

UNIVERSITE DE STRASBOURG  
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2018

N° : 208

**THESE**  
**PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE**  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat  
Mention Médecine Générale

PAR  
BERNARD Nicolas  
Né le 24 Mars 1983 à STRASBOURG

**LE SYNDROME DE DIOGENE : UNE NOSOLOGIE  
INCERTAINE**

**A propos d'une étude rétrospective de 15 cas**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Thomas VOGEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Patrick KARCHER



1  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**  
 (U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. LE REST François

Edition MARS 2018  
 Année universitaire 2017-2018

HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
 DE STRASBOURG (HUS)

**Directeur général :**  
 M. GAUTIER Christophe



**A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE**

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

**A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)**

BAHRAM Séiamak  
 DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
 Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

**A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)**

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel P0002	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP0 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas P0007	NRP0 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy P0008	NRP0 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles P0013	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne P0047 (1) (8)	S/nb Cons	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04 Pédiopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOICHOT Bernard P0066	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0069	S/nb	• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes in vitro / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076 (Disponibilité 30.04.18)	NRP0 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01 Option : Gastro-entérologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	NRP0 CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01 Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (8) P0088	S/nb Cons	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 <b>Anatomie</b>
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	<b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil - Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale ; option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	<b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	<b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatodigestif et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean P0146	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Arnaud P0161 (Dispo 31.07.2019)	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL (5) Renée P0165	S/nb	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01 Anatomie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

#### A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
----------------------	----	--	--------------------------

MO112	<b>B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)</b>		
-------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0100		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : <b>Maladies infectieuses</b>
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	<b>Physiologie</b>
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAIS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	<b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	<b>Bactériologie-virologie</b> Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : <b>Réanimation</b>
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire



NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVALUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PELACCIA Thierry M0051		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

### B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pr RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

### B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

### B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

**C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**  
**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2018)

**C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE**

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

**C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

**D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**  
**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

**E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES**

Dr ASTRUC Dominique	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP0 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP0 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP0 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP0 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP0 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

---

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)  
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2015 au 31 août 2018)**  
BERTHEL Marc (Gériatrie)  
BURSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)  
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)  
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)
- o **pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)**  
BOUSQUET Pascal  
PINGET Michel
- o **pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)**  
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)  
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)  
MULLER André (Thérapeutique)

---

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

---

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr CALVEL Laurent	Soins palliatifs (2016-2017 / 2017-2018)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)
Dr SALVAT Eric	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (2016-2017 / 2017-2018)

(\* 4 années au maximum)

---

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94  
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01  
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12  
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95  
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10  
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16  
 BIENZT Michel (Hygiène) / 01.09.2004  
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017  
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95  
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03  
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99  
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10  
 BROGARD Jean-Marie (Médecine Interne) / 01.09.02  
 BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99  
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86  
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15  
 CAZENAËVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15  
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95  
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12  
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16  
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00  
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98  
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11  
 DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17  
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17  
 DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87  
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13  
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10  
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02  
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2015  
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009  
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13  
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04  
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97  
 GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03  
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14  
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06  
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04  
 IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009  
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98  
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17  
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11  
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011  
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04  
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06  
 KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87  
 KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97  
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95  
 KIRN André (Virologie) / 01.09.99  
 KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98  
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07  
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08  
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07  
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98  
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98  
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011  
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95  
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10  
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16  
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03  
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13  
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16  
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14  
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94  
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16  
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99  
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07  
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13  
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10  
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93  
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011  
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009  
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13  
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15  
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15  
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011  
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98  
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02  
 ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90  
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10  
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14  
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04  
 SCHAAF Georges (Physiologie) / 01.10.95  
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01  
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11  
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12  
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87  
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06  
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10  
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009  
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15  
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03  
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06  
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02  
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08  
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16  
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13  
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08  
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09  
 WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11  
 WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13  
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15  
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96  
 WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90

### Légende des adresses :

**FA**C : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

### HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de HautePierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss"** - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

## RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

## REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Thomas VOGEL,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury de thèse.

Votre bienveillance et votre énergie m'ont permis de retrouver le monde médical dans des conditions idéales. Ces quelques lignes ne sauraient suffire à vous exprimer ma profonde et sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Fabrice BERNA,

Je vous suis reconnaissant d'avoir immédiatement accepté de participer à ce jury. Soyez assuré de l'honneur que vous me faites.

Madame le Docteur Cindy BARNIG,

Merci d'avoir si aimablement accepté de participer à ce jury. Veuillez croire en l'expression de ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Patrick KARCHER,

Je vous remercie pour votre aide et votre patience dans l'élaboration de cette thèse.

Merci également pour tout ce que vous m'avez appris au cours du semestre qui vient de s'écouler.

Merci également :

Aux équipes de l'hôpital de la Robertsau, pour leur bonne humeur.

A Lidia, d'être toi.

A mes parents, à Philippe mon frère, à Angélique ma belle-sœur, et à Léane ma nièce pour leur soutien.

Ainsi qu'à tous mes amis.



# TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	15
Liste des figures.....	21
Liste des tableaux.....	21
Liste des abréviations.....	22
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>24</b>
<b>1. REVUE DE LA LITTERATURE.....</b>	<b>25</b>
A. <u>Premières évocations</u> .....	25
a. Ernest DUPRE.....	25
b. MacMillan et Shaw.....	27
B. <u>Etudes fondatrices</u> .....	29
a. Clark et al. ....	29
b. Monfort.....	31
C. <u>Etat des lieux de la littérature</u> .....	35
D. <u>Série de cas</u> .....	37
a. Melendro .....	37
b. Roe.....	37

c. Snowdon.....	38
d. Radebaugh.....	39
e. Martin et Berthel.....	39
f. Wrigley et Cooney.....	40
g. Taurand.....	40
h. Kocher.....	41
i. G Halliday.....	41
j. Ducasse.....	42
k. Houbin.....	42
l. Wasserman.....	43
m. Browne.....	43
n. Camps.....	43
o. Finney.....	44
E. <u>Prise en charge</u> .....	45
a. Sociale.....	45
b. Médicale.....	47
1. Pharmacologie.....	47
2. Psychothérapie.....	50

F. <u>Rappels historiques</u> .....	52
a. Diogène de Sinope.....	52
1. Biographie.....	52
2. L'école cynique.....	54
b. Autres Diogènes célèbres.....	55
<b>2. ETUDE</b> .....	57
A. <u>Objectifs</u> .....	57
B. <u>Matériels et méthodes</u> .....	58
a. Type d'étude.....	58
b. Population étudiée.....	58
c. Recueil des données.....	58
d. Analyse des données.....	59
C. <u>Etude de cas</u> .....	60
D. <u>Discussion</u> .....	86
a. Analyse des résultats.....	86
1. Age.....	86
2. Sexe.....	86
3. Profession.....	87

4. Suivi médical.....	88
5. Statut familial.....	88
6. Circonstances de découverte.....	89
7. Facteurs déclencheurs.....	90
8. Antécédents.....	91
9. Bilan cognitif.....	94
b. Limites de l'étude.....	98
c. Diogène ou Hoarding disorder ? .....	100
d. Prise en charge et problèmes éthiques.....	103
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>105</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>107</b>
<b>ATTESTATION SUR L'HONNEUR CONCERNANT LE PLAGIAT.....</b>	<b>116</b>

## Liste des figures

<b>Figure 1</b> : Photographie d'Ernest DUPRE.....	25
<b>Figure 2</b> : Ecart entre l'âge de début d'un syndrome de Diogène, son repérage et son signalement.....	34
<b>Figure 3</b> : Nombres d'articles sur Pubmed par années comportant l'occurrence « Diogenes syndrome » .....	35
<b>Figure 4</b> : Diogène de Sinope par Jean-Léon GEROME.....	52
<b>Figures 5a et 5b</b> : Photographies du domicile de M.T (patient 15) .....	84-85

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b> : Patients de 1 à 8.....	82
<b>Tableau 2</b> : Patients de 9 à 15.....	83

## Liste des abréviations

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-ressources

AIT : Accident Ischémique Transitoire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BREF : Batterie Rapide d'EfficiencE Frontale

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CHR : Centre Hospitalier Régional

CSC : Cortico Sous Cortical

CSP : Code de Santé Public

CTS : Compagnie de Transport Strasbourgeoise

DFT : Démence Fronto Temporale

DID : Diabète Insulino Requérant

DNID : Diabète Non Insulino Requérant

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPSAN : Etablissement Public de Santé d'Alsace Nord

HdJ : Hôpital de jour

HTA : HyperTension Artérielle

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IRS : Inhibiteur de Recapture de la sérotonine

IRSN : Inhibiteur de Recapture de la sérotonine et de la Noradrénaline

LP : Libération Prolongée

MMSE : Mini Mental State Examination

PTG : Prothèse totale de Genou

PTH : Prothèse Totale de Hanche

QI : Quotient Intellectuel

SMTI : Soins Médico-techniques Importants

TDAH : Troubles de Déficitaires de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TDM : TomoDensitoMétrie

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

# INTRODUCTION

Le syndrome de Diogène connaît depuis quelques années une popularité croissante dans le grand public, soutenu par l'intérêt certain que les médias lui portent (78), le caricaturant souvent comme un comportement se résumant à une accumulation d'objets hétéroclites à son domicile.

