



Comment prendre en soins adéquatement une personne souffrant d'un syndrome de Diogène ?

Cassandra Micheli

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

Ana Beatriz Vale Pereira

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

Directrice de travail : Émilie Bovet

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN 2023 EN VUE DE
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS**

Haute École de Santé Vaud

Filière Soins infirmiers

Résumé

Titre : comment prendre en soins adéquatement une personne souffrant d'un syndrome de Diogène ?

Problématique : la prise en charge tardive des personnes souffrant d'un syndrome de Diogène mène à de nombreux problèmes de santé. La prise en soins de cette patientèle reste difficile par manque de clarté et de compréhension de ce trouble. La détection est retardée et compliquée en raison de la honte que ressentent les personnes concernées et de leur refus d'accepter toute intervention extérieure, ce qui conduit à une absence de demande.

Objectif : l'objectif de cette revue est d'identifier la prise en soins infirmière adéquate dans la détection d'une personne souffrant d'un syndrome de Diogène.

Méthode : les critères d'inclusion sont les personnes présentant des signes d'accumulation pathologique. Différentes bases de données ont été consultées : CINHAL, PubMed et APA PsycInfo. Six articles ont été analysés à l'aide de la théorie d'Orem.

Résultats : l'efficacité de différentes thérapies comprenant la thérapie cognitivo-comportementale de groupe à court terme ainsi que la thérapie axée sur la compassion a été mise en évidence. Les vécus traumatiques ainsi qu'un parcours difficile dans l'enfance semblent jouer un rôle important dans le développement du trouble. Les résultats ont également mis en lumière une relation complexe des personnes avec les possessions.

Discussion : le syndrome de Diogène est un trouble encore mal défini qui questionne et requiert davantage de recherche quant à son étiologie et son fonctionnement. La littérature existante est malheureusement insuffisante et laisse des lacunes dans nos connaissances actuelles. La limite principale de notre travail était la petite taille d'échantillon de nos différents articles. La théorie d'Orem et son modèle de l'auto-soin a été proposée comme cadre théorique dans ce travail, dans le but de mettre en avant sa plus-value dans l'autonomisation d'une personne atteinte de thésaurisation.

Mots-clés : syndrome de Diogène, thésaurisation/sylogomanie, accumulation pathologique/compulsive, psychiatrie communautaire, interventions infirmières, traitements, détection

Avertissements

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute École de Santé Vaud, du Jury ou du Directeur du Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références.

Juillet 2023, Micheli Cassandra et Vale Pereira Ana Beatriz

Remerciements

Nous tenons à adresser nos sincères remerciements à notre directrice de travail, Mme Émilie Bovet pour son soutien et son accompagnement bienveillant tout au long de l'élaboration de ce travail. Nous sommes reconnaissantes pour ses précieux conseils et sa disponibilité sans faille.

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1. IDENTIFICATION DU PROBLÈME	3
1.2. CONTEXTE.....	3
1.3. IMPORTANCE DU PROBLÈME	4
1.4. CONSÉQUENCES DU PROBLÈME	5
1.5. HIATUS DE CONNAISSANCE.....	6
1.6. SOLUTION PROPOSÉE	6
2. PRINCIPAUX CONCEPTS.....	7
2.1. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF (TOC).....	7
2.2. TROUBLES DISRUPTIFS, DU CONTRÔLE DES IMPULSIONS ET DES CONDUITES.....	8
2.3. TROUBLES ANXIEUX	8
2.4. THÉSAURISATION (ACCUMULATION PATHOLOGIQUE / SYLLOGOMANIE).....	9
2.5. SYNDROME DE DIOGÈNE	10
2.6. NÉGLIGENCE	11
3. CADRE THÉORIQUE	12
4. MÉTHODOLOGIE	14
5. RÉSULTATS.....	16
5.1. EFFICACITÉ DE DIFFÉRENTES THÉRAPIES	16
5.1.1. <i>Thérapies réduisant l'accumulation</i>	16
5.1.1. <i>Les plus-values de la thérapie cognitivo-comportementale de groupe à court terme</i>	17
5.1.2. <i>L'amélioration de l'estime de soi et des impacts négatifs</i>	18
5.2. TRAUMATISMES ET ENFANCE	20
5.2.1. <i>L'histoire de l'enfance : relations parentales, attachement et maltraitance</i>	20
5.2.2. <i>Traumatismes</i>	20
5.2.3. <i>Présences d'autres éléments stressants</i>	21
5.2.4. <i>Privation matérielle & manque de vie privée</i>	21
5.3. RELATION COMPLEXES AVEC LES POSSESSIONS	21
6. DISCUSSION	23
6.1. NOS RÉSULTATS EN REGARD DU CADRE THÉORIQUE.....	23
6.2. FORCES ET LIMITES.....	24
6.3. RECOMMANDATIONS	25

6.3.1. <i>Pour la recherche</i>	25
6.3.2. <i>Pour le cursus</i>	26
6.3.3. <i>Pour la pratique infirmière</i>	26
CONCLUSION	27
LISTE DE RÉFÉRENCES	28
ANNEXES	31

Liste des abréviations

HD : Hoarding Disorder

TOC : trouble obsessionnel-compulsif

DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques

Y-BOCS : échelle d'obsession compulsive de Yale-Brown

CINAHL: cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

TCC : thérapie cognitivo-comportementale

BIB : bibliothérapie

HRS: Hoarding Rating Scale

SI-R: Saving Inventory-Revised

BDI-II : l'inventaire de dépression de Beck-II

TCC-G + : thérapie cognitivo-comportementale de groupe avec l'ajout de composantes ciblées sur le raisonnement personnel et l'identité de soi

TDAH : trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

Introduction

La plupart d'entre nous avons des tendances à accumuler des objets chez soi. Certaines personnes peuvent même être catégorisées de "chaotiques" ou de "désordonnées". Cependant, même si ces comportements peuvent causer des difficultés au quotidien, ils restent adéquats et n'empêchent pas l'individu de vivre une vie dite "normale". Mais qu'en est-il lorsque ces comportements deviennent pathologiques ? Qu'en est-il lorsque cette négligence s'étend à soi-même et à sa santé ? Dans ce travail, nous allons nous pencher sur cette problématique, au travers d'un trouble nommé le syndrome de Diogène, thématique qui est toute aussi intéressante que peu connue. Le nom de ce syndrome nous était familier, nous avions une vague idée de ce que cela pouvait représenter, mais aucune de nous ne connaissait précisément quels troubles y étaient rattachés, ainsi que toutes les complications qui en découlaient. Notre intérêt pour la thématique du syndrome de Diogène vient du fait que nous étions très intriguées par le fonctionnement de ce syndrome et désirions comprendre comment les personnes qui en souffrent se retrouvent dans de telles situations. Cette thématique, aussi peu connue qu'étudiée, n'a en conséquence pas été abordée dans notre cursus, ce qui nous a d'autant plus intéressées. Étant toutes les deux intéressées par le domaine de la psychiatrie, le sujet nous a tout de suite plu et nous nous sommes facilement projetés dans l'idée de faire tout un travail de Bachelor sur la problématique du rôle infirmier dans la détection d'une personne atteinte d'un syndrome de Diogène.

Le syndrome de Diogène a été mis en avant pour la première fois en 1966 par deux psychiatres anglais : Mac Millan et Peter Shaw. Or, ce trouble n'a été nommé officiellement qu'en 1975, par Allison N. Clark. Ce syndrome fait référence à Diogène de Sinope, un philosophe grec minimaliste du IV^e siècle av. J.-C., l'un des premiers à prôner la notion "d'auto-suffisance" et à vivre sans rapport avec les possessions matérielles. Il était connu pour vivre dehors, dans la pauvreté, il préconisait une vie simple au plus proche de la nature et dénonçait les conventions sociales. Cette appellation est paradoxale, puisque le syndrome de Diogène est au contraire une forme extrême d'accumulation compulsive ou de syllogomanie. Le terme de syndrome de Diogène n'apparaît que très rarement dans les articles de recherche, voire il en est absent. Les auteurs parlent principalement de trouble de la thésaurisation, d'accumulation compulsive ou pathologique. (Cipriani et al., 2012)

Afin de diagnostiquer ce syndrome, il est nécessaire de déceler une impossibilité de demander de l'aide de la part de la personne malade, et il faut soit un rapport pathologique au corps, soit un rapport pathologique à la société ou un rapport pathologique avec les objets. C'est ce dernier critère qui est en lien direct avec le syndrome ou le trouble de la thésaurisation. Le trouble de la thésaurisation (HD - Hoarding disorder) peut-être traduit par le syndrome d'entassement. Cette tendance à accumuler des objets s'appelle "la syllogomanie". (Lavigne et al., 2016)

Dans bien des articles parcourus, la thésaurisation est associée à la « misère » : bien qu'elles soient différentes l'une de l'autre, elles représentent deux conditions de vie très complexes à gérer. Selon Macmillan & Shaw (1966), la misère au sens large du terme est définie comme un "effondrement des normes de propreté personnelles et environnementales". D'autres parlent d'une "entité comportementale à multiples facettes impliquant l'incapacité ou un refus de s'occuper de manière adéquate de sa propre santé, de son hygiène, de sa nutrition ou de ses besoins

sociaux “. (Lachs & al., 1997) La thésaurisation est une pathologie mentale, tandis que la misère représente l’environnement insalubre dans lequel vit un patient atteint du syndrome de Diogène. Cela peut être le résultat d’une négligence domestique extrême ou de la thésaurisation. (Gleason et al., 2021) Il est important de souligner que la misère ne concerne évidemment pas seulement les personnes atteintes de ce syndrome, et peut-être indépendante du trouble de la thésaurisation.

La thésaurisation mène à des comorbidités physiques et mentales importantes qui sont difficiles à déceler, l’absence de prise en charge peut s’avérer dramatique sur le long terme. (Gleason et al., 2021) La problématique de la thésaurisation et la misère touche une notion qui n’est pas du seul ressort du milieu médical, car elle peut mener à une violation des lois sur la santé, le logement et l’assainissement. La sécurité de la personne malade ainsi que celle des autres occupants du ménage sont en jeu : lorsqu’elles vivent dans la misère, elles s’exposent à un risque de malnutrition et à une mortalité élevée. Le risque d’incendie, de chute et d’infestation d’insectes ou de rongeurs sont fréquents, ce qui met également la santé du voisinage en danger. Des personnes ont déjà été retrouvées décédées prises au piège par des objets amassés. (Gleason et al., 2021) Ceci engendre une intervention multiservices et multidisciplinaire. (Gleason et al., 2021)

C’est souvent grâce à l’intervention du médecin traitant qu’il est possible de diagnostiquer un comportement de thésaurisation et de misère. Par la relation à long terme, il est le plus susceptible de pouvoir détecter un éventuel trouble. Bien que ça ne soit pas toujours évident, car cela ne se remarque pas forcément immédiatement. (Gleason et al., 2021)

Face à cette difficulté, il devient essentiel de développer des méthodes et des outils de détection permettant d’identifier ces individus dans les premiers stades du syndrome de Diogène. Ainsi, il serait possible d’offrir aux personnes concernées l’aide et les soins appropriés de manière plus rapide et efficace, améliorant leur qualité de vie et favorisant de meilleures chances de rétablissement. Un obstacle dans la prise en soins de ce trouble réside dans la nécessité d’établir une définition claire et compréhensible du syndrome de Diogène. En surmontant cet obstacle, nous pourrions améliorer l’efficacité de la prise en soin de ce trouble.

1. Problématique

1.1. Identification du problème

De nombreux problèmes de santé découlent du syndrome de Diogène. En effet, le manque de soin personnel, l'auto-négligence des besoins ainsi que les conséquences de vivre dans un milieu insalubre sont des facteurs de dégradation de l'état de la personne. Le déni auquel fait face l'individu engendre une absence de demande de soins et par conséquent une évolution de la symptomatologie et une prise en soins tardive.

Un autre point qui rend la prise en charge difficile dans le cadre de ce trouble concerne la recension de la littérature et donc la clarté et la compréhension du trouble. Elle est premièrement pauvre comme nous l'avons évoqué dans l'introduction, mais elle met également en avant une certaine ambiguïté que constitue à part entière ce syndrome. Le terme de thésaurisation à lui seul n'est pas systématiquement défini de manière cohérente. En effet, certains auteurs la considèrent comme un syndrome, alors que d'autres comme un symptôme défini et uniforme. Dans le syndrome de Diogène, la thésaurisation est considérée comme le principal symptôme et semble se présenter comme une sorte de compulsion.

C'est notamment dans un article de synthèse de Damecour et Charron intitulé "L'accumulation : un symptôme, pas un syndrome" qu'est avancé le fait que le comportement d'accumulation est "un continuum allant de la collection normale à l'auto-négligence pathologique et peut-être associé à divers troubles psychiatriques" (Damecour & Charron, 1998).

Afin d'aborder de manière correcte le syndrome de Diogène, il est donc important d'employer les termes et concepts qui le constituent de manière adaptée et spécifique. (Maier, 2004)

1.2. Contexte

Le syndrome de Diogène n'est pas spécifique à un certain statut socio-économique, à une certaine profession et il semble toucher tant les hommes que les femmes. (Reyes-Ortiz & Mulligan, 1996) Cependant certains auteurs considèrent que ce syndrome touche habituellement les personnes âgées vivant seules, plus fréquemment les femmes que les hommes, et généralement les personnes veuves ou célibataires. (Clark et al., 1975) Cette étude de Clark et al. (1975) définit une fourchette d'âge de 66 à 92 ans, bien que des individus plus jeunes aient également été identifiés ; 30,9% des cas dans un échantillon sélectionné avaient moins de 60 ans. L'incidence annuelle reconnue est de 0,5 pour 1'000 chez les personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile. (Berlyne et al., 1975)

Dans la littérature, les patients gériatriques constituent souvent la population la plus représentée. En effet, généralement, un syndrome de Diogène est déclaré lorsque la situation est tellement critique que cela laisse supposer que cet état de fait est présent déjà depuis de nombreuses années. De ce fait, ce trouble ne va pas forcément de pair avec la personne âgée, mais plutôt avec une découverte tardive du trouble, lorsque la personne doit changer de lieu de vie ou lorsqu'elle doit faire appel à des soins à domicile. (Maier, 2004) Selon le DSM-5, ce trouble commence à

l'adolescence et évolue progressivement et discrètement avec l'âge, avec un pic vers la trentaine. Sans détection ni intervention, le trouble continue donc d'évoluer.

Le sentiment de honte est omniprésent chez les personnes souffrant du syndrome de Diogène, ce qui les pousse à refuser toute présence de personnes extérieures, que ce soit des proches, du personnel soignant ou encore réparateurs et ouvriers. (Kellet et al., 2010) Ceci entrave une nouvelle fois la chance de pouvoir dépister une situation critique et de détresse.

Le trouble de la thésaurisation renvoie à d'importants problèmes de santé et de sécurité publique, et impose un fardeau considérable aux personnes atteintes mais aussi aux membres de leur famille. (Frost et al., 2000 ; Snowdon & Halliday, 2011 ; Subramaniam et al., 2014 ; Tolin et al., 2015) Les personnes atteintes du trouble de la thésaurisation ont une probabilité plus élevée d'être expulsées de leur domicile, d'être placées en institution et d'être victimes d'un accident mortel dû à un incendie. (Chapinet et al., 2010 ; Lucini et al., 2009 ; Snowdon & Halliday, 2011) Ce trouble est associé à une plus grande vulnérabilité sociale et le traitement reste un défi en raison de la résistance aux soins, du manque d'accès aux ressources et des options thérapeutiques limitées. (O'Connor et al., 2018)

Toutes ces composantes font partie intégrante de la difficulté de détection du trouble et donc de recherches sur le sujet.

1.3. Importance du problème

Comme abordé dans l'introduction, la nature de notre thématique expose à une atteinte à la santé très élevée pour ces personnes. Selon l'article de Gleason et al. (2021), ce trouble comporte une évolution chronique et progressive ; il avance également que le syndrome de Diogène a tendance à commencer tôt dans la vie, et que la prévalence de ce trouble est de 1,5 à 5,8%. Sa fréquence représenterait, selon l'article de Lavigne et al. (2016), environ 5 pour 100'000 personnes.

