

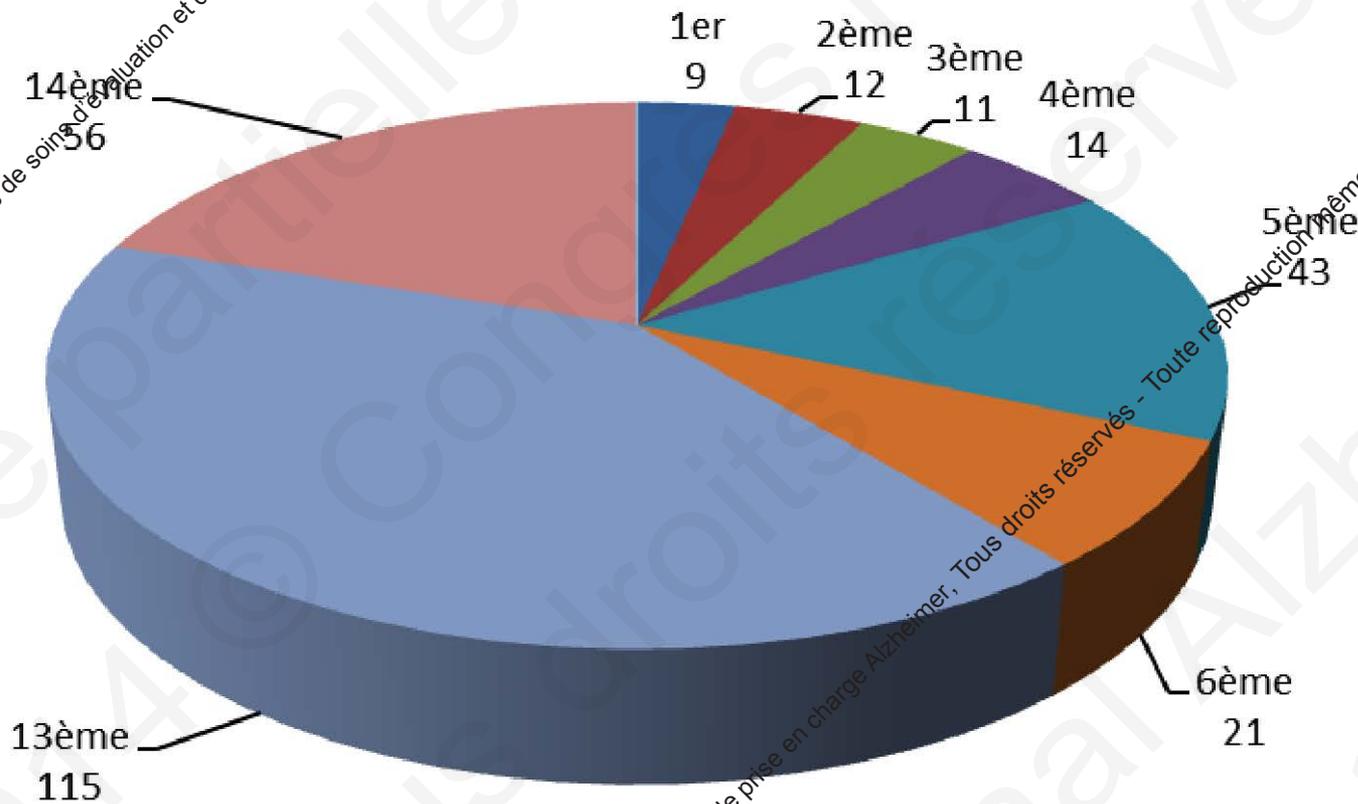


Rôle du psycho gériatre d'un réseau gérontologique

Evaluation et prise en charge des troubles du comportement chez les patients difficiles, opposant et en auto-exclusion sociale avec comme exemple type les syndromes de Diogène.

- *Laurence HUGONOT-DIENER, PsychoGéronte,*
 - *Réseau MEMORYS (Paris, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13 et 14em),*
 - *Isatis, (Accueil de jour et Conseiller médical),*
 - *Hôpital Broca-Aphp: consultation mémoire CMRR Sud*
 - *Et au Samu Social*

Patients suivis par Mémoires (2013)



N= 436 / 513

Objectifs:

- ❖ Prendre en charge les patients difficiles ayant 60 ans et + en situation de crise **et non pris en charge**;
- ❖ Donner un avis « expert » et avec les partenaires si possible solutionner la crise;
- ❖ et initier une prise en charge par le réseau déjà existant variable selon les arrondissements: MG, spécialiste, CMP et hôpitaux.

