

Psychopathologie et vieillesse

Pr Dominique Somme

dominique.somme@chu-rennes.fr



Diogène

Syndrome de Diogène

- Historique :
 - Accumulation pathologique décrite par Dante
 - Mendiants thésaurisateurs en 1913 (Dupré et coll)
 - Senile Breakdown en 1966 (McMillan et Shaw)
 - Diogene en 1975 (Clark) : personne âgée vivant dans des conditions d'insalubrité sans considération pour leur corps et leur entourage sans lien avec les conditions économiques

Diogène?

OTHER PHILOSOPHERS:

- ~~x~~ Live in houses
- ~~x~~ Develop virtue ethics
- ~~x~~ Write on Dramatic Theory
- ~~x~~ Define Man to be a 'featherless biped'
- ~~x~~ Teach Emperors



ME:

- ✓ Live in a barrel
- ✓ Masturbate in Public
- ✓ Take a shit in the theater
- ✓ Plug a chicken and scream 'BEHOLD! A MAN!'
- ✓ Tell Emperors to stand out of my fucking sunlight



- ✓ Rejet suspicieux du monde
- ✓ Absence de honte
- ✓ Etroitesse de l'habitat
- ✓ Porteur d'eau
- ⊖ Démonstration d'autosuffisance
- ⊖ Libération par / aux émotions
- ⊖ Libération par / aux possessions

Appellations nombreuses

- Syndrome de Diogènes : *Diogenes syndrome*
- Trouble d'accumulation pathologique : *Hoarding disorder*
- Syndrome de l'auto négligence du vieillard : *The Self-Neglect Elderly*
- Syllogomanie
- Comportement d'entassement obsessionnel compulsif : *Compulsive hoarding behaviour*
- Incurie domestique ou incurie de l'habitat : *domestic squalor*
- Collectionnisme pathologique : *forced collectionnism*
- Syndrome de Pluchkine; « *Messie-Syndrom* », du terme anglais « *mess* » signifiant désordre, déchets ou saleté (utilisé par les allemands)
- Clochardisation à domicile, Insalubrité morbide ...

Epidémiologie

- Frontière de la psychiatrie (Hoarding disorder) et de la Gériatrie (démence notamment)
- Pas de définition dans DSM5 ni dans ICD 11
 - *Hoarding (séparé de TOC dans DSM5)*
 - *Self-Neglect*
- Pas de consensus international → chiffres complexes
- Entre 1,6/10 000 et 5/100 000 des > 60a (Europ occ)
- Age ~ 60-90 ans, pas de statut social, sex ratio 1
- Quelques rares cas de Diogène à deux, isolement fqt

Critères diagnostics

- Principal : absence de demande d'aide, médicale ou sociale en décalage avec besoins
- Secondaire : rapport pathologique (au moins 1 des 3 dimensions doit être présent)
 1. aux objets
 2. au corps
 3. aux autres

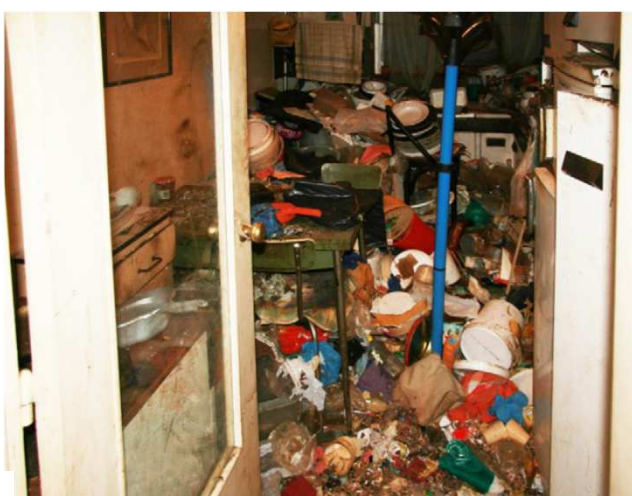
Objets



Objets



Objets



Objets



UNIVERSITÉ DE
RENNES 1

CHU
rennes

Objets



UNIVERSITÉ DE
RENNES 1

CHU
rennes

Objets



Rapport aux objets

- Sylllogomanie (manie de l'accumulation) : accumulation d'objets sans lien les uns avec les autres, sans souci de leur beauté ou de leur différence ou de leur intégration dans une série, sans utilité et dépassant l'espace disponible (\neq Collection)

