

# Le Syndrome de Diogène

Tour d'horizon d'un point de vue scientifique

Rachida BENSLIMAN

Doctorante à l'Ecole de Santé Publique de l'ULB

# Qu'est-ce que le syndrome de Diogène ?



# Conceptualisation du Syndrome de Diogène



- 1966 : **Mc Millan & Shaw** (psy anglais) interpellé par une insalubrité +++ et incurie de patients et habitat
  - « **senile breakdown** » = « **social breakdown** » rupture ou dégradation sénile, hostilité monde extérieur
- 1975 : **Clark** (gériatre anglais) Article princeps (Lancet) étude descriptive de 30 patients → construire un syndrome
  - **Autonégligence** importante chez la PA, constituerait un syndrome avec comme caractéristiques communes:
    - insalubrité du domicile - saleté corporelle - indifférence à l'état de leur logement.
    - accumulation des déchets de 14 cas : soit manque d'initiative pour les jeter, soit une compulsion.
  - Pour tous les cas : accumulation pouvait provoquer un **sentiment de sécurité**

**Syndrome appelé « Diogène »** → philosophe grec Diogène de Sinope (autosuffisance, absence d'émotion, de honte, mépris social)

→ Terme critiqué car Diogène vivait dans la rue avec pour principe de ne rien posséder, tout en mendiant et en acceptant les aides proposées.

# D'autres noms du syndrome de Diogène émergent

Sylogomanie

Entassement  
obsessionnel  
compulsif

Accumulateur

Incurie  
domestique

Thésaurisation  
pathologique

Clochardisation  
à domicile

Manie de  
l'ammassage

Syndrome de  
Pluchkine

Collectionnisme  
pathologique

Syndrome  
d'encombrement  
par déchets

The Self-  
Neglect  
Elderly

Syndrome  
d'incurie  
sénile

# Tableau clinique selon Monfort (2010)

---

Sous le nom de syndrome de Diogène, sont réunis :

- absence paradoxale de demande médico-sociale en dépit des besoins du sujet
- relation inhabituelle ou bizarre aux autres (rupture sociale), au corps (négligence corporelle) et aux objets (amassement).

# Dénominations principales selon Monfort

---

- « **Négligence de soi** » « **self-neglect** » = syndrome gériatrique caractérisé par une incapacité à maintenir une bonne hygiène et le bon état du domicile.
- « **Entassement** » « **hoarding** » = comportement pathologique de collection. D'après Clark, ce comportement d'entassement n'est pas obligatoirement présent chez les personnes ayant un syndrome de Diogène (négligence).
- « **Squalor** » = caractère sordide et insalubre d'un domicile devenu un taudis sans qu'il y ait obligatoirement un entassement.

- Hanon (2004) décrit deux types de syndrome de Diogène :



### Le syndrome de Diogène « actif »

- Entassent dedans ce qu'ils récoltent dehors
- Remplissent leur intérieur pour combler le vide d'une existence qui se dégrade



### Le syndrome de Diogène « passif »

- se font envahir passivement par leurs déchets
- se laissent déborder par les accumulations qui s'entassent.

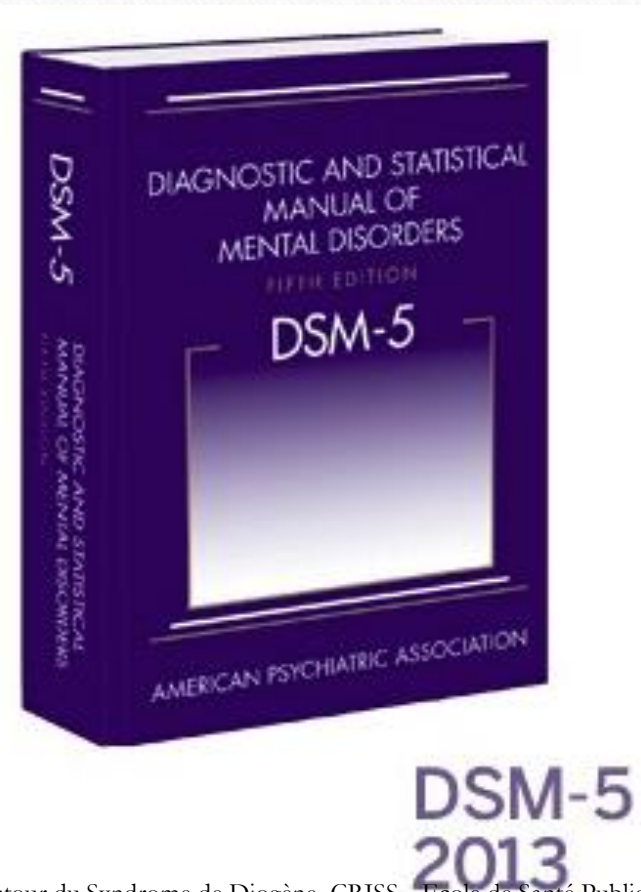
# Description globale de Peters (2000)