Activité PsychoGé d'après dernier Bilan 2013

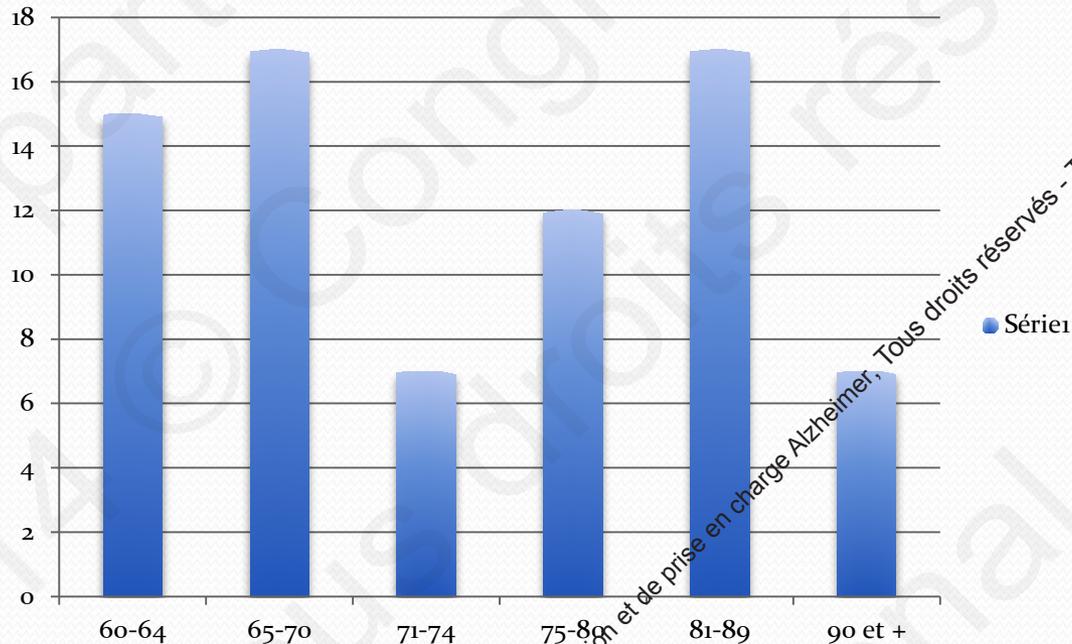
- Activité depuis 2009, à 40% TP,
- En 2013 : 75 patients/ 436 suivis + Mémoires, en 104 VAD abouties (150 si on compte les non abouties: porte closes, refus.....)
- Sexe: 20 hommes et 55 femmes.
- 70 % n'ont aucun suivi médical

Activité Psychogériatrique

d'après dernier Bilan 2013

- Age moyen des patients = 75 ans

Plus de la moitié (39/75)
ont moins de 75 ans



Activité Psychogériatrique

d'après dernier Bilan 2013

- **PATHOLOGIES**

- Les cas signalés cette année 2013 se sont révélés de plus en plus complexes : intrication de problèmes médicaux et sociaux

- Tous les patients vus présentaient des troubles du comportement ayant entraîné une plainte de l'entourage. Ils sont pour la plupart opposants et difficiles, délirants, hallucinés ou dépressifs.

- Ces patients ont été signalés suite à des plaintes du voisinage/ famille en raison le plus souvent d'insalubrité de leur logement : eau et électricité coupée, et l'accumulation d'objets entraînant des odeurs/parasites ou incendies.

2014 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Activité Psychogériatrique

d'après dernier Bilan 2013

LES pathologies étant :

- *Psychiatriques:*

- Schizophrénies vieilles,

- Troubles bipolaires vieillis

- Etat dépressifs majeurs chroniques \pm pulsions suicidaires

- *Ou Neuro dégénératives:* DFT, MA, vasculaires.....