La gravité de ce syndrome est démontrée par l'impact direct qu'elle a sur l'environnement de la personne et de ses proches : cela représente les multiples comorbidités qui accompagnent ce trouble, mais aussi la mortalité qui est très élevée. La charge psychologique et physique des proches est considérable et représente un réel danger de santé pour eux également. La thésaurisation pathologique mène à des conditions dramatiques, car la prise en charge est fréquemment tardive voire inexistante.

Il est important de souligner que 50% des personnes souffrant de thésaurisation ont une prédisposition héréditaire. (Dozier et al., 2017) Il est donc évident que si deux personnes de la même famille vivant sous le même toit sont atteintes du syndrome de Diogène, le vécu et la charge mentale seront très différents, bien que le risque de danger pour la santé physique reste le même. Des données provenant des antécédents familiaux autodéclarés renforcent l'idée d'une composante génétique dans les symptômes d'accumulation compulsive. Les personnes âgées atteintes de trouble de l'accumulation compulsive rapportent en moyenne que deux de leurs parents biologiques présentent des symptômes, et près de la moitié indiquent avoir eu une mère présentant des tendances à l'accumulation compulsive. (Ayers et al., 2015) Bien que ces données ne permettent pas de démêler complètement l'impact des gènes, elles suggèrent néanmoins

un lien familial solide dans l'étiologie. Des études génétiques supplémentaires sont nécessaires afin de mieux comprendre l'ampleur biologique de ce trouble.

1.4. Conséquences du problème

Le problème actuel concerne la prise en charge insuffisante de cette patientèle. Les patients démontrent soit une anosognosie de leur situation, un refus de soin, ou encore refusent tout simplement de recevoir quelqu'un chez eux. Ceci complique, comme expliqué précédemment, la détection des personnes malades.

Une des rares façons de pouvoir prendre en charge ces personnes serait par le biais d'une demande de soin à domicile par le médecin traitant, qui pourrait déceler un éventuel problème de santé en lien avec un syndrome de thésaurisation.

Sachant que cette problématique de santé ne possède pas de traitement miracle, l'engagement et la reconnaissance de ce syndrome par le patient est le premier pas vers une adhésion thérapeutique future mais elle constitue également l'étape la plus décisive.

Dans ce contexte, le rôle infirmier a une place délicate : lorsque l'on vient en aide à ces patients le problème de santé est généralement déjà bien installé et notre intervention est donc plutôt "secondaire". Selon nos observations durant nos stages en soins à domicile, l'intervention des infirmiers¹ est requise pour des soins de bases et d'éventuelles consultations de santé afin d'effectuer un suivi et une distribution de médicaments.

Les personnes atteintes de trouble de l'accumulation rapportent un haut niveau d'incapacité. (Nordsletten et al., 2013) En effet, la thésaurisation est associée à des niveaux élevés de déficience fonctionnelle. La difficulté à prendre des décisions et les déficits cognitifs peuvent rendre difficile pour les personnes atteintes de planifier et de mener à bien des tâches quotidiennes, tandis que l'intolérance émotionnelle et l'évitement comportemental peuvent entraver leur capacité à interagir socialement et à maintenir des relations significatives. (Timpano et al., 2014)

Le trouble de l'accumulation a également des conséquences négatives sur la qualité de vie des personnes touchées, des résultats de recherches le démontrent. (Tolin et al., 2019) L'accumulation compulsive est sujette à entraîner un encombrement important dans les espaces de vie, ce qui peut limiter l'utilisation de la maison et compliquer les activités quotidiennes telles que la préparation des repas, le nettoyage et le sommeil. En fin de compte, ces facteurs peuvent affecter la qualité de vie de la personne et avoir un impact négatif sur sa santé physique et mentale. De plus, la présence de symptômes affectifs comorbides, tels que la dépression, l'anxiété et le stress, est courante chez les personnes atteintes de thésaurisation. Ces symptômes peuvent contribuer à l'altération de la qualité de vie des patients atteints, en aggravant les symptômes de l'accumulation compulsive et en affectant leur bien-être émotionnel. (Frost et al., 2011)

Indépendamment du diagnostic, la sévérité des symptômes de thésaurisation prédit une qualité de vie plus faible, au-delà de l'effet des symptômes affectifs comorbides, dans plusieurs domaines de la santé physique et mentale. (Tolin et al., 2019) Ces domaines incluent le fonctionnement social, le bien-être émotionnel, les limitations de rôle dues aux problèmes émotionnels, la vitalité et la santé générale.

¹ L'utilisation du genre masculin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire

1.5. Hiatus de connaissance

Plusieurs lacunes de connaissances s'imposent à nous, et les pallier permettrait d'avoir une meilleure action sur les personnes atteintes du syndrome de Diogène. Tout d'abord, en vue de l'anosognosie présente, nous pourrions nous demander comment faire en sorte que le patient prenne conscience de son problème. Ensuite, dans le contexte des soins à domicile, quelles sont les stratégies qui peuvent être mises en place, en tant qu'infirmier, pour que le client prenne un minimum soin de lui et de son environnement ? Toujours dans le contexte des soins à domicile, comment pouvons-nous apporter notre soutien au client, mais aussi à ses proches, qui doivent sûrement être atteints d'une manière ou d'une autre par la situation ? Plus globalement, comment déceler ce syndrome, quelle en est son origine ? Finalement, il y a également une question éthique du point de vue de la prise en soin, car comment aider quelqu'un qui refuse tout soutien, et où se trouve la limite ?

Les réponses à ces questions apporteraient une meilleure prise en charge globale de cette problématique vis-à-vis des patients et de leurs entourages. Effectivement, ce syndrome est encore trop peu connu et ses caractéristiques difficiles à prendre en charge. Les réponses à ces questions apporteraient donc une plus grande connaissance du syndrome de Diogène et la compréhension de ce trouble permettrait de mieux l'appréhender.

1.6. Solution proposée

La nouvelle connaissance, en l'occurrence le savoir acquis sur le syndrome de Diogène, par le biais de nos recherches, nous permettra d'offrir une prise en soins optimale, en répondant aux questions que nous nous sommes posées au point précédent. Le rôle du soignant sera principalement un rôle de guide et d'investigateur auprès du patient et de ses proches.

Tous ces questionnements nous amènent à notre question de recherche qui est la suivante :

Quelle est la prise en soins infirmière adéquate dans la détection d'une personne souffrant d'un syndrome de Diogène ?

2. Principaux concepts

2.1. Trouble obsessionnel compulsif (TOC)

Le trouble obsessionnel compulsif est caractérisé par la présence d'obsessions et/ou de compulsions. « Les obsessions sont des pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui sont ressenties comme intrusives et inopportunes, alors que les compulsions sont des comportements répétitifs ou des actes mentaux que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible ». (Association américaine de psychiatrie, 2013)

Dans le syndrome de Diogène, cette notion de compulsion est mise en avant, bien qu'elle soit trompeuse. En effet, selon l'article de Michel Lejoyeux, il ne s'agirait pas réellement d'une compulsion mais plutôt d'un déficit de contrôle des impulsions. (Lejoyeux et al. 1996) A ce stade de nos recherches, cet auteur est le seul à avancer cette théorie. Outre ce questionnement, plusieurs études de cas ont mis en évidence une association entre l'accumulation et le TOC. Les résultats de ces études suggèrent que les personnes atteintes de TOC présentent fréquemment des symptômes d'accumulation, tels que l'accumulation d'objets inutiles ou la difficulté à s'en débarrasser. Par exemple, une étude menée par Frost et al. (1996), a montré que 18% des participants atteints de TOC présentaient également des symptômes d'accumulation. De même, une autre étude menée par Samuels et ses collègues (2002) a révélé que 33% des participants atteints de TOC présentaient des symptômes d'accumulation. Ces résultats suggèrent que l'accumulation peut être un symptôme commun chez les personnes atteintes de TOC. Cependant, il est important de noter que les études qui ont examiné cette relation ont souvent utilisé des échantillons de participants recrutés spécifiquement pour leur comportement d'accumulation ou leur diagnostic de TOC, ce qui peut biaiser les résultats et limiter les conclusions.

Effectivement une étude de Grisham et al. (2005), dans laquelle des analyses factorielles exploratoires ont été effectuées, a démontré l'existence de quatre facteurs distincts de TOC, l'item d'accumulation ne se trouvant sur aucun facteur. À l'origine, les symptômes de thésaurisation étaient considérés comme étant présents uniquement dans le cadre des troubles obsessionnels-compulsifs (TOC), bien que leur occurrence ne dépasse pas les 5% des cas de TOC. (Mataix-Cols, D., et al., 2010) Ces résultats soutiennent donc l'idée que l'accumulation, bien que fréquemment associée au TOC, constitue un symptôme distinct.

L'amasement est souvent considéré comme égo-syntonique, ce qui signifie que les comportements d'accumulation ne sont pas perçus comme anormaux ou inappropriés par les personnes concernées. Ces personnes peuvent ne pas être angoissées par les symptômes du trouble tel que collectionner, la difficulté à se débarrasser et à organiser ses possessions, alors que les personnes souffrant d'autres obsessions et compulsions du TOC sont généralement très angoissées par leurs symptômes est présentent des pensées intrusives dérangeantes. (Grisham et al., 2005)

2.2. Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites

Les troubles disruptifs du contrôle des impulsions et des conduites sont des troubles engendrés par des difficultés dans l'auto-contrôle des émotions et des comportements. Selon le DSM-5, les troubles disruptifs sont composés de comportements qui peuvent faire défaut à l'individu en question. Par exemple, des comportements qui l'exposent à d'importants conflits avec les normes sociétales ou les personnes en position d'autorité (ce qui concerne de manière indirecte le trouble de la thésaurisation) et/ou qui nuisent aux droits d'autrui directement (ce qui ne concerne pas le trouble de la thésaurisation).

Selon le DSM-5, les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites sont composés de différents sous-groupes : le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble explosif intermittent, le trouble des conduites, la personnalité antisociale, la pyromanie, la kleptomanie et les catégories "autre spécifiée et non spécifiée". Tous ces troubles sont donc inscrits dans la même problématique qui est la difficulté dans la régulation émotionnelle et comportementale. Ce qui les distingue les uns des autres est "l'importance relative des difficultés dans les deux types d'autocontrôle." (Association américaine de psychiatrie, 2015)

Une plus grande prévalence chez les hommes que les femmes auraient été relevée, mais concernant l'épidémiologie il est important de souligner que ce type de troubles aurait tendance à débiter dans l'enfance ou l'adolescence. Il serait en réalité assez rare qu'un trouble des conduites ou oppositionnel avec provocation n'apparaisse qu'à l'âge adulte.

En regard du trouble de la thésaurisation, nous n'avons à l'heure actuelle pas assez de données pour savoir si les personnes touchées ont présenté dès leur enfance des troubles en lien avec des difficultés dans la régulation émotionnelle et comportementale ou des conflits avec la justice par exemple. Il serait intéressant d'évaluer et d'étudier les comportements de ces individus lorsqu'ils étaient enfant ou adolescent afin de pouvoir éventuellement mettre en corrélation les différents facteurs prédisposants de ce trouble et celui de la thésaurisation. (Winsberg et al., 1988)

Comme expliqué dans le concept précédent (le trouble obsessionnel compulsif), le comportement d'accumulation est fréquemment retrouvé dans divers troubles. Dans une étude de Frost et al. (1996), les auteurs ont évalué des joueurs pathologiques, population qui manifeste un trouble du contrôle des impulsions (à l'aide de l'échelle Y-BOCS), et ont mis en évidence des résultats élevés de symptômes de TOC, d'achats compulsifs et d'accumulation. Cette corrélation appuie les hypothèses d'autres auteurs concernant la présence d'un chevauchement entre le TOC et le trouble du contrôle des impulsions, qui concerne également le syndrome de Diogène.

2.3. Troubles anxieux

Les troubles anxieux regroupent des troubles qui partagent les caractéristiques d'une peur et d'une anxiété excessives et des perturbations comportementales qui leur sont apparentées. La peur est la réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue, alors que l'anxiété est l'anticipation d'une menace future. Manifestement, ces deux états se chevauchent mais ils diffèrent également ; la peur étant plus souvent associée à des poussées d'hyperactivité neurovégétative nécessaires pour fuir ou combattre, évaluer le danger immédiat et permettre les conduites d'échappement, et l'anxiété étant plus souvent associée à une tension musculaire et une vigilance dans la préparation

au danger futur et à des conduites de prudence ou d'évitement. Parfois, le niveau de peur ou d'anxiété est réduit par des comportements d'évitement envahissants. Les attaques de panique constituent un type particulier de réponse à la peur dans les troubles anxieux. Les attaques de panique ne se limitent pas aux troubles anxieux mais peuvent être également observées dans d'autres troubles mentaux. Les troubles anxieux se distinguent les uns des autres par le type d'objets ou le type de situations qui induisent la peur, l'anxiété ou le comportement d'évitement et le raisonnement cognitif associé. Ainsi, les troubles anxieux ont tendance à être hautement comorbides entre eux mais ils peuvent être différenciés par une analyse fine des types de situations craintes ou évitées et par le contenu des pensées ou croyances associées. Les troubles anxieux diffèrent de la peur ou de l'anxiété présente dans le développement normal ; la peur ou l'anxiété est excessive et persistante au-delà des périodes développementales appropriées. (Association américaine de psychiatrie, 2013)

Comme abordé dans l'introduction, le trouble anxieux revient très souvent dans la littérature, car le trouble de la thésaurisation en est issu. La définition du DSM-5 met en avant la notion de peur et d'anxiété excessives perçues par ces personnes. Ces deux réponses émotionnelles réunies mènent à des conduites d'évitement envahissantes, à la suite d'un choc émotionnel par exemple ou d'un deuil. (Association américaine de psychiatrie, 2013)

2.4. Thésaurisation (accumulation pathologique / syllogomanie)

La thésaurisation a d'abord été définie par Randy O. Frost un psychologue clinicien américain et professeur de psychologie, comme une incapacité persistante à se débarrasser d'objets, souvent accompagnée d'une acquisition excessive qui entraîne un encombrement important et empêche l'utilisation normale des espaces de vie (Frost et Gross, 1993, Frost et Hartl, 1996). Pour que ce phénomène soit considéré comme un trouble, il faut qu'en plus de l'accumulation excessive, un certain nombre d'espaces vitaux soit désorganisés au point d'en empêcher l'activité normale. Ceci entraîne une détérioration du fonctionnement personnel du patient, entravant les activités quotidiennes et causant des problèmes de santé publique (Frost et al., 1995). Selon des études, les objets les plus stockés sont les journaux, les magazines, les stylos, les sacs en plastique, les articles de toilette et les cassettes vidéo. La nourriture et le matériel organique sont également présents mais à un degré moindre. (Seedat et al., 2002) Il est estimé que dans la moitié des maisons des personnes qui accumulent, l'évier, la baignoire, la cuisinière ou le réfrigérateur sont inutilisables, et qu'une maison sur dix n'a pas de toilettes en état de marche. (Frost et al., 2000)

Étiologiquement, les recherches ne sont qu'à leur début, mais il s'en dégage que les facteurs génétiques et environnementaux jouent un rôle. (Iervolino et al., 2009) Concernant ces facteurs environnementaux, ils sont encore peu détaillés, cependant des études démontrent une corrélation entre des événements de vie traumatisants et l'accumulation. (Hartl et al., 2005 ; Cromer et al., 2007 ; Pertusa et al. 2008)

Le trouble de la thésaurisation, trouble distinct mais apparenté au trouble obsessionnel-compulsif (TOC), a récemment fait son apparition dans la 5ème édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5). Avant son inclusion dans ce manuel, la thésaurisation était répertoriée comme un sous-type du TOC, mais de nombreuses recherches ont mis en évidence une distinction entre les deux. (Abramowitz, et al., 2008 ; Grisham, et al., 2005 ; Pertusa et al., 2010)

Souvent, la thésaurisation est associée à un autre trouble mental tel que le trouble du spectre autistique, le trouble obsessionnel compulsif (TOC), les troubles anxieux et de l'humeur, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), la schizophrénie, le démente (principalement de type fronto-temporal). (Gleason et al., 2021)