« Ses voisins n'en pouvaient plus. De la terrasse au balcon du duplex, en passant par la cave que Jeanine, 81 ans, possède dans l'immeuble : tout était rempli d'objets divers, parfois de déchets qui attiraient les mouches et dégageaient de désagréables odeurs. Mais cette retraitée atteinte du syndrome de Diogène, le promet : « Je me suis laissée aller, mais c'est fini maintenant. » (78)

La réalité de ce syndrome est en fait beaucoup plus complexe, de sorte qu'une définition consensuelle n'est toujours pas d'actualité.

S'il est rare et apparaît, pour beaucoup, comme une curiosité clinique, il n'est pas exceptionnel pour autant.

Ce travail a pour but, dans un premier temps, de faire un état des lieux des connaissances sur le syndrome de Diogène, à travers une revue de la littérature.

Puis par la réalisation d'une étude descriptive rétrospective de 15 cas rencontrés dans les hôpitaux de la région strasbourgeoise, d'essayer de comprendre qui sont ces patients en s'intéressant à leurs profils socio-économiques et médicaux.

Enfin, nous nous intéresseront aux modalités de sa prise en charge, ainsi qu'aux problèmes éthiques posés par celui-ci.



# 1. REVUE DE LA LITTERATURE

## A. PREMIERES EVOCATIONS

### a. Ernest DUPRE : Les mendiants thésaurisateurs (26)



**Figure 1** : Photographie d'Ernest DUPRE

Ernest DUPRE (1862-1921) professeur de psychiatrie à la faculté de médecine de Paris, publie en 1913 dans *Le Paris Médical* un texte, qui sera réédité en 1925 dans *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, intitulé « *Les mendiants thésaurisateurs* ».

Sous ce titre, il relate 16 faits divers issus de la presse quotidienne, ayant pour point commun de décrire des personnes vivant dans la misère la plus totale, et chez qui l'on découvre au moment de leur décès un trésor pouvant atteindre des sommes considérables, réalisant selon ses mots : « une association paradoxale entre misère et richesse ».

Ces « mendiants thésaurisateurs », sont pour la plupart des vieillards, d'aspect cachectique, vêtus de guenilles et vivant dans des logements insalubres, souvent grâce à l'aumône. Le plus jeune a 51 ans et le plus âgé 90 ans.

Dans sa description, la majorité décèdent de dénutrition, et pour chaque situation, le voisinage est abasourdi de découvrir d'importantes sommes en argent, or ou bijoux, soigneusement dissimulées dans leur appartement.

Toutes ces personnes ont également en commun un isolement social, et sont le plus souvent décrites comme ayant un caractère misanthrope, vivant en marge de la société.

Il compare ces personnes, non pas à Diogène, mais à Harpagon (personnage central de *L'Avare* de Molière), voulant ainsi mettre en relief que le trait de personnalité principal qui caractérise ces personnes, et les force à adopter ce mode de vie, est une forme d'avarice poussée à l'extrême.

Dupré évoque également un patient atteint de démence sénile qui thésaurisait à son domicile toutes sortes d'objets hétéroclites, qui lui aurait dit sur son lit de mort : « Je voudrais faire fondre tout ce que je possède dans un verre d'eau et l'avaler avant de partir ».

Il analyse son comportement comme une aberration délirante de l'instinct d'épargne, réalisant une forme de fusion entre la personne et sa fortune, particulièrement bien illustrée par les derniers mots du mourant.

En conclusion pour lui, ce type de comportement est l'expression pathologique de deux tendances qui sont en apparence opposés :

- l'instinct de conservation, qui pousse à toujours plus d'épargne
- l'instinct nomade, qui pousse le sujet à se mettre en rupture avec la société

Le travail de Dupré reste cependant particulièrement remarquable, puisqu'il a été le premier à signaler que la précarité peut se différencier radicalement de la pauvreté.

## b. MacMillan et Shaw (13)

En 1966, Les docteurs Duncan McMILLAN et Patricia SHAW, deux médecins britanniques, publient un article dans le British Medical Journal intitulé : « Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness » que l'on peut traduire par « Rupture sénile des normes d'hygiène personnelles et environnementales ».

Dans ce texte, les auteurs se sont intéressés aux personnes âgées qui vivaient dans des logements insalubres, et présentaient un état d'incurie corporelle avancée.

Pour ce faire, ils ont recruté sur une période allant de 1961 à 1964 grâce à un large réseau de médecins généralistes de la région de Nottingham, 72 patients qu'ils ont initialement hospitalisés dans une unité dédiée, puis suivis à domicile.

Les critères d'inclusion étaient :

- une insalubrité du logement : objectivée à travers 10 items comme la propreté du sol, des murs, des plafonds, des fenêtres, du lit, de la table, de la cuisine, du chauffage, la présence de poussières ou d'odeurs
- une incurie corporelle : graduée en évaluant la propreté des mains, des cheveux, de la peau et des vêtements, ainsi que la présence d'une relation anormale aux urines et aux selles.

Ils ont créé, grâce à ces données une échelle allant de 1 à 5 en fonction du niveau d'incurie de leurs patients, et ont sélectionné ceux dont le niveau de propreté les classent dans les groupes 3 à 5.

Les résultats de cette étude montrent que :

- Le « Senile Breakdown » a une incidence estimée de 0.5 pour 1000 habitants, avec un âge médian de 79 ans
- Une grande majorité de patients vivent seul, pour la plupart en situation d'isolement social.
- Les facteurs déclenchants retrouvés à cette dégradation de l'hygiène sont le deuil d'un proche dans la grande majorité des cas, et l'apparition d'une exogénose chronique.
- La moitié des patients inclus dans l'étude présentent un syndrome psychotique et à peu près un tiers un syndrome démentiel.
- Le niveau d'intelligence est décrit comme supérieur à la moyenne chez 25% des patients.
- La personnalité des patients est toujours décrite comme autoritaire, solitaire et méfiante avec des tendances paranoïaques.

Au terme de l'étude, en 1965, près de la moitié des patients étudiés étaient décédés.

Mc Millan et Shaw émirent l'hypothèse que ce rejet de toutes les normes d'hygiène était une attitude hostile de rejet de la communauté, et non pas une attitude passive de glissement vers un état d'insalubrité.

Pour eux, le « Senile Breakdown » se révèle être un syndrome à part entière qui se développe chez des individus ayant une personnalité bien particulière avec un rejet de toutes les normes sociales, et ne doit en aucun cas être confondu avec une psychose sénile.

## **B. ETUDES FONDATRICES**

### **a. Etude princeps : Clark et Mankikar (3)**

C'est en 1975 que parait dans le *Lancet* un article intitulé « *The Diogenes syndrome. A clinical study of gross self neglect in old age* » que l'on peut traduire par « *Le syndrome de Diogène. Une étude clinique sur l'auto-négligence sévère du sujet âgé* ».

Cette étude descriptive, réalisée par une équipe de gériatres de la région de Brighton en Grande-Bretagne, s'intéresse aux patients hospitalisés présentant une incurie corporelle et vivant dans des logements insalubres.