Rapport aux corps

- Absence de soins et d'hygiène:
 - corps « délaissé voire maltraité », nié
 - plaies/blessures +/- infectées
 - apparente indifférence (même à la souffrance)
 - vêtements sales, couverts d'insectes +/- d'excréments
 - (inconstant) conservation de selles +/- urine → odeur forte ≠ incontinence (parfois rapport aux excréments des animaux)

Rapport aux autres

- Repli et isolement pathologique
- Suspicion, réserve, hostilité, relation inamicale avec les personnes qui veulent apporter de l'aide
- Vis-à-vis des autres et de l'administration (souvent coupure d'électricité, d'eau, de comptes bancaires...)
- Souvent un « porteur d'eau » entretient +/- consciemment la situation (dans des conditions « inacceptables » communément) : relations de honte/culpabilité, répugnance/fascination

Syndrome variable

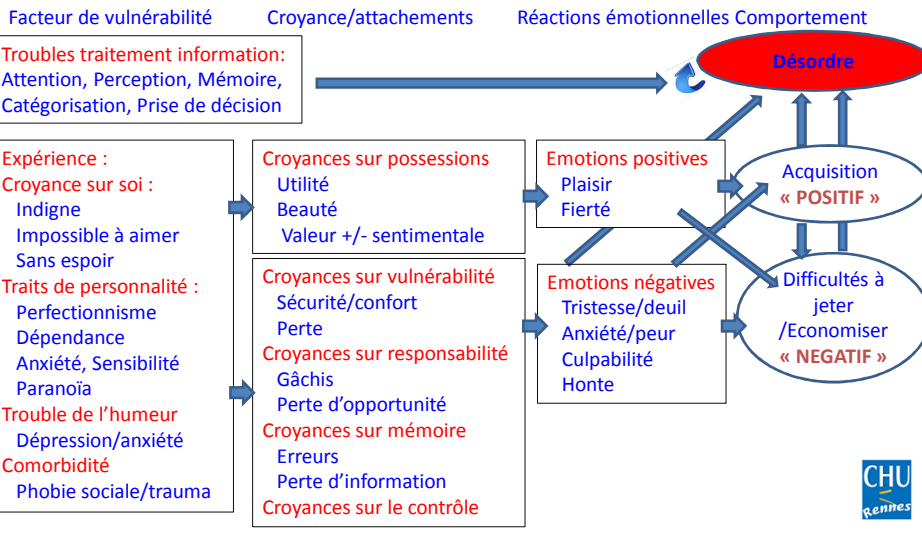
- 25% des cas seulement de sd complet (statistique +/- fiable)
- 14 formes décrites par Montfort et coll
- Doit être continu (période de deuil parfois marqué par un épisode transitoire d'accumulation)

Difficultés

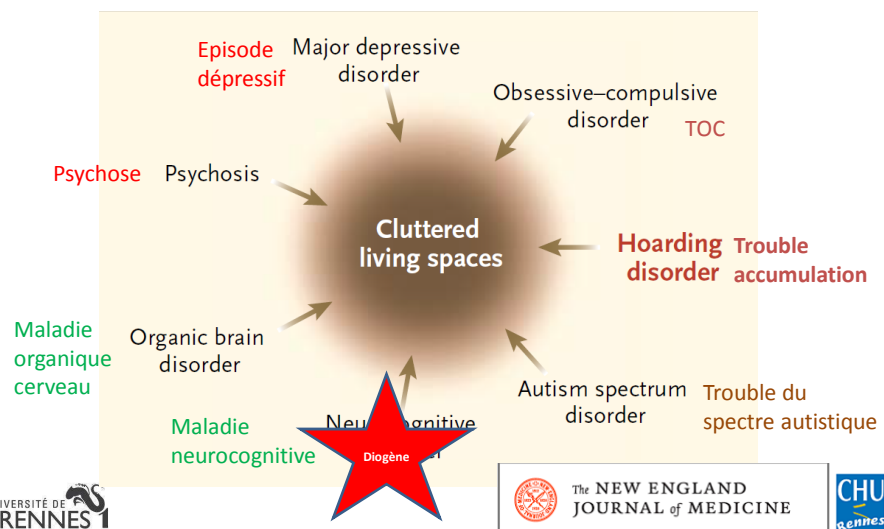
- Difficile de différencier Diogène et Hoarding disorder
 - difficultés persistantes à jeter ou à se séparer de possessions, sans rapport avec leur valeur
 - besoin persistant de conserver des objets et à une douleur associée à la séparation
 - accumulation de possessions qui encombrant et désordonnent les zones à vivre (tiers)
 - angoisse cliniquement significative
 - pas expliquée par pathologie médicale (ie AVC...) ;ni mentale (ie : TOC, ralentissement et asthénie dans une dépression, délire dans une schizophrénie, maladie neurocognitive, trouble du spectre autistique).