Selon des études réalisées dans le champ de la génétique, les auteurs ont pu démontrer qu'au moins 50% des personnes souffrant de thésaurisation excessive avaient un parent qui présentait également une thésaurisation. (Lavigne et al., 2016)

2.5. Syndrome de Diogène

Le syndrome de Diogène est un trouble caractérisé par une grande négligence de soi et de son environnement, ainsi que par un amasement excessif d'objet de toutes sortes. Ce syndrome semble toucher principalement les populations vieillissantes, notamment les personnes vivant seules et ayant une personnalité plutôt détachée et méfiante et un déclin cognitif. Ces personnes se trouvent souvent dans un contexte de démente. Auparavant, nommé "sénilité", "effondrement social" ou "sordidité sénile", ce trouble n'apparaît pas chez les personnes issues d'une branche socioéconomique distincte ou de sexe, il semble toucher tout type de population. (Finney, C. M., et Mendez, M. F., 2017)

Les comportements suivants sont caractéristiques de ce syndrome : l'acquisition et l'incapacité à se débarrasser d'un objet qui a priori a peu de valeur (journaux, stylos, sac en plastiques...), la thésaurisation (syllogomanie), la négligence de soi et de son environnement, un refus d'aide et un isolement ainsi qu'une absence apparente d'intérêt de la personne vis-à-vis de sa situation. (Browne, D., et Hegde, R., 2015)

Comme cité plus haut, ce trouble touche l'aspect physique de la personne atteinte, à cause de la négligence de soi. En effet, un article issu du "journal of the American Geriatrics Society" décrit l'aspect physique de ces individus comme donnant l'impression de ne jamais se déshabiller ou se laver, les cheveux peuvent être infestés ou emmêlés. Dans les cas extrêmes, la saleté accumulée sur la peau et les ongles se "grave" dans le corps. La négligence et la thésaurisation combinée peuvent rendre l'environnement insalubre ; des piles de journaux, de vaisselles et autres peuvent fortement dégrader l'environnement de la personne, ainsi que celui de son entourage. Par exemple, les voisins peuvent être dérangés par les odeurs provenant des déchets accumulés. L'isolement social fait également partie de ce syndrome. Il est décrit que certaines personnes ont déjà un caractère de base solitaire et méfiant, mais il est aussi possible qu'en vue des complications que cela apporte, l'entourage ait tendance à s'éloigner de la personne. Enfin l'anosognosie et le refus de soutien mènent à des situations dramatiques de santé et de précarité. En effet, si les personnes ne reconnaissent pas leur trouble, il y a peu de chances pour qu'elles cherchent de l'aide, à part s'il y a une urgence ou si c'est un proche qui les pousse à consulter. (Carlos, A., et al., 1996)

A noter que la thésaurisation et le syndrome de Diogène sont des termes utilisés parfois de façon interchangeable. L'accumulation d'objet est également présente dans d'autres pathologies psychiatriques telles que les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), la schizophrénie et d'autres. Cependant, il est plus juste de considérer le syndrome de Diogène comme étant une thésaurisation, mais accompagnée de cette grave négligence de soi ainsi que de son environnement. (Browne, D., et Hegde, R., 2015).

2.6. Négligence

La négligence se définit comme une attitude, un état d'une personne dont l'esprit ne s'applique pas à ce qu'elle fait ou devrait faire. (Le Robert, 2022)

Dans le syndrome de Diogène cela se définit comme une négligence extrême des soins personnels par exemple dans l'hygiène corporelle, domestique, dans l'alimentation et la santé chez les personnes qui rejettent toute aide extérieure, accumulent les déchets et sont totalement isolées de leur environnement. (Lahera, G., et al., 2006) En effet, l'autonégligence des besoins primordiaux tels que pour les soins du corps, la nourriture et les médicaments serait notamment liée à l'absence de demande et à la misanthropie. (Furtos, J., 2015) Selon le psychiatre Jean-Claude Montfort qui a mis en évidence cinq signes clinique de l'incurie, la misanthropie concernerait des personnes qui coupent les liens avec les autres, qui deviennent méfiantes et qui manifestent un mauvais caractère. L'absence de demande est définie par le fait que les personnes souffrant du syndrome de Diogène sont des personnes qui ne demandent rien malgré que leurs besoins essentiels de la vie quotidienne soient non satisfaits. (Furtos, J., 2015)

Le Syndrome de Diogène a été appliqué pour la première fois par Clarke et al., en 1975 à une série de 30 personnes âgées présentant une négligence extrême de leur domicile et de leur santé personnelle, ainsi qu'un amassement des déchets.

Il est à noter que les professionnels de santé seraient plus susceptibles de différencier l'auto-négligence, la misère et la thésaurisation plutôt que d'identifier le trouble comme étant Diogène en soi. (Browne, D., et al., 2015)

3. Cadre théorique

Pour ce travail, notre choix se porte sur la théorie de l'auto-soin. L'auteure de cette théorie, Dorothea E. Orem (1914 – 2007), était une infirmière et théoricienne, originaire de Baltimore, dans l'État du Maryland, aux États-Unis. Sa théorie s'inscrit dans une des écoles de pensées qui est l'école des besoins. Cette école "regroupe les conceptions qui décrivent les besoins de la personne et les activités spécifiques de l'infirmière en regard de ces besoins". (Pepin, J. et al., 2017, p. 53) Ces conceptions sont des réponses à la question "que font les infirmières ?". La réponse est que l'infirmier comble dans un premier temps les besoins que la personne n'arrive pas à satisfaire, car à cause de cette incapacité, la personne devient dépendante. Dans un second temps, le soignant l'aide à retrouver le plus tôt possible son indépendance, via la satisfaction de ses besoins ou en lui apprenant à exercer ses auto-soins, si cela est possible.

Dorothea Orem identifie trois types de nécessité d'auto-soin : la nécessité d'auto-soin universelle, qui est commune à tous les êtres humains, la nécessité d'auto-soin développementale, spécifique aux développements de la personne, et enfin la nécessité liée à l'altération de la santé. Orem a développé sa théorie autour du concept de l'auto-soin afin d'identifier et de satisfaire ces différentes nécessités. Ce concept consiste à dire que l'auto-soin est une action apprise par la personne, et ce, en fonction du contexte socioculturel dans lequel elle se trouve. Dans l'auto-soin, il y a une idée de volonté de la personne à prendre soin d'elle-même, ou d'autrui. Le but est de maintenir un état de santé et un bien être optimal, et pour se faire, il faut que l'envie en soit le moteur. Il y a vraiment l'idée que maintenir sa santé est un acte actif et volontaire, plutôt que quelque chose de passif et de subi. Si la personne est dans l'incapacité de satisfaire sa demande d'auto-soin, elle peut se retrouver dans un état de dépendance sociale. Le niveau d'engagement dans l'auto-soin va dépendre des capacités actives que l'individu possède.

Selon Orem, l'individu possède initialement en lui les capacités et aptitudes pour pouvoir s'engager et accomplir ses auto-soins. Celles-ci peuvent varier en fonction de l'âge, de l'état de croissance, de l'état de santé, de l'expérience de vie, du contexte socioculturel et des ressources intellectuelles. L'environnement va également influencer la décision d'entreprendre des auto-soins et la capacité à les exercer.

Dans cette théorie, le rôle des soins infirmiers est central, car "ils aident la personne à surmonter ses limites dans l'exercice d'auto-soins ; ils contribuent au maintien, au recouvrement de la santé et à la prévention de la maladie". (Pepin, J., et al., 2017, p. 57) L'infirmier va donc, au travers de sa pratique, combler le besoin en auto-soins, entre ce dont la personne a besoin et ce qu'elle est capable de fournir de façon autonome. Ceci se fait par le biais de cinq modes d'assistance : agir, guider, soutenir, créer un environnement favorisant le développement de la personne et enseigner. Pour ce faire, il faut choisir entre 3 modes d'interventions : l'intervention totalement compensatoire, partiellement compensatoire ou liée à des activités d'éducation ou de développement selon la capacité et la volonté de la personne.

En vue de notre sujet, ce choix est pertinent pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le syndrome de Diogène, implique une dépendance sociale. En effet, la personne est incapable de fournir les auto-soins nécessaires à sa bonne santé, en l'occurrence, se prendre en charge elle-même et son environnement. Ceci prouve qu'elle est peu capable de prendre en charge sa santé et qu'il y a un besoin d'une aide extérieure, sinon il y a un danger. Le concept d'une force déjà présente chez les patients est intéressant, car cela veut dire que l'individu a les capacités de se prendre en charge, mais

qu'il y a certains biais qui font qu'il n'y arrive pas seul. C'est là-dessus que nous pouvons agir en tant qu'infirmiers, en identifiant ces biais et en comblant ces déficits en auto-soins, ou si cela est possible, en apprenant au patient à agir lui-même. La dépendance sociale est issue d'une incapacité à effectuer une action personnelle, qui peut être due à "un manque de connaissances, un manque d'habilité ou d'énergie". (Pepin, J., et al., 2017, p. 57) La difficulté principale, dans la mise en place de cette théorie, est l'anosognosie pouvant être présente chez les patients atteints d'un syndrome de Diogène. La possibilité de faire prendre conscience de leur trouble, débloquera la volonté de se soigner et d'agir pour leur santé. De plus, on parle également de traiter selon les capacités et la volonté du patient. Cela veut dire que si une relation de partenariat est créée, la prise en charge n'en sera que meilleure. Les patients ont tendance à refuser de l'aide, mais s'ils constatent qu'ils ont les capacités de se prendre en charge, ils se sentiront peut-être plus indépendants et seront moins réticents face à une aide proposée.

Bien entendu, il n'est pas dit que la personne soit coopérante. Même si cela n'est pas le cas, la théorie d'Orem nous propose quand même différentes façons de prendre en charge, au travers des trois types d'interventions. Dans le cadre d'une prise en charge à domicile, cette façon d'appréhender les soins nous permettrait d'avoir une vue d'ensemble de la personne. Nous pourrions identifier ses déficits, ses capacités ainsi qu'un mode opératoire choisissable afin de combler ses dépendances en auto-soins.

Cette théorie s'inscrit donc pour le mieux dans notre contexte. Cependant, elle fait beaucoup références à des "déficits" de la part du patient. Même s'il est dit que la personne "possède les capacités, les aptitudes et le pouvoir de s'engager dans des auto-soins et de les accomplir" (Pepin, J., et al., p.57), on ne se concentre pas forcément sur les ressources déjà présentes. On se focalise donc beaucoup sur ce qu'il faut combler et moins sur ce qui est déjà acquis. Or, dans le syndrome de Diogène, afin de favoriser la réassurance, il faut valoriser et faire ressortir les progrès même s'ils sont minimes. De plus, la théorie se focalise énormément sur l'individu et ne mentionne pas du tout les proches, cependant toutes les pathologies ne touchent pas que les individus concernés, mais aussi leurs entourages.

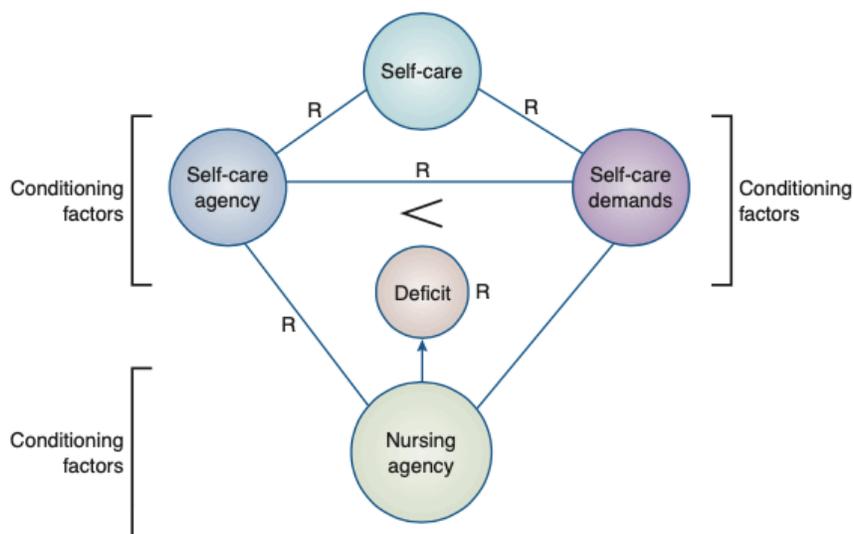


Figure 1 : Structure de la self-care deficit nursing theory

Source : (Hartweg et al., 2010, p. 109)

4. Méthodologie

Notre stratégie de recherche a été faite sur la base de données le Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Cette recherche d'articles a été pour notre part difficile, car nous avons malheureusement eu très peu de résultats malgré de multiples tentatives avec différents mots clés et différents descripteurs utilisés dans la construction de notre équation. Aux vues de nos difficultés, nous avons fait appel à une experte bibliothécaire afin qu'elle puisse nous aider à trouver d'autres équations, mais sans succès : aucun autre article n'a été trouvé en utilisant également d'autres base de données telles que PubMed et APA PsycInfo.

Figure 2 : construction de l'équation de recherche

Thématique	Mots-clés en français	Mots-clés en anglais	Descripteurs CINAHL
Élément(s) 1 : Syndrome de Diogène	Négligence de soi Troubles mentaux Syndrome de Diogène Syllogomanie Psychiatrie Négligence environnementale Isolement social Déni Psychopathologie	Self-neglect mental disorders Diogenes syndrom Obsessive Hoarding Psychatry Negligence Social isolation Denial Psychopathology	(MH "Self Neglect") (MH "Mental Disorders+") (MH "Diogenes Syndrome") (MH "Obsessive Hoarding") (MH ("Psychiatry")) (MH "Negligence") (MH "Social Isolation") (MH "Denial (Psychology)") (MH "Psychopathology")
Élément(s) 2 : Prise en charge infirmière	Intervention infirmière Soins infirmier Rôle infirmier Caring	Nursing intervention Nursing care Nursing role Caring	(MH "Nursing Interventions") (MH "Nursing Care") (MH "Nursing Role") (MH "Caring")

Les descripteurs mis en évidence ci-dessus, dans le tableau 1, nous ont permis de construire notre équation de recherche : (MH "Diogenes Syndrome") OR (MH "Psychopathology") AND (MH "Nursing Interventions")

Afin d'assurer l'actualité et donc la fiabilité de nos recherches nous avons filtré les articles en limitant l'ancienneté des revues à 10 ans. Au vu des résultats limités, il a été nécessaire de nous référer à des articles plus anciens. En appliquant ce critère d'inclusion, nous avons obtenu 65 résultats, mais seulement 11 d'entre eux étaient pertinents par rapport à notre problématique de recherche. Certains articles protégés par les droits d'auteur n'ont malheureusement pas été accessibles. À la suite de quoi, par le biais des références rattachées à la fin de nos articles sélectionnés, nous avons tout de même réussi à faire ressortir divers articles. Ils nous ont permis d'étoffer davantage nos premières connaissances sur le syndrome de Diogène.

Dans la première partie de notre travail, nous avons décidé d'inclure uniquement les articles qui concernent les généralités du syndrome de Diogène. Ainsi, nous pouvions mettre en avant une première "base" de ce que représente ce sujet. Nous avons, dans un deuxième temps, focalisé nos recherches plus précisément sur les traitements, les thérapies étudiées et proposées. Parmi eux, 6 articles ont été retenus afin de les analyser plus en détails. Pour des raisons de compréhension, l'outil DeepL a été utilisé afin de traduire les différents articles.

5. Résultats

Afin de structurer et de rendre la synthèse de nos résultats pertinente, nous avons souhaité rédiger cette partie de notre travail en faisant apparaître des thématiques spécifiques et retrouvées à de multiples reprises dans nos différents articles.

5.1. Efficacité de différentes thérapies

Nos divers articles abordent la pertinence de différentes thérapies dans le traitement du trouble de l'accumulation compulsive. Ils examinent et analysent les résultats de différentes approches thérapeutiques pour évaluer leur efficacité dans la gestion de ce trouble. Notre objectif est de fournir une vision complète et approfondie des approches disponibles pour traiter ce trouble. Il est important de souligner que ce chapitre commence par la présentation des traitements, étant donné que les principaux résultats rencontrés concernent cette thématique.

