme G. se déplace avec un déambulateur, elle est indépendante pour les activités quotidiennes avec une échelle ADL à 5,5/6. L'aide à domicile en milieu rural (ADMR) vient une fois par semaine pour du temps de ménage.

Il n'y a pas de dénutrition retrouvée.

Suite au décès de l'époux en 2012, le voisinage a alerté la mairie pour des nuisances (logement insalubre avec la présence de nuisibles). L'unité territoriale de prévention et d'action sociale (UTPAS) a relogé rapidement la famille. Le comportement d'entassement s'est reproduit dans le nouveau logement, l'adjoint au maire a sollicité une nouvelle fois l'UTPAS pour maintenir l'accompagnement de la famille. Une aide ménagère régulière est instaurée par l'ADMR. En début d'année 2018, Mme G. est amenée aux urgences suite à une chute d'allure mécanique dans un contexte de syndrome grippal. L'équipe mobile gériatrique vient la rencontrer aux urgences et lui proposent des aides à domicile que la patiente accepte. Ils décident, avec son accord, de la mise en place d'une télé alarme, d'un suivi avec un kinésithérapeute, d'une aide à la toilette devant l'état d'incurie et les troubles de la continence de la patiente. Un contact avec le CLIC des moulins des Flandres est débuté pour l'accompagnement, la pérennisation des aides et évoquer l'avenir de ses fils. Une demande de tutelle a été faite pour les trois membres de la famille, mais les fils ont refusé catégoriquement. Seule la patiente est sous tutelle.

À notre arrivée chez la patiente, des déchets d'équipements électriques jonchent la devanture de la maison. Mme G. nous accueille facilement et nous amène sur la table du

salon pour l'entretien. Des sacs poubelles se trouvent en dessous de la table et on retrouve du linge sale sur les canapés. Le logement est peu meublé, mais de nombreux cartons sont disposés dans la pièce. Les médicaments de la patiente sont regroupés dans une grande boîte de façon désordonnée. Elle éprouve de grandes difficultés à marcher et décrit des douleurs chroniques au genou gauche. La patiente présente une incurie modérée qu'elle explique par la difficulté d'effectuer des gestes simples. L'un de ses deux fils vient nous saluer, puis décide de s'installer dos à nous sur le fauteuil du salon devant la télé éteinte. Il interviendra quelquefois durant l'entretien toujours le dos tourné.

La patiente n'est pas confuse, elle est bien orientée dans le temps et dans l'espace. L'humeur est stable, elle n'évoque pas d'angoisses. Le discours est cohérent et adapté. Mme explique qu'elle n'a plus de téléphone fixe, car la ligne téléphonique aurait été sectionnée par les voisins (effectivement, on constate un câble sectionné en sortant de la maison). Elle aimerait également avoir plus d'aides ménagères car le « lendemain, cela ne se voit plus que le ménage a été fait ». Mme G. décrit de fortes préoccupations quant à l'avenir de ses fils et nous dit qu'elle a souscrit à une assurance décès. Elle aimerait que ses fils soient sous mesure de protection des biens. Plusieurs fois durant l'entretien, elle nous fait part de ses inquiétudes sur l'avenir de ses enfants.

Par la suite, nous avons eu contact avec l'aide ménagère qui explique que les deux fils refusent de jeter les débris et contribuent à la dégradation du logement. La patiente semble dépasser par les comportements d'accumulation passifs de ses fils du fait de sa fragilité physique. Cette situation fait évoquer un Diogène par procuration, Mme G. serait dans ce contexte le porteur de panier. Afin de mieux analyser le comportement, nous avons proposé un entretien individuel avec les fils qu'ils ont refusé. On peut supposer que le père était un facteur protecteur jusqu'à son décès, où la situation fut révélée.

L'objectif est le maintien à domicile, ainsi que la mise sous tutelle des fils.

#### VI.2.4. Cas clinique n°4 : Mme M.

La patiente est née en 1934. Elle est veuve depuis 2000, elle a deux filles. Une fille qui vit sur Paris et la deuxième fille sur Dunkerque qui est très présente. Elle était gérante de cantine dans une clinique privée. Selon Mme M., son mari avait un haut poste qui l'amenait à voyager beaucoup mais elle ne sait pas nous en dire plus. Elle vit seule dans une maison à plusieurs étages dont elle était la propriétaire avec son mari.

Ses antécédents médicaux sont marqués par une hypertension artérielle, un anévrisme de l'aorte abdominale, une hospitalisation pour une pyélonéphrite en 2017 et en 2018, un carcinome urothélial nécessitant une cystectomie en 2015, une appendicectomie, une hystérectomie, une cataracte, un hallux valgus, des chutes à répétition, une fracture des os propre du nez.

Elle présente une démence mixte (Alzheimer et vasculaire) légère à modérée avec un MMS à 20/30.

Un syndrome confusionnel est à noter lors de son hospitalisation pour pyélonéphrite en 2017 lié à la fragilité cognitive avec comme facteur précipitant le mécanisme infectieux.

Un avis psychiatrique a été demandé lors d'une hospitalisation en 2014 en court séjour gériatrique pour prise en charge d'un délire de persécution sur un terrain de pathologie démentielle. L'examen neurologique était normal, sans épisode infectieux retrouvé.

L'imagerie cérébrale fait état d'une leucopathie vasculaire chronique. Le psychiatre retrouvait quelques idées de persécution avec une interrogation sur un trouble de la personnalité de type paranoïaque. Un traitement par Risperidone avait été débuté.

Il n'y a pas de comorbidités addictologiques.

Le traitement à domicile comporte Lercanidipine 10mg, Venlafaxine 75mg, Movicol et Rivastigmine 2,5mg/24h.

Sur le plan de l'autonomie, la patiente est incontinente occasionnelle et nécessite une aide partielle pour l'habillage, aller aux toilettes, la locomotion et les repas. L'échelle de KATZ est de 2,5/6. Elle est dépendante pour l'hygiène corporelle et se déplace en se tenant aux meubles malgré la prescription d'un Rollator 4 roues. Sur le plan nutritionnel, on ne retrouve pas de dénutrition protéino-énergétique.

Une demande de mise sous protection judiciaire est en cours. Elle ne bénéficie plus d'aucune aide à domicile car Mme a accumulé des droits de retrait de plusieurs associations. Un passage d'une IDE libérale trois fois par jour est effectué pour les soins.

Suite à l'hospitalisation en 2014 en gériatrie pour un délire de persécution, un contact avec la MAIA a été établi dans l'objectif de l'aide au maintien à domicile et rompre l'isolement social. En effet, Mme M. refuse le placement en EHPAD. C'est suite à la visite par le gestionnaire de cas qu'un syndrome de Diogène a été constaté devant l'encombrement et l'insalubrité de l'habitat. Une APA d'urgence a été demandé au décours de son hospitalisation en 2018 et obtenue en GIR 3. Elle bénéficie du portage des repas.

Mme M. habite une grande maison à plusieurs étages dans le centre de Dunkerque. Le logement semble bien entretenu vu de l'extérieur. L'entrée passe par le salon où l'on peut constater des vêtements éparpillés partout dans la pièce. La piste d'habits continue jusque la terrasse. La cuisine est remplie de vaisselles sales et de repas périmés. La patiente nous attend sur la terrasse, assise dans son fauteuil. Mme est souriante et calme au premier abord.

L'entretien retrace son parcours de vie et sa vie de famille. Elle décrit son mari comme un homme « élégant », « respectable » qui l'a « fait beaucoup voyagé ». Une discussion avec sa fille nous rapportera le contraire. Sa fille décrivait une personne tyrannique qui faisait

en sorte d'être le moins présent au domicile. Mme M. explique qu'elle ne peut pas se résoudre à quitter son logement car c'est le foyer qu'elle a fondé avec son mari. Elle ne comprend pas pourquoi tant de gens s'efforcent à la faire partir et lui imposent des règles dans son propre domicile. Lorsque l'on aborde la question des habits dispersés, elle répond qu'elle ne comprend pas pourquoi il faudrait ranger les vêtements. Elle met en avant le côté pragmatique d'avoir facilement accès à ses habits. Elle se décrit comme « coquette » et qu'elle a toujours aimé être bien habillée. Sa fille nous confirmera qu'elle a accumulé beaucoup de vêtements depuis le décès de son père. De plus, Mme M. a beaucoup de mal à se séparer de ses vieux objets auxquels elle porte un attachement particulier. Au final, Mme M. semble rester figée dans un passé avec son époux et idéalise leur relation depuis son décès.

On retrouve un tableau de Diogène partiel, la relation pathologique au corps reste difficile à évaluer au vu de ses difficultés pour la toilette et l'hygiène corporel. La patiente présente une absence totale de demande avec refus des aides. La personnalité ainsi associée serait de type forte. Le processus de diogénisation serait apparu suite au décès de son mari selon un mode actif.

Le devenir est le maintien à domicile avec la mise en place d'une mesure de protection judiciaire.

#### VI.2.5. Cas clinique n°5 : Mme V.

Mme V. est âgée de 67 ans, elle n'a pas d'enfants et vit seule dans un appartement dont elle est locataire sur Dunkerque. Elle est la cinquième enfant d'une fratrie de cinq. Elle a une sœur jumelle qui est décédée l'an dernier dont on ne connaît pas la cause. Elle n'a plus aucun contact avec ses trois frères.

Dans les antécédents médicaux, on retrouve un diabète de type 2, une fracture de Pouteau Colles du poignet droit avec réduction par ostéosynthèse en 2016, un cancer du sein droit avec mammectomie (une mammographie récente n'a pas retrouvé de lésions). Mme V. présente un handicap mental sans précision pour lequel un suivi par le SAMO (Services et Actions en Milieu Ouvert) a été mis en place.

En ce qui concerne les comorbidités addictologiques, il y a une notion de consommation de bières régulière sans que l'on puisse quantifier la dose.

Le traitement comporte Répaglinide 4mg, Metformine 850mg et Xanax 0,50mg instauré par le médecin traitant.

Le suivi médical est aléatoire, c'est son médecin traitant qui passe la voir une fois par mois au domicile. Le gestionnaire de cas s'occupe de la coordination des soins médicaux, étant donné que la patiente n'organise pas son suivi médical et ne sait prendre aucune initiative seule.

La patiente a vécu longtemps avec sa mère et l'un de ses frères jusqu'au décès de sa mère en 2007. C'est sa mère qui a entrepris les démarches auprès du SAMO et se serait assurée que Mme V. ait un domicile qu'elle puisse gérer seule. Des problèmes d'encombrement et d'incurie étaient constatés à l'époque par le SAMO. Elle a pu emménager dans son appartement avant le décès de sa mère. Celle-ci s'assurait que Mme V. pouvait gérer son quotidien sans difficulté. La patiente est sous tutelle et bénéficie d'aides ménagères ainsi que d'aides pour la toilette. Un ami passe une fois par semaine pour l'aider à faire les courses, il représente dans cette situation le porteur de panier. Le SAMO a contacté la MAIA pour fin de prise en charge car la patiente avait plus de 65 ans.

Mme V. habite dans un appartement situé au deuxième étage sans ascenseur, dans la banlieue de Dunkerque. Une fois la porte d'entrée passée, une montagne de cannettes de

bière nous fait face. La cuisine est envahie par des sacs poubelles, de la vaisselle sale ainsi que des restes de repas sur la table de la cuisine. Le réfrigérateur est également rempli de denrées périmées. Le salon est rempli de peluches, poupées et de vêtements. Nous retrouvons la patiente assise sur le fauteuil à côté d'un amas de vêtements. Elle nous explique qu'elle passe beaucoup de temps à travailler, c'est à dire qu'elle coud son nom sur les étiquettes de ses habits. Mme V. semble très ritualisée, sa semaine est entièrement programmée et les semaines se répètent en gardant la même organisation. Ce rituel semble très important pour lui éviter l'ennui.

Le contact est bon et la patiente semble contente de nous accueillir. La patiente est bien orientée dans le temps et dans l'espace. L'entretien tente de retracer son passé, mais Mme V. ne connaît pas les dates précises. Lorsque l'on aborde les décès familiaux, la patiente élude les questions, les dates et les causes. Notamment sur les sujets concernant sa mère, le discours revient sur l'organisation de sa semaine. Elle nous fait part des nombreux achats qu'elle peut faire chaque semaine pour des vêtements uniquement. Le reste de la semaine est consacrée à coudre son nom sur les étiquettes. La recherche de contenance psychique semble ici indéniable. L'évitement des sujets contrariants, comme les problèmes familiaux, est systématique et laisse place à des discussions centrées sur les détails et le ressassement. Nous finissons par visiter sa chambre dont l'accès est quasiment impossible. Le lit se trouve à l'entrée de la chambre. La patiente met en avant le côté pratique afin de faciliter l'accès au lit. Le reste de la pièce est rempli de vêtements, de grands sacs plastiques, tel un véritable débarras. Il est impossible de circuler dans la chambre.

Le Diogène est partiel selon principalement un mode actif, Mme V. ne présente pas de relations pathologique aux autres. Elle accepte facilement les aides même si elle n'en voit pas l'utilité. Elle semble contente d'avoir de la compagnie. L'absence de demande d'aide



pourrait s'expliquer par le handicap mental dans ce contexte. On pourrait la qualifier de personnalité sympathique selon les personnalités exceptionnelles. Le Diogène existerait depuis longtemps. Sa mère représentait un facteur protecteur et empêchait le processus de diogénisation de devenir trop important.

L'objectif était le maintien à domicile pour cette patiente. Malheureusement, elle est décédée d'une cause inconnue en début d'année 2019. Des examens ont pu être réalisés avant son décès comme une mammographie et un bilan biologique qui ne retrouvaient rien d'anormal. La semaine précédant son décès, Mme V. ne se plaignait d'aucune douleur.

#### VI.2.6. Cas clinique n°6 : Mme M.

Mme M. est née en 1938, elle a deux filles dont une qui ne vit pas dans la même région. L'autre fille l'aide pour les courses. Son mari s'est suicidé en 1989 pour des raisons financières, en grande partie dues au jeu. La patiente et son époux travaillaient tous deux dans l'éducation nationale, ils ont démissionné pour « faire des affaires ». Ils se sont fait escroquer, Mme a repris son activité dans l'éducation nationale jusqu'à sa retraite. Un plan de surendettement avait été mis en place à l'époque, qui serait actuellement terminé. Elle vit seule dans un appartement sur Dunkerque dont elle est locataire.

Sur le plan médical, Mme n'a jamais apprécié le monde médical et tentait le plus possible de garder ses distances avec le corps médical, y compris pour ses enfants. Elle acceptait uniquement de voir des guérisseurs divers et de prendre des traitements homéopathiques. Ses antécédents sont marqués par un fécalome en raison d'une crise hémorroïdaire nécessitant une hospitalisation en gériatrie en 2017, deux masses au niveau des deux

seins de découverte tardive. La patiente a refusé la chimiothérapie, l'intervention opératoire et la radiothérapie. Plusieurs chutes sont survenues au domicile avec refus de prise en charge par la patiente. Une hospitalisation en 2018 à la suite d'une chute a pu être programmée qui a révélé un syndrome post-chute.

Sur le plan nutritionnel, la patiente présente un IMC à 19 avec des faibles apports pour une albumine à 33g/L. La dénutrition modérée s'expliquerait par une carence d'apport ainsi qu'un hypercatabolisme par processus néoplasique.

Au niveau cognitif, un MMS a été réalisé en 2018 retrouvant un score à 20/30. Le score était à 27/30 en 2017.

Sur le plan de l'autonomie, l'échelle de KATZ retrouve un score à 3/6. La patiente a besoin d'une aide partielle pour aller aux toilettes, se déplacer et les repas. Elle est partiellement dépendante pour l'hygiène corporelle, l'habillement ainsi que la continence.