Hoarding syllagomanie

- Modèle cognitivo-comportemental (Grisham et coll 2015, Steketee and Frost 2006)



Désordre ≠ Diogène



Causes de Diogène

- Démence (Frontale > Alzheimer) ~25-50% des cas
- Troubles délirants schizophréniques
- Troubles délirants non schizophréniques
- Troubles anxieux
- Déficit mental
- Troubles de l'humeur
 - +/- Troubles du cycle veille/sommeil
 - +/- facteur associé : Alcool

Démarche étiologique

- Démence ou pas? (DFT > Alz)
- Pathologie psychiatrique ou pas (souvent depuis des années : SCZ, délire paranoïaque, névrose obsessionnelle, dépression)
- Personnalité pathologique sans pathologie psychiatrique : rarement isolé dans le temps

Pourquoi accumuler ?

- Pour éviter le stress et l'anxiété de la séparation
- Pour profiter du confort d'avoir
 - Renforcement positif et négatif

Profil neurocognitif

- Hoarding :
 - Troubles attentionnels ++
 - Troubles des fonctions exécutives
 - Trouble de mémorisation surestimés par patient
- Diogène :
 - Fréquence des démence frontales ou à expression frontale (vasculaire) : tb motivation (lavage ie) attentionnelles, exécutives (tache cx) > mémoires

Dépression ou pas?

- Négligence corporelle extrême comme équivalent suicidaire?
- Rechercher les autres signes de dépression → Consultation psychiatrique

Démence ou pas

- Quand on a un sd accumulation dans le grand âge → risque démence x 2
- Plutôt démence à expression frontale (mais DFT plutôt plus jeune)

Evaluation des conséquences

- Du lieu de vie (photos avec autorisation, caractérisation des déchets, acquisition/non-évacuation)
- De la personne (état de santé physique, nutrition ++, démence → jugement ?, et psychique : dépression ++)
- De l'environnement social (porteur d'eau?, condition financière – parfois confortable)

Evaluation de la situation

- Histoire personnelle
 - Antécédents notamment psychiatriques
 - Traits de personnalités antérieurs *versus* modification récentes :
 - Agressivité, Comportement inamical
 - Manque de lucidité, Entêtement, Réserve
 - Excentricité, Indépendance
 - Paranoïa, Narcissisme
 - Comportement Compulsif

Evaluation de la situation

- Evaluation médicale souhaitable
 - Avec bilan sanguin (conséquences et facteurs participants : thyroïde, calcium++)
- Evaluation psychiatrique souhaitable
 - Avec évaluation suicidaire
 - Participation anxieuse +/- TOC +/- Hoarding

Intervention

- Complexe du fait du trouble lui-même
 - Négligence du corps (pas de plaintes même quand la douleur devrait être intolérable)
 - Agressivité sur intrusion surtout corporelle (prise de sang)
 - Méfiance et réclusion (pénétration du domicile)
 - Absence de droits sociaux etc...