5.1.1. Thérapies réduisant l'accumulation

L'étude menée par Chou et al., (2019) examine l'utilisation de la thérapie axée sur la compassion en tant que potentiel traitement pour l'accumulation compulsive. L'objectif de cette étude avait pour but d'explorer la faisabilité et l'acceptabilité de la thérapie axée sur la compassion, ainsi que d'explorer les effets de cette thérapie sur les symptômes et le bien-être général des participants. La thérapie axée sur la compassion repose sur les observations du Dr Paul Gilbert, selon lesquelles l'aspect émotionnel de la restructuration cognitive peut être problématique. En effet, l'expérience émotionnelle associée à cette thérapie engendre une détresse psychologique plus importante. Cette approche thérapeutique, qui s'appuie sur les principes de la psychologie évolutionnaire, reconnaît que les êtres humains sont régulés par des connexions bienveillantes et que nos systèmes neurophysiologiques sont sensibles aux stimuli bienveillants. L'incapacité à accéder à ces systèmes peut entraîner des difficultés avec les approches purement comportementales ou cognitives. Ainsi, la thérapie axée sur la compassion vise à stimuler et à intégrer la motivation et l'émotion de compassion dans le processus thérapeutique, en utilisant diverses interventions pour cultiver la compassion envers soi-même et les autres, favorisant ainsi le changement thérapeutique. (Chou et al., 2019)

Les participants recrutés pour cette étude étaient des individus qui n'avaient pas obtenu de rémission pendant plus d'un an après avoir terminé une thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Les résultats obtenus démontrent que cette thérapie s'est révélée plus efficace que la TCC pour réduire les symptômes. En effet, 77% des participants ont signalé une diminution de leurs symptômes après avoir suivi la thérapie axée sur la compassion, tandis que seulement 23% ont constaté une amélioration après avoir suivi un deuxième cycle de TCC. Les effets bénéfiques de la thérapie axée sur la compassion ont été observés dans tous les domaines des symptômes, notamment dans la difficulté à se débarrasser des objets ($p < 0,001$), l'acquisition excessive ($p < 0,001$) et l'encombrement ($p < 0,01$). De plus, le taux de satisfaction des participants arrivés à la fin du traitement (72%) a été jugé par 100% des participants "extrêmement positive" ou "positive". (Chou et al., 2019)

Parmi le groupe de la TCC, l'effet sur la réduction globale de la gravité des symptômes était marginal ($p = 0,06$). Bien que la TCC ait significativement réduit les symptômes d'acquisition excessive ($p < 0,05$), son effet sur la réduction de la difficulté à se débarrasser ($p = 0,28$) ou de l'encombrement ($p = 0,26$) n'était pas significatif. (Chou et al., 2019)

Dans l'ensemble, les résultats de cette étude confirment que la thérapie axée sur la compassion est une approche prometteuse et efficace dans le traitement du trouble d'accumulation compulsive. Elle présente des avantages significatifs par rapport à la thérapie cognitivo-comportementale, en réduisant les symptômes des personnes atteintes de ce trouble. Ces résultats ouvrent ainsi une nouvelle voie dans le traitement de ce trouble spécifique. (Chou et al., 2019)

L'article de Muroff et al. (2012) a comparé la TCC de groupe à la bibliothérapie dans le traitement de l'accumulation compulsive. La bibliothérapie (BIB) a été choisie, car elle permet de standardiser les informations reçues par les patients, en tenant compte des ressources généralement disponibles, reflétant ainsi ce à quoi la plupart des personnes ont accès actuellement. En comparaison des résultats de la TCC de groupe mentionné plus bas, la bibliothérapie n'a pas révélé d'effet significatif. Elle a révélé un changement minime dans la réduction de l'entassement ($p > 1$) et de l'encombrement ($p > 0,28$). De ce fait, la BIB a montré des avantages chez certains patients, mais dans l'ensemble, pas de changement significatif pour les participants. Malgré une réduction limitée des symptômes, cette thérapie a nécessité peu de ressources et a tout de même présenté un taux de désistement remarquablement bas sur une période de 20 semaines (aucun abandon et tous les participants à la BIB ont lu au moins 25 % du livre). Au vu de ce faible taux d'abandon, les auteurs proposent que ce traitement puisse être considéré comme une première étape dans un modèle de soins dans l'accumulation compulsive. Il offre une psychoéducation initiale qui est un élément essentiel tant dans la thérapie individuelle que dans la thérapie de groupe. (Muroff et al., 2012)

L'amélioration des symptômes de l'accumulation pathologique a également été relevée dans l'étude d'O'Connor et al. (2018), par le biais la TCC-G+. En effet, sur l'échelle d'évaluation de l'accumulation (HRS) 88% des participants ont montré une amélioration fiable pendant le traitement et 25% d'entre-deux ne souffraient plus du trouble de la thésaurisation en post-traitement. (O'Connor et al., 2018)

5.1.1. Les plus-values de la thérapie cognitivo-comportementale de groupe à court terme

Dans l'étude de Moulding et al. (2016), 34 % des participants ont démontré un changement cliniquement significatif qui a été relevé et défini comme une amélioration de l'état de santé des participants (d de Cohen = 0.59 à 1,03). Les chercheurs mettent en évidence l'efficacité d'un traitement de groupe à court terme pour la thésaurisation, après 12 semaines de traitement, les symptômes de thésaurisation mesurés par le questionnaire Saving Inventory-Revised (SI-R, questionnaire auto-administré qui permet de mesurer l'acquisition compulsive, la difficulté à se débarrasser des objets et le désordre) avaient diminué de manière significative, avec des tailles d'effet importantes pour l'ensemble des sous-échelles. L'étude démontre des résultats favorables au traitement par TCC de groupe à court terme, certes, mais elle met en lumière un point très intéressant. Ce type de traitement à court terme permet également de réduire les coûts de manière significative par rapport à un traitement par TCC à long terme individuel, ce qui rend le programme plus rentable et accessible.

Outre l'efficacité de la réduction de l'accumulation, cette même étude démontre une diminution des symptômes dépressifs. Elle fournit des preuves pour l'utilisation de cette approche de traitement dans un cadre communautaire.

Ce même point a été relevé dans l'étude pilote ouverte d'O'Connor et al. (2018), sur la thérapie cognitivo-comportementale de groupe avec l'ajout de composantes ciblées sur le raisonnement personnel et l'identité de soi (TCC-G+). La diminution de la sévérité du trouble entre le post-traitement et le suivi à 6 mois a été relevée. En effet, 100% des participants ont montré un changement fiable entre le prétraitement et le suivi. Et 63% des participants ont montré sur la HRS (échelle d'évaluation de l'accumulation) une nouvelle amélioration au cours du suivi, ainsi qu'une diminution des symptômes dépressifs, un changement favorable du raisonnement et de la perception de soi. Selon les chercheurs, à la fin du suivi des 6 mois, 38% des participants pouvaient être considérés comme guéris du trouble de la thésaurisation.

Il est important de noter que ce programme aborde de manière ciblée le trouble de la thésaurisation :

“L'évolution du HRS n'était pas liée à l'évolution des symptômes d'anxiété ($p = 0,245$), à l'évolution des symptômes de dépression ($p = 0,273$) ou à l'évolution de la cognition liée à la thésaurisation ($p = 0,310$). Au cours du suivi, la variation du HRS n'était pas liée à la variation des symptômes d'anxiété ($p = 0,741$), à la variation des symptômes de dépression ($p = 0,658$), à la variation de la cognition liée à l'accumulation ($p = 0,874$) et à l'âge ($p = 0,204$).” (O'Connor et al., 2018)

L'étude de Muroff et al. (2012), a évalué l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale de groupe en comparaison à la bibliothérapie afin de traiter le trouble de l'accumulation. Les deux groupes recevant une thérapie cognitivo-comportementale ont montré une réduction globale des symptômes de l'ordre de 23 et 30%. Différentes échelles (SI-R, HRS-SR) ont révélé un effet significatif sur l'entassement ($p < 0.01$) de même que sur l'encombrement ($p < 0.007$). Les analyses à travers l'inventaire de dépression de Beck-II (BDI-II) ont mis en avant une significativité de l'effet sur les symptômes dépressifs ($p < 0.043$). (Muroff et al., 2012)

Ces études soutiennent l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale de groupe dans le traitement des différents symptômes de ces patients. Cette approche thérapeutique a démontré des réductions significatives des symptômes de thésaurisation et des symptômes dépressifs. De plus, ce traitement à court terme s'est avéré plus rentable et accessible que la thérapie individuelle à long terme.

5.1.2. L'amélioration de l'estime de soi et des impacts négatifs

L'article de Kellet et al. (2010) met en avant la notion “d'impacts négatifs sur la vie” qu'induit le trouble de la thésaurisation. Ces impacts sont répartis en trois sous-types ; l'impact négatif sur soi, sur les autres et sur l'environnement physique. L'impact négatif sur soi englobe ce qui se rapporte à l'estime de soi, les problèmes d'identité, la honte et la stigmatisation que provoque l'accumulation pathologique. L'impact négatif sur les autres concerne les personnes qui vivent sous le même toit par exemple, ou les voisins qui, dans certains cas, peuvent subir les conséquences d'un appartement insalubre à proximité (odeurs nauséabondes, cafards, mites, punaises de lit etc.). Pour finir, l'impact négatif sur l'environnement physique est relatif à l'espace de vie, aux pièces inaccessibles, sanitaires inutilisables. Ces impacts sont interreliés, une personne qui nécessiterait l'intervention d'une entreprise pour

une réparation quelconque sera dans un comportement d'évitement par peur d'être stigmatisée ou considérée comme "folle" ;

"Nous ne laissons jamais entrer personne, Je veux dire que la maison n'est pas sale, mais elle est vraiment pleine et encombrée, et j'ai honte de mes problèmes et de ma maison. Je ne laisse rentrer personne. Je ne suis pas à l'aise avec l'idée que quelqu'un vienne." (Participant 8) (Kellet et al., 2010, p.148)

"Je déteste quand je dois faire venir des artisans et que je me dis qu'ils doivent regarder cet endroit et penser "femme folle". (Participant 5) (Kellet et al., 2010, p.148)

" Je sais que cela va choquer les gens. Cela va les horrifier". (Participant 1) (Kellet et al., 2010, p.148)

Ainsi la notion d'isolement et de honte ne seront que renforcées, ce qui affecte le rapport à soi et aux autres.

L'évitement et l'abandon sont également des aspects significatifs dans l'étude de Kellet et al. (2010). Deux types d'évitements ont été rapportés ; l'évitement comportemental et l'évitement cognitif. L'évitement comportemental est relatif au "barattage" des possessions et à la lenteur de l'accumulation. Tandis que l'évitement cognitif se rapporte au perfectionnisme et à la fantaisie. Ils représentent des facteurs qui favorisent le maintien du chaos environnemental.

Cependant, l'étude menée par Chou et al. (2019) a mis en évidence les effets bénéfiques de la thérapie axée sur la compassion pour pallier l'impact négatif de la thésaurisation. En complément de la thérapie cognitivo-comportementale, celle axée sur la compassion a montré des effets significatifs dans l'amélioration des dysfonctionnements liés à l'accumulation, la régulation des émotions et dans l'estime de soi. Cette approche thérapeutique a montré d'excellents résultats dans ces domaines. Elle a permis de réduire de manière significative l'évitement ($p < 0.01$) et d'améliorer la prise de décisions ($p < 0,001$) chez ces patients. En ce qui concerne la régulation des émotions et de l'estime de soi, cette thérapie a démontré une importante diminution de l'ambivalence envers soi-même ($p < 0,05$), de la honte envers soi en tant que personne ($p < 0,05$) ainsi que la honte éprouvée lors d'erreurs commises ($p < 0,001$). Ces résultats suggèrent une efficacité notable ainsi que des effets significatifs de la thérapie axée sur la compassion pour ces participants. (Chou et al., 2019)

Dans l'étude quantitative d'O'Connor et al. (2018), la plus-value de la thérapie cognitivo-comportementale de groupe avec l'ajout de l'identité personnelle (TCC-G +) est mise en avant. Parmi les résultats favorables à cette thérapie figurent également la socialisation, la rupture de l'isolement, la réduction du blâme et de la honte chez les personnes souffrant du trouble de la thésaurisation. En ciblant l'identité de soi dans la TCC-G, les auteurs ont pu démontrer des effets bénéfiques dans les résultats. Tous les participants (100%) ont d'ailleurs exprimé avoir particulièrement apprécié aborder l'aspect de l'identité personnelle de l'accumulation, qui a, selon eux, facilité le désencombrement et diminué l'acquisition.

Le trouble de la thésaurisation entraîne des conséquences négatives sur la vie des personnes, affectant leur estime de soi, leur relation avec les autres et leur environnement physique. Les thérapies axées sur la compassion et la thérapie cognitive-comportementale de groupe avec l'identité personnelle ajoutée ont montré des effets bénéfiques en améliorant les dysfonctionnements liés à l'accumulation, la régulation émotionnelle et l'estime de soi, favorisant la socialisation et réduisant la honte et le blâme.

5.2. Traumatismes et enfance

5.2.1. L'histoire de l'enfance : relations parentales, attachement et maltraitance

Selon l'article de Kellet et al. (2010), l'histoire de l'enfance joue un rôle important dans le comportement de thésaurisation. Selon les participants, les attitudes d'accumulation débutent durant l'enfance et l'adolescence, puis se développent tout au long de la vie. Dans cette étude qualitative, une corrélation directe a été faite entre les expériences de l'enfance et les comportements actuels de thésaurisation.

“Lorsque j'étais enfant, j'avais une armoire de jouets et c'est là que je me retirais du monde hostile, de toute l'irritation des parents qui ne répondaient pas à mes questions et des adultes qui étaient stupides et me poussaient vers le bas et me réprimaient. Je pense que la thésaurisation vient probablement de la peur.” (Participant 2) (Kellet et al., 2010, p.145)

Les auteurs relèvent des traits de caractères des parents, qui sont décrits par les participants comme “stricts, rejetant et autoritaires”. (Kellet et al., 2010)

L'étude a également permis de mettre en évidence une attitude de défense qui était la “suppression des émotions”. Pendant l'enfance, les personnes interrogées avançaient qu'elles ont appris à réprimer leurs propres émotions, car elles n'étaient pas autorisées à être énervées ou tristes par exemple. (Kellet et al., 2010)

“Oh non, vous ne vous êtes pas mis en colère, nous n'avez jamais eu de conflit. C'est quelque chose que vous évitez comme la peste, parce que ce n'était pas permis. C'était trop effrayant de toute façon.” (Participant 9) (Kellet et al., 2010, p.145)

En lien avec la suppression d'émotions, la présence de maltraitance et des abus dans l'enfance ont été relevés. Par abus, il est entendu des abus sexuels, physiques ou la destruction de tous les biens (jouets, possessions quelconques).