Activité Psychogériatrique

d'après dernier Bilan 2013

25 (1/3 des patients) d'entre eux présentaient un syndrome de Diogène selon les critères nosologiques suivants :

Critère principal

1/ patient refusant toute aide alors qu'ils ont besoin de tout,

Critère secondaires

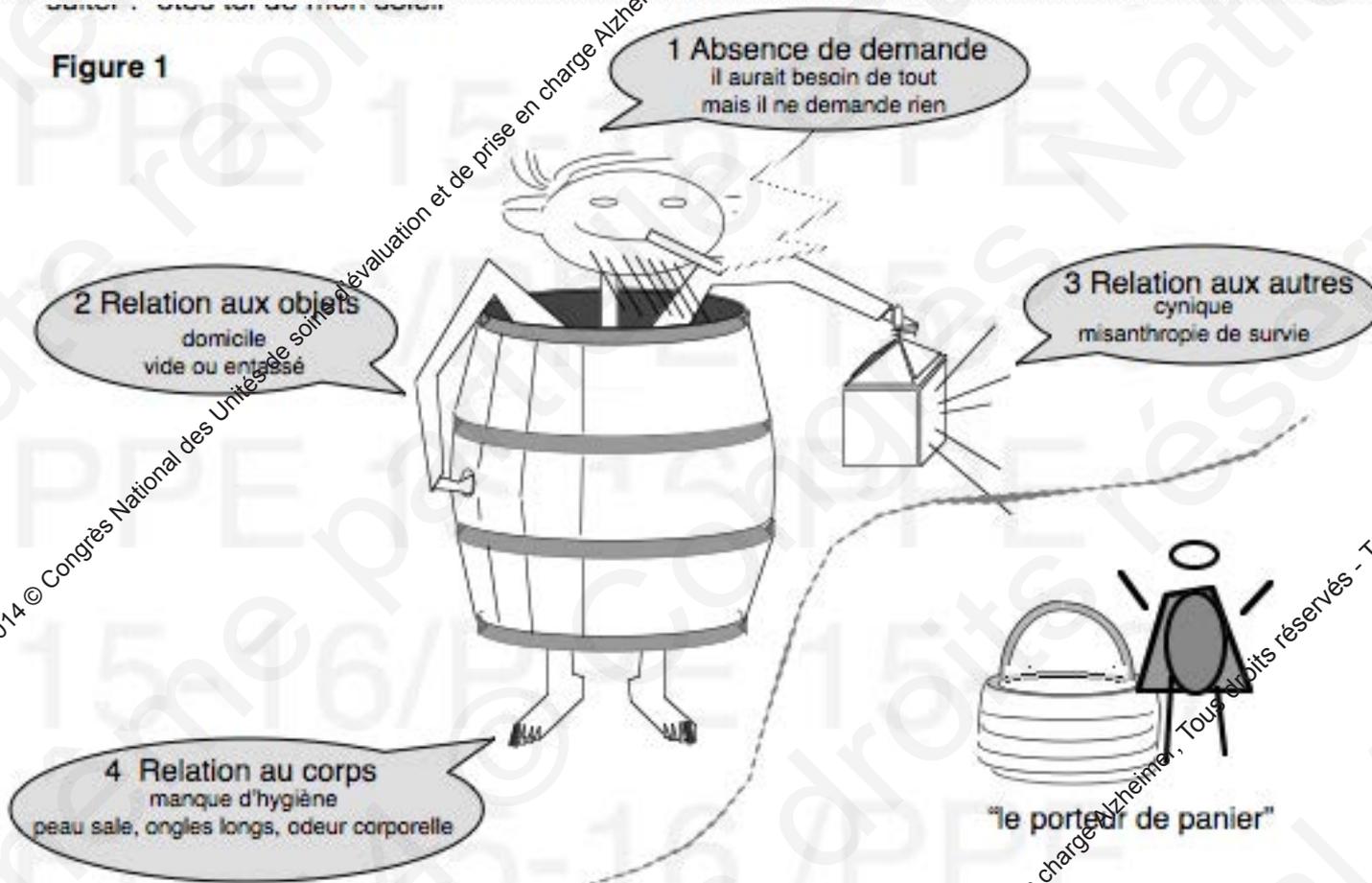
2/ patient ayant une négligence corporelle,

3/ Patient misanthrope,

4/ Patient ayant chez eux une accumulation déficitaire ou non de choses et d'objets.