Sur quoi se baser pour intervenir

- Existe-t-il des troubles cognitifs récents/semi-récents?
 - Profession/vie antérieure « normale »
 - Dégradation parfois constatée par entourage
 - Tests de débrouillage parfois pris en défaut donc pas très nécessaires et parfois délétères
- Existe-t-il des signes de pathologies psychiatriques décompensées?
 - Souvent plus jeunes, moins bien insérés et avec ATCD
 - Délires++ (parfois difficile à révéler)

Diogène *surtout* neurocognitif

- Protection juridique ou pas?
- Pertinence/faisabilité du maintien à domicile (acceptation des aides, vie institutionnelle pendant une hospitalisation)
- Evacuation du domicile (professionnel : maniement de déchets avec insectes/rongeurs +/- souillés) parfois pendant hospitalisation

Diogène *surtout* psychiatrique

- Protection possible mais plutôt après tentative d'un traitement
- Intervention du secteur de psychiatrie : soins à domicile? soins sous contraintes?
- Désencombrement pas trop rapide, travail avec les psychologues (TCC notamment)

Thérapeutique médicamenteuse

- Délire : antipsychotique
- Dépression : antidépresseurs
- Démence : pas de médicaments efficaces
- Anxiété domine : certain antidépresseurs (IRSNA) ont été rapportés efficace

Place de l'hospitalisation

- A éviter en première intention
- Evaluation précise de la situation avant le recours éventuel
- Attention à l'aggravation (anxiété → agitation → Neuroleptiques → Confusion → aggravation de la démence...)
- Parfois nécessaire sans consentement (danger pour autrui)
- Pendant hospitalisation : vie en société, traitement médicamenteux, évaluation psychiatrique et cognitive, traitement des comorbidités, désencombrement

Problèmes éthiques

- Mr X âgé de 58 ans est atteint d'une pathologie néoplasique qui vient d'être diagnostiquée et qui est évoluée.
- On lui a expliqué qu'il était possible d'avoir un traitement qui au prix de certains effets secondaires non obligatoires pouvait prolonger de façon substantielle sa vie.
- Il a bien compris et refuse le traitement
- Doit-on lui imposer ?

Problèmes éthiques

- Mr X âgé de 88 ans est atteint d'une sd de Diogène et d'une plaie creusante du membre inférieur (tendon apparent)
- On lui a expliqué qu'il était possible d'avoir un traitement qui au prix de certains effets secondaires non obligatoires pouvait prolonger de façon substantielle sa vie.
- Il a bien compris et refuse le traitement
- Doit-on lui imposer ?

Problèmes éthiques

- Mr X âgé de 88 ans est atteint d'une sd de Diogène et d'une plaie creusante du membre inférieur (tendon apparent)
- Il a une démence mais il a écrit des directives anticipées stipulant qu'il ne souhaitait avoir « aucun traitement médicamenteux d'aucune sorte »
- Doit-on lui imposer ?

Principes

- **Non abandon** : troubles cognitifs/compréhension/jugement?
- **Autonomie** : mise en danger d'autrui?
- *Bienfaisance/Non-malfaisance/Justice*

Logement

Article L1331-26 CSP :

Lorsqu'un immeuble, bâti ou non, vacant ou non, attenant ou non à la voie publique, un groupe d'immeubles, un îlot ou un groupe d'îlots constitue, soit par lui-même, soit par les conditions dans lesquelles il est occupé ou exploité, un **danger pour la santé des occupants ou des voisins**, le **représentant de l'Etat** dans le département, saisi d'un **rapport motivé du directeur général de l'agence régionale de santé** ou (...) du **directeur du service communal d'hygiène et de santé** concluant à l'insalubrité de l'immeuble concerné, invite la **commission départementale compétente en matière d'environnement**, de risques sanitaires et technologiques à donner son avis dans le délai de deux mois :

- 1° Sur la réalité et les causes de l'insalubrité ;
- 2° Sur les mesures propres à y remédier.

Logement

Article L1331-26-1 CSP

Lorsque le rapport (...) fait apparaître un **danger imminent** pour la santé ou la sécurité des occupants lié à la situation d'insalubrité de l'immeuble, le représentant de l'Etat dans le département met en demeure le propriétaire, ou l'exploitant s'il s'agit de locaux d'hébergement, de prendre les mesures propres à faire cesser ce danger dans un délai qu'il fixe. Il peut prononcer une **interdiction temporaire d'habiter**. (...)

Le représentant de l'Etat dans le département procède au constat des mesures prises en exécution de la mise en demeure.

Si les mesures prescrites n'ont pas été exécutées dans le délai imparti, **le représentant de l'Etat (...) procède à leur exécution d'office**.