Elle bénéficie d'aides ménagères à domicile mais Mme n'accepte que le nettoyage du sol. Des compléments alimentaires ont été prescrits que Mme ne prend pas. Un déambulateur a été prescrit que la patiente refuse d'utiliser. Suite aux multiples chutes, un vaccin anti-tétanique et une télé alarme lui ont été proposés qu'elle a encore refusé.

Il n'y a pas d'intoxication alcool-tabagique.

Sur le plan comportementale, la fille décrit des troubles du comportements hétéro-agressifs verbales uniquement. Elle cherche à rompre l'isolement en créant des contacts avec son voisinage, mais cela peut aller jusqu'au harcèlement avec une vingtaine d'appels téléphoniques par jour.

Mme M. ne s'occupe plus de ses papiers administratifs, une expertise médicale a été réalisée au domicile en mars 2018 pour la mise sous protection judiciaire. Suite à l'hospitalisation en 2018, le service de gériatrie a demandé un suivi par la MAIA.

Au niveau du logement, sa fille décrit du linge souillé d'excréments et d'urine mélangé

avec le propre. Le voisinage se plaint auprès de son propriétaire des fortes odeurs. L'appartement est tellement encombré qu'elle ne peut plus dormir dans son lit. Elle dort dans son canapé, enroulée dans une couverture sans mettre de draps pour ne pas faire de lessives. Elle continue de sortir et de faire ses courses car cela lui plaît. Lorsque la patiente laissait sa fille faire le ménage et désencombrer l'appartement, Mme M. allait rechercher les objets jetés aux encombrants. Elle refuse également de jeter les vêtements usés, les chaussures qu'elle n'utilise plus, les emballages vides. Il existe un fort attachement aux objets de toutes sortes.

Nous rencontrons la patiente sur un banc devant sa résidence. Elle nous attendait là environ une heure avant notre arrivée. Durant notre entretien, nous proposons plusieurs fois de monter dans son appartement mais elle nous répond par la négative. Mme M. portent des vêtements usés, elle a les cheveux non lavés. On peut apercevoir ce qui nous semble être des tâches de selles sur les mains. Ce jour, elle est agréable et accepte volontiers notre compagnie. Il est difficile d'aborder les questions sur son passé, sa carrière professionnelle et sa vie de famille. Lorsqu'on lui pose les questions, elle nous renvoie la question « et vous ? ». Nous acceptons de jouer le jeu et Mme M. finit par nous expliquer son parcours sans rentrer dans les détails. Son discours est principalement centré sur les activités du quotidien et des détails anodins. Elle nous fait part de son sentiment de solitude et son besoin de trouver une amie. Une proposition d'accueil de jour est faite à laquelle elle semble adhérer. La patiente refuse toujours l'entrée en EHPAD pour les raisons qu'elle ne peut choisir les personnes qui y seront et qu'elle ne souhaite pas respecter les règles imposées par l'institution. À la fin de l'entretien, Mme M. nous demande de rester pour continuer à discuter.

En nous basant sur les photos et les descriptions de sa fille, nous évoquons un tableau de Diogène complet avec un mode mixte (actif et passif). La personnalité est de type forte. Le

processus de diogénisation est difficile à évaluer. Sa fille n'avait pas connaissance d'un tel comportement jusqu'à son départ du domicile familial. La difficulté à se séparer des objets et son fort attachement évoquent cette recherche de contenance psychique.

Le projet pour la patiente est le maintien à domicile avec la mise en place d'un accueil de jour pour rompre l'isolement. La prise en charge médicale est toujours refusée.

#### VI.2.7. Cas clinique n°7 : Mme D.

Mme D. est née en 1946 et d'origine maghrébine. Elle vit dans une maison dans la banlieue de Dunkerque dont elle est propriétaire. Elle a deux enfants âgés de 40 et 45 ans qu'elle ne voit plus. Elle était femme au foyer. Un de ses fils a vécu dans une caravane devant la maison de Mme D. Il dormait dedans car il avait peur que sa caravane se fasse cambriolée pendant la nuit. Son autre fils vend sur les marchés et ne veut plus avoir de contact avec sa mère. La patiente est veuve depuis 2003, son mari est décédé d'un accident de la voie publique.

Mme D. n'as pas d'antécédents médicaux ni psychiatriques. Elle ne prend pas de traitement. Elle n'a jamais été hospitalisée et ne bénéficie d'aucun suivi médical. Il n'y a pas de comorbidités addictologiques, elle est totalement autonome.

C'est le voisinage qui a alerté la mairie suite à la présence de nuisibles (cafards et rats) et de nuisances. Le service hygiène et santé est contacté dans ce contexte pour une évaluation du domicile. La personne est ainsi contactée et prévenue de notre visite. L'extérieur de la maison ne présente rien de particulier, la façade a été rénovée récemment. Deux conteneurs à déchets (vert et jaune) sont remplis par des sacs

poubelles mais ne débordent pas sur les côtés. Les volets et les rideaux sont fermés.

Nous frappons et sonnons à la porte sans réponse.

Une voisine nous accueille chez elle et nous explique que c'est elle qui a alerté la mairie.

La voisine explique que Mme D. donne le change, elle est très agréable et souriante

malgré les diverses plaintes qu'elle a reçu de la part du voisinage. Les voisins lui ont

demandé de refaire sa façade ce qu'elle a immédiatement fait. De plus, la voisine nous

rapporte qu'il y a un problème de dégâts des eaux. En effet, les toilettes de Mme D.

seraient bouchés ce qui la conduise à faire ses besoins dans un bac. Elle viderait le bac

tous les quatre jours au coin de la rue sur le rond-point. La voisine nous fait ensuite rentrer

dans son jardin afin que nous puissions apercevoir un entassement impressionnant de

meubles cassés, de sacs plastiques et de détritrus en tout genre. On retrouve des denrées

alimentaires en décomposition sur la terrasse de Mme D. expliquant la présence de

nuisibles. Par la suite, nous apprenons que Mme D. fait des courses tous les matins et

ramène divers objets insolites qu'elle entasse à l'arrière de sa maison. De plus, sa voisine

explique qu'elle a contacté une première fois la mairie en 2006 pour la même

problématique. Un débarras a été fait sans poursuite d'accompagnement par les services

sociaux. Elle nous fait part d'un début d'accumulation suite au décès du mari. Elle décrit le

mari comme psychorigide qui empêchait Mme D. de sortir de la maison.

Une deuxième visite est organisée, cette fois-ci la patiente accepte de nous ouvrir mais ne

nous laisse pas rentrer. Elle explique que son logement n'est pas encore rangé. L'entretien

est court, Mme ne présente pas de troubles du comportement hétéro-agressif. Elle est

calme, adaptée, cohérente mais reste distante sans méfiance. On ne retrouve pas

d'éléments délirants dans son discours, elle a une bonne fluence verbale. Le responsable

du SHS explique l'importance du désencombrement à cause de la présence de nuisibles

et qu'elle a 6 mois pour entreprendre les démarches, sinon une société de débarras s'en

chargera aux frais de Mme D.

On constate un syndrome de Diogène partiel sur un mode mixte. La personnalité serait qualifiée de type sympathique. Le processus de diogénisation semble avoir débuté après le décès du mari nécessitant un premier désencombrement. Le même comportement s'est reproduit par la suite.

Un débarras a donc été réalisé, l'objectif est un relais vers le réseau CLIC ou MAIA.

#### VI.2.8. Cas clinique n°8 : Mme D.

La patiente est née en 1937, elle est veuve depuis 2009. Elle a trois fils dont un décédé d'un accident de la voie publique et trois filles, elle était femme au foyer. Elle vit seule dans une maison avec deux étages dont elle est propriétaire dans le Dunkerquois.

Les antécédents sont marqués par une obésité avec un IMC à 30kg/m<sup>2</sup>, des ulcères chroniques des membres inférieurs, un glaucome chronique, des hospitalisations pour chutes à répétition en 2015 et 2017, une presbycousie appareillée, une pyélonéphrite. Il n'y a pas de dénutrition.

On retrouve une démence d'Alzheimer et vasculaire avec un MMS à 10/30 en 2017, sans trouble du comportement ni confusion mentale. L'évaluation neuropsychologique retrouve une altération exécutive avec une désinhibition, une hyper émotionnalité, une altération mnésique et instrumentale au niveau praxique et gnosique. Il existe une désorientation temporo-spatiale partielle. L'IRM cérébrale retrouve une atrophie bi temporale, hippocampique bilatérale, leucopathie périventriculaire.

Il n'y a pas d'antécédents psychiatriques.

Le traitement comprend Seresta 10mg, Mirtazapine 15mg, Amlodipine 10 mg, Mémantine 20mg, Movicol.

Il n'y a pas d'habitude toxique alcoolique ou tabagique.

Elle bénéficie d'une télé alarme, d'un lit médicalisé, de l'APA, d'une auxiliaire de vie pour les repas et la toilette, d'une infirmière à domicile pour les soins d'ulcères et la délivrance des médicaments. Elle marche avec un déambulateur à deux roues. Une mise de protection des biens a été mis en place en 2017.

Le maintien à domicile est de plus en plus compliqué, Mme D. accepte mal les aides notamment la toilette.

Sur le plan de l'autonomie, l'échelle ADL retrouve un score à 1,5/6 avec une dépendance totale pour les actes de la vie quotidienne, une aide pour les déplacements et aller aux toilettes. L'échelle IADL est à 0/4, elle est dépendante pour la gestion du téléphone, les déplacements à l'extérieur, la gestion des médicaments et de l'argent. Elle présente un état grabataire et est incapable de subvenir à ses besoins de base sans aide. Mme D. n'accède plus à l'étage et reste au rez-de-chaussée.

La patiente refuse catégoriquement une institution en EHPAD. Suite à son hospitalisation en gériatrie en 2015, un lien a été établi avec la MAIA pour l'aide au maintien à domicile.

Mme D. habite dans la banlieue de Dunkerque. Il n'y a rien à noter de particulier sur l'extérieur du domicile. Dès notre entrée dans le domicile, de fortes odeurs mélangeant selles, urines et nourritures nous submergent. La patiente nous attend dans son fauteuil dans le salon devant la télévision allumée. Mme est incontinente fécale, on aperçoit des traces de selles ayant coulées sur ses ulcères des membres inférieurs. Le salon est dégagé ainsi que la cuisine. L'étage et la cave ne sont quasiment plus accessibles du fait de l'encombrement. Six chats errants, qu'elle nourrit, ont investi son jardin.

L'entretien retrouve une patiente cohérente dans l'ensemble et coopérante, ce jour elle porte son appareillage auditif. Les affects sont peu mobilisables. Elle reconnaît ne pas accepter les aides qui lui sont proposés et ne pas faire sa toilette régulièrement.

L'entretien est peu contributif.

Sa fille est présente lors de notre passage. Elle nous explique que les symptômes sont apparus à un stade infra clinique de façon concomitante au décès de son fils. Celui-ci avait 11 ans lorsqu'il fut victime d'un accident de la voie publique. La patiente avait 45 ans et commençait à ne plus se séparer d'objets. Tout était gardé à la cave. Le mari cachait cette situation aux enfants jusqu'à ce que Mme soit hospitalisée en 2006 pour une pyélonéphrite. Les enfants ont pu constater une accumulation d'objets hétéroclites dans la cave qui s'est poursuivie dans leurs chambres d'enfants. Le père représentait le porteur de panier. À son décès en 2009, l'accumulation était de plus en plus importante et le syndrome de Diogène fut évoqué.

Le tableau de Diogène est complet selon un mode passif. La personnalité est de type forte par les traits « caractérielle ». La diogénisation est apparue à un stade infra clinique suite au décès de son fils. Il semble que la patiente était devenue incapable de se séparer de quoi que ce soit depuis la perte de son fils. La fille dit n'avoir jamais vu sa mère triste après le décès du fils. On peut penser que l'accumulation passive permet un colmatage du Moi-peau et évite un syndrome dépressif. Une échelle de dépression de Cornell a été réalisée en 2017 et retrouvait un score de 9/38 pour un seuil à 10.

Compte-tenu de la perte d'autonomie importante et des troubles cognitifs sévères, une demande en EHPAD a été faite. Une demande de protection des biens est en cours.



## VI.2.9. Cas clinique n°9 : Mr R.

Mr R. vit à Lille Fives, il est né en 1943. Il a un frère et une sœur avec lesquels il n'a aucun contact. Ses parents sont décédés il y a une dizaine d'années. Mr est célibataire, sans enfants, locataire d'un appartement au rez-de-chaussé avec jardin. Il exerçait le métier de dessinateur industriel.

Les antécédents retrouvent une hernie inguinale non opérée, un cancer de la prostate au stade 2 nécessitant de la radiothérapie. Une hospitalisation en février 2018 pour une posthécotomie et l'ablation d'une sonde JJ sous anesthésie générale. Le patient suit partiellement les séances prétextant qu'il n'a pas toujours envie d'y aller. Un suivi avec un médecin traitant a été instauré par le gestionnaire de cas que Mr voit partiellement.

Il bénéficie d'un suivi psychiatrique au CMP pour une névrose obsessionnelle depuis une dizaine d'années auquel il adhère bien.

Son traitement à domicile est uniquement symptomatique avec antalgiques, Movicol et Tamsulosine pour son incontinence urinaire.

Il ne présente pas de troubles cognitifs et on retrouve un bon niveau intellectuel.

Au niveau addictologique, Mr consomme huit verres de rosé par jour soit 8 unités d'alcool.

Les derniers bilans biologiques ne retrouvaient pas de dénutrition protéino-énergétique.

Sur le plan de l'autonomie, Mr est autonome pour les gestes de la vie quotidienne. Il a de nombreuses dettes et ne payait plus son loyer. Il bénéficie d'aides ménagères à domicile ainsi qu'un suivi par l'association « les petits frères des pauvres ». Une demande auprès de la CARSAT a été faite pour la prise en charge financière et des aides ménagères.

Les dettes du patient sont dues à des achats compulsifs à tel point qu'il ne savait plus où entreposer ses affaires. En effet, l'encombrement de l'appartement était si important qu'il

dormait dans la cage d'escalier. Les achats restaient toujours importants, Mr a entreposé le reste des affaires chez son voisin du premier étage. Son voisin était sous tutelle. Constatant l'étendue de l'accumulation, c'est le tuteur qui a alerté la MAIA pour débiter une prise en charge. Devant les loyers impayés, le patient risquait l'expulsion. Une mesure de protection judiciaire est en cours.

Mr R. habite au rez-de-chaussé d'une ancienne maison divisée en trois appartements avec un accès au jardin. Nous voyons donc le patient dans son salon. Les objets et les meubles débordent au plus de la moitié de la pièce malgré le rangement qui a été instauré par les aides au domicile. Auparavant, l'appartement était entièrement submergé par les objets. La chambre du patient est rempli de cartons, d'objets et de sacs en plastiques. L'accès au lit se fait par un couloir que Mr a formé. Dans la cuisine, les denrées périmées débordent de l'évier. Des pots vides, préalablement lavés, sont entassés de la cuisine jusqu'aux toilettes. Le patient possède une dizaine de chats, c'est en fait des chats errants que Mr nourrit. Les chats ont ainsi pris possession de son appartement. Le gestionnaire de cas explique que Mr R. a laissé le corps d'un de ses chats dans la pièce du salon pendant plus de cinq jours. Le patient expliquait la difficulté pour lui de s'en séparer.