5.2.2. Traumatismes

L'article de Landaua et al. (2011), a examiné l'association entre les événements traumatiques ou stressants de la vie, la privation de matérielle précoce et le trouble d'accumulation compulsive. Les chercheurs ont cherché à déterminer si ces facteurs environnementaux pouvaient représenter des facteurs de risque pour le développement de ce trouble. Par ailleurs, ils ont également examiné si la présence d'une comorbidité avec le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) influençait la relation entre les événements traumatiques ou stressants de la vie et le trouble d'accumulation compulsive. Quatre groupes cliniques ont été formés afin de révéler la significativité de ces observations. Les deux groupes présentant des troubles de l'accumulation ont rapporté avoir connu un plus grand nombre d'événements traumatiques de vie par rapport aux participants atteints de TOC sans accumulation et au groupe témoin non clinique. L'étude a révélé que les groupes présentant des troubles d'accumulation étaient plus enclins à se rappeler d'une expérience traumatique dans laquelle quelqu'un aurait jeté un objet personnel contre leur volonté pendant leur enfance. Ces résultats indiquent une corrélation entre l'accumulation, les événements traumatiques vécus au cours de la vie et des événements traumatiques spécifiques de l'enfance. (Landaua et al., 2011)

5.2.3. Présences d'autres éléments stressants

Concernant la relation temporelle entre les événements stressants de la vie et l'apparition des symptômes d'accumulation, aucune différence significative n'a été observée entre les groupes HD (trouble d'accumulation compulsive) et HD+TOC (trouble d'accumulation compulsive avec comorbidité de trouble obsessionnel-compulsif) ($p > 0.05$). Dans l'ensemble des deux groupes, il a été constaté que l'apparition initiale des symptômes d'accumulation, c'est-à-dire lorsque les premiers signes de comportement d'accumulation ont commencé à se manifester, était liée à un événement stressant spécifique chez 20,5% des participants atteints de trouble d'accumulation compulsive. En revanche, 31,8% des participants ont associé l'apparition initiale des symptômes à des facteurs environnementaux chroniques et continus. De plus, 45,5% des participants atteints de trouble d'accumulation compulsive n'ont identifié aucun lien entre l'apparition des symptômes et des événements de vie spécifique ou une situation particulière. (Landaua et al., 2011)

5.2.4. Privation matérielle & manque de vie privée

En ce qui concerne la privation matérielle, aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes d'accumulateurs ($p > 0,05$). Bien que davantage de personnes souffrant d'accumulation aient rapporté des difficultés financières, des problèmes d'accès à la nourriture, au logement (tels que l'expulsion ou le sans-abrisme) et aux vêtements par rapport aux participants atteints de TOC sans accumulation et aux témoins non cliniques, ces différences n'étaient pas statistiquement significatives ($p > 0,05$). Ces situations de perte semblent être liées au besoin de sécurité et de contrôle, qui peuvent conduire à l'accumulation d'objets. (Landaua et al., 2011)

Certains accumulateurs ont partagé leur expérience de manque de vie privée pendant leur enfance ou de sentiment de forte propriété sur leurs biens. De plus, les événements stressants spécifiques associés à l'apparition et au développement de l'accumulation sont souvent liés à des thèmes de perte, comme la mort d'un proche, la fin d'une relation, d'un divorce ou un licenciement. Ces témoignages mettent en évidence des problèmes liés au manque de contrôle qui peuvent être associés à l'accumulation. Cela suggère que l'accumulation peut être une tentative de compenser un sentiment de perte et de retrouver du réconfort émotionnel et un sentiment de contrôle en conservant des objets. Cependant, il n'y a pas suffisamment de preuves pour soutenir l'idée que la privation matérielle en elle-même est un facteur de risque pour l'accumulation. (Landaua et al., 2011)

Les résultats de cette étude suggèrent qu'il existe une corrélation entre les expériences stressantes de la vie et le trouble d'accumulation, indépendamment de la présence ou de l'absence d'un diagnostic de TOC. Cela souligne l'importance d'explorer les facteurs de stress passés, en particulier ceux liés à la perte, pour établir une compréhension psychologique individuelle et orienter le traitement du trouble d'accumulation.

5.3. Relation complexes avec les possessions

Selon Kellet et al. (2010), tous les participants évoquent une relation complexe avec leurs possessions. Ils expriment tous une notion d'attachement émotionnel fort et distinct par rapport à leurs objets accumulés. La nature de ces relations est répartie en trois thèmes : l'attachement émotionnel, l'utilité et l'objet en tant que souvenir.

Cette notion d'attachement émotionnel fort est très bien illustrée par la citation du 6ème participant :

“Je sais que cela peut paraître stupide, mais je n'ai jamais connu personne qui gardait des cartes d'anniversaire. Je ne sais pas quand je vais les jeter, parce qu'elles sont tellement sentimentales. Tout est sentimental en fait. Ma mère est morte à l'âge de 52 ans, il y a donc 16 ans, et elle m'a donné des bijoux et des objets que je ne peux pas jeter.”

(Participant 6) (Kellet et al., 2010, p.146)

Dans ces deux citations, la notion d'utilité qui est donné à la possession est très bien mise en image.

“Si j'achète un pot de yaourt et que le pot est joli, je pense que je ne peux pas le jeter, car je pense qu'il sera utile.”

(Participant 6) (Kellet et al., 2010, p.146)

“J'ai toutes ces jupes que j'ai achetées et elles sont toutes très bien et beaucoup d'entre elles me vont, ou presque, et je me dis que si je les jette, dans quelques années, j'en aurai peut-être vraiment besoin.” (Participant 5) (Kellet et al., 2010, p.146)

Dans l'article, l'objet en tant que souvenir est décrit comme un “point d'ancrage” pour des souvenirs particuliers. (Kellet et al., 2010)

“Quand je vois cette chaise, je suis de retour dans la cuisine. Dans la cuisine de Bobby. C'est juste, juste un sentiment très heureux. Elle m'a fait me sentir bien... mais quand je vois la chaise, je ne peux pas supporter de la jeter.”

(Participant 4) (Kellet et al., 2010, p.147)

Les auteurs mettent notamment en avant deux sous-thèmes particuliers concernant cette relation émotionnelle ; l'anthropomorphisation des objets et le sentiment de fusion entre l'accumulateur et ses possessions. (Kellet et al., 2010)

“Si je vois un seul paquet de nourriture sur l'étagère, il faut que je le prenne. Même si nous n'en avons pas besoin ou que nous n'en voulons pas, parce que je pense que cette chose sera vraiment seule sur l'étagère, alors je l'accumule.”

(Participant 8) (Kellet et al., 2010, p.146)

“La personne qui possède toutes ces choses, ce sont les siennes, elles font partie d'elle, même des journaux vieux de ridicules années.” (Participant 10) (Kellet et al., 2010, p.146)

Kellet et al. (2010), avancent également que cette difficulté constante à se débarrasser des possessions par les participants est corrélée avec le concept d'évitement abordé précédemment dans nos résultats.

6. Discussion

6.1. Nos résultats en regard du cadre théorique

La notion de volonté, dans la théorie d'Orem, est l'élément central de l'auto-soin. Dans le syndrome de Diogène la difficulté réside dans la perception du trouble par la personne atteinte. Et c'est précisément sur ce point que l'infirmier peut intervenir. Le but étant, en premier lieu, de faire saisir le caractère pathologique de l'accumulation à l'individu afin de pouvoir par la suite intervenir sur les causes et l'origine qui ont mené à un entassement.

Dans la théorie de l'auto-soin, il est nécessaire que la personne qui souffre ait une part active dans sa prise en soin. L'envie est le moteur ; à partir de cela l'infirmier comblera initialement les besoins dus aux incapacités que présente l'individu, pour ensuite l'autonomiser au maximum. Le but est de retrouver les capacités et aptitudes pour s'engager de manière active dans ses auto-soins.

Les résultats mentionnés dans le chapitre précédent abordent l'efficacité des différentes thérapies dans l'accumulation compulsive, et peuvent être liés à la théorie de l'auto-soin d'Orem. En effet, les différentes approches thérapeutiques visent à répondre aux besoins des personnes souffrant de ce trouble et à les aider à retrouver un fonctionnement plus sain. La thérapie axée sur la compassion reconnaît l'importance des connexions bienveillantes et vise à stimuler la compassion envers soi-même et envers les autres. (Chou et al., 2019) Cette approche favorise l'autonomie et la responsabilité personnelle dans le processus de guérison, ce qui s'aligne avec la perspective d'Orem de permettre au patient de développer de nouvelles compétences émotionnelles afin de gérer son trouble. De même la thérapie cognitivo-comportementale de groupe combinée à la bibliothérapie sont deux approches qui visent à fournir des informations et des ressources aux patients, les aidant à prendre en soins leur propre santé (Muroff et al., 2012), ce qui est conforme aux perspectives d'Orem sur l'autonomie et l'apprentissage. La thérapie cognitivo-comportementale de groupe à court terme offre également aux participants un environnement de soutien où ils peuvent apprendre et s'encourager mutuellement (Moulding et al., 2016), ce qui correspond à l'idée d'Orem sur la promotion de l'autonomie, permettant également aux patients d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences pour gérer leur trouble de manière plus efficace.

L'interprétation de ces résultats à travers la théorie de Dorothea Orem permet de mettre l'accent sur l'autonomie du patient dans la gestion de sa santé. Les approches thérapeutiques mentionnées visent justement à développer les compétences nécessaires pour faire face au trouble et aux impacts négatifs qui en découlent.

D'autres résultats de nos études nous révèlent le développement d'un comportement de thésaurisation en réponse à des expériences traumatisantes dans l'enfance ainsi que des relations parentales problématiques avec une suppression des émotions. Ce qui influence la perception des objets accumulés et crée une relation complexe avec les possessions. Selon Dorothea Orem, les individus ont la capacité et la responsabilité de prendre soin d'eux-mêmes et de répondre à leurs besoins fondamentaux (Pepin et al., 2017) ; cela inclut donc la gestion des possessions et de l'environnement. L'attachement émotionnel relié aux objets accumulés peut être un moyen de combler un manque affectif et d'apporter un certain réconfort émotionnel. Les individus souffrant de ce trouble s'appuient sur ces éléments pour répondre à

leurs besoins psychologiques et émotionnels. De plus, les relations complexes avec les possessions peuvent être liées à la capacité de prendre soin de soi. En effet, ces personnes perçoivent les objets comme ayant potentiellement une valeur future, les rendant donc utiles à leurs yeux. Ce qui peut être une façon de s'assurer qu'ils possèdent les ressources nécessaires en cas d'éventuelles difficultés ou pertes.

Ces comportements leur permettent d'avoir un certain contrôle sur leur situation, sur leurs possessions, ce qui rend leur environnement sécurisant sur le plan émotionnel. Il pourrait être intéressant d'explorer avec la théorie de l'auto-soin le "réajustement" de ce sentiment de contrôle. Un des éléments centraux de cette théorie est "l'autonomisation des patients", rediriger leur attention sur la notion de sécurité physique, mentale et environnementale plutôt qu'uniquement émotionnelle. Ce type d'accompagnement serait une manière de recentrer l'individu sur ce qui est rationnel vis-à-vis de son accumulation et de sa propre perception.

Les concepts de la théorie de l'auto-soin permettent de souligner l'importance de prendre en compte les besoins psychologiques et émotionnels chez les personnes souffrant de ce trouble dans le processus de traitement et de soutien afin de les aider à surmonter leurs comportements d'accumulation.

6.2. Forces et limites

Dès le début de ce travail, nous nous sommes rapidement rendu compte que cette thématique n'était pas des plus étudiées et que logiquement il serait difficile de trouver des études en quantité, et qu'elles soient fiables et probantes

En effet, la première difficulté résidait dans la délimitation du trouble. Était-il un trouble associé ou isolé ? Est-ce que le syndrome du Diogène est propre à la démence comme beaucoup d'articles peuvent l'avancer ? Le syndrome de Diogène est un trouble doté de barrières théoriques floues et mal définies qui pose beaucoup de questions et qui demande davantage de recherches quant à son étiologie et son fonctionnement.

Dès la recherche d'articles, nous avons fait face à plusieurs limites. Premièrement, nous n'avons pas trouvé d'études primaires répondant à nos critères. De plus, le peu de recherches de manière générale ainsi que les petites tailles d'échantillons ont constitué des limites dans ce travail. En effet, la taille d'échantillon la plus grande parmi nos six articles était de 81 participants, ce qui impacte les analyses et la généralisation des résultats dans nos différentes études. Une absence de randomisation était également présente dans plusieurs de nos articles, ce qui peut conduire à des résultats biaisés ou peu fiables. Certains de nos articles ne possédaient pas de groupe contrôle, ce qui peut limiter la validité des résultats et mener à des biais.

Lors de nos recherches d'articles, l'absence du domaine infirmier dans l'approche de ce syndrome constituait également une limite. Les articles sont uniquement rédigés par de psychiatres ou psychologues, et le réseau reste par conséquent constamment le même. Cet aspect limite la recension d'informations générales sur ce trouble. Les caractéristiques du syndrome de Diogène sont issus des soins communautaires, et donc des points de vue ambulanciers, assistants-sociaux-éducatifs, aides-soignants, et infirmiers seraient une plus-value et une pertinence dans la recherche. Une analyse croisée interprofessionnelle permettrait de spécifier ce trouble afin de saisir de quelle façon nous pouvons accompagner de manière adaptée les personnes qui en souffrent.

L'apport d'études qualitatives nous a manqué dans notre travail. Parmi nos six articles sélectionnés, un seul était issu d'une étude qualitative. Ce qui est regrettable, car pour un trouble tel que le syndrome de Diogène, la recherche de ce type est beaucoup plus riche en termes d'informations issues directement de vécus de personnes concernées. Or, accéder à ce vécu est plus que pertinent et intéressant lorsqu'il est encore nécessaire de définir et comprendre un trouble très peu étudié.

Le critère d'exclusion qui a selon nous d'autant plus réduit la taille de l'échantillon était celui qui concernait les participants atteints de pathologies psychiatriques ou ayant eu des antécédents psychiatriques, médiqués ou non. En effet, ce critère est selon nous un facteur particulièrement limitant, car une partie des personnes souffrant du syndrome de Diogène sont également atteintes de comorbidités psychiatriques, comme le montre l'étude d'O'Connor et al. (2018). Dans cet article, 69% (11 participants sur 16), présentent des comorbidités psychiatriques diagnostiquées, avec une prédominance pour l'agoraphobie et le trouble obsessionnel-compulsif.

Nous avons constaté un manque de littérature concernant la détection et l'étiologie du syndrome de Diogène. Bien que nous ayons trouvé plusieurs recherches sur les potentiels traitements, nous avons été confrontées à un manque de recherches dans la détection de ce syndrome. Malheureusement, la littérature existante ne comble pas notre question de recherche et laisse des lacunes dans nos connaissances.

Malgré les nombreuses limites, ce travail présente des forces, telles que les liens et corrélations qui ont pu être faits entre les différents facteurs prédisposants et les antécédents personnels et familiaux retrouvés dans nos articles. L'étude de Kellet et al. (2010), nous a notamment apporté des éléments plus "palpables" et réalistes sur le vécu des participants. Les études qualitatives telles que celles-ci apportent des éléments précieux qui permettent dans un premier temps de mieux appréhender le trouble.

6.3. Recommandations

6.3.1. Pour la recherche

Les recommandations pour les études futures sont multiples, elles proviennent de nos articles et de notre propre réflexion vis-à-vis de ce qui nous a manqué durant notre travail.

Afin de pouvoir davantage spécifier le trouble de la thésaurisation et ce qui l'entoure, la conception d'études qualitatives en plus grande quantité serait d'une grande utilité.

Dans l'article d'O'Connor et al. (2018) sur la TCC-G+, les auteurs affirment qu'effectuer un essai contrôlé randomisé à grande échelle serait intéressant pour évaluer davantage cette thérapie.

Comme avancé dans nos limites, de nombreux participants ne remplissent pas le dernier questionnaire et sont donc exclus de l'échantillon de l'étude à la fin des programmes. Afin de remédier à cela, Moulding et al. (2016), proposent d'élaborer une échelle plus courte, telle que la HRS ou alors d'effectuer une évaluation téléphonique post-traitement, ce qui permettrait d'éviter l'exclusion de certains participants et/ou la création de biais.

Selon l'article de Chou et al. (2019), l'utilisation de mesures standardisées serait intéressante pour évaluer la gravité et l'ampleur du trouble d'accumulation compulsive, ainsi que les résultats du traitement.

Les articles analysés s'accordent sur certaines recommandations, notamment celle d'étendre les prochaines recherches à des échantillons à plus grande échelle et plus diversifiés à travers un modèle longitudinal.

6.3.2. Pour le cursus

Au cours de la formation en soins infirmier, il serait pertinent d'inclure le syndrome de Diogène, lors des cours abordant la schizophrénie. En effet, la thésaurisation chez des patients atteints de schizophrénie est un phénomène qui a été observé dès les premières descriptions de ce syndrome. (Schou et al., 2020) Il serait donc intéressant de souligner les associations potentielles entre le syndrome et la schizophrénie tout en clarifiant que ces relations ne sont pas exclusives.