Si le propriétaire ou l'exploitant, en sus des mesures lui ayant été prescrites pour mettre fin au danger imminent, a réalisé des travaux permettant de mettre fin à toute insalubrité, le représentant de l'Etat (...) en prend acte.



Logement

Article L1331-27 CSP

Le représentant de l'Etat dans le département avise les propriétaires (...) **au - 30 jours à l'avance** de la tenue de la réunion de la commission départementale compétente (...) et de la faculté qu'ils ont de produire dans ce délai **leurs observations**. (...)

Toute personne (...) est, sur sa demande, entendue par la commission départementale (...) et appelée aux visites et constatations des lieux. Elle peut se faire représenter par un mandataire.

Au cas où la commission départementale (...) émet un avis contraire aux conclusions du rapport motivé (...), le représentant de l'Etat dans le département peut transmettre le dossier au **ministre chargé de la santé**.

Celui-ci saisit le **Haut Conseil de la santé publique** qui émet son avis dans les 2 mois de sa saisine, lequel se substitue à celui de la commission (...).



Logement

Article L1331-28-2

I. - Lorsque les locaux sont frappés d'une interdiction définitive ou temporaire d'habiter ou d'utiliser ou lorsque les travaux nécessaires pour remédier à l'insalubrité les rendent temporairement inhabitables, **le propriétaire est tenu d'assurer le relogement ou l'hébergement des occupants** (...)

(...)

III. - Si, à l'expiration du délai imparti par l'arrêté pour le départ des occupants, les locaux ne sont pas libérés, (...) le représentant de l'Etat dans le département **peut exercer cette action aux frais du propriétaire.**

Logement

Article L1331-29 CSP

III. - Si les mesures prescrites (...) n'ont pas été exécutées dans le délai imparti, l'autorité administrative peut également, sans attendre l'expiration du délai fixé par la mise en demeure, appliquer par arrêté une **astreinte d'un montant maximal de 1000 € par jour de retard à l'encontre du propriétaire défaillant.** (...).

Logement insalubre

- Code de la santé publique article Article L1331-26 CSP et suivant
- Le locataire ou les voisins, les services sociaux... peuvent saisir le maire ou directement l'ARS
- L'ARS (ou directeur du service communal d'hygiène et de santé) établit un rapport sou autorité du préfet
 - Si « danger imminent » : procédure d'urgence
- Le préfet demande l'avis de la commission départementale compétente en matière d'environnement, de risques sanitaires et technologiques
- Les intéressés peuvent être entendus à leur demande par la commission (avis 30j avant)
- Si rapport et commission pas en accord → Ministère : HCSP
- Sinon : préfet déclare le logement insalubre par arrêté

En résumé

- Procédure longue avec étapes
- ARS/Commune comme porte d'entrée dans la procédure
- Différents si propriétaires ou locataires
- Ne déclare jamais où doit être mis un propriétaire qui ne serait ainsi plus logé

Syndrome frontal

Syndrome frontal

- Lié à l'atteinte du lobe frontal (organique ou fonctionnel)
- Le lobe frontal est un lobe à développement tardif et important après la naissance
- Logement des inhibitions nécessaire à la régulation sociale
- Assez volontiers touché par des lésions « aléatoires » (vasculaires)

Comportement frontal

- Désinhibition+++ : impulsivité / comportement inadapté (juron, manque de tact...) perte du jugement (financier) actes inconsidérés (achat impulsif, descente de véhicule en marche...), comportement sexuel inadapté
- Comportement répétitif (persévération) « quasi-compulsif »
- Imitation, grasping, utilisation, collectionnisme
- Boulimie, alimentation exclusive
- Perte d'intérêt pour l'apparence: incurie +/- profonde
- Perte de capacité (et d'intérêt) à anticiper les conséquences des actions



Les syndromes frontaux

- Orbito-frontal:
 - Désinhibition
 - Perte de sens critique
- Médio-frontal:
 - Troubles sociaux
- Dorso-latéral:
 - Émoussement émotionnel
 - Apathie pseudo-dépressive
- Fronto-temporal:
 - trouble du langage

Démences frontales

- Associe un trouble du langage
 - Aphasie d'expression:
 - difficulté en dénomination, paraphasie
 - puis difficulté en lecture/écriture
 - relative préservation du sens des mots
 - Aphasie de - en - fluente puis mutisme
 - Démence sémantique:
 - Difficulté précoce de signification des mots et de dénomination
 - Le langage devient de - en - « informatif »
- La mémoire peut être touchée mais ne domine pas