L'entretien se fait debout, Mr R. est calme, coopérant et accepte de nous raconter son parcours de vie. Nous apprenons qu'il a été placé avec son frère quand il avait cinq ans pendant une durée de 3 ans, dont on ne connaît pas les raisons. Sa sœur avait 12 mois à ce moment là et n'a jamais été placé. Mr R. semble rejeter la faute sur sa sœur, concernant cette situation. Selon ses dires, il n'a pas subi de maltraitance pendant qu'il était en famille d'accueil. À l'évocation du décès de ses parents, le patient est ému. Le gestionnaire de cas explique que le décès fut un véritable choc pour Mr R. Lorsque l'on aborde la question des objets et de la nécessité de s'en séparer, le patient accuse le coup.

On retrouve dans son discours une certaine dépendance aux objets, ce n'est plus lui qui possède les objets mais les objets qui possèdent une partie de lui. Depuis que la prise en charge a débuté, le patient décrit une sensation d'emprisonnement. Il a le sentiment d'être privé de liberté et ce d'autant plus qu'une mesure de protection des biens est en cours. Mr R. met en avant son mode de vie qui n'est pas accepté par la société et le fait qu'il n'est pas quelqu'un de dangereux. Sur les murs de sa cuisine, plusieurs phrases sont écrites à l'encre indélébile sur une thématique de liberté dont il a apposé sa signature. Pour le patient, ces phrases sont des pensées philosophiques qu'il a besoin d'extérioriser.

On retrouve un Diogène complet de type mixte avec l'accumulation compulsive, l'incurie et la misanthropie. Dans cette situation, on ne retrouve pas le porteur de panier. Il semble exister un véritable isolement social. Paradoxalement au fait que Mr n'accepte pas les aides ni les soins, il maintient son suivi psychiatrique sur le CMP de son secteur. Le processus de diogénisation est difficile à évaluer, étant donné l'absence totale d'entourage. Il est difficile de savoir si cela s'inscrit dans une névrose obsessionnelle de longue date ou si cela est réactionnel à un événement traumatique. La personnalité serait de type forte par son aspect marginale et misanthrope. On retrouve un syndrome de Noé associé.

L'objectif est le maintien à domicile.

#### VI.2.10. Cas clinique n°10 : Mr L.

Mr L. est né en 1952, il est propriétaire d'une maison en plain pied dans la banlieue de Lille. Il est célibataire sans enfants. Il a un frère qui habite au Havre avec qui il a peu de contact. Ses parents sont décédés en 2010. Il exerçait le métier de facteur avant sa retraite.

Les antécédents retrouvent une chirurgie du genou gauche suite à un accident de la voie publique en 1986. Il n'a aucun suivi médical ni de traitement à domicile. Il se contente de prendre des médicaments sans ordonnance à la pharmacie en cas de rhinite par exemple. Il n'y a pas d'antécédents psychiatriques ni de troubles cognitifs.

Sur le plan addictologique, il consomme quatre bières de 33cl par jour soit cinq unités d'alcool environ. Il consommerait dès le matin.

Le patient est totalement autonome pour les gestes du quotidien. Il arrive à gérer partiellement les tâches administratives.

Suite à un incendie qui s'est déclaré dans la cuisine du patient, la mairie fut alertée de la situation. Le service social de la mairie contacta dans un premier temps le CLIC. Devant la situation, un relais de prise en charge par la MAIA fut proposé. L'électricité du logement n'est pas aux normes, il existe un important dégâts des eaux et une absence de système de chauffage central ou électrique. Sa douche ne fonctionne plus. L'habitat nécessite de nombreux de travaux que Mr L. n'entreprend pas. Il n'a aucune difficulté financière. Par ailleurs, il dort sur son canapé prétextant qu'il fait trop froid dans sa chambre.

Lorsque l'on entre dans la maison, le sol est dégradé nécessitant la pose de planche en bois dans le couloir d'entrée afin de circuler. Le patient nous accueille dans le salon en jogging et pantoufles, il est assis sur son fauteuil pendant que nous restons debout. Le plancher du salon est collant, on retrouve des seaux éparpillés placés sous les fuites d'eaux du plafond. Les fenêtres sont fermées, Mr ne peut plus ouvrir les volets. La pièce est sombre et éclairée par deux ampoules que le patient a réparé. Les objets sont dispersés partout dans la pièce sans de réelle organisation. Il a une télévision qu'il utilise uniquement pour regarder l'une des nombreuses cassettes VHS disposés sur ses étagères. Il n'a pas de câble ou d'antenne TV. La cuisine déborde de denrées périmées et

de vaisselles sales. Le patient ne s'occupe pas du nettoyage et de l'entretien de son logement.

Le contact est plus distant, et Mr L. prend un temps avant de répondre à nos questions. Nous ne savons pas si c'est par méfiance ou par diminution de la vitesse du traitement de l'information. L'humeur est syntone, on ne retrouve pas d'angoisses ni d'éléments délirants dans son discours. Il élabore peu sur son passé et ses difficultés, il reste centré sur les détails. Le sujet concernant ses parents est rapidement dévié vers son organisation du quotidien. Il décide de nous montrer le fonctionnement de son ordinateur vieux de 20 ans. Il n'utilise que le clavier de son ordinateur pour naviguer sur son bureau et n'a pas accès à internet car il n'en voit pas l'utilité. Par la suite, il nous montre un vélo d'appartement sans selle qu'il a acquis une semaine auparavant. Il finit par avouer qu'il a récupéré le vélo dans la rue. Quand on lui demande l'intérêt d'avoir récupéré un vélo sans selle, il l'utilise devant nous. D'après le gestionnaire de cas, Mr L. a l'habitude de faire les poubelles pour récupérer divers objets « au cas où ». Le gestionnaire évoque également la présence régulière de squatteurs au domicile du patient avec qui il consomme de l'alcool. Lorsque l'on aborde les thèmes concernant les travaux et les documents administratifs, le patient rétorque qu'il gère déjà la situation et qu'un ami va entreprendre des travaux. Mr L. semble exténué à l'idée de planifier et de gérer ces diverses tâches. Il s'emporte facilement lors de l'évocation des projets de rénovation.

Au total, on retrouve un Diogène complet selon un mode mixte. Le patient tente de rompre l'isolement social en accueillant des squatteurs, mais sans réussite. Il n'y a pas de porteur de panier identifié. On pourrait associer une personnalité de type forte avec les traits paranoïaques. Mr L. n'a aucun accès aux informations et ne cherche pas non plus à se tenir informer de l'actualité. Son environnement reste figé dans le passé et il est difficile d'amener de la nouveauté dans son logement.

Le devenir est le maintien à domicile avec la mise en place d'aides ménagères et de travaux.

#### VI.2.11. Cas clinique n°11 : Mme B.

Mme B. est née en 1942, son mari est décédé en 2015 peu après l'emménagement dans leur nouvel appartement dont elle est propriétaire sur Valenciennes. Elle a un fils âgé de 52 ans qui est présent. Elle était commerçante et a arrêté ses études après l'école primaire.

Ses antécédents sont marqués par un diabète insulino-dépendant suivi par un endocrinologue, une arythmie complète par fibrillation auriculaire avec échec de la cardioversion électrique, ulcères chroniques des membres inférieurs. Le suivi avec son médecin traitant est régulier.

Elle a bénéficié de deux hospitalisations de jour pour un bilan cognitif en 2017 et 2018 à la demande de son médecin traitant. L'imagerie par résonance magnétique relevait une atrophie cortico-sous-corticale diffuse prédominant en sous-corticale, atteignant les régions hippocampiques, avec une mise en évidence d'une leucopathie d'origine vasculaire. L'évaluation neuropsychologique retrouve une discrète désinhibition, une logorrhée, sans syndrome confusionnel. Il existe une altération de l'efficacité cognitive globale avec difficultés mnésiques, exécutives et de calcul. Le MMS est à 22/30.

Son traitement comprend Eupressyl 60mg, Hemigoxine 0,125mg, Lasilix faible, Timoferol 50mg, Lansoprazole 15mg, Macrogol, Bisoprolol 5mg, Pradaxa 110mg, Atorvastatine 10mg, Novorapid 14 UI et Lantus 12 UI.

Il n'y a pas d'antécédents de suivi psychiatrique.

Elle dit consommer 2 verres de vin le midi et le soir. Il n'y a pas d'intoxication tabagique.

Au niveau de l'autonomie, Mme refuse pour l'instant les aides au domicile. Un infirmier libéral passe trois fois par jour pour les injections d'insuline, les contrôles de glycémie et les pansements d'ulcères. Elle cuisine des boîtes de conserves et n'accepte pas le portage des repas. Elle est autonome pour les gestes de la vie quotidienne. L'échelle ADL est à 6/6, l'échelle IADL est à 2/8. Un Mini GDS a été réalisé avec un score à 0/4. Il n'y a pas de dénutrition.

L'hygiène du logement est précaire et Mme met en échec toutes les propositions d'accompagnement au domicile. Une demande d'ALD 15 pour une prise en charge à 100% est en cours. Il n'y a pas de difficulté financière.

Une demande de prise en charge par la MAIA a été faite au décours de l'hospitalisation de jour.

La patiente habite au rez-de-chaussé d'une résidence dans la banlieue de Valenciennes. Mme B. nous reçoit dans le salon, assise sur un fauteuil. Nous avons uniquement accès au salon car la patiente avoue avoir honte de nous montrer le reste de son appartement. La pièce est propre mais on retrouve un encombrement important avec un empilement de boîtes de médicaments et de pansements. Elle dit vouloir garder les boîtes « au cas où » et reste décidée à ne pas s'en débarrasser. Nous nous installons dans le canapé pour débuter l'entretien.

Le contact est agréable, Mme est souriante et même chaleureuse, elle semble très heureuse de nous recevoir. La thymie est stable, le discours est cohérent et adapté, il n'y a pas d'éléments délirants. Elle garde le sourire tout le long de notre entretien. La patiente évoque surtout ses problèmes d'ulcères des membres inférieurs. Les sujets concernant son passé, ses relations sociales, son métier sont vite détournés pour revenir à ses

pathologies somatiques. À l'évocation du décès de son mari, Mme B. se tourne vers le gestionnaire de cas en disant « je vous avais dit que cela me faisait du mal d'en parler » puis revient sur son suivi médical avec son médecin traitant qu'elle apprécie beaucoup. Nous abordons le sujet des petits enfants et lui demandons si elle ne souhaiterait pas les accueillir dans son appartement. Mme B. explique qu'elle ne veut pas les recevoir à son domicile, mais qu'elle aimerait effectivement les voir plus souvent. La question de l'encombrement semble affecter la patiente qui finit par nous avouer qu'elle « préférerait comme c'était avant le désencombrement car elle se sentait mieux ». Son fils est présent et nous finissons par nous entretenir seul avec lui. Il explique que ses parents accumulaient des objets de toutes sortes dans leur ancienne maison sans atteindre un tel niveau d'accumulation. Après l'emménagement de ses parents dans l'appartement, son père est décédé quatre mois plus tard. À ce moment, l'entassement est devenu problématique et sa mère ne pouvait plus se séparer des objets. L'incurie et l'insalubrité de l'habitat sont apparues de façon concomitante au décès du père selon le fils. Le tableau de Diogène est partiel, Mme B. entretient des bonnes relations de voisinage et avec son entourage en général. L'accumulation se fait selon un mode passif. La patiente semble reconnaître les troubles, lorsqu'elle manifeste qu'elle ne souhaite pas recevoir ses petits enfants chez elle. Le déni est partiel. La diogénisation aurait toujours existé à un stade infra clinique, le décès de son mari aurait précipité l'apparition du syndrome de Diogène. La personnalité est de type sympathique par les traits « attachants » de la patiente.

Le devenir est le maintien à domicile, il n'y a pas de mesure de protection judiciaire prévue.



## VI.2.12. Cas clinique n°12 : Mr D.

Mr D. est né en 1932, il est un ancien ajusteur des Houillères, célibataire et sans enfants. Il a deux frères dont il n'a plus de contact. Il est locataire de son logement sur Valenciennes.

Dans les antécédents médico-chirurgicaux, on retrouve une tachycardie fonctionnelle, une phlébite et un érysipèle en 2008. Son suivi médical reste régulier.

Le traitement à domicile comprend Propanolol 40mg par jour, Fénofibrate 200mg, Xarelto 20 mg par jour.

Au niveau cognitif, l'évaluation neuropsychologique montre une acalculie, des troubles praxiques, une absence de désorientation temporo-spatiale et un MMS à 19/30.

Il n'y a pas de notion d'antécédents psychiatriques.

Il existe une consommation régulière de vin que nous ne pouvons quantifier.

Sur le plan nutritionnel, le bilan biologique retrouve une dénutrition avec une albumine à 29g/l, un IMC à 20kg/m<sup>2</sup> sans syndrome inflammatoire associé.

Au niveau de l'autonomie, l'échelle IADL retrouve un score à 4/8 et l'échelle ADL à 6/6. Le patient s'habille seul, il est autonome pour les soins d'hygiène corporelle. Il n'y a pas de troubles de la continence urinaire ou fécale. Mr ne montre aucune difficulté pour les déplacements et les transferts. Il bénéficie d'un portage de repas quotidien et du passage d'une aide ménagère.

Mr D. gère seul les papiers administratifs et financiers, une mesure de protection des biens a été mis en place devant les nombreuses factures impayées.

Le patient est isolé sur le plan familial et social, on ne retrouve pas de porteur de panier.

Un suivi avec le service social de l'ANGDM (agence nationale pour la garantie des droits des Mineurs) a débuté en 2001 pour améliorer les problématiques financières de MR D. En 2017, le bailleur social a fait appel à l'équipe du dispositif de l'association LA POSE afin de désencombrer le logement avec un accompagnement par une psychologue pour la « désappropriation des objets au profit du bien être ». Il avait besoin d'être constamment stimulé dans cette démarche de désencombrement, sans prendre conscience des troubles l'amenant à ce mode de fonctionnement. Une orientation MAIA a été demandé en 2018 pour l'accompagnement et la coordination avec les professionnels dans le but d'améliorer la prise en charge globale de Mr.

Le logement de Mr est une maison en en plain-pied dont l'accès se fait par le jardin. L'extérieur n'est pas entretenu et de nombreux chats sont installés dans le jardin. Mr nous ouvre et nous accueille chez lui. L'entrée donne directement sur la cuisine, l'évier est rempli de vaisselles sales. On observe trois papiers Tue-mouches sur le plafond de la cuisine avec la présence de nombreux insectes. Le logement est très encombré, Mr D. collectionne de nombreuses maquettes, des cassettes et DVD ainsi que de la littérature liées exclusivement à la période de la Seconde Guerre Mondiale. On retrouve une organisation des objets concernant la guerre de 1939-1945. Des meubles achetés en brocante sont entassés de façon désorganisée et excessive dans la maison, ce qui rend plusieurs pièces de la maison impraticable avec un risque de chute important. Il est persuadé que les biens accumulés auront une grande valeur. Par ailleurs, le système électrique ainsi que les commodités fonctionnent. Mr D. accueille et nourrit les chats errants dans son jardin et dans sa maison. Cela a entraîné de nombreuses portées, les chats sont restés au domicile et le patient ne conçoit pas de s'en séparer.

Nous ne pouvons accéder à trois personnes au salon, l'entretien se fait debout. Le contact s'établit lorsque l'on aborde sa passion pour la Deuxième Guerre Mondiale. Le patient s'exprime bien, la fluence verbale est bonne, le discours est cohérent et adapté. Nous avons des difficultés à retracer le passé de Mr, la conversation est souvent déviée sur ses objets de collection et la guerre de 1939 à 1945. Le patient finit par nous dire avoir été abandonné par sa mère vers l'âge de 6 ans et recueilli par ses grands-parents. Nous lui demandons ce dont il se souvient de la Seconde Guerre Mondiale, à ce moment il était âgé entre 7 et 13 ans. Il dévie la conversation sur son service militaire puis reprend son discours sur les détails historiques de la Seconde Guerre Mondiale. Mr D. élude les questions portant sur sa famille, son ressenti et ses émotions. Par la suite, il nous explique qu'il passe une importante partie de son temps à se rendre sur les brocantes pour alimenter sa collection. Pour ce faire, il utilise les transports en commun et n'hésite pas à faire deux heures de route pour « faire des affaires ». On ne retrouve aucune initiative à l'entretien de son logement et de son jardin. Mr est heureux de la vie qu'il mène, sans prendre conscience de son mode de vie qui entraîne des procédures « fâcheuses » contre lui comme un risque d'expulsion.