---

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



# Caractéristiques du point de vue médical



# Entrée dans le DSM 5 en 2013 du syndrome sous le nom : « Hoarding disorder » « thésaurisation pathologique = syllogomanie »

---

## Catégorie « troubles obsessionnels compulsif et apparentés »

### • Critères diagnostics :

- Difficultés persistantes à jeter ou à se séparer de certains objets indépdt de valeur réelle → souffrance associée
- Difficulté aboutit à une **accumulation** d'objets envahissants et encombrent la maison compromettant de manière importante sa fonction première.

# Entrée dans le DSM 5 en 2013 du syndrome sous le nom : « Hoarding disorder »

## « thésaurisation pathologique = syllogomanie »

---

- L'accumulation entraîne :
  - une détresse cliniquement significative
  - une altération du fonctionnement social, professionnel
  - une altération du maintien d'un environnement sans danger pour soi et autrui
- L'accumulation n'est pas imputable à une autre affection médicale (ex: lésion cérébrale)

# Lien avec une maladie psychiatrique ?

---

- Estimations variables de relations avec des troubles psychiatriques. (Ducasse *et al.* 2011)
- 50% avec une **pathologie psychiatrique** (Cooney & Hamid, 1995)
- 80 % avec troubles psychiatriques : **démence, TOC, Troubles de l'humeur, Alcoolisme, Psychose** (Halliday *et al.* 2000)
- > 50 % des cas associés à une **psychose** ou à une **démence**  
« Diogènes secondaires » (Monfort, 2010)

# Facteurs explicatifs

---

- Problématiques psychiatriques (Ducasse, 2011)
- Événement de vie à caractère dramatique (Monfort, 2010)
- Perte d'un être cher, deuil, séparation
- Traumatisme à l'enfance (Monfort, 2010)
- Abus d'alcool = facteur aggravant (Hanon, 2004)

# Situation épidémiologique

- **Prévalence :**

- 
- **0,5 cas par an pour 1000 habitants âgés > 60 ans.** (MacMillan, Wrigley et Snowdon)
  - **1,6 cas pour 10 000 habitants de plus de 50 ans à Paris** (Monfort, 2010)
  - **1 cas pour 1000 habitants à Sydney** (Snowdon J ; Halliday G, 2011)

- **Age moyen**

- **> 60 ans majorité** (Monfort)
- **79 ans** = âge moyen chez les hommes et de **77 ans** chez les femmes (Monfort)
- 51 % > 65 ans, 37 % entre 64 et 45 ans, 13 % entre 44 et 18 ans. (Halliday et al. - étude de 81 cas)

- **Sex-ratio**

- **Les deux sexes sont touchés avec une prédominance pour le sexe féminin (études++)**

# Description du public

---

- Statut familial :
  - Personnes vivant seules à leur domicile, isolées : environ 75% des cas (Monfort)
  - Proportion de femmes veuves ++
  - Couple ou familles rares, environ 10% : quelques cas de « Diogène à deux »
- Statut socio-économique et revenus:
  - Selon Clark : « notables » : 3 anciens officiers de l'Armée, dentiste, violoniste professionnel, institutrices, dessinatrice de mode, prof. de musique, chanteuse d'opéra.
  - Monfort confirme qu'ils s'agit de femmes ayant exercé des professions actives.
  - Situation financière élevée à moyenne mais qq cas revenus faibles

# Description du milieu de vie

- Délabrement de l'aspect extérieur
- Intérieur : agrégat d'objets hétéroclites, parfois jusqu'au plafond, agencement organisé de certains amas
- Odeur nauséabonde (denrées alimentaires péries, déchets humains, animaux)
- Périmètre de vie restreint, amoncellement de débris, 'sentier' aménagé pour les passages, petit coin de vie
- Sanitaires obstrués, besoins à même le sol
- Installations électriques défectueuses, dangereuses
- Présence d'animaux, insectes, vermines, blattes



# Risques pour la santé

---

## Risques biologiques (infections)

- moisissures et bactéries
- insectes
- animaux et vermines

## Risques chimiques/toxicologiques

- Intoxication au CO
- Alimentation avariée, eaux souillées
- Ingestion, inhalation de substances toxiques, produits nettoyage, ...