Leur objectif est la constitution d'un syndrome jusque-là inexistant.

Au total, 30 patients sont sélectionnés, 16 femmes pour 14 hommes, ayant une moyenne d'âge de 79 ans.

Sont analysés, systématiquement :

- Leurs conditions socio-économiques
- L'indication d'hospitalisation et leurs antécédents médicaux
- Les éventuels états carenciels mis en évidences à la biologie
- Leurs personnalités

Les résultats obtenus montrent que :

- L'immense majorité des patients vivent seuls (28/30), et n'émettent aucune critique quant à leur hygiène corporelle et la saleté de leur logement

- Ces individus sont issus de groupes socio-professionnels ayant des revenus supérieurs à la moyenne
- Les motifs d'hospitalisation principaux sont les malaises et les chutes
- L'hospitalisation a été faite sous contrainte chez 2 patients, mais 8 autres avait initialement refusé celle-ci avant qu'elle ne s'impose à eux devant l'altération de leur état général
- Leurs personnalités sont décrites comme morose, anxieuse, ayant une attitude de retrait et donc moins bien intégrés à la population générale.
- Le niveau d'intelligence (qui n'a été étudié que chez la moitié des patients) est supérieur à la moyenne (QI moyen de 115). Il n'y est pas retrouvé de pathologie psychiatrique et/ou d'altérations des fonctions cognitives chez la moitié des patients

A noter que seul 6 patients présentent un comportement à type d'entassement.

Les auteurs constituent, à partir des résultats de cette étude, un syndrome qu'ils décrivent comme l'association chez un individu :

- D'un logement insalubre
- D'une incurie corporelle
- D'une indifférence quant à leur état

Ils nomment ce syndrome : syndrome de Diogène, du nom du philosophe grec Diogène de Sinope parce que celui-ci était autosuffisant, se refusait à ressentir de la honte et témoignait d'un mépris envers la société.

Clark et al avancent 2 hypothèses explicatives :

- Une première selon laquelle cette symptomatologie est la résultante d'une diminution de l'autonomie des patients qui entrainerait une passivité vis-à-vis de leur hygiène corporelle et de l'entretien de leur domicile
- Une seconde, plus étayée, qui explique qu'elle serait une réaction active au stress chez des individus présentant certains traits de personnalité (humeur labile, anxiété, solitaires). Ce stress, dû à une forme de déclin de l'état de santé ou du statut social, entrainerait un syndrome dépressif et une incapacité à gérer les problèmes du quotidien. S'activerait alors des mécanismes de défense spécifiques que sont le retrait social et le refus des aides extérieures.

Il y aurait donc, pour les auteurs, une nécessité de maintenir à tout prix un contact avec la société, puisque l'isolement social serait la cause première du rejet des normes d'hygiène.

## b. Jean-Claude MONFORT (4)

Jean-Claude MONFORT est un psychiatre français, praticien hospitalier des hôpitaux de Paris.

Avec son équipe, il publie en 2010 un article dans la revue *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement* intitulé « *Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive* ».

Ce texte, particulièrement remarquable dans la littérature traitant du syndrome de Diogène, contient la première étude d'ampleur sur le sujet, et propose une définition nouvelle du syndrome.

Ils définissent le syndrome de Diogène par la présence d'un critère principal : qui est une absence paradoxale de demande à l'égard des médecins et des services médico-sociaux, qu'ils résument en une phrase : « *les Diogènes ont besoin de tout et ne demandent rien.* ».

A ce critère principal s'associe 3 critères secondaires, qui peuvent s'exprimer sous des formes opposées :

- Une relation inhabituelle aux objets : soit une absence totale soit le plus souvent une accumulation excessive
- Une relation inhabituelle aux autres : besoin d'aller au contact permanent ou auto-exclusion
- Une relation inhabituelle au corps : excès d'hygiène ou incurie.

La méthode utilisée est une enquête descriptive rétrospective, portant sur 121 personnes de plus de 50ans, résidentes dans le 15<sup>e</sup> arrondissement de Paris.

Les données ont été recueillies par envoi de questionnaires aux médecins généralistes, travailleurs sociaux, service de la ville, et de police.

Les résultats obtenus montrent :

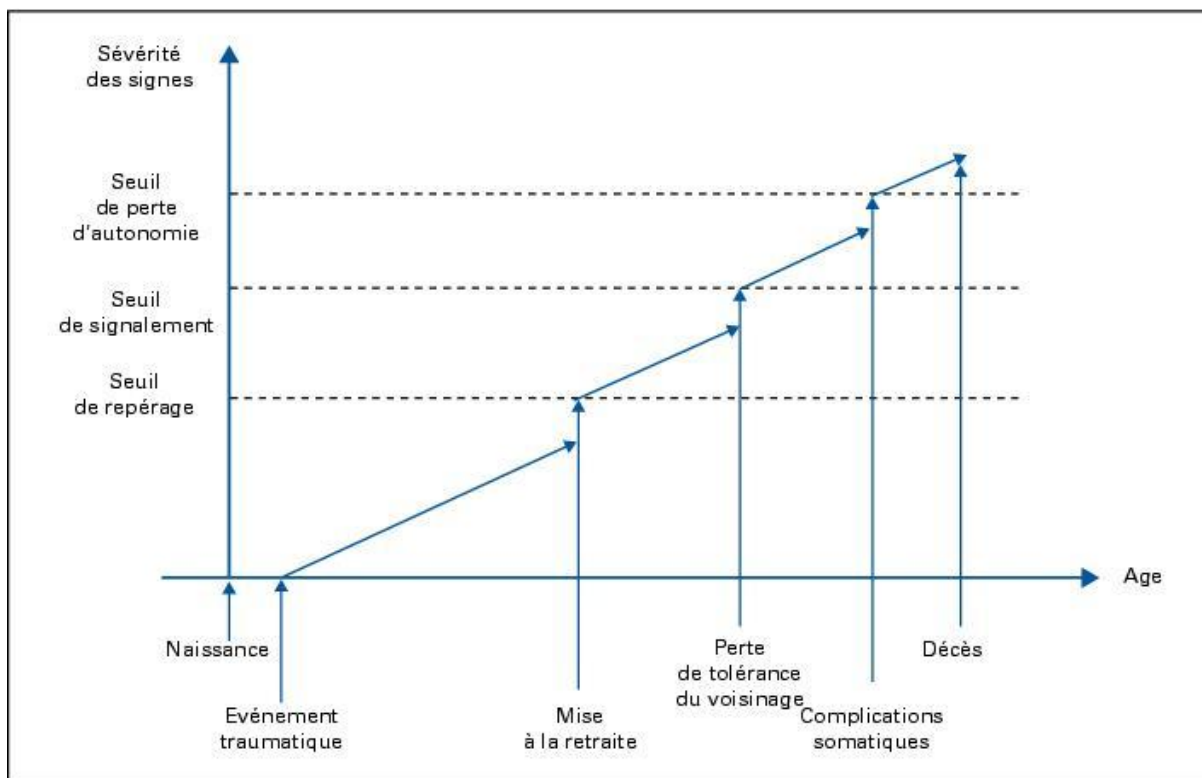
- Une incidence de 1.6/10000 habitants, pour un âge moyen de 77.8 ans
- 71% de femmes, ce qui correspond au ratio de la population locale pour cette tranche d'âge



- Un quart de Diogènes complets (présence des 3 critères secondaires), la moitié de Diogènes partiels (2 critères secondaires), un quart de Diogènes très partiels (1 seul critère secondaire)
- 89% de patients vivant seuls
- Un statut socio-économique comparable à celui de la population générale
- La moitié des patients présentant un trouble psychiatrique, et un quart un syndrome démentiel
- des critères de repérages principaux: la négligence corporelle (80%) et la puanteur du logement (62%)
- La présence d'un aidant (appelé « porteur de panier ») chez 65% des patients

Les auteurs remarquent, par ailleurs, un pic inattendu de signalement autour de 80 ans. Pour eux, ce pic correspond à l'âge moyen de consultation en gérontopsychiatrie, ce qui laisse à penser que le dévoilement du syndrome de Diogène se ferait à la faveur d'une complication médicale sous-jacente.