Le Diogène est complet selon un mode mixte, associé à un syndrome de Noé. La personnalité est de type forte avec les traits de « misanthrope ». L'intérêt historique porté par le patient sur la Seconde Guerre Mondiale, pourrait permettre de qualifier le patient de collectionneur. Le collectionneur recherche des objets dans un but affectif, il les répare dans un but parfaitement esthétique. Cependant, Mr D. dispose les objets dans son salon par catégories (cassettes, maquettes) qui accumulent la poussière. Le patient ne semble pas prendre de réel plaisir à posséder ou contempler ses objets. Par ailleurs, l'accumulation d'objets insolites sans valeurs, malgré les convictions du patient, nous fait évoquer un collectionisme associé.

Le devenir est le maintien à domicile.

### VI.3. Synthèse et commentaires des cas cliniques

Les entretiens étaient plus contributifs pour les patients ayant bénéficié d'un suivi par la MAIA ou le CLIC depuis plusieurs années. En effet, plus la relation de confiance avait été installée de longue date et plus les patients étaient coopérants à l'entretien. Les entretiens sont difficiles à mener, c'est le patient qui mène l'entretien et partage uniquement ce qu'il veut. De façon surprenante, ils parlent des événements dramatiques qu'ils ont vécu rapidement durant l'entretien. Mais ils ne rentrent pas dans les détails de l'histoire et ne parlent pas de leurs ressentis. Souvent lorsque l'on veut approfondir les traumatismes, les patients changent rapidement de conversation pour se centrer sur des détails anodins et un remâchage. Les affects sont ainsi mis à distance par la préoccupation des détails du quotidien.

#### **Classification du syndrome de Diogène :**

Parmi les 12 patients que nous avons pu rencontrer, ils présentaient tous une absence de demande associée à un entassement comme précisé dans les critères d'inclusion. Un refus des aides est à noter pour 10 patients sur 12. Le cas clinique n°5, présentant un handicap mental ne semblant pas en mesure de demander de l'aide seule, accepte facilement les aides. Concernant le cas clinique n°3, la patiente accepte les aides mais ses fils refusent les soins proposés.

Avec la notion d'entassement, nous avons pu constater un syndrome de Diogène actif pour 4 patients, un Diogène passif pour 3 patients. On retrouve un Diogène actif et passif, que nous qualifions de mixte, pour 5 patients. Un syndrome de Noé a été retrouvé pour 2 patients qui possédaient plus de chats qu'ils ne pouvaient en héberger et nourrir correctement.

Concernant la typologie du syndrome de Diogène, nous retrouvons 7 tableaux de Diogène complet, 4 tableaux de Diogène partiel. Le cas clinique n°3, qui constitue un syndrome de Diogène par procuration, n'est pas défini afin d'éviter les biais. Bien que la présentation des fils de la patiente semble remplir les critères d'un syndrome de Diogène complet (tableau 1).

**Tableau 1 : La typologie du syndrome de Diogène**

	Absence de demande	Refus des aides	Accumulation			Relation aux autres	Relation au corps	Type de Diogène
			Syndrome de Noé	Type actif	Type passif			
Cas 1	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Complet
Cas 2	Oui	Oui	Non, mais présence de pigeons	Oui	Non	Oui	Oui	Complet
Cas 3	Oui	Non (mais les fils refusent)	Non	Non	Oui (par procuration)	Non	Oui	Par procuration
Cas 4	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Partiel
Cas 5	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	Partiel
Cas 6	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Complet
Cas 7	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Partiel
Cas 8	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Complet
Cas 9	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Complet
Cas 10	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Complet
Cas 11	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Partiel
Cas 12	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Complet

Les entretiens ont permis de définir le type de personnalité décrit par Monfort [1]. On retrouve 8 personnalités « fortes », 3 personnalités « sympathiques ». Le cas clinique n°3 n'est pas défini mais les fils pourraient présenter une personnalité « bizarre ».

Un événement dramatique a été retrouvé pour les 12 patients comprenant un deuil, un traumatisme de l'enfance ou un traumatisme à l'âge adulte. On définit ainsi un facteur prédisposant associé à un facteur précipitant. Ces deux facteurs ont ainsi été régulièrement recherchés durant les entretiens (tableau 2).

**Tableau 2 : Le facteur prédisposant et le facteur précipitant**

	Personnalité exceptionnelle : Facteur prédisposant	Événement dramatique : Facteur précipitant		
		Deuil	Traumatisme de l'enfance	Traumatisme
Cas 1	Forte	La mère		
Cas 2	Forte			En Algérie lors du service militaire
Cas 3	Par procuration	Le mari		
Cas 4	Forte	Le mari		
Cas 5	Sympathique	La mère		
Cas 6	Forte	Le mari		Dettes de jeux
Cas 7	Sympathique	Le mari		
Cas 8	Forte	Le fils		
Cas 9	Forte		Placé en famille d'accueil à l'âge de 5 ans	
Cas 10	Forte	Les parents		
Cas 11	Sympathique	Le mari		
Cas 12	Forte		Abandon par sa mère à l'âge de 6 ans	

### **Découverte de la situation :**

La découverte de la situation s'est faite par une alerte du voisinage dans 3 situations.

L'hospitalisation permet la découverte dans 4 situations. L'hospitalisation est programmée pour un patient dans le cadre d'un bilan mémoire. Le passage par les urgences au décours d'une chute se fait dans 2 situations. On retrouve une hospitalisation pour un délire de persécution chez une patiente présentant des troubles cognitifs.

La découverte par les services sociaux est fortuite pour les cas cliniques n°2, n°9 et n°12.

On retrouve une situation découverte au décours d'un incendie.

L'absence de demande et les circonstances de découvertes nous amènent à rechercher un déni des troubles. On retrouve un déni complet dans 9 situations et un déni partiel dans 2 situations. Ce déni expliquerait l'absence de demande (tableau 3).

**Tableau 3 : La découverte de la situation et le déni des troubles**

	Découverte de la situation	Déni des troubles
Cas 1	Alerte du voisinage puis intervention des services sociaux ADHAP	Oui
Cas 2	Épouse sous tutelle pour une maladie d'Alzheimer. Le tuteur a alerté par la suite le réseau MAIA	Oui
Cas 3	Intervention de l'UTPAS suite à l'alerte du voisinage en 2012. Passage aux urgences dans un contexte de chute avec mise en place du suivi CLIC en 2018	Par procuration
Cas 4	Hospitalisation en gériatrie pour un délire de persécution. Contact avec le réseau MAIA lors de l'hospitalisation	Oui
Cas 5	Mise en place du suivi SAMO par la mère de la patiente	Oui
Cas 6	Hospitalisation pour chutes suite à un passage aux urgences. Intervention du réseau MAIA au décours de l'hospitalisation.	Oui
Cas 7	Le voisinage alerte la mairie deux fois, en 2006 puis en 2018	Partiel
Cas 8	Hospitalisation en gériatrie en 2015 pour chutes avec intervention du réseau MAIA au décours.	Oui
Cas 9	Accumulation chez le voisin. Celui-ci était sous tutelle, le tuteur a alors contacté le réseau MAIA.	Oui
Cas 10	Incendie au domicile puis alerte de la mairie.	Oui
Cas 11	Hospitalisation pour bilan mémoire en 2017 puis relais MAIA	Partiel
Cas 12	Difficultés financières avec suivi par l'ANGDM. Le bailleur social entreprend un désencombrement du domicile. Orientation MAIA par les services sociaux.	Oui



### Type d'objets accumulés :

Les objets accumulés sont de toutes sortes pour 9 situations.

On retrouve dans la situation clinique n°1 une accumulation de vêtements passés au pressing avec une recherche de sensation olfactive. La patiente semble rechercher cette sensation depuis le décès de sa mère.

Le cas clinique n°5 est sur un mode régressif avec l'accumulation de poupées. Elle rationalise l'accumulation de vêtements. Elle explique qu'elle coud son nom sur ses vêtements, ce qu'elle considère comme du travail.

Pour les autres situations, il n'y a pas d'explications données par les patients. Le « au cas où » est la plupart du temps cité (tableau 4).

**Tableau 4 : Les objets accumulés en fonction des cas cliniques**

	Objets accumulés
Cas 1	Vêtements lavés au pressing avec recherche olfactive.
Cas 2	Outils principalement et objets hétéroclites. Ne se sépare pas des objets anciens
Cas 3	Objets hétéroclites
Cas 4	Vêtements principalement et objets hétéroclites. Ne se sépare pas des objets anciens
Cas 5	Poupées et vêtements. Ne se sépare pas des objets anciens
Cas 6	Objets hétéroclites. Ne se sépare pas des objets anciens. Peut rechercher des objets dans les poubelles.
Cas 7	Objets hétéroclites. Ne se sépare pas des objets anciens
Cas 8	Objets hétéroclites
Cas 9	Objets hétéroclites. Garde les déchets. A voulu garder un chat mort dans le salon
Cas 10	Objets hétéroclites. Ne se sépare pas des objets anciens. Peut faire les poubelles à la recherche d'objets.
Cas 11	Objets hétéroclites. Garde les déchets.
Cas 12	Objets relatifs à la Seconde Guerre Mondiale. Garde les déchets

## **Profil somatique :**

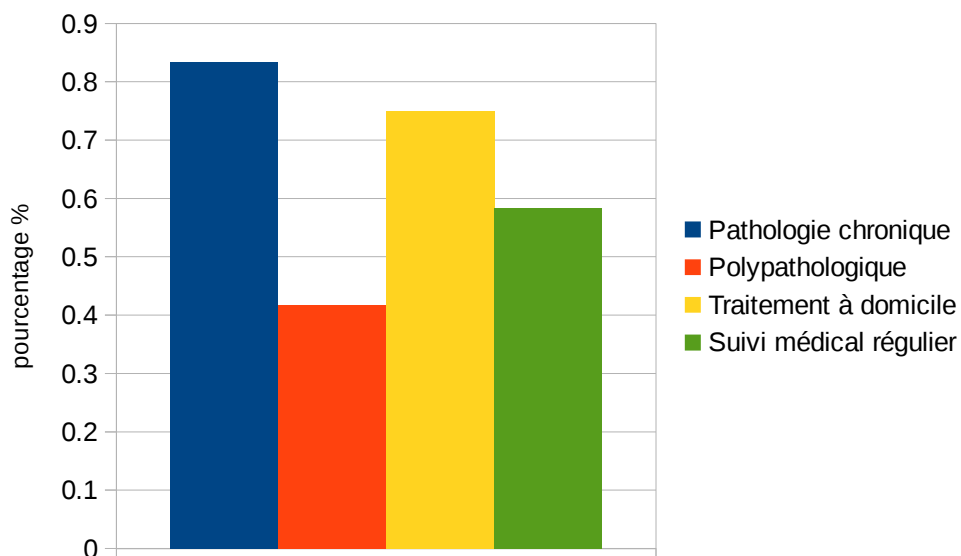
Parmi les pathologies chroniques, on retrouve : une insuffisance respiratoire chronique, un diabète de type 2, une arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire, une tachycardie fonctionnelle, une hypertension artérielle, un cancer du sein, un cancer de la prostate, des ulcères chroniques des membres inférieurs. 10 patients sur 12 présentent une pathologie chronique nécessitant des soins au long cours.

Parmi ces 10 patients, 5 patients (cas n°2,3,4,8 et 11) sont âgées de plus de 75 ans et présentent au moins 3 pathologies chroniques associées que l'on regroupe sous le terme polypathologique.

Parmi les 10 patients présentant une pathologie chronique, seule le cas clinique n°6 ne prend aucun traitement malgré la présence d'un cancer du sein. En effet, la patiente n'a aucune confiance dans le corps médical et refuse tout soins.

On retrouve un suivi médical régulier pour 6 patients. Nous avons estimé qu'un suivi était régulier lorsqu'il était supérieur à 4 fois par an. Les patients présentant une polypathologie n'ont pas toujours de suivi régulier. Un patient présentant uniquement une pathologie chronique peut garder son suivi, un patient présentant une polypathologie peut ne pas avoir de suivi médical régulier (figure 1 et 2).

**Figure 1 : pourcentage des critères médicaux évalués sur la totalité des 12 cas**



**Figure 2 : présence des critères médicaux pour chacun des 12 cas**

	Pathologie chronique	Polypathologique	Traitement à domicile	Suivi médical régulier
Cas 1	1	0	1	1
Cas 2	1	1	1	0
Cas 3	1	1	1	1
Cas 4	1	1	1	1
Cas 5	1	0	1	0
Cas 6	1	0	0	0
Cas 7	0	0	0	0
Cas 8	1	1	1	1
Cas 9	1	0	1	1
Cas 10	0	0	0	0
Cas 11	1	1	1	1
Cas 12	1	0	1	1

1: présence du critère, 0: absence du critère

## **Profil géronto-psychiatrique :**

Les pathologies démentielles sont retrouvées chez 6 patients. Il faut prendre en compte les biais de recrutement, puisque 10 patients bénéficiaient d'un suivi avec la MAIA. La présence d'une pathologie neurodégénérative fait partie, de façon dérogatoire, des critères de prise en charge de la MAIA. Il existe certaines exceptions de prise en charge, la MAIA est de plus en plus sollicitée pour le suivi de patients de plus de 60 ans présentant un syndrome de Diogène.

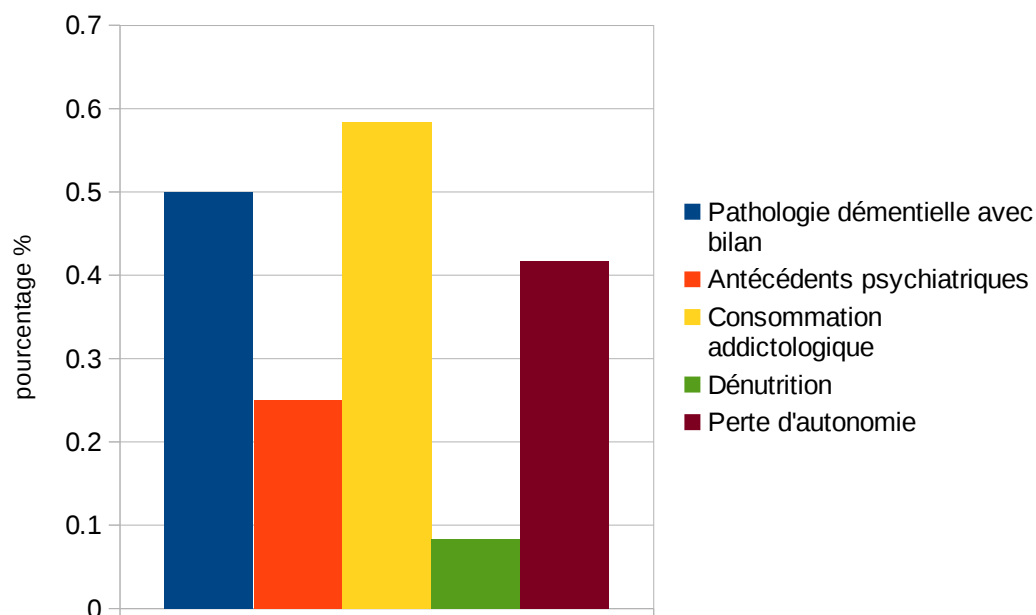
Les antécédents psychiatriques sont retrouvés pour 3 patients avec : une dépression (cas n°1), un délire de persécution sans syndrome schizophrénique (cas n°2), une névrose obsessionnelle (cas n°9). Un avis psychiatrique avait été demandé pour le cas clinique n°4 devant un délire de persécution chez une patiente présentant des troubles cognitifs. Le psychiatre avait alors émis l'hypothèse d'un trouble de personnalité paranoïaque. Aucun suivi psychiatrique n'avait été mis en place au décours de la consultation. Concernant le syndrome de Diogène par procuration du cas clinique n°3, on retrouve une schizophrénie avec un suivi au CMP pour les 2 fils de la patiente.