## Risques d'incendie

- amas de papiers
- conduits électriques délabrés

# Risques pour la santé

---

## Gênes physiques et psy liées aux odeurs

- troubles du sommeil
- troubles de l'humeur
- anxiété

## Troubles physiques

- carences
- malnutrition
- infections respiratoires

## Risques psycho-sociaux

- isolement
- troubles du comportement avec autrui
- aggravation problèmes de santé mentale

# Circonstance des découvertes

## Quasi jamais de demande d'aide du sujet

### Circonstances fortuites

- Incident domestique (situation dangereuse)
- Incident médical ou hospitalisation

### Intervention sociale ou forces de l'ordre

- demandés par le voisinage à cause de nuisances, hygiène déplorable, odeurs, blattes

### Révélation des conditions par la famille

- Inquiète, intervention des services sociaux

# Détection et suivi des cas à Forest

- 2 cas suivis par l'Adret (Centre santé mentale) → vers le service logement (SL) Commune Forest
- 5 cas de suivi commun (Adret – SL Commune)
- CPAS :
  - 1 cas orienté vers le SL de la Commune
  - 1 cas suivi par le service Senior du CPAS
  - 1 cas signalé par la Commune
- 5 cas au Foyer du Sud (2 décédés, 1 placée en MR, 2 sous contrôle avec dispositif social)
- SL de la Commune :
  - 1 dossier ouverts en 2015 (cas de 1999 à l'origine de la réflexion actuelle)
  - 3 dossier ouverts en 2016
  - 4 dossiers ouverts en 2017

# Prise en charge des situations et prise en soins des personnes

---

- Situations caractérisées par la difficulté des interventions et traitements  
« Ces personnes, qui auraient besoin de tout, ne demandent rien »
- Dans 2/3 des cas : refus toute coopération

Question d'ordre éthique et juridique:

Quelle est la limite entre respect des libertés individuelles et la non-assistance à personne en danger ?

# Problématique complexe → prise en charge devrait reposer sur une approche multidisciplinaire/multi-acteurs

---

Services communaux (hygiène, environnement, logement, ...)

---

Services sociaux (publics et associatifs)

---

Médecin généraliste

---

Réseau informel (pharmacien, voisin de confiance)

---

Services psychiatriques, Centre de santé mentale, services psy ambulatoires

---

Services hospitaliers (psychiatrie – gériatrie – urgences)

---

Services d'aides, soins à domicile

---

Services de Police, Pompiers

---

Services juridiques

---

Services Protection des animaux

# Coordination de prise en charge

- **PEC coordonnée** permet un meilleur suivi, qualité des soins et meilleure utilisation des ressources (Allia, 2014)
- Approche progressive et de mise en confiance de la personne et de remise en état du logement sans brusquer la personne, en favorisant son maintien à domicile :
  - **Hospitalisation** en unité psychiatrique ou gériatrie en fonction du diagnostic établi (souvent via urgences) → dernier recours
  - **Intervention des services communaux et sociaux**
  - **Nettoyage** et remise en état du lieu de vie
  - Mise en place **d'aides et soins ambulatoires**, accompagnement psy à domicile/ inf. à dom/ AM/AF
  - Mise en place de **traitements** médicamenteux si nécessaire et adapté au cas par cas (pas de protocole unique, car diag inhomogène)
  - Suivi d'un **médecin de famille** pour les problèmes de santé courants liés au SD (œdème, malnutrition, allergies, intoxication, etc.) (Franc, 2012)
  - Prise en charge et **suivi social** global pour éviter les rechutes

# Conclusion

---

- Pas de concept et définition consensuels du syndrome
- Mais tendance vers la notion de « Syndrome de Diogène » et « hoarding » (accumulation patho)
- Problématique sociale et de santé publique doit être prise au sérieux car risques +++
- Sous-estimé (prévalence) → proportion ++
- Pas de guideline ou de recommandations de bonnes pratiques uniformes dans la littérature pour la PEC car le syndrome polymorphe et hétérogène
- Sont recommandés : approche multidisciplinaire, non exclusivement médicale; maintien à domicile, suivi social pour l'accompagnement
- Initiative et projet multi-acteurs coordonné au sein d'un territoire à l'exemple du projet de Forest, construit sur plusieurs années et porteur d'enseignements riches et utiles pour toutes personnes touchées de près ou de loin par le Syndrome de Diogène



## Note :

Si vous utilisez des éléments de cette présentation, merci de vous y référer en mentionnant la référence suivante :

---

**BENSLIMAN Rachida. Le Syndrome de Diogène : tour d'horizon d'un point de vue scientifique. Communication orale lors du Colloque « Vigilance et bienveillance autour du Syndrome de Diogène » organisé par le CPAS de Forest le 8 mai 2018.**

**Contact : [rabensli@ulb.ac.be](mailto:rabensli@ulb.ac.be)**

**CRISS - Centre de Recherche Interdisciplinaire 'Approches sociales de la santé'**

**Ecole de Santé Publique - Université Libre de Bruxelles**