Le Diogène ne serait donc pas un trouble d'apparition précoce ou tardive mais plutôt un syndrome de révélation tardive, comme le résume le tableau suivant,

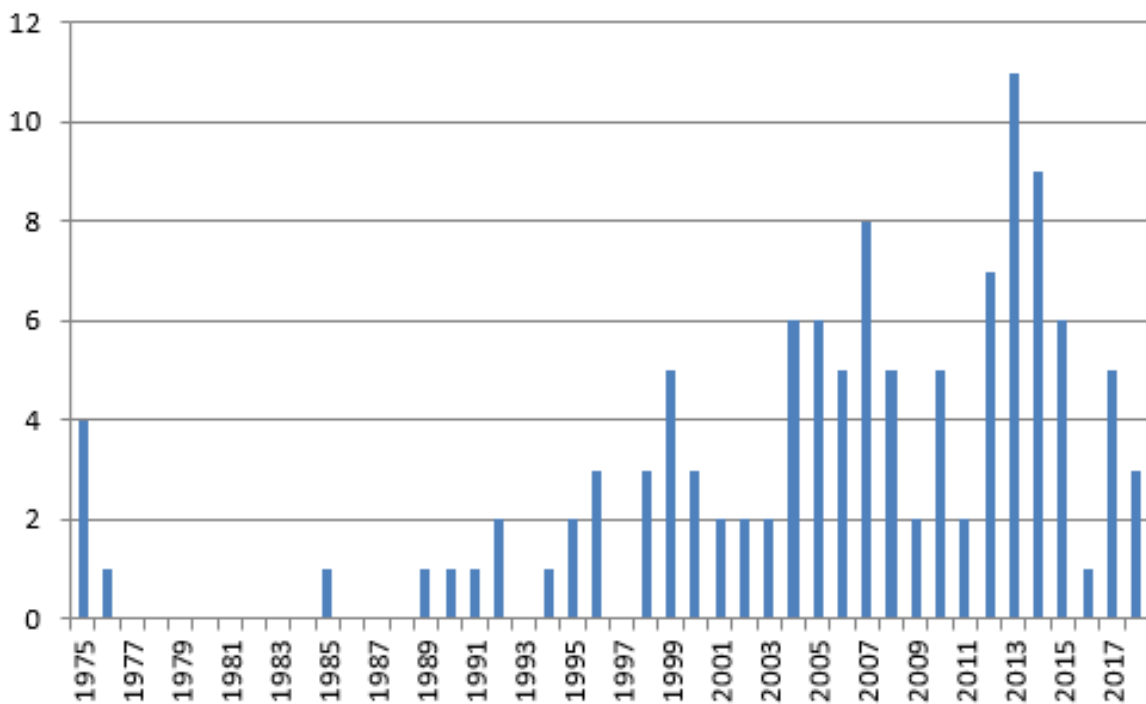


**Figure 2** : Ecarts entre l'âge de début d'un syndrome de Diogène, son repérage et son signalement (4)

## C. ETAT DES LIEUX DE LA LITTERATURE

L'entrée de l'occurrence « *diogenes syndrome* » sur pubmed retrouve 115 articles, répartis sur 43 ans, entre 1975 et 2018.

La chronologie de parution de ces articles est, par ailleurs, très inhomogène (comme l'indique le graphique ci-dessous), puisque qu'il n'y a que très peu de données parues dans les 2 décennies ayant suivi la parution de l'article princeps.



**Figure 3 :** Nombres d'articles sur Pubmed par années comportant l'occurrence « Diogenes syndrome »

Par ailleurs, sur ces 115 articles :

- 47 ont un contenu inaccessible
- 21 n'ont absolument aucun rapport avec le syndrome de Diogene

Il ne reste donc que 47 articles exploitables.

La grande majorité de ces études constituent des revues d'un ou deux cas cliniques, seules 6 d'entre elles incluant plus de 15 patients.

Les critères d'inclusion du syndrome de Diogène sont aussi très hétérogènes, 4 d'entre elles reprennent les 4 critères défini par Monfort (4) (absence de demande d'aide, relation pathologique aux objets, aux corps, et aux autres).

Les critères de définition du Diogène les plus fréquemment retrouvés étant : l'autonégligence, et l'incurie dans l'habitat, puis dans une moindre mesure le retrait social et la thésaurisation.

Selon cette revue de littérature, 3 grandes orientations étiologiques peuvent expliquer le syndrome de Diogène :

- Les atteintes neurocognitives (1,2,6,7,8,14,15,16,18,71,72,73,74,75) : en particulier les démences frontotemporales et les maladies d'Alzheimer.
- Les pathologies psychiatriques : psychoses (2,6,8,14,15,16,24), les troubles obsessionnels compulsifs (6,16,24), les syndromes anxio-dépressifs (2,6,7,15,16,24), les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (24,25), les troubles autistiques (79), et les intoxications chroniques (7,8,9,15,16)
- Les patients présentant une personnalité particulière, décrits comme solitaires, anxieux et méfiants. (3,4,13)

## **D. SERIES DE CAS**

Voici par ordre chronologique les principales séries de cas traitant du syndrome de Diogène depuis sa description en 1975.

### **a. MELENDRO et al ; 1976 (34)**

Cette étude publiée en 1976 dans la revue “ Actas Derm Sifiliograficas “ par une équipe espagnole s’intéresse à l’autonégligence de la personne âgée, à travers l’étude de 25 patients de plus de 60 ans en état d’incurie.

Les auteurs décrivent des patients refusant les normes élémentaires d’hygiène, sans éprouver de honte, et indemnes de pathologies psychiatriques ou neurologiques.

Les auteurs mettant l’accent tout particulièrement sur leur isolement social ainsi que sur leur hostilité envers la société, à l’image de la vie de Diogène de Sinope.

### **b. P.F. ROE ; 1977 (35)**

Cette étude rétrospective, publiée en 1977 par un gériatre anglais, porte sur 25 patients âgés admis dans un service de gériatrie et présentant un état d’incurie extrême.

Elle s'intéresse principalement à la question de la prise en charge, et révèle les difficultés inhérentes à celle-ci, opposant une attitude interventionniste, souvent vécue comme intrusive et posant le problème du respect des libertés individuelles, à l'abstention thérapeutique pouvant être considéré comme non-assistance à personne en danger.

### c. J. SNOWDON ; 1987 (36)

Cette étude australienne porte sur 83 patients vivant dans des logements insalubres recrutés auprès de 12 dispensaires. Parmi eux, une majorité (68 cas) de sujet de plus de 60 ans.

L'étude prend en compte les aspects socio-économiques, démographiques, médicaux et psychiatriques des individus recrutés.

Les résultats obtenus montrent :

- La présence marquée de troubles cognitifs (près de 2/3 des patients)
- Un important pourcentage d'individus (40%) présentant un alcoolisme chronique

Ce qui fait dire aux auteurs en conclusion que l'incurie de ces personnes ne devrait pas être considérée comme un syndrome, mais plutôt comme le symptôme d'une pathologie causale qu'il convient de rechercher systématiquement.

#### d. T.S. RADEBAUGH et coll. ; 1987 (37)

Cette étude prospective américaine s'intéresse à la désinsertion sociale chez les sujets de plus de 65 ans.

Les auteurs ont recensé 202 cas, et ont réalisé une évaluation portant sur des critères socio-économiques, familiaux, médicaux et psychiatriques.

Ils ont mis en évidence un accroissement important de la tendance au retrait social avec l'âge des patients, et ont montré la part importante de troubles cognitifs chez ces patients par rapport à la population générale.

Ils en concluent, tout comme SNOWDON, par la réfutation du concept d'entité syndromique, et adoptent la notion plus générale de « social breakdown in the elderly » (désinsertion sociale du sujet âgé).

#### e. C. MARTIN-HUNYADI et M. BERTHEL ; 1991 (38)

Cette étude strasbourgeoise, rapporte 4 cas cliniques de patients ayant séjourné dans le service de gériatrie de l'hôpital de la Robertsau.

Les auteurs emploient le terme de « clochardisation à domicile » pour décrire le processus aboutissant à la perte des normes de propreté corporelles et du logement chez la personne âgée.