Il est essentiel de fournir aux étudiants en soins infirmiers une compréhension globale des troubles mentaux et de leurs manifestations variées afin de mieux les préparer à évaluer et à prendre en soins les patients de manière holistique. Et ainsi, mettre l'accent sur l'importance de l'évaluation clinique pour déterminer les facteurs sous-jacents de ce syndrome et de souligner l'importance d'une prise en soins interdisciplinaire qui implique des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé mentale.

6.3.3. Pour la pratique infirmière

L'étude de Kellet et al. (2010) émet l'hypothèse du rôle probable des problèmes d'attachement et de traumatisme durant l'enfance. C'est une question que les auteurs proposent d'explorer dans les recherches futures. Ils proposent également de procéder par l'entretien d'attachement pour adultes et/ou par des mesures d'auto-évaluation appropriées des troubles de l'attachement. Approfondir cette thématique permettrait au soignant d'avoir un point d'amorçage pour comprendre l'origine du trouble de la thésaurisation. Intégrer la notion d'identité de soi dans les entretiens et/ou la thérapie est également une première base pour entrer en relation et créer un lien avec la personne souffrante. C'est justement ce que l'étude d'O'Connor et al. (2018) propose, l'ajout de cette composante aux thérapies a été très apprécié par les participants.

Pour terminer nos recommandations, le sentiment de « fusion » entre les personnes qui accumulent et leurs possessions, ainsi que l'étiologie de la thésaurisation instrumentale et sentimentale semblent être des domaines à approfondir ; c'est ce que Kellet et al. (2010) recommandent dans leur étude. Avoir davantage de renseignements sur ces deux concepts permettrait d'approcher et d'appréhender le « caractère » de l'accumulation différemment avec la personne atteinte du trouble et donc de pouvoir l'accompagner de manière adéquate dans son désencombrement.

Conclusion

La détection du syndrome de Diogène représente un défi complexe en raison de la tendance des personnes concernées à se cacher et à éviter les interactions sociales. Bien que ce sujet suscite un intérêt général, il demeure souvent négligé et peu creusé ou exploité dans les recherches.

Il est intéressant de constater que d'autres sphères telles que les médias et les réseaux sociaux commencent à aborder le sujet. Cela joue un rôle crucial dans la sensibilisation de la société, la déconstruction des préjugés et dans l'apport d'informations utiles. Étonnamment le domaine qui parle le plus de cette problématique n'est absolument pas issu du milieu des soins. Ce sont plutôt des entreprises d'entretien et de nettoyages, tel que "Diogène France", qui sont sollicitées pour intervenir dans ces lieux de vie afin de venir en aide aux personnes atteintes du syndrome de Diogène, ou malheureusement après un décès afin de remettre les logements en état.

Une collaboration entre des professionnels de la santé mentale, des travailleurs sociaux, les organismes communautaires et les proches dans la prise en soins des personnes atteintes du syndrome de Diogène est essentielle. C'est ensemble que ces différents champs peuvent élaborer des stratégies de détection précoce, développer des programmes de soutien adaptés et faciliter l'accès à des ressources appropriées.

Apporter des réponses complètes à notre problématique n'a malheureusement pas été possible avec nos connaissances actuelles, bien que nous ayons pu exposer plusieurs pistes de recherches. La santé mentale au sens large du terme a eu beaucoup de peine à faire sa place dans la prévention/promotion de la santé publique. Les politiques publiques démontrent un intérêt croissant depuis quelques années afin de faire valoir l'importance de la santé mentale en sensibilisant la population générale. (Saraceno B., et Zullino D., 2013 ; Office fédérale de la santé publique [OFSP], 2015) Sachant que la psychiatrie communautaire se développe à bas bruit, il serait pertinent de proposer une journée de prévention axée sur la psychiatrie communautaire en collaboration avec différents corps de métiers afin de démontrer l'importance de l'interprofessionnalité dans ce type de domaine. Intégrer dans des journées de prévention des sociétés d'entretien, ou encore des pompiers/sapeurs-pompiers par exemple, permettrait d'atteindre une plus large population et de ne pas se cantonner uniquement au domaine de la santé pour aborder cette thématique complexe.

Liste de références

- Abramowitz, J. S., Wheaton, M. G., & Storch, E. A. (2008). *The status of hoarding as a symptom of obsessive-compulsive disorder*. *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 1026–1033. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.006>
- Ayers CR, Dozier ME (2015). *Predictors of hoarding severity in older adults with hoarding disorder*. *International Psychogeriatrics*, 27(7), 1147–1156. <https://doi.org/10.1017/s1041610214001677>
- Berlyne N, Twomey J, & Henderson Smith S. L. (1975) *Diogenes syndrome*. *The Lancet*. 305(7905), 515. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(75\)92850-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(75)92850-0)
- Browne, D., Hegde, R. (2015). *Diogenes syndrome: patients living with hoarding and squalor*. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 19(5), 14-20. <https://doi.org/10.1002/pnp.396>
- Bürli C., Amstad F., Duetz Schmucki M., & Schibli D (2015) *Santé psychique en Suisse – état des lieux et champs d'actions*. Office fédérale de la santé publique (OFSP)
- Chou, C., Tsoh, J. Y., Shumway, M., Smith, L. C., Chan, J., Delucchi, K., Tirch, D., Gilbert, P., & Mathews, C. A. (2019) *Treating hoarding disorder with compassion-focused therapy: A pilot study examining treatment feasibility, acceptability, and exploring treatment effects*. *British Journal of clinical Psychological*. 59(1), 1–21. <https://doi.org/10.1111/bjc.12228>
- Cipriani G., Lucetti C., Vedovello M., & Nuti A., (2012) *Diogenes syndrome in patients suffering from dementia*. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 14(4), 455–460. <https://doi.org/10.31887/dcms.2012.14.4/gcipriani>
- Clark A. N. G., Mankikar G. D., & Gray I. (1975) *Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age* *The Lancet*. 366–368. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(75\)91280-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(75)91280-5)
- Cromer, K. R., Schmidt, N. B., & Murphy, D. L. (2007). *Do traumatic events influence the clinical expression of compulsive hoarding?* *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2581–2592. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.06.005>
- Dozier, M. E., & Ayers, C. R. (2017). *The Etiology of Hoarding disorder: A Review*. *Psychopathology*. 50(5), 291–296. <https://doi.org/10.1159/000479235>
- Finney, C. M., & Mendez, M. F. (2017). *Diogenes Syndrome in Frontotemporal Dementia*. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 32(7), 438–443. <https://doi.org/10.1177/1533317517717012>
- First, M. B. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, and clinical utility*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(9), 727–729. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3182a2168a>
- Frost, R. O., Hartl, T. L., Christian, R., & Williams, N. (1995). *The value of possessions in compulsive hoarding: Patterns of use and attachment*. *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 897–902. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00043-w](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00043-w)

- Frost, R., Steketee, G., & Williams, L. (2000). *Hoarding: A community health problem*. *Health & Social Care in the Community*, 8(4), 229-234. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2000.00245.x>
- Gleason, A., Perkes, D., & Wand, A. P. (2021). *Managing hoarding and squalor*. *Australian Prescriber*, 44(3), 79-84. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2021.020>
- Grisham, J. R., & Barlow, D. H. (2005). *Compulsive hoarding: current research and theory*. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(1), 45–52. <https://doi.org/10.1007/s10862-005-3265-z>
- Hartl, T. L., Duffany, S. R., Allen, G. J., Steketee, G., & Frost, R. O. (2005). *Relationships among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Behaviour Research and Therapy*, 43(2), 269–276. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.02.002>
- Iervolino, A. C., Perroud, N., Fullana, M. A., Guipponi, M., Cherkas, L., Collier, D. A., & Mataix-Cols, D. (2009). *Prevalence and heritability of compulsive hoarding: a twin study*. *American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1156-1161. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121789>
- Kellett, S., Greenhalgh, R., Beail, N., & Ridgway, N. (2010). *Compulsive Hoarding: An Interpretative Phenomenological Analysis*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(2), 141-155. <https://doi.org/10.1017/s1352465809990622>
- Lahera, G., Saiz-González, D., Martín-Ballesteros, E., Pérez-Rodríguez, M., & Baca-García, E. (2006). *Differential diagnosis of hoarding behaviors*. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 34(6), 403–407.
- Landau, D., Levrolino, A. C., Pertusa, A., Santo, S., Singh, S., & Mataix-Cols, D. (2011) *Stressful life events and material deprivation in hoarding disorder*. *Journal of Anxiety Disorder*. 25(2), 192–202. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.09.002>
- Lavigne, B., Hamdan, M., Faure, B., Merveille, H., Pareaud, M., Tallon, E., Bouthier, A., Clément, J. P., & Calvet, B. (2016). *Syndrome de Diogène et Hoarding disorder : une même entité ?* *L'Encéphale*, 42(5), 421-425. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.010>
- Maier, T. (2004). *On phenomenology and classification of hoarding: a review*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(5), 323–337. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00402.x>
- Mataix-Cols, D., Frost, R. O., Pertusa, A., Clark, L. A., Saxena, S., Leckman, J. F., Stein, D. J., Matsunaga, H., & Wilhelm, S. (2010). *Hoarding disorder: a new diagnostic for DSM-V?* *Depression & Anxiety*. 27(6), 556–572. <https://doi.org/10.1002/da.20693>
- Moulding, R., Nedeljkovic, M., Kyrios, M., Osborne, D., & Mogan, C. (2017). *Short-Term Cognitive-Behavioural Group Treatment for Hoarding Disorder: A Naturalistic Treatment Outcome Study*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 235-244. <https://doi.org/10.1002/cpp.2001>
- Muroff, J., Steketee, G., Bratiotis, C., & Ross, A. (2012) *Group cognitive and behavioral therapy and bibliotherapy for hoarding: a pilot trial*. *Depress Anxiety*. <https://doi.org/10.1002/da.21923>

- O'Connor, K., Bodryzlova, Y., Audet, J., Koszegi, N., Bergeron, K., & Guitard, A. (2018). *Group cognitive-behavioural treatment with long-term follow-up and targeting self-identity for hoarding disorder: An open trial*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(5), 701-709. <https://doi.org/10.1002/cpp.2304>
- Pepin, J., K rouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e  d.). Montréal: Cheneli re Education
- Pepin, J., K rouac, S. & Ducharme, F. (2017). *La pensée infirmière* (4e  d.). Montréal: Cheneli re Education
- Pertusa, A., Fullana, M. A., Singh, S., Alonso, P., Mench n, J. M., & Mataix-Cols, D. (2008). *Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both?* *American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1289–1298. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111730>
- Pertusa, A., Frost, R. O., Fullana, M. A., Samuels, J., Steketee, G., Tolin, D., Saxena, S., Leckman, J. F., & Mataix-Cols, D. (2010). *Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review*. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 371–386. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.007>
- Reyes-Ortiz, C. A., & Mulligan, T. (1996). *A CASE OF DIOGENES SYNDROME*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(12), 1486. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1996.tb04080.x>
- Saraceno, B., & Zullino, D. F. (2013). *Santé mentale et santé publique : un lien incontournable*. *Revue Médicale Suisse*, 9(398). <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:33738>
- Schou, M. L., Urfer-Parnas, A., & Parnas, J. (2020). *The Hoarding Phenomenon in Schizophrenia Spectrum Disorders*. *Psychopathology*, 53(2), 111–118. <https://doi.org/10.1159/000508453>
- Seedat S, & Stein D. (2002) *Hoarding in obsessive-compulsive disorder and related disorders: a preliminary report of 15 cases*. *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 56(1), 17–23. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2002.00926.x>
- Stirati-Buron, S., Koskas, P., & Drunat, O., (2008). *Anosognosie : définitions, caractéristiques, méthodes d'évaluation, exemple de l'hôpital de jour de neuropsychog riatrie*. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 8(45), 30–34. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2008.01.013>

Annexes

ANNEXES I à VII : tableaux d'extractions

ANNEXE I : tableau d'extraction

Référence article : Kellet S., et al., Compulsive Hoarding An Interpretative Phenomenological Analysis (2010) DOI : 10.1017/S1352465809990622 Pays : Royaume-Uni				
Devis et but(s)	Échantillon	Méthode	Résultats	Recommandations
<p><u>Devis :</u> C'est une analyse phénoménologique interprétative. Elle a été choisie comme la méthode de recherche la plus appropriée pour cette étude, car elle s'intéresse particulièrement à l'exploration d'expériences individuelles uniques.</p> <p><u>But(s) :</u> Explorer les expériences des personnes qui accumulent de façon compulsive et la manière dont elles donnent un sens à leur propre comportement de thésaurisation.</p>	<p>« La taille de l'échantillon a été déterminée en fonction des lignes directrices relatives aux meilleures pratiques en matière de recherche qualitative. »</p> <p>Au total, 11 personnes (3 hommes et 8 femmes) accumulant de manière compulsive ont été recrutées et interrogées.</p> <p>L'échantillon était âgé de 26 à 63 ans (âge moyen = 38,41 ans, écart-type = 12,5 ans), et 7 des 11 participants vivaient seuls à domicile.</p> <p>Le recrutement s'est fait par le biais</p>	<p>Les participants ont été interrogés grâce à un format d'entretien semi-structuré simple. Ce format a été conçu pour les besoins de l'étude.</p> <p>Sur 11 participants, 9 d'entre eux ont accepté d'effectuer l'entretien à leur domicile.</p> <p>Les entretiens ont été retranscrits et analysés à l'aide d'une analyse phénoménologique interprétative.</p> <p>La récolte de données a été pensée afin de faciliter un échange libre durant la discussion. Les entretiens ont duré une heure et demie, ils ont été enregistrés sur une bande audio et ont été retranscrits mot pour mot.</p> <p>Le programme des entretiens a été, dans la</p>	<p>Dans les résultats sont mentionnés les différents types d'objets que les personnes ont thésaurisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des objets d'informations - Des déchets ménagers - Des objets ménagers - Des objets de collection - Des vêtements et des articles d'habillement <p><u>Quatre thèmes ont été relevés :</u> Des facteurs liés à l'enfance sont ressortis. Généralement, les comportements de thésaurisation apparaissaient déjà au cours de l'enfance et de l'adolescence. Les parents ont été décrits comme étant</p>	<p>Sachant que la recherche actuelle met en évidence le rôle possible des problèmes d'attachement et de traumatisme dans l'enfance, les auteurs proposent d'explorer cette question en amont, en utilisant l'entretien d'attachement pour adultes et/ou des mesures d'auto-évaluation appropriées des troubles de l'attachement.</p> <p>Ils évoquent également l'utilité d'études longitudinales prospectives sur la thésaurisation « à risque ». Ayant comme objectif de suivre les enfants tout au long de leur développement dans des familles où des parents souffrent de TOC, pour but de minimiser au maximum les facteurs de stress psychosociaux qui seraient susceptibles de provoquer une thésaurisation compulsive</p>

	<p>d'une organisation caritative britannique : OCD Action ; c'est une organisation qui a pour but de fournir des services d'aide, des informations, des conseils et un soutien aux personnes souffrant de TOC.</p> <p>« Tous les participants se sont identifiés comme des accumulateurs compulsifs ; aucune mesure quantitative de dépistage de l'accumulation ni aucun entretien clinique structuré n'ont été utilisés. » (Kellet S., 2010, p.6)</p>	<p>mesure du possible, conçu et pensé afin de « suivre les intérêts, les préoccupations et les expériences des participants ».</p>	<p>généralement stricts, rejetants et autoritaires. Pendant l'enfance, les personnes interrogées ont appris à réprimer leurs propres émotions car elles n'étaient pas autorisées à être énervées par exemple.</p> <p>Un certain nombre de participants ont souffert d'abus durant l'enfance, que ce soit sexuels, physiques ou la destruction de tous leurs biens. Ici, encore la composante de « suppression des émotions » apparaît.</p> <p>Des facteurs en lien avec la relation aux objets thésaurisés ont été mis en lumière. Tous les participants évoquent des relations complexes avec leurs possessions. Tous expriment un attachement émotionnel fort et distinct vis-à-vis de leurs objets accumulés.</p> <p>« Deux sous-thèmes particuliers sont ressortis des données concernant la relation émotionnelle avec les possessions : l'anthropomorphisation</p>	<p>chez les enfants de moins de 18 ans.</p> <p>Le sentiment de « fusion » entre les personnes qui accumulent et leurs possessions, l'étiologie de la thésaurisation instrumentale et sentimentale semblent être également des domaines à approfondir.</p>
--	--	--	---	---

			<p>des objets et le sentiment de fusion entre l'accumulateur et ses possessions. »</p> <p>Évitement de l'abandon <u>Deux grandes catégories</u> : l'évitement comportemental qui concerne le « barattage » des possessions et la lenteur de l'accumulation. Et l'évitement cognitif, qui comprend le perfectionnisme et la fantaisie. Ce sont des facteurs qui favorisent le maintien du chaos environnemental.</p> <p>Impacts négatifs sur la vie <u>Trois thèmes sont ressortis</u> : l'impact négatif sur soi (honte, stigmatisation et problème d'identité), l'impact négatif sur les autres et l'impact négatif sur l'environnement physique.</p>	
--	--	--	---	--

Éthique : rien n'est mentionné à ce sujet.