Une consommation d'alcool quotidienne est retrouvée pour 7 patients.

Un bilan nutritionnel a été réalisé pour 7 patients. Une dénutrition a été diagnostiquée pour 2 patients.

Une perte d'autonomie est retrouvée pour 5 patients à partir des échelles ADL, IADL, KATZ. On ne retrouve pas de perte d'autonomie pour tout les patients présentant une pathologie chronique ou une polypathologie. La présence de pathologie démentielle n'est pas retrouvée pour tout les patients présentant une perte d'autonomie (figure 3 et 4).

**Figure 3 : pourcentage des critères psychiatriques et gériatriques évalués sur la totalité des 12 cas**



**Figure 4 : présence des critères psychiatriques et gériatriques pour chacun des 12 cas**

	Pathologie démentielle avec bilan	Antécédents psychiatriques	Consommation addictologique	Dénutrition	Perte d'autonomie
Cas 1	0	1	0	NC	1
Cas 2	1	1	1	NC	1
Cas 3	0	0	1	0	0
Cas 4	1	0	0	0	1
Cas 5	0	0	1	0	0
Cas 6	1	0	0	1	1
Cas 7	0	0	0	NC	0
Cas 8	1	0	0	0	1
Cas 9	0	1	1	0	0
Cas 10	0	0	1	NC	0
Cas 11	1	0	1	0	0
Cas 12	1	0	1	1	0

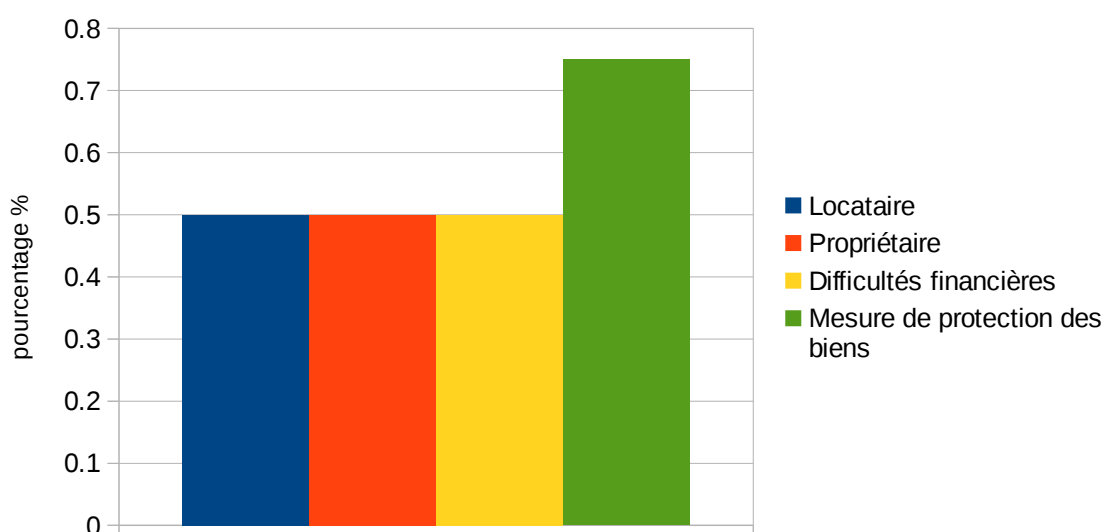
1: présence du critère, 0: absence du critère, NC: non connu

## Profil médico-social :

Sur l'aspect social, on retrouve 6 patients locataires et 6 patients propriétaires de leur logement. Il y a 6 patients en difficultés financières dont 3 ayant constitué un dossier de surendettement. Les patients, avec une difficulté financière, pouvaient être propriétaire ou locataire.

Une mesure de protection des biens a été mis en place pour 9 patients. Parmi ces 9 patients, 3 (cas clinique n°4, 5 et 8) n'avaient pas de difficultés financières. 2 patients étaient propriétaires et 1 patient était locataire. Ces 3 patients présentaient soit une démence soit un handicap mental. Concernant les cas cliniques n°1, 3 et 9, une mesure de protection des biens a été mis en place sans bilan de démence. Seules les situations cliniques n°7, 10 et 11 ne bénéficient pas de mesure de protection judiciaire, ils ne présentent pas de difficultés financières et seul le cas n°11 présente une pathologie démentielle (figure 5 et 6).

**Figure 5 : pourcentage des critères socio-administratifs évalués sur la totalité des 12 cas**



**Figure 6 : présence des critères socio-administratifs pour chacun des 12 cas**

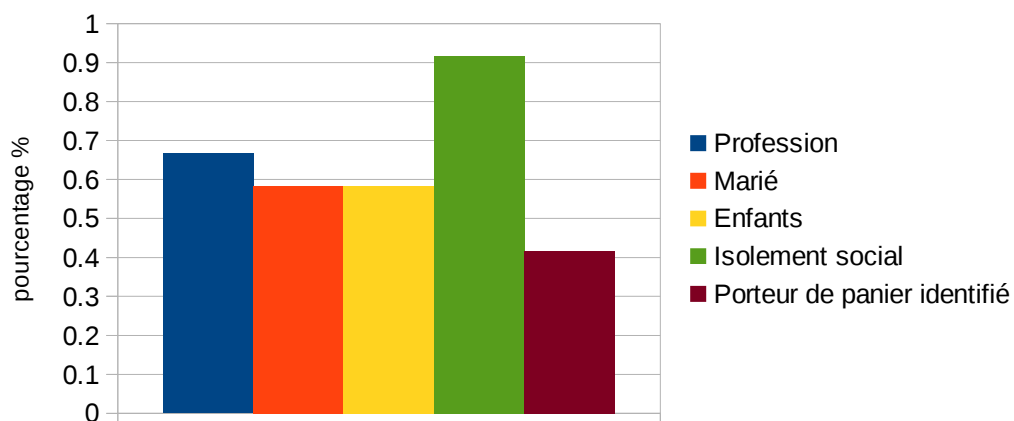
	Locataire	Propriétaire	Difficultés financières	Mesure de protection des biens
Cas 1	1	0	1	1
Cas 2	0	1	1	1
Cas 3	1	0	1	1
Cas 4	0	1	0	1
Cas 5	1	0	0	1
Cas 6	1	0	1	1
Cas 7	0	1	0	0
Cas 8	0	1	0	1
Cas 9	1	0	1	1
Cas 10	0	1	0	0
Cas 11	0	1	0	0
Cas 12	1	0	1	1

1: présence du critère, 0: absence du critère

**Profil socio-familial :**

Le profil socio-familial retrouve 5 patients célibataires, sans enfants. 11 patients présentent un isolement social important, seul le cas clinique n°11 arrive à garder de bons liens sociaux avec son entourage et son voisinage. Lors des entretiens, on ne retrouve que 5 porteurs de panier décrits. Les autres patients n'ont aucune difficulté à se débrouiller seuls jusqu'à ce que les situations soient découvertes. À ce moment, les services sociaux interviennent dans le suivi social et administratif (figure 7 et 8).

**Figure 7 : pourcentage des critères socio-familiaux évalués sur la totalité des 12 cas**



**Figure 8 : présence des critères socio-familiaux pour chacun des 12 cas**

	Profession	Marié	Enfants	Isolement social	Porteur de panier identifié
Cas 1	1	0	0	1	0
Cas 2	1	1	1	1	1
Cas 3	0	1	1	1	0
Cas 4	1	1	1	1	0
Cas 5	0	0	0	1	1
Cas 6	1	1	1	1	1
Cas 7	0	1	1	1	0
Cas 8	0	1	1	1	1
Cas 9	1	0	0	1	0
Cas 10	1	0	0	1	0
Cas 11	1	1	1	0	1
Cas 12	1	0	0	1	0

1: présence du critère, 0: absence du critère

### **Commentaires des résultats :**

La durée des entretiens variaient entre 35 minutes et 55 minutes. La situation clinique n°7 retrouvait une durée minimale de 15 minutes environ. Effectivement, le contact n'avait pas été établi au préalable par le SHS. Nous nous sommes retrouvés devant une porte fermée lors de la première visite.

Une bonne alliance entre les patients et les gestionnaires de cas de la MAIA ainsi que les agents du réseau CLIC a été favorable au bon déroulement de l'entretien.

On retrouve une majorité de femmes avec 8 femmes pour 4 hommes.

L'âge varie de 66 ans à 86 ans avec un âge médian est de 77 ans.

L'âge moyen à 76,4 ans.

Le nombre de patients recrutés était de 12 patients. Celui-ci était un faible échantillon et n'est donc pas représentatif de la population Diogène. Il peut exister également un biais de recrutement, puisque les patients inclus dans l'étude étaient suivis pour la plupart par la



MAIA. Ce qui peut expliquer le nombre important de pathologie démentielle retrouvée dans l'étude.

Un biais d'interprétation a été possible puisqu'il s'agit d'un premier travail de recherche de l'évaluateur. Les questions restaient ouvertes durant l'entretien, même si la recherche des facteurs prédisposant et précipitant était constante. Il n'y a pas eu de contrôle par une tierce personne.

On peut évoquer un biais d'enquêteur qui pouvait influencer les entretiens. Les patients pouvaient se montrer plus méfiants et plus réticents à évoquer leurs histoires à une personne qu'il rencontrait pour la première fois.

Afin de limiter le risque de biais de confusion, l'étude se voulait être la plus descriptive possible par la recherche de plusieurs facteurs évalués sur le domaine médical et social. Le nombre important de pathologie chronique et de polypathologie chez les patients Diogènes peut être un biais de confusion. En effet, la totalité des patients ont plus de 65 ans et sont plus à risque de développer des maladies chroniques [84]. Tout les patients ayant un syndrome de Diogène n'ont pas de pathologies chroniques. Cependant, l'absence demande et le refus des aides peut entraîner une symptomatologie d'intensité plus importante pour les sujets souffrant de pathologies chroniques.

Les principales limites de l'étude sont le fait qu'il n'existe pas de consensus clair sur la définition clinique du syndrome de Diogène. En effet, les patients ont été recruté sur la présence d'un comportement de thésaurisation et de l'absence de demande d'aides. Nous avons vu dans notre revue de littérature que ces symptômes ne sont pas nécessaires pour certaines études sur le Diogène.

Une autre limite de notre étude est le manque de données concernant principalement la date d'apparition de la syllogomanie. Les entretiens permettent d'en tirer des suppositions sans réelles certitudes.

## **VII. Cadre thérapeutique non habituel**

### VII.1. Qu'est ce que le cadre ? [26]

Le cadre thérapeutique est le support de l'intervention. Par l'aléatoire avec les interventions au poste de police, en prison, dans la rue, au domicile, le cadre évolue constamment. Les repères deviennent flous tant dans la mise en place de l'intervention que dans l'esprit de l'intervenant.

La rencontre instaure la relation d'aide. Celle-ci peut se faire dès le premier contact ou après un certain temps. La rencontre se fait au cabinet de consultation, dans un service de médecine, au domicile. L'écoute, le regard, l'état intérieur de l'intervenant permettent la rencontre entre l'intervenant et le patient. La communication verbale et paraverbale est au cœur de cette relation d'aide. Il existe des éléments du dispositif internes et externes qui sont essentiels à la rencontre et qui constituent le cadre. Le cadre est un garant de la relation. C'est à partir de ce cadre que pourront s'engager les formes de suivi. Les trois conditions de base pour construire la relation d'aide sont : la rencontre effective, le projet (une demande ou un objectif dans la situation du syndrome de Diogène), le cadre. La rencontre reste une véritable problématique dans le syndrome de Diogène. Les patients ne demandent rien et se voient tout imposer. Ils sont inconnus des services de médecine. Avant la rencontre, le travail de l'approche est primordial pour ce type de sujet.

Le cadre est une notion psychanalytique appliquée au développement psychothérapeutique. Il est défini par :

- (1) la fréquence,
- (2) la position des personnes (setting),
- (3) le rapport contractuel,
- (4) la modalité d'intervention,
- (5) la confidentialité,
- (6) la règle d'abstinence (le thérapeute ne répond pas à la place du patient),
- (7) la règle de neutralité (pas de jugement de la part du thérapeute).

Le cadre garantit le repérage spatio-temporel, la continuité des soins, l'adhésion et la participation du patient. Aucune forme d'intervention ne peut se passer des critères du cadre thérapeutique.

L'aménagement du cadre touchera :

- (2) la position des personnes,
- (4) l'intervention peut aller du verbal libre, au projet de soin jusqu'à l'administratif.
- (5) le secret est toujours présent, mais l'intrusion possible de facteurs externes comme la justice, l'avocat, l'employeur, peut menacer cette règle de confidentialité.
- (6) la règle d'abstinence peut être moins stricte
- (7) la règle de neutralité peut ne plus avoir sa place dans son application stricte.

Les raisons de l'aménagement se trouvent dans les objectifs de la psychothérapie.

Anzieu considère le cadre comme un contenant maternel. Cette enveloppe élaborée et garantie par le thérapeute permet au sujet d'exprimer ses pensées [85]. Le cadre a une fonction contenante et protégé par une membrane psychique qui ne peut exclure la réalité.

Le cadre empirique correspond à la pratique et se base sur une relation spontanée. Le cadre est un lieu physique et psychique idéal pour la rencontre. Il est fait de perceptions par les sens, les images et les mots où s'écrit l'histoire du sujet, protégé de l'extérieur.

L'action sociale cherche, quant à elle, l'efficacité de la rencontre et bouscule le cadre.

L'action et la réalité extérieure prédominent dans cette rencontre. Le cadre préserve la réalité interne et psychique du sujet, quel que soit l'aménagement.

La rencontre est nécessaire à la prise de conscience, au processus de changement, à la prise de responsabilité et un retour au monde.

## VII.2. la souplesse du cadre [25]

Le cadre thérapeutique délimite un espace dans lequel se déploie la réalité psychique interne du patient tout en étant relié au monde extérieur. Les limites du cadre permettent la liberté de parole, le travail entre l'expression des désirs et leur satisfaction.

La psychothérapie est l'accompagnement de personnes dans le but d'élucider les causes des difficultés et permettre au patient de s'émanciper de ces difficultés. La finalité de la psychothérapie est de restaurer les capacités de communication, de développer la conscience, de construire la pensée, d'améliorer la conduite et d'intégrer le passé pour construire l'avenir du patient.

Comme nous l'avons précisé précédemment, le sujet doit pouvoir s'exprimer authentiquement sur son vécu réel le plus librement possible sans crainte d'être jugé.

Les éléments du cadre sont constitués par :

- le lieu,
- la place du thérapeute et du patient,
- la durée et la fréquence du suivi,
- le coût des séances.