#### f. M. WRIGLEY et C. COONEY ; 1992 (5)

Cette série de cas, réalisé par 2 psychiatres irlandais entre 1989 et 1990, porte sur des patients présentant un syndrome de Diogène défini par les critères décrits par CLARK et MANKIKAR.

Sur les 609 patients ayant séjourné dans le service de géronto-psychiatrie de l'hôpital de Dublin-Nord, 29 ont été inclus.

Les auteurs ont évalué pour chacun d'entre eux un examen psychiatrique, une évaluation cognitive, et un entretien avec l'entourage du patient.

Les résultats obtenus ont permis de caractériser la fréquence du syndrome, et le profil des individus recrutés. Ces résultats sont similaires aux 2 précédentes études anglaises (à savoir celle de CLARK ET MANKIKAR et celle de Mac MILLIAN et SHAW)

Les auteurs proposent également une stratégie de prise en charge de ces patients en appuyant tout particulièrement sur le respect de leurs libertés individuelles.

#### g. P. TAURAND et coll. ; 1993 (18)

Cet article, publié par une équipe de gériatres de la région parisienne, évalue les statuts médicaux et sociaux des sujets âgés vivant dans des conditions d'insalubrité, et ayant séjourné dans le service de gériatrie de l'hôpital d'Eaubonne (Val d'Oise) au décours d'une affection somatique aigue.

Ainsi, ils recensent 21 patients répondant à ces critères entre 1989 et 1990



L'étude décrit en particulier l'état cognitif et le degré de dépendance (suivant la grille AGGIR) de ces patients.

Cependant, ils ne retiennent le diagnostic de syndrome de Diogène qu'en l'absence de pathologie psychiatrique avérée. Une seule patiente parmi les 21 recrutés répond à ce critère.

#### **h. Y. KOCHER et M-J CHABERT ; 1993 (39)**

Il est décrit ici 18 cas de personnes âgées présentant les symptômes du syndrome de Diogène recensés entre 1984 et 1991 dans un service de gériatrie de Genève.

Les éléments et les résultats étudiés sont proches des précédentes études anglo-saxonnes.

Les auteurs développent principalement l'hypothèse d'une étiologie psychopathogénique.

#### **i. G. HALLIDAY et coll. ; 2000 (11)**

Cette étude transversale menée en 1996 par une équipe de psychiatres anglais de la banlieue londonienne étudie les profils de personnes vivant dans des logements insalubres et ayant eu recours à un service municipal de nettoyage à domicile.

Il n'est pas retenu de critère d'âge.

91 patients sont rapportés pour un bassin de population de 238000 habitants.

Les auteurs s'attachent à réaliser un bilan psychiatrique approfondi. Les résultats montrent un taux important de troubles psychiatriques (70%) pour une population d'âges hétéroclites (ou seul 51% des individus avait plus de 65 ans)

L'équipe a également cherché à définir une relation entre autonégligence, atteintes physiques et troubles psychiatriques.

#### j. DUCASSE ; 2011 (6)

Rapport d'un cas, une femme de 51 ans, hospitalisée pour prise en charge d'un syndrome de Diogène dans le cadre d'une psychose méconnue, dans un service de psychiatrie des Pyrénées-Orientales.

Interrogation sur l'étiopathogénie du Diogène dans le cadre de troubles psychotiques, et sur les possibles prises en charges institutionnelles qu'il convient de proposer.

#### k. HOUBIN ; 2014 (2)

Réalisation par une équipe mobile de gériatrie intervenant dans l'ouest parisien, d'une étude descriptive de 23 patients présentant un syndrome de Diogène (selon les critères de Clark).

Sont retrouvés des résultats comparables à la littérature antérieure concernant le profil des patients.

Mis en valeur de la prise en charge à domicile de ces patients.

### **l. WASERMAN ;2014) (9)**

Etude d'un cas clinique. Proposition d'une prise en charge par psychothérapie comportementale, basée sur la neuroplasticité.

### **m. BROWNE ; 2015 (40)**

Etude de 3 cas.

Les auteurs évoquent une relation forte entre pathologie psychiatrique et Diogène.

Ils insistent par ailleurs sur la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire, et l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales.

### **n. CAMPS ; 2016 (41)**

A propos de 2 cas, présentant un fonctionnement psychopathologique de type obsessionnel.

Les auteurs insistent par ailleurs dans leur discussion, sur l'hétérogénéité étiologique du syndrome de Diogène retrouvée dans la littérature, faisant douter de son individualisation.

#### o. FINNEY ; 2017 (42)

Etude de 5 cas, de patients présentant un Diogène secondaire sur une démence fronto-temporale.

Description d'une atteinte spécifique du système fronto-limbique striatal droit dans les comportements de thésaurisation. La perte de conscience de soi, retrouvée dans les atteintes frontales, est proposée comme l'explication des états d'incurie présents dans le syndrome de Diogène.

## **E. PRISE EN CHARGE**

### **a. Prise en charge sociale**

Le maire dispose de pouvoir de police générale en matière de salubrité et de sécurité :

Sur la base de l'article L 2212-2 du Code Général des Collectivités Territoriales, le maire dispose de pouvoir de police en matière de salubrité et de sécurité. À ce titre, il lui appartient de rappeler les règles et notamment celles contenues dans le règlement sanitaire départemental (RSD), mais plus encore, il peut agir à tout moment pour mettre fin à une situation d'urgence mettant en cause la sécurité ou la santé de la personne.

L'article 23-1 du Règlement sanitaire départemental prévoit que : « Dans les logements et leurs dépendances, tout occupant ne doit entreposer ou accumuler ni détritrus, ni déjections, ni objets ou substances diverses pouvant attirer et faire proliférer insectes, vermine et rongeurs ou créer une gêne, une insalubrité, un risque d'épidémie, d'accident ou d'incendie. Dans le cas où l'importance de l'insalubrité et les dangers définis ci-dessus sont susceptibles de porter une atteinte grave à la santé ou à la salubrité et à la sécurité du voisinage, il est enjoint aux occupants et propriétaires de faire procéder d'urgence au déblaiement, au nettoyage, à la désinfection, à la dératisation et à la désinsectisation des locaux et de procéder à tous travaux afin d'éviter tout nouveau dépôt. En cas d'inobservance de cette disposition et après mise en demeure adressée aux occupants et aux propriétaires, il peut être procédé d'office à l'exécution des mesures nécessaires dans les conditions fixées par le Code de la santé publique. »

La compétence du maire au titre des « déchets » s'entend le plus souvent dans le sens de la réglementation de la collecte des déchets ménagers d'une part et du contrôle des dépôts sauvages, d'autre part. En matière d'habitat indigne, le maire est également confronté à des situations d'occupants qui accumulent des déchets à l'intérieur de leur habitation au point de générer des risques sanitaires graves. L'article L.541-3 du Code de l'environnement donne compétence au maire pour faire assurer le respect face aux situations d'incurie dans le logement. Conformément à ces dispositions, lorsque des déchets sont abandonnés, déposés ou gérés contrairement aux prescriptions du code de l'environnement et des règlements pris pour leur application, « l'autorité titulaire du pouvoir de police compétente avise le producteur ou détenteur de déchets des faits qui lui sont reprochés ainsi que des sanctions qu'il encourt et, après l'avoir informé de la possibilité de présenter ses observations, écrites ou orales, dans un délai d'un mois, le cas échéant assisté par un conseil ou représenté par un mandataire de son choix, peut le mettre en demeure d'effectuer les opérations nécessaires au respect de cette réglementation dans un délai déterminé ». Cette procédure qui vise pour l'essentiel les cas de dépôts sauvages de déchets a été modifiée par l'ordonnance du 11 janvier 2012, ne paraît pas systématiquement adaptée pour traiter un problème sanitaire. Il est préférable d'utiliser l'article L 1311-4 du CSP. En effet, dans certaines situations d'incurie, il peut être considéré qu'il y ait un danger imminent pour la santé publique : risques d'incendie, d'effondrement de plancher, risques infectieux. Ces risques concernent autant le voisinage que la personne elle-même. Le préfet peut alors mettre en œuvre les dispositions prévues à l'article L.1311-4 du Code de la santé publique, qui autorise la réalisation en urgence des mesures d'assainissements nécessaires.