Limites : L'un des procédés de la validation de l'IPA consiste à montrer un aperçu des résultats et des preuves récoltés aux participants afin qu'ils puissent confirmer que cela correspond bien à leur expérience vécue. Dans cette étude, cet aspect n'a pas été réalisé et peut représenter une limite.

Participants sélectionnés à dessein, l'échantillon a été recruté au sein d'une organisation d'entraide, ce qui peut limiter la généralisation des résultats.

La sélection de participants n'a pas été renforcée par la mesure du trouble de la thésaurisation (par des entretiens cliniques ou des échelles).

ANNEXE II : tableau d'extraction

<p>Référence article: Moulding R., et al., Short-Terme Cognitive-Behavioural Group Treatment for Hoarding Disorder: A Naturalistic Treatment Outcome Study (2016)</p> <p style="text-align: right;">Pays : Australie</p> <p style="text-align: right;">DOI : 10.1002/cpp.2001</p>				
Devis et but(s)	Échantillon	Méthode	Résultats	Recommandations
<p><u>Devis :</u> Étude naturaliste</p> <p><u>But(s) :</u> Le but de l'étude consiste en une vérification de l'efficacité d'un programme de groupe de 12 semaines de TCC (ce qui est un traitement à court terme compte tenu des programmes faits et étudiés jusqu'ici), financés par le secteur public dans un contexte</p>	<p>Les auteurs ont défini des critères d'inclusion et d'exclusion très clairs, qui ont permis de définir la population cible de manière précise.</p> <p>Afin d'être inclus, il fallait que les participants soient des adultes présentant des symptômes de thésaurisation d'intensité au moins modérée et leur causant de la détresse.</p> <p>La présence de symptômes psychotiques ou des intentions suicidaires, une déficience cognitive grave ou des difficultés interpersonnelles graves susceptibles de nuire à leur participation représentaient des critères d'exclusion à l'étude.</p>	<p>La participation à cette étude a été faite sur recommandation de la part de médecins de premier recours, de professionnels de la santé mentale et par une autosaisie de la part de personnes souffrant de trouble de l'accumulation.</p> <p>Les participants ont été recrutés sur une période de trois ans, entre 2011 et 2013. Une sélection a été faite par téléphone, l'entretien permettait notamment d'expliquer le programme de groupe et d'évaluer l'éligibilité initiale. Après cet appel, les</p>	<p>Les résultats sont significatifs d'un point de vue statistique, les données ont été analysées à l'aide de SPSS 22.0 avec SPSS Missing Value Analysis 7.5</p> <p>L'étude démontre qu'un traitement de groupe de 12 semaines pour les troubles de la thésaurisation était efficace pour réduire l'accumulation et les symptômes dépressifs dans une cohorte clinique australienne. Elle fournit des preuves pour l'utilisation de cette approche de traitement dans un cadre communautaire.</p>	<p>Proposition que les prochaines études intègrent de manière plus directe la formation à la régulation émotionnelle et qu'elles examinent son impact sur la réponse au traitement.</p> <p>Concernant les limites, les auteurs proposent également, pour les études futures, d'envisager une échelle plus courte afin d'augmenter les taux d'achèvement des questionnaires ; une échelle telle que la Hoarding Rating Scale (Tolin, Frost & Steketee, 2010), ou</p>

<p>communautaire australien.</p>	<p>Au final, 77 participants ont été recrutés, mais seuls 41 ont terminé l'évaluation post-traitement ; l'étude est donc basée uniquement sur ceux qui ont complété et rendu ce questionnaire.</p>	<p>participants intéressés ont été soumis à une évaluation clinique faite par des étudiants en psychologie de niveau master/doctorat sous supervisions.</p> <p>Le programme s'est déroulé sur 12 semaines, en petits groupes de six à huit personnes.</p> <p>Les mesures d'auto-évaluation utilisées pour évaluer l'effet du traitement étaient : le Savings Inventory-Revised (SI-R), le Savings Cognition Inventory, et les échelles de dépression, d'anxiété et de stress. Ces mesures ont été faites avant et après traitement afin de comparer et analyser les résultats.</p>	<p>Le changement cliniquement significatif a été défini comme une amélioration de l'état de santé des participants. (d de Cohen = 0.59 à 1.03)</p> <p>Les participants étaient majoritairement des femmes, célibataires et bien éduquées, d'un âge moyen de 54.24 ans.</p> <p>Seul un tiers des participants travaillait durant le traitement.</p> <p>Pratiquement tous les participants avaient déjà suivi un traitement et plus de la moitié prenaient de médicaments psychiatriques.</p> <p>La plupart des participants souffraient d'un autre trouble psychiatrique Dépression (49%), trouble anxieux généralisé (TAG) (23%), trouble</p>	<p>alors de procéder à une évaluation par téléphone.</p>
----------------------------------	--	--	--	--

			<p>obsessionnel-compulsif (TOC) (environ 2%).</p> <p>Seul 26% des participants ne présentaient aucune forme de symptômes de dépression, d'anxiété ou de stress.</p> <p>Un trouble de la thésaurisation peut donc ne pas être nécessairement accompagné d'un autre trouble psychiatrique.</p> <p>Présentés sous forme de tableaux.</p> <p><u>Trois tableaux :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les caractéristiques de base des participants qui ont rempli les questionnaires et ceux qui ne l'ont pas fait ont été mesurées et classifiées. 2. Les moyennes et écarts-types, et tailles d'effet avant et après le traitement pour les participants qui ont rempli les questionnaires 	
--	--	--	---	--

			<p>après le traitement ont été répertoriés.</p> <p>3. Une analyse comparative de l'ampleur de l'effet des interventions de groupe récentes dans le domaine de la thésaurisation a été réalisée.</p>	
--	--	--	---	--

Éthique : l'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'université hôte.

Limites : l'étude démontre un certain nombre de limites →

- Le taux modéré d'achèvement des évaluations (limite principale). Et donc que les résultats de l'étude sont basés sur les participants qui ont répondu aux questionnaires plutôt que sur tous ceux qui ont terminé le traitement.
- La recherche active d'aide de la part des participants ; ces derniers étaient donc plus susceptibles d'avoir une meilleure compréhension de leurs symptômes de thésaurisation et donc de meilleurs résultats.
- Pour terminer, sachant qu'il s'agit d'une étude naturaliste, aucun groupe contrôle n'a été inclus. Pour cette raison, il est difficile de savoir si le temps ou un autre facteur étaient responsables des changements dans leurs symptômes.

ANNEXE III : tableau d'extraction

Référence article: O'Connor K., & al., Group cognitive-behavioural treatment with long-term follow-up and targeting self-identity for hoarding disorder: An open trial (2018)				
				Pays : Canada
				DOI : 10.1002/cpp.2304
Devis et but(s)	Échantillon	Méthode	Résultats	Recommandations
<p><u>Devis :</u> Étude pilote ouverte</p> <p><u>But(s) :</u> Comblent d'importantes lacunes dans les connaissances sur la TCC-G, tout d'abord, en mesurant l'efficacité de la TCC-G à un suivi de 6 mois. Deuxièmement, en restructurant les valeurs et les perceptions et en renforçant la motivation vers les objectifs.</p>	<p>La population visée concernait les personnes qui répondaient aux critères du trouble de la thésaurisation selon le DSM-5.</p> <p>La taille de l'échantillon a été dépendante des critères d'inclusion et d'exclusion très clairs, ce qui a mené à la sélection de seulement 16 participants.</p> <p>Les critères d'inclusion étaient les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Répondre aux critères du trouble de la thésaurisation selon le DSM-5 - Médication psychiatrique stable (12 semaines pour les antidépresseurs et antipsychotiques et 4 semaines pour les anxiolytiques) - Pas de nécessité d'intervention pour un autre trouble psychiatrique 	<p>L'étude a été menée au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.</p> <p>Les participants ont été dirigés vers le centre d'étude par des médecins primaires, collaborateurs des établissements de santé mentale.</p> <p>Le processus de collecte des données est décrit clairement. Les participants ont été soumis à une évaluation clinique formelle par le</p>	<p>Les résultats sont significatifs et pertinents. L'étude a étudié les résultats du suivi (donc post-traitement) mais également durant l'intervention (88% (14/16) des participants ont montré une amélioration fiable pendant le traitement et 25% (4/16) des participants ne souffraient plus de trouble de la thésaurisation. L'étude a donc calculé l'efficacité globale du traitement, mais elle a également pu démontrer une amélioration des symptômes du trouble de la thésaurisation comparable aux précédents essais, et cela avec des bénéfices supplémentaires lors du suivi à 6 mois.</p> <p>La sévérité du trouble de la thésaurisation a diminué entre le post-traitement et le suivi à 6 mois, tous les participants (100%) ont montré un changement</p>	<p>Les auteurs proposent l'ajout d'une composante plus ciblée sur le raisonnement et l'identité personnelle qui semble à la fois tolérable et bénéfique pour les résultats. Ils affirment aussi qu'une évaluation de la TCC-G+ nécessiterait un essai contrôlé randomisé à grande échelle avec une qualité méthodologique acceptable.</p>

	<p>empêchant la participation (psychose, idées suicidaires)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être disponible pour un traitement de groupe de jour - Être âgé de 18 à 65 ans <p>Les participants qui répondaient à ces différents critères ont ensuite été soumis à une évaluation clinique formelle.</p>	<p>biais d'un questionnaire afin de déterminer s'ils répondaient aux critères du trouble de théaurisation selon le DSM-5. L'étude mentionne que tous les questionnaires et évaluations ont été administrés avant et après le traitement, ainsi qu'au moment du suivi à 6 mois</p>	<p>fiable entre le prétraitement et le suivi.</p> <p>Dans cette étude, 63% (10/16) des participants ont montré sur la HRS (échelle) une amélioration des symptômes de dépression et de perception de soi. Tandis que dans d'autres études ce pourcentage était nettement inférieur.</p> <p>À la fin du suivi, 38 % des participants pouvaient être considérés comme ne souffrant plus de MH ($p = 0,030$, effet modéré significatif).</p> <p>Facteur âge</p> <p>Il a été remarqué que lorsque les participants vieillissent, ils montrent une plus grande amélioration de leurs symptômes de théaurisation. Cette amélioration serait corrélée avec une plus grande motivation à se débarrasser de ce trouble une fois que l'accumulation a conduit à un encombrement important.</p> <p>Ce résultat est corrélé de manière significative avec le changement du HRS ($p = 0.004$).</p>	
--	--	---	--	--

			<p>Les résultats sont présentés sous forme de <u>quatre tableaux</u> :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Deux exemples de cas utilisant les cinq étapes pour ramener le moi illusoire à la réalité2. Informations telles que : les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, statut civil, occupation/travail, niveau d'éducation) ; et les comorbidités (phobie sociale, trouble dépressif sévère, trouble anxieux généralisé, trouble panique, phobie spécifique, trouble obsessionnel compulsif, trouble post-traumatique, les divers troubles de la personnalité).3. Exposition des changements observés/mesurés durant l'intervention par différents outils et échelles4. Démonstration des changements observés/mesurés durant le suivi à long	
--	--	--	---	--

			terme post-traitement, par les mêmes outils et échelles que dans le tableau précédent.	
--	--	--	--	--

Éthique :

Les moyens pris pour sauvegarder les droits et la dignité des participants sont adéquats, l'étude a été approuvée par le comité d'éthique local et tous les participants ont donné leur consentement éclairé avant de participer à l'étude.

Limites :

Sachant que les participants ont été orientés par des établissements de santé mentale primaires collaborant avec l'étude, ils ont donc pu être amorcés par la familiarité et avoir déjà une certaine connaissance concernant les interventions mise en place pour le traitement du trouble de la thésaurisation, telles que la psychoéducation et le désencombrement assisté. En d'autres termes, les participants n'étaient pas naïfs en matière de traitement, ce qui aurait pu influencer les résultats de l'essai. Une autre source de biais de sélection est le fait que la thérapie n'était disponible que pendant la journée, de sorte que seules les personnes non occupées pendant la journée ou ayant l'autorisation de leur employeur pouvaient participer à l'essai. Ces personnes peuvent présenter une accumulation plus grave et résister davantage à la thérapie. Enfin, le profil sociodémographique global de l'échantillon diffère de ceux trouvés dans les études de population sur la prévalence du trouble de la thésaurisation (Nordsletten et al., 2013). L'échantillon comporte une proportion plus élevée de femmes ; les participants sont plus jeunes et plus instruits que les personnes atteintes du trouble de la thésaurisation vivant dans la communauté. Enfin, aucun groupe de contrôle actif ou passif n'a été utilisé dans l'étude, il est donc difficile de différencier l'effet du traitement de l'effet du temps. (O'Connor et al., 2018, p.8)

ANNEXE IV : tableau d'extraction

<p>Référence article: Muroff, J., et al., group cognitive and behavioral therapy and bibliotherapy for hoarding: a pilot trial, (2012) Pays : Etats-Unis DOI : 10.1002/da.21923</p>				
Devis et but(s)	Échantillon	Méthode	Résultats	Recommandations
<p><u>Devis</u> : un essai pilote à groupe unique avec des mesures répétées.</p> <p><u>But(s)</u> : tester l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale en groupe (GCBT) pour l'accumulation compulsive lors d'un essai randomisé initial avec la bibliothérapie (BIB) comme groupe de comparaison. Les objectifs de cette recherche étaient de (1) tester et comparer l'efficacité du GCBT et de la BIB pour l'accumulation compulsive, et (2) étudier si une assistance à domicile supplémentaire améliorerait les résultats du GCBT pour</p>	<p>Les participants ont été inclus dans l'étude s'ils avaient au moins 18 ans et si l'accumulation compulsive était leur principal problème selon l'Anxiety Disorders Interview Schedule, et s'ils avaient des évaluations de 4 (modéré) ou plus sur une échelle de 0 à 8 pour la difficulté à se débarrasser d'objets, l'encombrement et l'incapacité ou la détresse sur l'échelle de notation de l'accumulation compulsive.</p> <p>Sur les 71 personnes dépistées pour cette étude, 45 étaient éligibles et 39 ont</p>	<p>La méthode de collecte de données de l'étude consistait en plusieurs évaluations effectuées à trois moments différents : au début de l'étude, au milieu du traitement (10 semaines) et à la fin du traitement (20 semaines après l'évaluation initiale).</p> <p>Les travailleurs sociaux ou les psychologues cliniciens de niveau master ont utilisé l'entretien clinique structuré ADIS-IV et l'échelle d'accumulation compulsive HRS-SR pour établir la présence de symptômes</p>	<p>Les deux traitements cognitivo-comportementaux en groupe ont entraîné des réductions significativement plus importantes des symptômes d'entassement, de l'encombrement et de dépression</p> <p>Les réductions des symptômes dans les traitements de groupe étaient d'environ 23 à 30% et les tailles d'effet étaient grandes</p> <p>La bibliothérapie (BIB) a entraîné des changements minimes dans les symptômes</p>	<p>Les recherches futures sur le traitement de l'amasement par traitements cognitivo-comportementaux de groupe devraient examiner un modèle de soins par étapes pour l'amasement qui inclut la bibliothérapie et l'utilisation de l'assistance à domicile pour des échantillons plus importants.</p>