À ces éléments externes, s'ajoute le cadre interne du psychothérapeute, autrement dit son mode de vie et son système de croyances. Le cadre interne représente l'articulation complexe des théories et pratiques du thérapeute. La compatibilité entre le praticien et le patient se fait dans un cadre qui sera à la fois souple et rigoureux afin de répondre au mieux à la problématique du sujet. Le cadre interne du praticien doit correspondre aux nécessités du processus psychothérapeutique. Parmi les qualités adaptables du thérapeute on retrouve :

- l'autoconnaissance critique,
- la souplesse adaptative,
- l'ouverture théorico-clinique,
- l'habileté permettant l'expression des expériences émotionnelles du patient.

Le thérapeute entreprend l'investigation du monde interne du patient selon des approches différentes et complémentaires. La rigueur et la souplesse du cadre permettent au patient de s'exprimer dans un climat « secure » et permettent au praticien d'explorer le vécu individuel de chaque patient.

### VII.3. Winnicott : frontière et espace [27]

« L'espace est le lieu où les plaisirs primitifs et la fraîcheur du sentiment trouvent une place pour se transformer et exprimer une idée ». « La frontière de l'espace est représentée par les contrôles imposés à soi-même qui permettent de se servir des plaisirs pour exprimer une idée ».

Pour Winnicott : « la spontanéité prend un sens dans un contexte contrôlé. Le contenu n'a aucune signification sans une forme ».

Winnicott expose l'importance du cadre dans toutes les sphères de la vie. Il pouvait retrouver le cadre dans la forme du papier à dessin, dans le jeu permettant l'expression des sentiments, et dans la mer entourant les Îles Britanniques conférant son caractère typique.

Le cadre est une acquisition sous forme de contrôle intérieur où s'exprime la spontanéité qui trouve une expression extérieure. Le compromis entre la frontière et l'espace réalisé dans la réalité interne de l'individu, correspond à un besoin restreint de contrôle extérieur. La frontière essentielle est la membrane séparant le « moi » du « non-moi », qui représente la peau du corps. L'espace essentiel représente l'endroit où se déroulent les processus de maturation, et où le soi et la réalité psychique interne apparaissent. Cette notion est résumée dans la figure ci-dessous.



Une fois que la sécurité, c'est à dire les soins parentaux qui protègent l'enfant, a été établie intérieurement, apparaît le besoin de rompre la frontière. On retrouve cette notion chez les individus cherchant à devenir indépendant.

Ainsi, les enfants développent une confiance suffisante en eux et dans les autres pour en arriver à détester les contrôles externes de toutes sortes. Ces contrôles deviennent alors des autocontrôles. Lorsque ces autocontrôles deviennent un fait acquis, la sécurité ne trouve plus sa place chez l'individu.

Une frontière solide permet à l'individu de contrôler sa spontanéité.

Autrement dit, l'empiétement du dehors réduit l'espace et appauvrit le contenu entraînant une menace pour la liberté individuelle.

#### VII.4. en pratique

La rencontre avec les patients présentant un syndrome de Diogène n'est pas chose aisée. En effet, il est courant de se retrouver devant une porte fermée. Les entretiens peuvent se réaliser dans l'entrebâillement de la porte de façon fugace, l'approche de ces patients doit être réfléchi et doit prendre du temps. Il est parfois nécessaire de revenir plusieurs fois avant que la rencontre puisse véritablement avoir lieu. Winnicott définit la frontière oppressive qui réduit l'espace du patient, appauvrit le contenu et menace ainsi la liberté individuelle. Cette liberté menacée provoque un sentiment de persécution chez le sujet. Dans le syndrome de Diogène, les interventions de la mairie et du milieu médical peuvent provoquer un vécu persécutif du patient puisque l'on menace sa liberté et son mode de vie marginale. Le travail de l'approche est essentiel pour permettre la rencontre. La démarche doit être active en tentant d'éviter la rupture et ainsi pouvoir être inclus à l'intérieur du sentiment de persécution.

Le cadre thérapeutique est représenté par le domicile du sujet. Au contraire d'un suivi habituel, le patient n'a aucune demande et présente un déni des troubles. Le projet de soin est ici imposé par l'extérieur. Bien que nous nous trouvions dans son environnement « secure », le patient livre ce qu'il veut bien nous livrer. Il mène l'entretien et décide la position des protagonistes. Nous sommes soumis à son bon vouloir, ce qu'il faut savoir accepter étant donné l'absence de demande de soins. Dans cette situation, c'est le praticien qui vient à la rencontre du sujet pour proposer son aide.

L'exploration du monde interne est compliquée, comme si le patient voulait garder des choses pour lui. Malgré que nous nous trouvions dans son monde, il ne semble pas pouvoir s'exprimer librement sur son vécu réel. La réalité psychique, à laquelle nous avons accès, est celle de son environnement. Ce que le patient nous exprime, c'est son sentiment de persécution et cette sensation que l'on porte atteinte à sa liberté individuelle par la mise en place de mesure protection judiciaire par exemple.

Le monde de Diogène est une bulle narcissique hermétique dont l'objectif sera d'aménager une deuxième bulle moins hermétique à l'extériorité. La confiance que portera le sujet au thérapeute lui permettra de confier des choses que le praticien conservera, sans perte [9].

La rencontre est déjà encombrée par les objets de l'environnement, la saleté, l'odeur. La relation est ainsi saturée par les stimulations de l'environnement du Diogène et complique la relation d'aide. Les entretiens peuvent être interrompus plus tôt par les nuisances devant lesquelles le thérapeute se trouve. Tout ceci demande au praticien un effort supplémentaire pour instaurer et préserver la relation d'aide.



## **VIII. Éthique**

L'éthique se base sur la notion de respect. Pour Kant, c'est un principe qui empêche d'employer l'autre à ses fins. [26]

Si l'on reconnaît l'existence de l'autre, si l'on veut développer le rapport à l'humanité de l'autre, il est nécessaire de reconnaître ce qu'il est et ce qu'il veut. [26]

### VIII.1. Liberté individuelle et non assistance à personne en danger [86]

La difficulté éthique est l'absence de demande de soin. Bien souvent, l'accompagnement débute lorsqu'un danger pour la personne ou son entourage est repéré. Les sujets ont appris à vivre avec les désagréments de leur habitat, ils ne voient pas la problématique et ne ressentent pas le besoin de se faire aider. Le but est d'éviter le vécu intrusif de l'accompagnement qui peut être contre productif. Cette méthode d'intervention permet de s'affranchir de la question éthique portant sur la liberté individuelle et la non assistance à personne en danger. [9]

Les notions sur la liberté individuelle et la non assistance à personne en danger fait évoquer l'opposition entre autonomie et protection. L'autonomie et la protection représente un ensemble de concepts utilisés dans le lexique de la santé. C'est une réplique de la distinction des principes d'autonomie et de bienfaisance.

Il est tout aussi important de respecter l'autonomie de la personne que de respecter son bien être physique et mental.

On distingue deux types de personnes : les personnes non-dépendantes qui prétendent à l'autonomie. Les personnes dépendantes qui prétendent à la bienfaisance, voient leurs capacités de vivre selon leurs propres désirs faire défaut. Pour ces personnes

dépendantes, des dispositifs adaptés à la dépendance doivent être mis en place tout en préservant leur autonomie et leurs intérêts.

Cette conception de l'autonomie est problématique, notamment pour les personnes à qui l'on ne reconnaît pas cette capacité de décider et d'arbitrer pour elle-même. Elle implique que ce dont nous devons nous soucier, c'est avant tout de faire le bien de la personne comme si, par l'effet de son handicap, les désirs de la personne étaient devenus étrangers à son bien. L'affect n'est plus pris en compte. On retrouve une forme de paternalisme, voire d'indifférence pour la personne.

À cette distinction autonomie et bienfaisance correspond une distinction entre les personnes autonomes et les personnes vulnérables. Le concept autonomie/protection implique une vision individualiste de l'autonomie comme autodétermination. Les personnes autonomes seraient celles qui pourraient pourvoir à leurs propres besoins par le travail et se soigner elle-même. Cette conception va de pair avec l'idée selon laquelle nous pourrions mesurer le degré d'autonomie d'une personne, son degré de dépendance à un moment de son existence et donner un score. Cette mesure empirique de l'autonomie donnerait la mesure dans laquelle nous devrions respecter son autonomie. Autrement dit le respect du principe d'autonomie serait subordonné à une mesure empirique de l'autonomie

Sans doute la mesure de l'autonomie est-elle nécessaire pour évaluer et organiser les moyens par rapport aux besoins.

Mais il y a un risque que l'administration finisse par recouvrir nos regards et nos perceptions de la personne ; autrement dit que cette mesure des degrés d'autonomie n'aboutisse à une échelle de valeurs des individus (plus l'homme est autonome, plus il a de la valeur) et à une certaine idée de la vie bonne comme vie indépendante.

Bien évidemment, pour nos patients Diogène cette mesure de l'autonomie est à rechercher étant donné les risques qu'ils peuvent présenter pour eux-mêmes ou pour autrui (les incendies qui se déclarent au domicile du fait de l'utilisation de bougies lorsque l'électricité n'est plus payée). Compte-tenu de la difficulté d'intervention par l'absence de demande, se tournerait-on plus facilement vers les mesures de protection des biens afin de faciliter la prise en charge ?

Parmi les 12 situations cliniques que nous avons pu exposer, on retrouvait 5 patients en perte d'autonomie, 6 patients avec un trouble démentiel et 9 patients sous mesure de protection des biens. Aucune mesure de corrélation n'a été faite, mais nous pouvons nous interroger sur la mise en place rapide d'une tutelle pour faciliter notre intervention. Est-ce que ces patients sont en véritable perte d'autonomie ? Est-ce qu'ils ont besoin d'être assistés pour les actes de la vie ? Est-ce que les nuisances sensorielles provoquées nécessitent qu'ils soient protégés ?

## VIII.2. Regard inquisiteur dans la problématique du Diogène

L'habitat de Diogène nous fait évoquer la maison de verre dont l'idée est d'abolir les frontières entre l'intérieur et l'extérieur. Le privé et le commun s'entremêlent dans une utopie esthétique pour finalement basculer dans le cauchemar d'une surveillance totalitaire. [87]

Au début du XXème siècle, l'objectif de la maison de verre était d'ouvrir les espaces. Paul Scheerbart publie « l'Architecture de verre » en 1914 avec l'idée d'abandonner les murs en pierres. Dans la maison de verre, le familier et l'inconnu, l'intime et l'étranger ne s'opposent plus mais s'interpénètrent. L'univers devient la demeure de l'humain, celui-ci n'est plus cantonné dans une maison en briques. L'utopie de Scheerbart était la

restauration d'une communauté représentée par l'être humain et la nature. La maison de verre est le foyer de l'homme affranchi de la nostalgie de l'ailleurs.

À cela s'ajoute, la valeur de l'intime. Paul Valéry, André Breton et Walter Benjamin rappellent que l'idéal de Scheerbart nécessite une reconfiguration de l'intimité.

L'avènement des régimes totalitaires en Europe et en Russie empêche l'évolution de cette utopie considérée comme naïve. Hannah Arendt considère la distinction entre espace public et sphère privée l'un des éléments essentiels de la domination totalitaire. La visibilité totale de l'espace domestique devient le symbole d'une société de surveillance impitoyable où la délation sévit. L'idéal de transparence est rattrapé par la réalité de surveillance.

Le droit à l'intimité fait figure de droit fondamental indissociable du droit au logement. [87]

L'intimité des patients présentant un syndrome de Diogène est mise à rude épreuve.

Précédemment, nous avons vu que l'extérieur du domicile de ces patients pouvait rendre compte de l'intérieur de l'habitat. Ces situations sont portées à notre connaissance lorsque le voisinage ou l'entourage ne tolèrent plus l'inacceptable.

La problématique du Diogène survient suite au regard inquisiteur jeté par le monde extérieur.

Mais ces patients souffrent-ils réellement, ou c'est l'entourage qui souffre? Ne cherchons nous pas à codifier, à normaliser chaque éléments de notre société ? Est-ce qu'il y a une nécessité de remettre dans la norme ceux qui en sortent ? Est-ce véritablement un problème de santé publique ?

## Conclusion

Le syndrome de Diogène est une entité transnosographique dont la clinique ne semble pas encore bien établie. L'étiologie de ce syndrome est diverse, les résultats des études sont variés mais on retrouve en moyenne un trouble neuropsychiatrique dans 50% des situations. Dans l'autre moitié des cas, il est évoqué un Diogène primaire. Ils existent autant de diagnostic clinique que d'auteurs selon Monfort. Le diagnostic syndromique repose avant tout sur la clinique de l'habitat et l'évaluation paradoxale de l'absence de demande.

Les opinions divergent sur le terme Diogène. La philosophie de l'ascète et la présentation clinique des patients ne semblent pas concorder. Beaucoup y voit un nom accrocheur avant tout, qu'une réelle cohérence dans l'utilisation du terme. L'auto-exclusion réfléchie et délibérée de Diogène est paradoxale aux situations subies par les patients. Le philosophe est à la recherche d'une personne qui subira ses provocations, contrairement aux sujets affectés qui sont indifférents à l'idée d'une rencontre. [18][21][22]

La plupart des études s'accordent sur le trouble de la personnalité pré-morbide, la clinique de l'habitat et le trouble du comportement.

L'article de Monfort permet de mettre en avant l'absence de demande comme critère principal du syndrome associé à la présence d'un critère parmi : la relation pathologique aux objets, aux autres et au corps. Par choix, nous avons décidé d'associer le hoarding syndrom comme critère d'inclusion de notre étude puisqu'il y figure dans le DSM 5.

De plus, Monfort met en avant la personnalité prémorbide en utilisant le terme de personnalité exceptionnelle. Il fait part également d'un événement de vie dramatique pouvant expliquer l'apparition des troubles. Nos entretiens nous ont permis de définir ainsi

un facteur prédisposant représenté par la personnalité exceptionnelle et un facteur précipitant représenté par un événement dramatique.

Les difficultés financières n'expliquent pas l'apparition du syndrome de Diogène. 50% des patients présentaient des problèmes financiers, l'autre moitié des patients n'avaient aucune problème d'argent. Conformément à la majorité des études, le syndrome de Diogène est représenté par toutes les catégories sociales et professionnelles.

Concernant les comorbidités associées, on retrouvait une consommation d'alcool supérieur aux recommandations des autorités de santé pour 7 patients. Soit plus de 3 verres pour un homme et plus de 2 verres pour une femme de façon quotidienne.

Les antécédents psychiatriques sont retrouvés pour 3 patients uniquement. Mais nous pouvons nous interroger sur l'absence de demande des patients. En effet, aussi grande la souffrance puisse être, les patients ne demandent rien et semblent n'adhérer au suivi médical qu'en cas de nécessité absolue. Ceci pourrait expliquer en partie l'absence de démarche de leur part, sans oublier le caractère parfois « stigmatisant » de la psychiatrie. Devant l'importante proportion de consommateur d'alcool chez les patients présentant un syndrome de Diogène, nous pouvons évoquer le double diagnostic (ou dual diagnosis) qui représente l'association d'un trouble lié à la consommation d'alcool et d'un trouble psychiatrique. Certaines études retrouvent des états dépressifs majeurs deux fois plus fréquents chez les personnes dépendantes à l'alcool [82]. Les troubles anxieux sont trois fois plus fréquents dans la population alcoologique que dans la population générale [82]. D'autres études retrouvent une proportion de 30% de syndromes de stress post-traumatique dans la population dépendante à l'alcool soit quatre fois la fréquence du trouble dans la population générale [83]. De la même façon, on relève une fréquence trois fois plus élevée de trouble de la personnalité chez les patients présentant une

consommation d'alcool [82].

Devant les troubles de personnalité exceptionnelle ainsi que les comorbidités alcooliques, la question peut se poser. Le syndrome de Diogène ne serait-il pas la manifestation d'un trouble psychiatrique qui ne peut s'exprimer ? Peut-on dans ce cas parler de Diogène primaire et de Diogène secondaire ?