## b. Prise en charge médicale

### 1. Pharmacologie

Il n'y a pas à proprement parler de traitement du syndrome de Diogène néanmoins des traitements sont proposés pour un certain nombre de symptômes associés.

Il a été envisagé dans la littérature plusieurs sortes d'approches allopathiques, que nous allons détailler ci-dessous, Bien qu'une étude (43) suggère que les individus thésaurisateurs soient peu disposés à accepter un traitement médicamenteux.

#### Antidépresseurs

Le traitement pharmacologique par antidépresseurs a été basé sur les stratégies actuelles de traitements des troubles obsessionnels compulsifs.

Les options les plus couramment utilisées comprennent actuellement les inhibiteurs de recapture de la sérotonine (IRS), et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), bien que d'autres agents tels que des stimulants aient été essayés sur un petit nombre d'individus (44).

Malheureusement, les connaissances de l'efficacité de la pharmacothérapie sur la sylogomanie sont limitées ; la plupart des études réalisées évaluant la réponse au traitement sur les symptômes (parmi lesquels la sylogomanie) d'individus présentant un diagnostic primaire de troubles obsessionnel compulsifs.

Les résultats de ces études sont mitigés, certaines suggérant que les patients présentant un symptôme de thésaurisation marqué ont une mauvaise réponse aux IRSN, tandis que d'autres indiquent une réponse similaire aux IRS et aux IRSN avec ou sans syllogomanie (accumulation compulsive d'objet) marquée. (45)

Il n'y a eu aucune étude versus placebo en aveugle sur la réponse au traitement de la syllogomanie, et seules 2 études ouvertes ont été retrouvées dans la littérature :

- la première est un essai évaluant l'efficacité de la paroxétine sur 32 patients thésaurisateurs contre 47 ne présentant pas ce type de comportement. Cette étude montre une réponse similaire des 2 groupes à une dose comprise entre 40 et 60 mg de paroxétine (environ 50% des patients ont eu au moins une réponse partielle au traitement, définie comme une amélioration  $\geq$  à 25% des symptômes).

Cependant un nombre important de patients des 2 groupes n'ont pu tolérer la dose de 40 mg, et seul 16 patients ont toléré la dose maximale de 60mg par jour, limitant les possibilités d'interprétation des résultats. (46)

-la seconde étudie l'efficacité de la venlafaxine LP, sur un groupe de 24 personnes thésaurisatrices (sans groupe témoin), 16 des 23 patients qui ont terminé le traitement ont été considéré comme répondeurs au traitement, avec une amélioration d'au moins 30% de leurs symptômes. La dose moyenne finale été de 200mg par jour, seul 16 patients ont toléré une dose de 225mg journalière. (47)

Bien que les taux de réponses soient limités, que les études soient ouvertes et portent sur de petits échantillons, ces dernières offrent la possibilité aux antidépresseurs de trouver leur place dans le traitement du syndrome de Diogène.



### Antipsychotiques

Les traitements antipsychotiques peuvent être envisagés en cas de syndrome délirant associé ou chez le patient schizophrène.

La rispéridone à faible dose est le plus souvent utilisé (48)

Ce traitement serait particulièrement efficace dans l'amélioration du comportement d'autonégligence (49) même sans symptomatologie psychotique.

L'utilisation d'olanzapine chez une patiente présentant un syndrome de Diogène associé à un syndrome de Capgras s'est révélé inefficace (50).

### Thymorégulateurs

Une équipe a montré l'efficacité à 4 semaines de l'utilisation du divalproate de sodium chez une patiente présentant un trouble schizoaffectif associé (51)

Par contre, une autre étude n'a pas montré d'efficacité cliniquement significative de la quétiapine et du divalproate de sodium dans le traitement du syndrome de Diogène quand celui-ci est secondaire à une démence fronto-temporale. (52)

### Anticholinestérasiques

Aucune étude n'a évalué à ce jour l'effet des anticholinestérasiques sur la symptomatologie fréquemment citée dans le Diogène, mais il semblerait qu'elle provoquerait une aggravation

de l'agitation et de l'agressivité chez les patients présentant une démence fronto-temporale. (53).

## 2. Psychothérapie

Comme pour le traitement médicamenteux, la thérapie comportementale est basée sur celle élaborée pour le traitement des TOC, et a été progressivement modifiée pour répondre plus spécifiquement les défis uniques auxquels font face les individus thésaurisateurs. La composante de base de cette psychothérapie est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC); reposant sur l'entrevue motivationnelle et de réduction des méfaits collatéraux (54, 55).

La composante cognitive se concentre généralement sur le traitement des distorsions cognitives en rapport avec la nécessité d'entassement, tandis que la composante comportementale met l'accent sur le tri et l'élimination des objets de manière systématique et structurée.

Des visites à domicile sont incluses dans la plupart des traitements comportementaux, principalement pour fournir une évaluation précise de la symptomatologie, mais aussi pour évaluer les progrès survenus.

L'entrevue motivationnelle est devenue un élément clé dans l'intervention comportementale (56), ayant pour objectif d'aider les patients à identifier les effets délétères sur la vie quotidienne de la thésaurisation (isolement social, problèmes de

sécurité, etc.). La réduction des méfaits est un concept similaire à l'entrevue motivationnelle, et l'objectif de cette composante est de ne pas traiter le problème de la thésaurisation, mais pour réduire les désagréments causés par les symptômes et d'améliorer ainsi la qualité de vie de la personne concernée.

## F. RAPPELS HISTORIQUES

### a. Diogène de Sinope

#### 1. Biographie



**Figure 4** : Diogène de Sinope par Jean-Léon GEROME, 1860

On ne connaît que peu de chose sur la vie de Diogène, et la nature des récits de l'époque nous font dire que les éléments biographiques de ce personnage sont à considérer avec réserve. (28)

Il aurait vu le jour vers 413 av. J-C dans la ville de Sinope (actuelle Turquie).

Issu d'une famille aisée, il est cependant contraint de fuir sa ville natale, suite à l'emprisonnement de son père pour faux-monnayage.

Il arrive à Athènes où il devient le disciple d'Antisthène, fondateur de l'école Cynique.

Il mène alors une vie philosophique qui le conduit, en accord avec les préceptes qu'il professe. Selon Sénèque (77) : il vit vêtu d'un manteau grossier, dort dans une jarre (et non pas un tonneau, comme le veut la légende, qui est une invention gauloise plus tardive), subsistant grâce aux contributions de ses disciples. Il disait vouloir vivre comme un chien, d'où son surnom : Diogène le chien.

Il serait mort à Corinthe vers -327, dans des circonstances peu précises.

Plusieurs hypothèses sont évoquées quant à la cause de sa mort :

- Soit d'une infection causée par la morsure d'un chien auquel il essayait de voler son os.
- Soit suite à l'ingestion d'un poulpe vivant
- Soit parce qu'il aurait volontairement arrêté de respirer

Sa dernière volonté était que l'on jette son corps sur la voirie, mais ses disciples lui organisèrent des funérailles grandioses.

Voici quelques anecdotes célèbres qui nous ont été rapportés (29):

- Un jour à Corinthe, il rencontre Alexandre le Grand qui lui aurait dit : « Demande moi ce que tu veux, et je te le donnerai », la réponse de Diogène fut cinglante : « Ote toi de mon soleil ». Par la suite, Alexandre dira : « Si je n'étais Alexandre, je voudrais être Diogène. »

- Pour se moquer de Platon, qui définissait l'Homme comme un bipède sans cornes ni plumes, il se promena dans Athènes en tenant à la main un coq plumé aux ergots coupés, et déclamant : « Voici l'Homme de Platon ! »
- Lorsqu'on l'interrogea sur la méthode à adopter pour éviter la tentation de la chair, il aurait répondu : « En se masturbant » et aurait ajouté : « Plût au ciel qu'il suffit aussi de se frotter le ventre pour ne plus avoir faim ! »

## 2. L'école cynique

Ecole philosophique de la Grèce Antique, elle fut fondée par Antisthène, mais est restée célèbre grâce à son disciple : Diogène

Sur l'étymologie du terme « cynique », 2 hypothèses s'opposent :

- soit elle viendrait du grec *kuôn* qui signifie *chien*, en rapport au surnom de Diogène
- soit elle serait issue du fait que ce dernier faisait des discours dans un gymnase appelé Cynosarge.