Démences frontales

- Diagnostic complexe avec psychopathologie
- Diagnostic complexe avec démence vasculaire
- Plutôt une démence du sujet jeune
- Maladie d'Alzheimer peut devenir frontale
- → consultation spécialisée

Suicide du sujet âgé

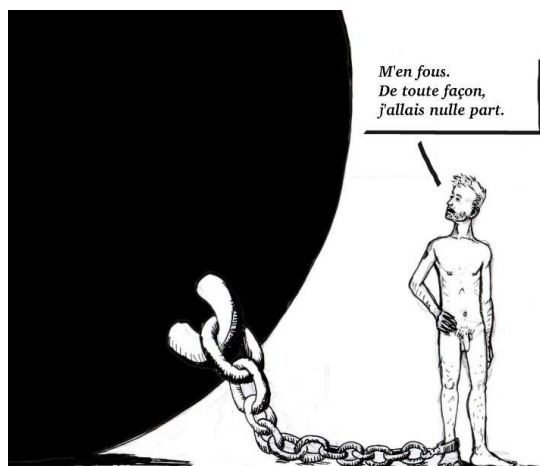
Spécificités

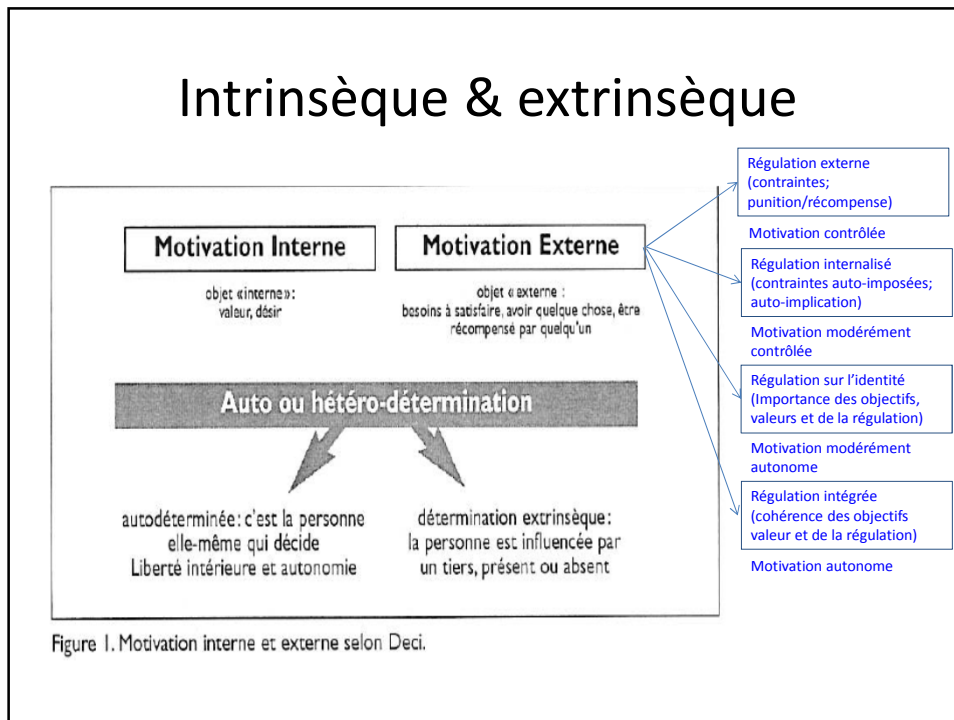
- Risque suicidaire plus élevé
- Passage à l'acte > alertes
- Equivalent suicidaire (refus alimentaire, clinophilie, désinvestissement, rejets des soins)
- FDR : sexe masculin, veuvage, maladies somatiques (sources de handicap ou de douleur), changement d'environnement, perte de rôle, conflits et maltraitance, isolement

Suicide sans mélancolie

- Suicide sans dépression ni trouble cognitif (suicide raisonné) : Mme Jospin
- Suicide « clastique » sur trouble psycho-comportemental de la démence (attention aux introductions de psychotropes)

Motivation et apathie





dominique.somme@chu-rennes.fr