Pour rappel, les symptômes: du syndrome de Diogène selon Clarck en 1975

Figure 1



Ce syndrome associe entre autres :

- **une négligence parfois extrême** de l'hygiène corporelle et domestique
- **une accumulation d'objets** hétéroclites nommée également syllogomane;
- **un déni de son état**, associée en conséquence à une absence de toute honte ;
- **un isolement social** selon les critères habituellement admis dans sa culture ;
- **un refus d'aide** concernant cet état, celle-ci étant vécue comme intrusive ;

Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive

Diogenes syndrome: an observational study in a Paris district

JEAN-CLAUDE MONFORT¹
LAURINE HUGONOT-DIENER²
EMMANUEL DEVOUCHE³
CATHERINE WONG⁴
ISABELLE PÉAN⁵

¹ Centre hospitalier
Sainte-Anne, Paris

² Centre hospitalier Broca,
APHP, Paris
<hugonot@wanadoo.fr>

³ Université Paris Descartes,
Laboratoire de psychologie
et neuropsychologie
cognitive, Paris

⁴ Cabinet libéral, Paris

⁵ Point Paris Emeraude 15.16,
Paris

Tirés à part :
L. Hugonot-Diener

Résumé. *Introduction.* Les syndromes dits de Diogène (SD) incluent habituellement au moins quatre signes : la personne ne demande rien alors qu'elle aurait besoin de tout ; elle a une relation inhabituelle aux objets ; sa relation aux autres est de type misanthropie et, enfin, elle présente une négligence corporelle. *Méthode et population.* Enquête rétrospective observationnelle concernant les SD chez les personnes de plus de 50 ans dans le XV^e arrondissement de Paris ; 600 questionnaires ont été envoyés aux professionnels concernés. *Résultats.* 136 questionnaires représentant 121 personnes ont été reçus, soit une fréquence de 1,6 cas pour 10 000 habitants. Les cas de SD étaient caractérisés par une typologie comportant 25 % de SD complets et 75 % de SD partiels se répartissant selon 14 types. L'âge des sujets allait de 52 à 95 ans ($m = 77,8 \pm 9,9$) et 71 % étaient des femmes ; 89 % des sujets vivaient seuls avec, dans 65 % des cas, l'aide ponctuelle d'un tiers. Toutes les catégories professionnelles étaient représentées. Des symptômes d'un trouble psychiatrique étaient présents dans la moitié des cas et ceux d'une démence dans un quart des cas ; 7 % étaient alcooliques. Un quart des personnes toutefois ne présentait pas de pathologie associée (SD primaires). Un passé d'événement de vie traumatique dans l'enfance a été retrouvé dans 12 % des cas. *Conclusion.* La prévalence de SD était comparable aux données de la littérature et le nombre de cas peut être estimé à un peu plus de 1 000 pour la ville de Paris. La diversité des tableaux observés explique les données contradictoires de la littérature sur la pertinence de ce syndrome pour lequel nous proposons quatorze types différents qu'il est possible de regrouper selon les symptômes et l'existence d'une pathologie psychiatrique associée. Dans un quart des cas, aucune pathologie psychiatrique n'était associée (Diogènes primaires), mais une personnalité considérée comme "exceptionnelle" était notée ainsi qu'un événement traumatique de l'enfance dans 12 %.

Mots clés : syndrome de Diogène, personnes âgées, événements de vie, traumatismes psychologiques, démence, psychose

Abstract. *Introduction.* Diogenes syndrome, DS, is a behavioral disorder affecting more often older adults. It is a controversial syndrome with at least 4 almost permanent symptoms: no request from the subject although he possesses nothing; unusual relationship with objects (hoarding of rubbish, or nothing in the house); unusual relationship with people (misanthropy) and extreme self-neglect. Difficulties in taking care of such subjects has conducted the socio-medical team to carry out a descriptive study to find out if these subjects had a pathological state or not. *Method.* A retrospective observational study based on 600 questionnaires sent to medical and social workers to describe potential cases of DS. *Results.* 136 questionnaires concerning 121 subjects have been completed by 53 professional workers, which represent 1.6 case for 10,000 individuals. Mean age of the subjects was 77.8 ± 9.9 years (range 52 to 95); 71% were women. All social professional categories were represented among the patients. Half of the patients had a psychiatric disorder and 26% a dementia; 7% were alcohol addicts. One forth of DS had no associated mental pathology, and could be primary, but a "queer" personality was reported in these cases and a traumatism during childhood in 12%. *Conclusion.* The variety of the clinical typology may explain the controversial data on the literature about the relevance of this syndrome. We propose 14 different types according to the present symptoms, and eventual associated mental pathology. In primary SD, without associated psychiatric pathology, an "exceptional" personality and, in 12% of cases, a traumatism during childhood were reported. These results may help designing a future prospective study.

Key words: Diogenes syndrome, elderly, stressful life events, psychological trauma, dementia, psychosis

doi: 10.1684/psv.2010.0215

Cas cliniques : Faire le diagnostic entre pathologie chronique Psychiatrique ou neuro dégénérative



Dessin de Martirena, Cuba.