Les principaux thèmes enseignés par l'école cynique sont (27) :

- L'autosuffisance : le sage se doit d'adopter un mode de vie ascétique, pour pouvoir faire face plus facilement aux aléas de la vie.
- Un rejet de la société, qui est perçue comme corruptrice, en opposition à la nature qui serait toujours vertueuse.

- Un rejet de toutes doctrines et de tous discours, seul compte la vie menée, qui doit être une vie philosophique.

## b. Autres Diogènes célèbres

### Dans la littérature

- Pluchkine, personnage du roman de Nicolas GOGOL *Les âmes mortes*, néglige son apparence corporelle, et vit dans une pièce encombrée d'objets hétéroclites (y compris des déchets) qu'il ramasse au cours de ses promenades. (30)

Y est également décrit un évènement traumatisant (le décès de son épouse) comme déclencheur de ce comportement.

- Miss Havisham, du roman *Les grandes Espérances* de Charles Dickens, vit dans une maison encombrée, aux fenêtres murées, et présente une incurie corporelle. (31)
- Pour Monfort, il est possible qu'Honoré de Balzac ait présenté lui-même un syndrome de Diogène. (20)

## Personnages contemporains

- Les frères Collyer vivaient reclus dans leur appartement d'Harlem. A la mort de l'un d'entre eux fut découvert un impressionnant encombrement de leur domicile : 100 tonnes d'objets furent évacuées dont 25000 livres. (32)
- Patrick Cohen, un pianiste concertiste alsacien, a participé à une émission de radio consacré au syndrome de Diogène, faisant le récit de son mode de vie assimilable au syndrome de Diogène. (33)



## 2. ETUDE

### A. OBJECTIFS

L'objectif de cette étude est de confronter 15 situations cliniques évocatrices du syndrome de Diogène chez la personne âgée rencontrées dans les hôpitaux bas-rhinois aux données de la littérature.

En effet, le syndrome de Diogène, récemment popularisé au travers de différentes émissions de télévision ou d'articles de presse, est associé dans l'imaginaire populaire, à une idée de marginalité.

Or il nous a semblé, à travers les différentes situations rencontrées au cours de notre pratique et comme semble le montrer certaines études, que la réalité était plus complexe, et que ce syndrome touchait toutes les couches de la population quel que soit leur statut social.

Nous avons voulu :

-décrire à travers un résumé clinique succinct de quelle façon se manifeste ou s'est manifesté ce syndrome.

-connaître le profil social de ces patients

-recueillir leurs antécédents médicaux, psychiatriques et leur traitement.

-rechercher la présence ou non de troubles cognitifs associés

## **B. MATERIELS ET METHODES**

### **a. Type d'étude**

Nous avons réalisé une enquête descriptive qualitative.

### **b. Population étudiée**

Les critères d'inclusions était au nombre de 3 :

- Patients âgés de plus de 70 ans.
- Hospitalisés en service de médecine ou de psychiatrie strasbourgeois ou à sa périphérie.
- Présentant un comportement objectivé de syllogomanie.

Le principal critère d'exclusion est l'absence de données concernant le mode de vie ou le statut social des patients, ou l'absence totale d'évaluation cognitive.

Au total : 15 situations cliniques ont été sélectionnées et analysées.

### **c. Recueil des données**

Les données ont été recueillies sur une période de 4 ans allant de 2014 à 2018.

Les méthodes de recueils ont été :

- Soit de façon fortuite, directement au cours d'un stage hospitalier.
- Soit suite à une enquête (courriers électroniques, appels téléphoniques) menée dans les différents services hospitaliers bas-rhinois, et exploitation des dossiers médicaux.

Ont été recueillis :

- Un résumé clinique de l'histoire de la pathologie
- La présence ou non d'un suivi médical régulier
- La situation sociale
- Les antécédents médicaux
- Le traitement habituel
- Une évaluation cognitive

#### d. Analyse des données

Les données ont été confrontées point par point aux différentes données de la littérature.

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

## **C. ETUDE DE CAS**

### **Patient 1 :**

Mme M. 75 ans

Hospitalisée en service de soins de longue durée (SMTI) depuis 2 ans.

Mise en évidence d'une accumulation d'objets divers, faite principalement de journaux et de mouchoirs (propres et sales) et ce depuis le début de son hospitalisation.

Tendance aussi au collectionnisme de déchets périssables.

Pas de reconnaissance de son trouble.

Les situations de tri et de rangement régulièrement entrepris par l'équipe soignante sont à chaque occasion très conflictuels.

### **Antécédents Sociaux :**

Ancienne gérante de superette.

Célibataire avec 1 fille, divorcée à l'âge de 28 ans. Notion de violence conjugale dans son précédent mariage.

Vivait seule, dans une maison individuelle. Pas de connaissance claire de l'état du logement avant l'hospitalisation

Pas de notion de rupture du suivi thérapeutique

**Antécédents médicaux :**

Cardio-vasculaires : cardiopathie post hypertensive, insuffisance veineuse évoluée avec ulcères chroniques.

Locomoteur : PTG gauche, coxarthrose bilatérale avec ostéonécrose droite non opérée, périarthrite calcifiante des membres inférieurs.

Endocrinologique : DNID

Psychiatrique : néant

**Traitement :**

3 antidiabétiques oraux

3 antihypertenseurs

1 antalgique morphinique

**Bilan cognitif :**

MMSE=29/30, Dubois=10/10, horloge non pathologique

**Patient 2 :**

M S., 69 ans

Hospitalisé en service de soins de longue durée (SMTI) depuis 7 mois.

Accumulation de cartons, livres, magazines, vêtements, papiers administratifs et autres affaires en tout genre, dans un contexte d'incurie croissante (présence notamment de nombreuses selles de chiens dans son appartement).

Comportement initié au décours immédiat du décès de ses parents il y a plus de 20 ans.

Pas de reconnaissance de son trouble.

**Antécédents Sociaux :**

Ancien mécanicien dans une grande entreprise.

Célibataire sans enfants, jamais marié.

Vivait seul en appartement.

Isolement social, garde un contact régulier avec 1 frère.

Aucun suivi médical depuis plus de 5 ans.

**Antécédents médicaux :**

Cardio-vasculaires : cardiopathie post hypertensive

Endocrinologique : diabète

Locomoteur : troubles de la marche anciens, d'aggravation récente

Neurologique : découverte à l'IRM d'une leucoencéphalopathie diffuse avec de multiples lésions ischémiques d'âges différentes, diagnostic de démence vasculaire posé.

**Traitement :**

Néant

**Bilan cognitif :**

MMSE=14/30, Bref=5/18

**Patient 3 :**

Mme R. 81 ans.

Hospitalisée durant 6j en service de médecine.

Découverte par l'unité mobile de gériatrie au cours d'une évaluation gériatrique, d'un important encombrement de son domicile.

La maison est décrite comme très encombrée, où seul le passage de son fauteuil est resté possible avec un demi-tour périlleux en raison du manque de place.

La patiente, depuis le décès de son mari, conserve des emballages nettoyés et vides. La cuisine et deux autres pièces sont devenues inaccessible pour elle.

Mme R. n'est pas consciente du caractère pathologique de cet état de fait.

**Antécédents Sociaux :**

Ancienne femme de ménage.

Veuve depuis 5 ans, 2 enfants.

Vit seule dans une maison individuelle.

Pas de rupture dans son suivi médical.

**Antécédents médicaux :**

Cardio-vasculaires : cardiopathie post hypertensive, rétrécissement aortique modérément serré

Neurologiques : hémiparésie gauche sur ischémie médullaire

Psychiatriques : néant

**Traitements :**

1 inhibiteur de la pompe à proton

1 Antihypertenseur

1 Antalgique non opiacé

**Bilan cognitif :**

MMSE=21/30, Dubois=9/10

**Patient 4**

M H 80 ans

Hospitalisé au CHR d'Erstein.

Découverte suite à des plaintes de voisinage, d'un appartement encombré par des détritux.