La question éthique reste fondamentale dans la prise en charge des patients présentant un syndrome de Diogène. C'est l'entourage ou le voisinage qui déclarent ces situations, alors que le patient ne demande rien et ne semble pas souffrir de son état. Peut-on et doit-on soigner des gens qui ne demandent rien ? Les mesures de protection judiciaire ne seraient-elles pas instaurées pour faciliter nos possibilités d'action ? L'absence de demande est-elle un motif de nécessité de prise en charge ?

Le danger, principalement retrouvé, était le risque d'incendie lorsque l'électricité était coupée et que le patient s'éclairait à la bougie. Ceci peut alors conduire à des soins sans consentement à la demande d'un représentant de l'État. D'autre part, le taux de mortalité de 47%, dans les 3 mois à 5 ans suivant le diagnostic, reste alarmant. Bien sur il faut tenir compte des probables biais de l'étude [52][51][64][54]. Dans ces conditions, le syndrome de Diogène présente-t-il réellement un risque pour lui même ou pour autrui ?

Monfort évoque la diogénisation de l'étudiant qui est socialement acceptée. En effet, les étudiants très investis dans leurs études ont parfois tendance à négliger leur logement voire leur hygiène corporelle en période de révisions ou d'examens. Le contexte socio-culturel justifie-t-il que la société accepte plus facilement la négligence d'un étudiant que d'une personne âgée ?

L'hypothèse de la présence d'un trouble psychiatrique ou d'une pathologie neurodégénérative qui révélerait le syndrome de Diogène nous interroge. Est qu'il y aurait un lien entre l'absence de demande et la présence d'une telle pathologie ? Autrement dit, sont-ils incapable d'exprimer leur volonté par la présence d'un stade pré-démontiel ou d'un trouble psychiatrique ?

La prise en charge de ces patients nécessite une pluridisciplinarité par ses aspects somatiques, psychiatriques, sociales voire juridique. Les gestionnaires de cas prennent en charge de plus en plus de syndrome de Diogène et semblent parfois démunis avec le sentiment d'agir seul. En effet, de part leur action de coordination médico-social et de maintien à domicile, il semble cohérent qu'ils soient plus souvent sollicités pour ces patients. Mais est-ce réellement leur fonction ? Le corps médical ne se décharge-t-il pas de ces situations, compte tenu de la complexité d'approche de ces personnes ?

Les visites ont montré un contact de meilleur qualité avec les patients qui bénéficiaient d'un suivi de longue date. Effectivement, la durée des entretiens et le contact avec le patient permettaient de retracer plus facilement le parcours de vie, le trouble de la personnalité exceptionnelle, les événements de vie dramatique ainsi que les éléments du parcours de soin. La visite avec le professionnel du SHS ne permettait pas d'instaurer la relation d'aide.

L'approche de ces patients nécessite du temps et un investissement total de la part de l'intervenant. Les missions sociales parasitent la création de l'alliance, puisque les travailleurs sociaux ont un objectif à atteindre avec un délai restreint. Dans ces circonstances, la relation d'aide ne peut se faire et le dialogue ne peut s'instaurer. Dès lors, il peut survenir des conséquences catastrophiques avec un avis d'expulsion pour la personne sans possibilité de relogement. Lorsque la personne refuse toutes les aides et le



relogement, cela peut entraîner l'intervention des forces de l'ordre pour déloger les personnes.

Dans ce contexte où l'absence de demande d'aide et le refus des soins sont réguliers, il est important pour l'intervenant de créer l'alliance thérapeutique qui est le pied de pivot de la relation d'aide. Il faut savoir sortir de son champ de compétence et des missions fixées pour prendre en charge les patients présentant un syndrome de Diogène. Ce syndrome demande du temps, de l'écoute ainsi qu'une participation active de tout les intervenants pour éviter que le phénomène se réitère. L'élaboration du projet thérapeutique repose sur la coordination entre tous les acteurs médico-sociaux et sociaux, en recherchant systématiquement l'accord du patient.

La psychiatrie prend sa place dans la relation au patient. D'autre part, elle permet une orientation dans le diagnostic et le suivi thérapeutique puisque le syndrome de Diogène retrouve 50% de troubles neuropsychiatriques.

Étant donné que les médecins traitants et les gestionnaires de cas de la MAIA réalisent des visites à domicile et qu'ils sont le plus souvent confrontés à ce genre de situation. Il serait intéressant de connaître leurs perceptions sur la prise en charge de ce syndrome.

Signature du président du jury :

## BIBLIOGRAPHIE

1. Montfort JC : Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive. Psychol NeuroPsychiatr Vieil, vol 8, n°2, juin 2010.
2. C.M. Finney et M. Mendez : Diogenes Syndrome in FrontoTemporal Dementia. American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias 2017.
3. F. Maes-Bieder et J.Bieder : Le syndrome de Diogène. Annales médico psychologiques, Elsevier Masson, 2007.
4. A. Barrata et M. Bénézech : Claustrations et collectionisme : réflexions à propos d'un cas de syndrome de Diogène avec vols kleptomaniaques et vengeurs. Annales médico-psychologiques, Elsevier Masson, 168 page 367-372, 2010.
5. Ducasse, Alezrah, Benayed, Arbault, Bardou, Meniai, Ferrer : réflexions autour d'un cas clinique de syndrome de Diogène et ses liens avec la psychose. John Libbey Eurotexte « l'information psychiatrique », 2011 volume 87, page 733-739.
6. Irvine et Nwachukwu : Recognizing Diogenes syndrome : a case report. BMC Research Notes 2014, 7:276.
7. François-David Camps, Jeanne Le Bigot, Didier Henneton, Jonathan Laboutique, Benoît Verdon : « Ça peut toujours servir ! » Syndrome de Diogène et névrose obsessionnelle. Annales médico psychologiques, Elsevier Masson, 2017 page 551-559.
8. C. Hanon, C. Pinquier, N.Gaddour, S.Saïd, D. Mathis, J.Pellerin : Le syndrome de Diogène, une approche transnosographique. L'Encéphale, 2004 ; XXX : 315-22.
9. A. Pichon : approche psychodynamique du syndrome de Diogène. Pratiques en santé mentale 2015, page 19-24.

10. Furtos J. Approche psychosociale du syndrome de Diogène, Soins psychiatrie mai/juin 2015, page 17-20.
11. C. Wong : le syndrome de Diogène : description clinique et conduite à tenir. Elsevier Masson, Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie 2013, page 51-60.
12. M. Djemaï : La femme encombrée, un syndrome de Diogène. Soins psychiatrie, juillet/août 2014.
13. F. Matthieu : Le manteau cloacal : Hypothèses psychodynamiques concernant l'incurie des sujets SDF. Le carnet Psy 2014, 179, page 39-45.
14. S. Chebili : Le syndrome de Diogène : une œuvre d'art manquée ? L'information psychiatrique 2018, 94, page 365-370.
15. A. Pichon : Les maux et les choses : figures et destins du travail du deuil dans la syllogomanie. Rhizome 2017, 64, page 15-15.
16. L. Hugonot-Diener et al. : Retrait et vieillissement, l'information psychiatrique 2017, 93, page 302-309.
17. B. Lavigne, M. Hamdan, B. Faure, H. Merveille, M. Pareaud, E. Tallon, A. Bouthier, J-P. Clément, B. Calvet : Syndrome de Diogène et Hoarding disorder : une même entité ? L'Encéphale 42, page 421-425.
18. T. Dagron : Stratégie de survie et idéal éthique : Diogène de Sinope. Pratiques en santé mentale 2015, 61, page 15-18.
19. G. Macaigne, B. Pillot, S. Cheaib, C. Chayette, R. Deplus : Le syndrome de Diogène associé à l'éthylisme chronique : présentation de 2 cas. La revue de gériatrie, 2007, 32, page 133-136.
20. Haddad, Lefebvre Des Noettes : Le syndrome de Diogène, du mythe à la réalité, à propose de 3 cas. La revue de gériatrie, 2002, 27, page 107-114.
21. B. Touverey, C. Hanon, J. Pellerin : Syndrome de Diogène. La revue du praticien, 2009, 59, page 318-320.

22. Lettre à la rédaction : Comment Diogène fut indemne du syndrome de Diogène ?  
La revue de gériatrie, 2001, 26, page 177-180.
23. Guesdon : Diogène : l'expérience d'un réseau médico-social à Lille. La revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 1999, 28, page 36-37.
24. M. Lecompte, V. Blettery, F. Dibie-Racoupeau : Syndrome de Diogène et sensorialité. Santé mentale, 203, 2015, page 62-67.
25. A. Delourme : La souplesse du cadre. Gestalt, 2003, 25, page 29-47.
26. M. Martin : Le cadre psychothérapeutique à l'épreuve de la réalité. Cahiers de psychologie clinique, 2001, 17, pages 103-120.
27. D. Wallbridge, M. Davis : Winnicott introduction à son œuvre. 4Ème édition « Quadrige », 2016.
28. P. Charazac : aide mémoire psychogériatrie. 2Ème édition « Dunod », 2015.
29. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. (page consultée le 04/04/2019).  
Parcours de vie : <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>.
30. Gérontoguide Littoral. (page consultée le 04/04/2019). Les CLIC (centre local d'information et de coordination) – Relais Autonomie :  
[http://maialittoralflandres.fr/index.php?option=com\\_sobipro&sid=162&Itemid=187](http://maialittoralflandres.fr/index.php?option=com_sobipro&sid=162&Itemid=187)
31. Gérontoguide Littoral. (page consultée le 04/04/2019). MAIA Littoral Flandres :  
[http://maialittoralflandres.fr/index.php?option=com\\_sobipro&pid=164&sid=728:maia-littoral-flandres&Itemid=189](http://maialittoralflandres.fr/index.php?option=com_sobipro&pid=164&sid=728:maia-littoral-flandres&Itemid=189)
32. G. Llobet : Hospice. Encyclopedia Universalis
33. M. Foucault : Histoire de la folie à l'âge classique. 1961, le grand renfermement.
34. E. Feller, A. Chemin : L'invention de la vieillesse. Le Monde, 24 mai 2018.
35. E. Feller : Du vieillard au retraité : la construction de la vieillesse dans la France du XX ème siècle. L'Harmattan, 2017.

36. J.-P. Clément : Histoire et champ de la psychiatrie de la personne âgée. Psychiatrie de la personne âgée, Flammarion, page 3-11.
37. Histoire de Bicêtre (hospice, prison, asile) : d'après des documents historiques.../ par Baul Bru ; préface de M. le Dr Bourneville... Auteur : Bru, Paul
38. Loi sur le travail des enfants et filles mineures dans l'industrie, limitant l'emploi avant 12 ans en 1874.
39. Jean Oury, « Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle », dans L'Apport freudien : éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse, sous la direction de Pierre Kaufmann, Paris, Bordas, 1993.
40. Richard J. et Bovier P. (1997) La Psychiatrie gériatrique. Paris, P.U.F., Que sais-je ?
41. Pathy, M.S.J.; Sinclair, A.J. ; Morley, J.E. (2006). Principles and Practice of Geriatric Medicine. Wiley. 1923, réédition 23 février 2017.
42. École Pratique des Hautes Études en Psychopathologies. (page consultée le 17/04/2019). Thierry Florentin : Histoire du secteur psychiatrique.  
<https://ephep.com/fr/content/info/thierry-florentin-histoire-secteur-psychiatrique>
43. Psychiatrie de secteur à l'Hôpital Général. (page consultée le 17/04/2019). Histoire du secteur Psychiatrique. [http://psy-secteur-hg.asso.fr/joomlasite/index.php?option=com\\_content&view=article&id=189:histoire-du-secteur-psychiatrique&catid=40:evolution-de-la-psychiatrie&Itemid=79](http://psy-secteur-hg.asso.fr/joomlasite/index.php?option=com_content&view=article&id=189:histoire-du-secteur-psychiatrique&catid=40:evolution-de-la-psychiatrie&Itemid=79)
44. Pascal, Henri. « La naissance du travail social (fin XIXème siècle-1913) », Histoire du travail social en France. De la fin du XIXème siècle à nos jours, sous la direction de Pascal Henri. Presses de l'EHESP, 2014, page 11-62.
45. T. Lempérière, « Histoire de la neuropsychiatrie », in « Annales médico psychologiques 162 (2004) page 39-49, Elsevier, 2003.
46. M. Jaeger. « Mai 68 : La deuxième naissance du travail social », travailleurs sociaux libres, 1er mai 2018.

47. Emile Bréhier, *Histoire de la philosophie*, tome I, livre Second, chap. 1.
48. Diogène le cynique. (page consultée le 04/05/2019). <http://www.apophtegme.com/PHILOSOPHIE/diogene.Htm>.
49. Diogène Laërce, *Vies, doctrines et sentences des philosophes illustres*, livre VI
50. Histoire de la folie. (page consultée le 05/05/2019). Les mendiants thésauriseurs, extrait de Paris médical. <http://www.histoiredelafolie.fr/psychiatrie-neurologie/les-mendiants-thesauriseurs>.
51. D. Macmillan et P. Shaw : Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. *Br Med Journal*, 29 octobre 1966, page 1032-1037.
52. Clark et Mankikar : Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age. *The Lancet* 1 (7903), mars 1975, page 366-8.
53. Melendro C.J., Malo P.S., Azagra V.J.R, Gasca J.M., Síndrome de Diogenes : un cuadro clínico frecuente en la vejez y poco conocido. *Actas Dermo Sifiliográficas* 1976, 67 : p.225-232
54. Roe P-F., Self-neglect or chosen lifestyle? *British Journal of Hospital Medicine* 1977, 37 (1): p.83-84
55. Snowdon J., Uncleanliness among persons seen by Community health workers. *Hospital and Community Psychiatry* 1987, 38 (5): p.491-494
56. 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
57. Martin-Hunyadi C., Berthel M., Le syndrome de Diogène. *Médecine et hygiène* 1991, 49 (1887) : p.1389-1393
58. Wrigley M., Cooney C., Diogenes syndrome-an Irish series. *Ir J Psychol Med*, 1992, 9: p.37-41

59. 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
60. Kocher Y., Chabert M-J., Le syndrome de Diogène. Gérontologie et société 1993, 64 : p.132-144
61. Halliday G., Banerjee S., Philpot M. et al., Community study of people who live in squalor. Lancet 2000, 355 : p.882-886
62. Les inégalités sociales en 1870. (page consultée le 17/05/2019).  
<http://www.commune1871.org/?LES-INEGALITES-SOCIALES-EN-1870>
63. Dorey JM et Viano C. Le syndrome de Diogène. Thèse : faculté de Lille 2 soutenue en 2003.
64. REYES-ORTIZ CA, MULLIGAN T. A case of Diogenes syndrome. JAGS 1996, 44/ 1486-8.
65. Monfort J-C. Comprendre les syndromes de Diogène. Santé Ment. janv 2003; (174):10-1.
66. Roberge R. F. Le syndrome de Diogène. Une entité gériatrique. Can Fam Physician. 1998 Apr; 44: 812–817.
67. O'Mahony D, Grimley Evans J. Diogenes syndrome by proxy. Br Psychiatry 1994;164:705-6
68. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5<sup>th</sup> ed. American Psychiatric Publishing ; 2013, page 991.
69. Schilder P. L'image du corps. Paris, Gallimard 1968.
70. Le Gouès G. Un désir dans la peau. La chirurgie plastique sur le divan. Paris, Hachette. 2004
71. Ungary GS, Hantz PM. Social breakdown in the elderly, I. Case studies and management. Compr Psychiatry 1991 ; 32, page 445-449