Cas clinique N° 1 Signalement + plainte des voisins pour odeurs au service social (AS du département de Paris) et à son MG, il a essayé de la faire hospitaliser, en psychiatrie mais refus du patient.
Ce Mr de 60 ans, ancien journaliste, célibataire sans enfant, nous ouvre dans cette tenue:

- Il a maigri et ses pantalons ne lui vont plus, tous ses « habits de bas » sont sales :
incontinence totale + selles par terre recouvertes de papiers journaux

→ Odeur ++++ et mouches en colonnes

- Piles très désorganisées et sales.
EDF = 4/4
MMS = 22/30

Risque selon échelle de risque

- 1/ risque incendie: 3/8
- 2/ risque pour la personne: 6/8
- 3/ Risque odeur : 7/8
- 4/ Risque parasites: 2/8

score =18





2014 © Comptes

Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Cas clinique N° 1

- Certaines piles organisées: en fait caisses de déménagement non défaites.

- **Critères principal +:**

Refuse de l' aide « par honte », mais finalement accepte notre aide et reconnaissant;

- **Critères secondaires:**

- Accumule des choses mais ne sait pas quoi,..... pas de sens,
- Non misanthrope,
- Déficitaire: apraxie et perte de l' initiative massive,
- Négligence corporelle ++ par apathie/ apraxie et incontinence totale qui signe une pathologie organique probable;

- **Prise en charge**

1/ Hospitalisation pour bilan

2/ MAD lourd après nettoyage total de chez lui au retour de l' hôpital

3/ Projet d' entrée en EHPAD, car DFT confirmée + bilan et mise sous tutelle



Cas clinique 2

Cas clinique N° 2

• **Femme célibataire sans enfants de haut NSC, 79 ans.**

Plainte du voisinage qu' elle accuse de milles « maltraitances » avec plaintes déposées en bonne et due forme.

Bien que présente dans son appartement depuis 17 ans, elle n' est pas installée, mais ses piles de papier ont un sens.

Enfance = paradis perdu: elle est passé d' un palais en marbre rose à une tente sur la plage.

Diagnostic: Psychose: délire de préjudice très ancien (non diagnostiquée et non traitée): elle a gagné un procès contre l' hôpital (CHS) qui a voulu la soigner.

1/ Bilan à domicile + MEMORYS par la psychologue de Memorys

pas de tr. Cognitif

Bonne mémoire épisodique verbale

Pas de tr. Dysexécutif

Pas de DTS



Cas clinique 2

Cas clinique N° 2 Critères diagnostiques:

Ppal: ± positif refuse beaucoup de choses, mais demande de l'aide, sous conditions...

Secondaires:

Accumulation de choses: oui mais plutôt non installation,

Misanthropie: oui mais plus complexe: séductrice et manipulatrice

Non négligée alors que sa salle de bai est envahie.

Prise en charge

1/ L'AS s'occupe de voir où en sont ses comptes, ses papiers, elle a commencé à ranger son appartement pour améliorer sa QoL

2/ Projet rester à domicile

3/ Lui trouver un MG essayer de la faire prendre en charge + CMP



Cas clinique N° 3

- **Diogène primaires? Sans pathologie déficitaire**

Sujets « normaux » (15%) ayant eu un traumatisme affectif dans leur petite enfance, un paradis perdu,

= **Comportement de survie**

Cas clinique N° 3

Signalement + CLIC et MEMORYS

Ce Mr de 90 ans, ancien militaire et savant, est célibataire, sans enfants.

Ses neveux veulent le mettre sous tutelle, il vit seul dans un appartement peu sale, sans odeurs.

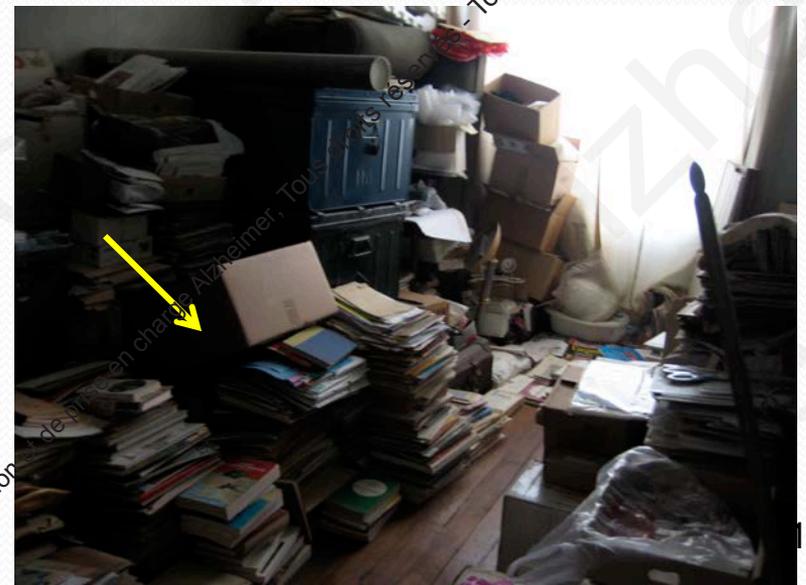
• Critères principal +:

Refuse de l'aide n'a besoin de rien vit dans un monde « intellectuel » depuis toujours;

• Critères secondaires:

- Accumule des choses et sait ce qui est dans chaque pile, peut même me parler des livres et revues et en donner le résumé.
- Non misanthrope,
- Peu déficitaire (MMS=24/30) apraxique depuis toujours probablement comme l'est « un savant »
- Peu de négligence corporelle

Risque de feu et de dénutrition, mais accepte une aide finalement.



Cas clinique N°3

Il accumule

- les emballages,
- les vieilles cafetières,
- mais surtout des papiers

bibliographiques de sa vie et documentation diverses.

Diagnostic: Personnalité originale +

MCI probable aide à la gestion de ses affaires et non tutelle?

Pas de traumatisme dans l'enfance selon lui.

Conduite à tenir, compte tenu de son âge et de son état cognitif:

• Rester à la maison + aides

• Lui trouver un MG

• Respect de son désordre organisé,

• ~~Curatelle?~~ Ou simple aide à la gestion Ce sera décidé après un

bilan mémoire en HDJ à St Jo

(qu'il a finalement refusé)

, mais bilan à domicile normal fait par

MEMORYS (Compte tenu du NSC)



Rôle du méd psychogériatre pour ces patients dits Diogènes

1/ Ne pas se précipiter

Nous ne sommes pas là pour dégager un appartement, mais faire un diagnostic et aider un malade et ou son entourage qui souffre.

2014 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Conclusions ou plutôt discussion

2/ Il faut d'abord **faire un diagnostic**, un bilan si possible..... (ex: MEMORYS ou HDJ), mettre en place une aide acceptée et qui soit positive, le confier à un MG.

- il faut entrer en contact avec le patient,
- lui expliquer ce que l'on fait et pourquoi;
- L'évaluer et comprendre pourquoi il entasse.
- Essayer que toutes les actions aient pour but d'améliorer sa qualité de vie.

Conclusions ou plutôt discussions

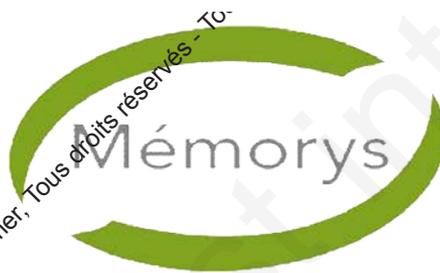
- L'approche de ces patients refusant tout, sans médecin et souvent sans famille demande une approche et **une évolution de la relation de confiance souvent lente**.
- Il faut entrer en contact avec eux et leur proche quand il existe, pour faire un diagnostic.

Conclusions ou plutôt discussion ?

- Faire une enquête et un bilan :
- Il faut rechercher la date de début des troubles pour diagnostiquer une pathologie expliquant ce syndrome.
- De façon schématique:
 - chez les plus vieux on doit rechercher une DFT
 - chez les plus jeunes une schizophrénie simple évoluant avec l'âge vers une démence dyséxecutive.

Conclusions ou plutôt discussion?

- Cependant 10-15 % de ces patients n'ont pas de pathologie et correspondent à ce que nous appelons les Diogène primaires.
- Pour les autres nous essayons selon le diagnostic à valider, de faire un relais avec les structures de la filière gériatrique: CMRR/ ou l'UCC de Broca et selon les arrondissement les CMP, prise en charge + Maïa,
- et nous devons trouver un MG ce qui est un vrai challenge!



Je vous remercie

Contact

Réseau Memorys

Réseau MEMORYS (Paris, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13 et 14em),

Docteur L. Hugonot-Diener

Tel: 01 53 80 82 80



Figurines de Mayumi Takahashi