<p>l'accumulation compulsive.</p>	<p>participé à l'essai sur une période de 18 mois.</p> <p>Outre les critères d'exclusion, les raisons de ne pas participer à l'étude comprenaient des conflits d'horaires et des limitations de santé physique. Un patient a abandonné la troisième session d'un groupe en raison d'un conflit d'horaire lié au travail.</p> <p>La démographie de l'échantillon était de 84 % de blancs, 15,8 % de noirs, 2,6 % d'Amérindiens / Autochtones de l'Alaska, 2,6 % d'hispaniques / Latinos, 76 % de femmes, 44,7 % mariées, en couple ou cohabitant avec un partenaire important, et 63,2 % employés.</p> <p>Les participants avaient en moyenne 57 ans (plage = 38-72) et 16,5 années</p>	<p>primaires d'accumulation compulsive.</p> <p>Ensuite, un assistant de recherche indépendant de niveau master, qui était aveugle au groupe de traitement, a effectué une batterie d'évaluations par téléphone, demandant aux participants d'évaluer eux-mêmes leurs symptômes d'accumulation compulsive, leur dépression et la gravité de leurs symptômes.</p> <p>Trente-huit patients ont été répartis aléatoirement dans l'une des trois conditions : (1) TCC avec des assistants non cliniciens supplémentaires (TCC+HA ; N = 11) ;</p> <p>(2) TCC sans assistant supplémentaire (TCC ; N = 14) ; ou</p>	<p>d'entassement (réduction de 9 %)</p>	
-----------------------------------	--	--	---	--

	<p>d'éducation (plage = 14-20).</p> <p>L'échantillon total comprenait 39 participants, qui ont été répartis de manière aléatoire dans trois groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un groupe de thérapie cognitive et comportementale en groupe (CBT-G), 14 participants - un groupe de thérapie comportementale et d'exposition en groupe (CBT-E), 13 participants - un groupe de bibliothérapie (BT), 12 participants 	<p>(3) lecture d'un livre d'auto-assistance sans intervention clinique (BIB ; N = 13).</p> <p>Les deux groupes de TCC se sont réunis une fois par semaine pendant 2 heures avec deux co-thérapeutes pendant 20 semaines. Les groupes de TCC étaient co-animés par un travailleur social ou un psychologue clinicien expérimenté de niveau master ou doctoral et un étudiant diplômé avancé en psychologie clinique ou en travail social. Tous ont reçu quatre visites à domicile de l'un des thérapeutes de groupe d'une durée de 90 minutes chacune, espacées tout au long du traitement (environ aux semaines 3, 8, 13 et 19).</p> <p>Les deux groupes de TCC+HA ont reçu quatre visites</p>		
--	--	--	--	--

		<p>supplémentaires à domicile avec un coach non clinicien entre les semaines 4 et 18, pour un total de huit visites à domicile. Les assistants non cliniciens étaient des étudiants de premier cycle formés, qui ont examiné le manuel et le cahier d'exercices, ont été formés par le premier auteur aux aspects de coaching, y compris la simulation de scénarios difficiles, et ont assisté à au moins une visite à domicile avec le facilitateur du groupe avant de mener une visite à domicile seul.</p> <p>Le traitement de groupe utilisait un manuel structuré de Traitement cognitivo-comportemental en groupe et un cahier d'exercices basés sur un manuel individuel et un cahier d'exercices de TCC pour</p>		
--	--	--	--	--

		l'accumulation compulsive.		
--	--	----------------------------	--	--

Éthique : Les moyens pris par les auteurs pour sauvegarder les droits et la dignité des participants semblent adéquats. Les auteurs ont respecté les principes éthiques de la recherche, ont obtenu l'approbation du comité d'éthique (a été approuvée par le conseil d'examen institutionnel de l'Université de Boston), ont informé les participants des objectifs et des procédures de l'étude, ont obtenu leur consentement éclairé, ont pris des mesures pour assurer la confidentialité des données, et ont permis aux participants de se retirer de l'étude à tout moment.

Limites : L'échantillon contenait principalement des femmes blanches très instruites, contrairement aux données épidémiologiques suggérant une prévalence plus élevée chez les hommes. En outre, la taille de l'échantillon pour chaque condition était restreinte

ANNEXE V : tableau d'extraction

Référence article: Chou, C., et al., Treating hoarding disorder with compassion- focused therapy: A pilot study examining treatment feasibility, acceptability, and exploring treatment effects (2019)				
				Pays : État- Unis DOI : 10.1111/bjc.12228
Devis et but(s)	Échantillon	Méthode	Résultats	Recommandations
<p><u>Devis :</u> une étude pilote non randomisée.</p> <p><u>But(s) :</u> Le but est de réaliser une étude pilote pour explorer la faisabilité et l'acceptabilité de la thérapie axée sur la compassion dans le traitement du trouble d'accumulation compulsive, ainsi que d'explorer les effets de cette thérapie sur les symptômes et le bien-être général des participants.</p>	<p>L'échantillon de cette étude était composé de personnes âgées de 18 ans et plus, ayant reçu un diagnostic de trouble de l'accumulation compulsive selon les critères du DSM-5, ayant participé à une thérapie de groupe de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour le trouble de la thésaurisation menée par un clinicien à travers l'étude HFH (de Mathews et al., 2018), il y a plus d'un an, et ayant obtenu un score de >41 sur l'indice de gravité du trouble de la thésaurisation au moment de l'inscription à cette étude.</p> <p>Enfin, 18 participants ont été</p>	<p>La méthode de collecte de données utilisée dans cette étude était basée sur diverses mesures auto-déclaratives. Les participants ont rempli des questionnaires qui ont évalué leur diagnostic et la gravité des symptômes, les dysfonctionnements liés à l'accumulation compulsive, la régulation émotionnelle et l'auto-perception, ainsi que l'acceptabilité du traitement. L'entretien clinique pour établir le diagnostic de l'accumulation compulsive a été réalisé à l'aide de l'Entretien Structuré pour le Trouble d'Accumulation Compulsive et de l'Entretien Mini International Neuropsychiatrique pour évaluer les symptômes</p>	<p>La thérapie axée sur la compassion a permis une réduction significative de la sévérité des symptômes chez les participants après le traitement. Par exemple, les scores moyens à l'Échelle d'accumulation compulsive (CCI) ont diminué de manière significative après le traitement ($p < 0,001$), ce qui suggère une amélioration clinique importante. Réduction significative de la sévérité des symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à se débarrasser ($p < 0,001$) - Acquisition excessive ($p < 0,001$) 	<p>Étendre les études à des échantillons plus larges et plus diversifiés afin de confirmer les résultats et de mieux comprendre l'efficacité de la thérapie de focalisation de la compassion pour le traitement du trouble d'accumulation compulsive.</p> <p>De plus, les auteurs recommandent l'utilisation de mesures standardisées pour évaluer la gravité et l'ampleur du trouble d'accumulation compulsive, ainsi que pour évaluer les résultats du traitement.</p> <p>Enfin, les auteurs suggèrent d'étudier les mécanismes d'action de la thérapie de focalisation de</p>

	<p>inscrits dans le groupe de la thérapie centrée sur la compassion, et 19 ont été inscrits dans le groupe de thérapie cognitivo-comportementale (TCC).</p>	<p>d'autres troubles de l'Axe I et le risque de suicide. Différentes mesures ont été utilisées pour évaluer les différents aspects liés à l'accumulation compulsive, telles que l'Échelle d'Indécision de Frost, le SCI, le Brief COPE, le PCS et la Mesure de l'Ambivalence envers Soi. La tolérance à la détresse a été mesurée à l'aide de l'échelle de tolérance à la détresse, tandis que la honte a été évaluée à l'aide de l'ESS. Enfin, un questionnaire spécialement conçu pour cette étude a été utilisé pour évaluer l'acceptabilité du traitement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Encombrement (p < 0,01) <p>Amélioration des dysfonctionnements liés à l'accumulation, la régulation des émotions et l'estime de soi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduction de l'évitement (p < 0,01) - Amélioration de la prise de décision (p < 0,001). <p>Régulation des émotions et l'estime de soi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduction de l'ambivalence envers soi-même (p < 0,05), - Réduction de la honte envers soi-même en tant que personne (p < 0,05) - Réduction la honte lors des erreurs commises (p < 0,001) <p>Autres :</p>	<p>la compassion pour le traitement du trouble d'accumulation compulsive, notamment en examinant les changements neurobiologiques et émotionnels qui peuvent survenir pendant le traitement.</p> <p>Il est intéressant de poursuivre les recherches sur la CFT pour la MH en tant qu'option de traitement indépendante, par opposition à un traitement de suivi après la TCC.</p>
--	---	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Réduit l'autocritique (p < 0,05) - Augmente la capacité à se rassurer soi-même lorsque les choses tournent mal (p < 0,05) - Améliore la tolérance à la détresse (p < 0,05) 	
--	--	--	---	--

Éthique :

Il est mentionné que les participants ont signé un formulaire de consentement éclairé avant leur participation à l'étude. L'étude s'est déroulée dans un centre médical de recherche et d'enseignement et a été approuvée par le comité d'examen institutionnel du centre médical. Tous les participants ont rempli des mesures d'auto-évaluation avant et après le traitement

Limites : Le petit échantillon de participants, le manque de groupe témoin, l'absence de randomisation des deux traitements.

Les participants des groupes CFT étaient des individus qui ont répondu rapidement aux courriels de recrutement lors de la première période de recrutement. Il se peut qu'ils aient été plus motivés, plus ouverts à un traitement nouveau ou existant, ou plus performants que ceux des groupes TCC. Cette limitation peut avoir contribué aux différences dans les taux de rétention, les évaluations de satisfaction et les effets du traitement entre les deux conditions de traitement.

L'étude peut ne pas être généralisable à grande échelle puisque les participants étaient des personnes qui s'étaient portées volontaires pour recevoir des traitements contre la MH dans le cadre d'un vaste essai clinique, l'étude HFH (Mathews et al., 2018), qui comportait de multiples volets de recherche supplémentaires.

La petite taille de l'échantillon et les caractéristiques des participants associées à la source de recrutement mentionnée, telles que leur niveau de motivation et leur capacité mentale et physique à s'engager à participer à l'étude, peuvent limiter la généralisation des résultats de la présente étude

Comme le nombre de personnes ayant terminé le traitement dans le groupe TCC était beaucoup plus faible que dans le groupe TFC, nous n'avons pas été en mesure d'explorer et de comparer statistiquement les effets du traitement entre les deux interventions.

L'absence d'une mesure de fidélité au traitement.

ANNEXE VI : tableau d'extraction

<p>Référence article: Landaua, D., et al., Stressful life events and material deprivation in hoarding disorder (2011)</p> <p style="text-align: right;">Pays : Royaume-Unis DOI : 10.1016/j.janxdis.2010.09.002</p>				
Devis et but(s)	Échantillon	Méthode	Résultats	Recommandations
<p><u>Devis :</u> Le devis de cette étude est rétrospectif.</p> <p><u>But(s) :</u> Le but de cette étude était d'examiner la relation entre les événements de vie traumatiques/stressants et la privation matérielle précoce avec le trouble de l'accumulation compulsive (hoarding disorder). Les auteurs voulaient explorer si ces facteurs environnementaux sont des facteurs de risque pour le développement de ce trouble. Ils ont également voulu déterminer si la présence de comorbidité avec le trouble obsessionnel-</p>	<p>L'échantillon est composé de 81 participants, répartis en quatre groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le groupe de troubles d'accumulation sans trouble obsessionnel-compulsif (HD ; n = 24), - Le groupe de troubles d'accumulation avec trouble obsessionnel-compulsif (HD + OCD ; n = 20), - Le groupe de trouble obsessionnel-compulsif sans symptômes d'accumulation (OCD ; n = 17) - Un groupe témoin non clinique (Control ; n = 20). <p>Les participants ont été recrutés via des</p>	<p>L'étude a utilisé des mesures administrées par des cliniciens et des auto-administrées (pour évaluer la présence et la gravité des symptômes de TOC et d'accumulation compulsive, ainsi que la présence de diagnostics majeurs de l'axe I du DSM-IV, y compris les troubles de l'humeur, d'anxiété et psychotiques.)</p> <p>Les évaluations ont également inclus une entrevue semi-structurée conçue pour explorer la relation temporelle entre les événements de vie et l'apparition ou l'aggravation des</p>	<p>Les résultats de cette étude sont les suivants :</p> <p>Les personnes atteintes de trouble de l'accumulation compulsive (hoarding disorder) ont signalé une exposition plus élevée à une gamme d'événements de vie traumatiques et stressants par rapport aux deux groupes sans accumulation compulsive.</p> <p>Les taux de trouble de stress post-traumatique étaient comparables dans les trois groupes cliniques.</p> <p>Apparition initiale des symptômes d'accumulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liée à un événement stressant spécifique chez 20,5% des participants - 31,8% à des facteurs environnementaux 	<p>Aucun lien clair n'a été trouvé entre les niveaux de privation matérielle et l'accumulation, bien que les thèmes de la "perte" et du "manque" dans le contexte de la privation émotionnelle puissent offrir une ligne plus fructueuse pour des recherches ultérieures. Les résultats actuels attendent d'être confirmés dans un échantillon épidémiologique représentatif et, idéalement, en utilisant un modèle longitudinal. Des études à plus grande échelle sont nécessaires à l'avenir pour confirmer les résultats et explorer davantage les tendances non significatives.</p>

<p>compulsif (TOC) confondait la relation entre les événements de vie traumatiques/stressants et le trouble de l'accumulation compulsive.</p>	<p>annonces dans des bulletins d'information d'organisations de patients ou des sites Web, ainsi que lors d'une conférence sur les troubles d'accumulation. Des entretiens structurés ont été menés pour confirmer les diagnostics et l'éligibilité des participants. Les participants atteints de démence, de psychose, de trouble bipolaire de type I ou d'abus de substances ont été exclus de l'étude</p>	<p>symptômes d'accumulation compulsive et obsessionnels. De plus, l'entrevue comprenait des questions sur la privation matérielle, y compris l'expérience de privation matérielle au cours de la vie et les possessions matérielles de l'enfance. Les outils d'évaluation utilisés dans l'étude étaient le Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI), l'entrevue clinique structurée pour le DSM-IV (SCID-II), l'échelle dimensionnelle Yale-Brown pour le trouble obsessionnel compulsif (DY-BOCS), l'inventaire d'économie révisé (SI-R) et l'inventaire obsessionnel-compulsif révisé (OCI-R).</p>	<p>chroniques et continus</p> <ul style="list-style-type: none"> - 45,5% des participants ont identifié aucun lien entre l'apparition des symptômes et des événements de vie particulière ou une situation donnée <p>Développement de l'accumulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 13,6% des accumulatifs l'ont liée à un événement stressant spécifique, - 15,9% à des facteurs de stress continus de la vie, - 31,8% à des facteurs de vie "neutres" - 38,6% n'ont identifié aucune relation entre le développement de l'accumulation en un problème significatif et un événement de vie ou une situation particulière <p>Le nombre total d'événements de vie traumatique corrélait significativement avec la gravité de l'accumulation compulsive, mais pas avec la</p>	
---	---	--	--	--

			<p>gravité des symptômes obsessionnels-compulsifs.</p> <p>Environ la moitié (52 %) des personnes atteintes d'accumulation compulsive ont relié le début de leurs difficultés à des circonstances de vie stressantes.</p> <p>Il n'y avait aucun lien entre le niveau de privation matérielle et l'accumulation compulsive. (p>0.05)</p>	
--	--	--	---	--

Éthique : L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche du King's College de Londres. Tous les participants ont donné leur consentement écrit et ont été indemnisés pour leur temps et les frais de déplacement supplémentaires.

Limites : La taille des échantillons était relativement petite et certaines analyses ont pu être sous-puissantes, notamment en ce qui concerne les types spécifiques de TLE.

Le recours à l'autodéclaration rétrospective soulève la possibilité d'inexactitudes dans les données en raison d'un biais de mémoire, d'un manque de perspicacité ou d'une réticence à divulguer des expériences passées.

Le groupe témoin non clinique n'était pas bien apparié en ce qui concerne certaines caractéristiques sociodémographiques potentiellement importantes, comme le niveau d'éducation.