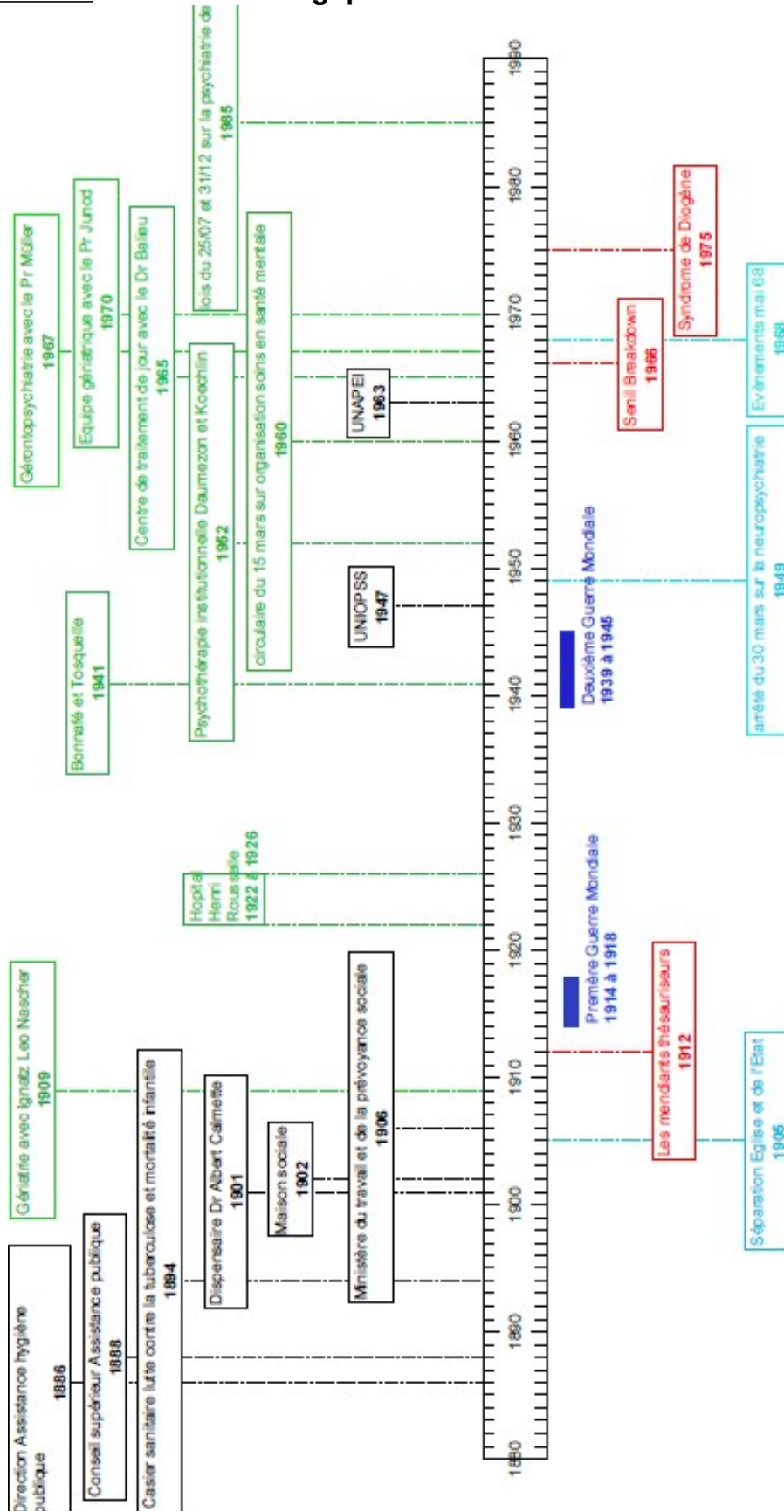
72. Cabeza R, Nyberg L. Imaging cognition II : an empirical review of 275 PET and fMRI studies. *J Cogn Neurosci* 2000 ; 12, page 1-47.
73. Fletcher PC, Henson RN. Frontal lobes and human memory : insights from functional neuroimaging. *Brain* 2001 ; 124, page 849-881.
74. Orell MW, Sahakian BJ, Bergman K. Self neglect and frontal lobe dysfunction. *Br J Psychiatry* 1989 ; 155, page 101-105
75. Beauchet O, Imler D, Cadet L et al. Le syndrome de Diogène du sujet âgé : forme clinique d'un dysfonctionnement frontal ? À propos de quatre observations. *Rev Med Int* 2002 ; 23 (2), page 122-131
76. Nayak K, Gopinath H, Kini H, Kumar P. Unmasking Diogenes Syndrome. *Indian J Dermatol* . 2015 mai-juin; 60 (3), pages : 287–289.
77. Gillette-Guyonnet S, Vellas B. Alimentation et prévention du déclin cognitif et de la démence.
78. Védie C, Touaimia E, Astruc JJ, Quaderi A. Syndrome de Diogène et appartenance communautaire. *Perspectives psychiatriques* 2006 ; 45, pages 248\_53.
79. Anzieu D. *Le moi-peau*. Paris : Dunod, 1985 (réédition 1995)
80. Chebili S. Le syndrome de Diogène : état pathologique ou expression du libre arbitre ? *Synapse* 1998 ; 144 : 35-8.
81. Dalery J., D'Amato T., Saoud M. *Pathologies schizo-phréniques* FR Lavoisier 2012, page 384.
82. Hasin DS. Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:830.
83. Evren C. Lifetime PTSD and quality of life among alcohol-dependent men : Impact of childhood emotional abuse and dissociation. *Psychiatry Res* 2011;186:85.



84. Vinquant JP., Mayo-Simbsler S. Vieillesse et prise en charge des maladies chroniques. Haut conseil de la santé publique. ADSP n°72 septembre 2010, page 33-36.
85. Anzieu D. Les enveloppes psychiques, Dunod, page 39, 1987.
86. Weil-Dubus PL. Autonomie et protection : une opposition à dépasser. Intervention du 10 mai 2016 dans le cadre du réseau « Situations de handicap ». Espace de réflexion éthique, publié le 08 novembre 2016
87. Barbisan L. Vivre la transparence. La maison de verre, essor et déclin d'une utopie. Sens public, 31 janvier 2017.(page consultée le 04/07/2019).  
<https://id.erudit.org/iderudit/1048845ar>.
88. M. Foucault, Conférence de 1967 « Des espaces autres », Dits et écrits (1984), T IV, « Des espaces autres », n°360, p.752-762, Gallimard, Paris 1994.
89. JC. Coffin. Les deux 68 de la psychiatrie. Dossier : les « années 68 » des sciences humaines et sociales, p. 115-134.
90. P. Grandgenèvre. Impact de la saillance cognitive et émotionnelle sur l'exploration visuelle dans la schizophrénie. Médecine humaine et pathologie. Université du Droit et de la Santé - Lille II, 2015.

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : Frise chronologique



### Légende:

Historique de la genèse sociale

Naissance de la gériatrie et évolution de la psychiatrie

Les événements marquants une transition médico-sociale

Les publications sur le syndrome de Diogène

## **ANNEXE 2 : Critères diagnostiques révisés de variant comportemental de démence Frontotemporale.**

### **1. Pathologie neurodégénérative**

Le critère suivant doit être présent

- A. Détérioration progressive du comportement et/ou de la cognition sur la base du suivi ou de l'interrogatoire (rapport d'un informant fiable)

### **2. Variant comportemental de DFT possible**

Trois des symptômes comportementaux/cognitifs (A-F) doivent être présents. Ces symptômes doivent être persistants ou récurrents, plutôt qu'isolés ou rares.

- A. Désinhibition comportementale précoce (un des symptômes suivants soit être présent)
  - Comportement social inapproprié
  - Perte des convenances ou de politesse
  - Actes impulsifs, irréfléchis, voire imprudents
- B. Apathie/Inertie précoce (un des symptômes suivants soit être présent)
  - Apathie
  - Inertie
- C. Perte de sympathie ou d'empathie précoce (un des symptômes suivants soit être présent)
  - Réponse diminuée aux besoins et sentiments des autres personnes
  - Désintérêt social, altération des relations interpersonnelles, émoussement affectif.
- D. Comportement persévératif, stéréotypé ou compulsif/obsessionnel précoce. (un des symptômes suivants soit être présent)
  - Mouvements répétitifs simples
  - Comportements complexes compulsifs, rituels
  - Stéréotypies verbales
- E. Hyperoralité et changement des habitudes alimentaires (un des symptômes suivants soit être présent)
  - Modifications des goûts alimentaires
  - Gloutonnerie, consommation aggravée d'alcool ou de cigarettes
- F. Profil neuropsychologique : déficit exécutif avec respect relatif de la mémoire et des fonctions visuospatiales (tous les symptômes suivants soit être présent)
  - Déficit des fonctions exécutives
  - Respect relatif de la mémoire épisodique
  - Respect relatif des fonctions visuospatiales

### **3. Variant comportemental de DFT probable**

Tous les critères suivants doivent être présents

- A. Remplit les critères de variant comportemental de DFT possible
- B. Présence d'un déclin fonctionnel significatif (rapport de l'informant ou sur la base d'échelles cliniques de syndrome démentiel ou d'activités de vie quotidienne)

- C. Résultats d'imagerie compatibles avec le diagnostic de variant comportemental de DFT (un des critères suivants doit être présent)
- Atrophie frontale et/ou temporale antérieure en IRM ou Scanner
  - Hypométabolisme frontal et/ou temporal antérieur en SPECT ou TEP

#### **4. Variant comportemental de DFT avec pathologie de dégénérescence lobaire frontotemporale définie**

Le critère A et soit le critère B ou C doivent être présents

- A. Remplit les critères de variant comportemental de DFT possible ou probable
- B. Preuve histopathologique de dégénérescence lobaire frontotemporale par biopsie cérébrale ou examen post mortem
- C. Présence d'une mutation génétique pathogène.

#### **5. Variant comportemental de DFT exclu**

Les critères A et B doivent être négatifs pour tout diagnostic de variant comportemental de DFT. Le critère C peut être positif dans le cadre d'un diagnostic de variant comportemental de DFT possible, mais doit être négatif dans le cadre d'un diagnostic de variant comportemental de DFT probable.

- A. Les troubles sont mieux expliqués par une autre pathologie non neurodégénérative du système nerveux ou une autre affection médicale.
- B. Les modifications comportementales sont mieux expliquées par une pathologie psychiatrique
- C. Biomarqueurs fortement indicatifs de maladie d'Alzheimer ou d'autres pathologies neurodégénératives.

D'après Rascovsky K *et al.* *Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia.* Brain. 2011; 134(Pt 9):2456-77.

## **ANNEXE 3 : Repérer la population à orienter vers un gestionnaire de cas MAIA**

En l'absence de situation médicale aiguë ou de crise, la gestion de cas s'adresse à une personne de 60 ans et plus<sup>1</sup> qui souhaite rester à domicile et dont la situation présente les 3 critères suivants :

### **1- Critère 1 :**

Situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile en raison de :

- a. problème d'autonomie fonctionnelle (AVQ et/ou AIVQ)
- b. et problème relevant du champ médical
- c. et problème d'autonomie décisionnelle

AVQ ou AIVQ : les activités de la vie quotidienne et/ou les activités « instrumentales » de la vie quotidienne sont impactées : la personne a des difficultés pour se laver, s'habiller, se déplacer ... (AVQ), faire ses courses, le ménage, le repas, la lessive, prendre ses médicaments, utiliser le téléphone, gérer son budget ... (AIVQ)

Autonomie décisionnelle : altération du processus décisionnel quelle qu'en soit l'origine (individuelle ou environnementale) avec pour conséquences des difficultés de gestion administrative et financière, de protection de soi et de sécurité affective et matérielle, d'élaboration d'un projet de vie, d'expression de ses souhaits, aspirations et besoins.

### **2- Critère 2 :**

Aides et soins insuffisants ou inadaptés

### **3- Critère 3 :**

Pas d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner dans la durée les réponses aux besoins.

Personne isolée ou dont l'entourage n'est pas en mesure de mettre en place et coordonner les aides et les soins

**Si les 3 critères sont validés alors la multiplicité des champs à suivre et l'intensité de l'accompagnement (fréquent et continu dans tous les domaines) nécessite le suivi par un gestionnaire de cas**

NB : Un simple renforcement des aides n'est pas suffisant pour mobiliser un gestionnaire de cas.

Si un des critères au moins n'est pas validé, la situation ne relève pas de la gestion de cas. Elle devra être orientée vers un autre service du guichet intégré.

---

<sup>1</sup> Le cas échéant, les gestionnaires de cas peuvent être mobilisés pour une personne de moins de 60 ans souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée si sa situation présente les critères ci-dessus.

**AUTEUR : CARDON**

**Jean-Patrick**

**Date de Soutenance : Mardi 1er octobre 2019 à 18h au Pôle Recherche**

**Titre de la Thèse : « Le syndrome de Diogène : de l'approche à la rencontre, une analyse de 12 cas au domicile »**

**Thèse - Médecine - Lille 2019**

**Cadre de classement : *Thèse de docteur en médecine***

**DES + spécialité : *Psychiatrie***

**Mots-clés : Diogène, psychogériatrie, hoarding disorder, médico-social, psychiatrie communautaire, trouble de la personnalité, troubles psycho-comportementaux, incurie, psychiatrie de la relation, éthique.**

**Résumé :** Le syndrome de Diogène continue de fasciner, susciter l'intérêt des médias par la négligence extrême de l'hygiène et l'accumulation d'objets hétéroclites. Depuis ses premières descriptions, il n'existe pas de réel consensus sur la clinique du syndrome. Les travailleurs sociaux sont confrontés de plus en plus souvent à ces situations alors que les services de médecine n'en rencontrent que très peu. Bien souvent, le recours aux aides a lieu lorsque l'entourage ne tolère plus l'intolérable. L'objectif de ce travail était l'aide au repérage de ces situations, à travers les éléments cliniques obtenus et en s'appuyant sur les données de la littérature.

Pour ce faire, l'idée était d'aller à la rencontre de ces patients afin de mieux comprendre la réalité dans laquelle ils vivent. Les visites à domicile étaient réalisées avec l'accompagnement des gestionnaires de cas de la MAIA, les agents du réseau CLIC et du service hygiène et santé de la direction logement de Dunkerque. Ainsi, cette enquête descriptive a abouti à douze entretiens sur la période d'avril à décembre 2018 dans le Nord-Pas-de-Calais.

Les entretiens retraçaient le parcours de soin du patient comprenant les antécédents médicaux et psychiatriques ainsi que les suivis sociaux et médico-sociaux. Le contact avec le patient rendait possible l'évaluation de l'histoire de vie, des éléments psychiatriques et des comorbidités addictologiques. Les visites à domicile permettaient l'évaluation de la clinique de l'habitat à partir de l'analyse environnementale. Dès lors, il a été possible de classer le syndrome de Diogène selon un type complet ou partiel. Les entretiens retrouvaient un facteur prédisposant représenté par un trouble de personnalité prémorbide, ainsi qu'un facteur précipitant correspondant à un événement de vie dramatique.

La prise en charge soulève de nombreuses questions éthiques, étant donné l'absence de demande du patient. La frontière entre le respect des libertés individuelles et la non assistance à personne en danger reste le principal questionnement de ces situations. La mise en place d'actions de prévention semble peu réalisable. Mais l'altération de l'état général, dans laquelle les patients sont retrouvés, sollicite notre réflexion sur la prise en charge.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur THOMAS Pierre**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur VAIVA Guillaume**

**Monsieur le Professeur PUISIEUX François**

**Monsieur le Docteur ROCHE Jean**

**Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur DURAND Jean-Paul**