Accumulation diverse avec notamment beaucoup de déchets périssables, dégageant une odeur pestilentielle.



Aucune notion quant à la date à laquelle a débuté ce comportement.

Aucune critique concernant l'état de son appartement.

**Antécédents sociaux**

Ancien professeur de climatologie

Jamais marié, sans enfants.

Aucun contact avec sa famille.

Isolement social.

Aucune rupture signalée dans son suivi médical.

**Antécédents médicaux :**

Cardio-vasculaire : HTA

Endocrinologique : DNID

Psychiatrique : néant

**Traitements :**

2 Anti hypertenseurs

1 Anxiolytique

**Bilan cognitif :**

MMSE=26/30, avec troubles mnésiques et dysexécutifs

## **Patient 5 :**

M F 84 ans

Patient hospitalisé au CHR d'Erstein.

Comportement d'accumulation à son domicile principalement centré sur des journaux et des prospectus publicitaires.

Présence également d'emballages alimentaires vides.

Hygiène de l'appartement relativement propre compte tenu de l'entassement global.

Date de début de ce comportement inconnu

Pas de reconnaissance de son trouble de la part du patient.

### **Antécédents sociaux :**

Marié, vit avec son épouse (démence) dans un appartement.

2 enfants vivant à proximité.

Ancien maçon.

Suivi médical régulier.

### **Antécédents médicaux**

Psychiatrique : syndrome dépressif.

### **Traitements :**

1 Anxiolytique

**Bilan cognitif :**

MMSE=23/30

TDM cérébral : atrophie cortico sous corticale

**Patient 6**

Mme. B, 83 ans. Hospitalisée au CHR de Erstein

Accumulation erratique et massive de déchets périssables, emballages vides, journaux, évoluant depuis le décès de sa sœur il y a 8 ans.

Plaintes du voisinage, en raison des nuisances olfactives émanant de son appartement.

Suivi médical très irrégulier, n'a pas consulté son médecin traitant depuis plusieurs mois avant son hospitalisation.

Pas de reconnaissance du caractère pathologique de cette accumulation.

**Antécédents sociaux :**

Célibataire, jamais mariées sans enfants.

Vit seule en appartement, depuis le décès de sa sœur en 2009.

Ancienne secrétaire de direction.

**Antécédents médicaux :**

Psychiatriques : syndrome délirant avec idées de persécution évoluant depuis quelques années.

**Traitements :**

1 Neuroleptique

**Bilan cognitif :**

MMSE=26/30, syndrome dysexécutif sans troubles mnésiques

**Patient 7**

M S, 70 ans hospitalisé au CHR de ERSTEIN

Patient vivant en situation d'incurie dans une maison individuelle, avec accumulation massive de poubelles et autres déchets périssables.

Présence également de nombreuses déjections au sol, M S. possédant 1 coq, 2 lapins et 14 chats.

Le patient a vécu transitoirement en EHPAD l'année dernière, jusqu'à son exclusion suite à la poursuite de son comportement accumuleur.

M S. ne reconnaît pas de caractère pathologique à son comportement.

Pas de notion de rupture dans son suivi médical.

**Antécédents sociaux :**

Vit seul en maison individuelle.

Divorcé, avec 3 enfants qu'il ne voit plus.

Isolement social

Ancien mécanicien automobile.

**Antécédents médicaux :**

Psychiatrique : éthylisme chronique non sevré

**Traitement :**

1 Anxiolytique

1 Neuroleptique

**Bilan cognitif**

MMSE=25/30, avec principalement des troubles mnésiques

IRM cérébral hypersignaux d'origines vasculaires en région occipitale

## **Patient 8**

M K. 75 ans. Hospitalisé en service de médecine interne du CHU de Strasbourg.

Découverte au cours de son hospitalisation, dans le cadre d'un bilan social, d'un logement insalubre avec entassement de déchets périssables, de bouteilles/canettes d'alcool et de prospectus publicitaires.

M K, qui ne reconnaissant pas de caractère pathologique à son comportement, ne peut dire quand celui-ci a débuté.

Pas de notion de rupture dans son suivi médical.

**Antécédents sociaux :**

Vit seul en appartement.

Marié mais vivant séparé de son épouse depuis plusieurs années, sans enfant.

Isolement social.

Ancien professeur d'histoire géographique.

**Antécédents médicaux :**

Cardiovasculaire : HTA

Pneumologique : BPCO post tabagique

Neurologique : AVC thalamique G

Psychiatrique : éthylo-tabagisme non sevré

**Traitement :**

1 Antihypertenseur

1 Anti agrégant plaquettaire

1 Somnifère

**Bilan cognitif :**

MMSE=25/30, BREF=15/18

IRM cérébral : séquelle d'AVC thalamique, atrophie CSC, et atteinte de la région temporale interne évocatrice d'une maladie d'Alzheimer.

## **Patient 9**

M. W, 72 ans. Hospitalisé à l'EPSAN de BRUMATH

M W est hospitalisé sur demande de ses enfants qui constatent depuis plus de 2 ans une insalubrité croissante de son logement, avec accumulation de déchets en tous genres, allant jusqu'à rendre certaines pièces totalement inaccessible.

Aucun évènement déclencheur n'est retrouvé à l'interrogatoire.

M W n'a pas conscience de ses troubles.

Son suivi médical, bien qu'erratique ne connaît pas de réelle rupture.

### **Antécédents sociaux :**

Vit seul en appartement.

Divorcé depuis 1995, avec 3 enfants dont 2 ont des contacts réguliers avec lui.

Ancien intendant dans un Lycée

### **Antécédents médicaux**

Cardio-vasculaire : HTA

Endocrinologique : DNID

Locomoteur : PTH sur nécrose fémorale

Psychiatrique : éthyliste sevré avec syndrome de Korsakoff, syndromes dépressifs majeurs

**Traitements :**

1 Antihypertenseur

2 antidiabétiques oraux

**Bilan cognitif :**

MMSE=23/30

Bec 96= 81/96

IRM cérébrale : aspect évocateur d'une démence fronto temporale

**Patient 10**

Mme S, 80 ans. Hospitalisée à l'EPSAN de Brumath

La patiente avait été hospitalisée en 2009 en service de psychiatrie à l'EPSAN de Brumath sur arrêté préfectoral, devant la constatation d'un logement insalubre (décrit à l'époque comme une catastrophe sanitaire), avec un entassement de déchets massifs.

Ce tableau évoluait, selon son fils depuis plusieurs années, sans qu'il puisse précisément définir une date inaugurale.

Pas d'évènement déclencheur retrouvé.

La patiente est réhospitalisée en 2016, sur demande de son fils, pour récurrence de ce comportement.

A noter que la patiente reproduit au service un comportement d'entassement de déchets.



Il n'y a aucune critique de sa part de ce comportement.

Suivi médical anarchique, avec de nombreuses périodes de rupture totale.

**Antécédents sociaux :**

Vit seule en appartement.

Jamais mariée, a 1 fils avec lequel elle garde des contacts réguliers.

Ancienne femme de ménage à la CTS.

**Antécédents médicaux :**

Neurologique : AIT en 2011

Psychiatrique : syndrome dépressif, suspicion de syndrome psychotique sans plus de précision.

**Traitement :**

Néant

**Bilan cognitif :**

MMSE=10/30, avec mauvaise participation et troubles mnésiques importants (déjà présents en 2009)

## **Patient 11**

Mme H, 75 ans. Hospitalisée au CHR d'Erstein.

Découverte fortuite au décours d'un incendie de sa maison d'un amoncellement massif de journaux, boîtes d'emballage, poubelles et autres déchets périssables.

L'insalubrité du logement est au premier plan.

Aucun évènement déclencheur n'est retrouvé à l'interrogatoire.

L'ancienneté des troubles est inconnue, mais évoluerait depuis plusieurs années selon le voisinage.

Le suivi médical est inexistant.

### **Antécédents sociaux :**

Vit habituellement seule dans une maison individuelle, actuellement relogée en appartement suite au sinistre, en attendant la réalisation des travaux de remise en état.

Divorcée depuis plus de 30 ans, 2 fils avec lesquels elle n'a aucun contact.

Isolement social important.

Retraitée de la fonction publique.

### **Antécédents médicaux :**

Obésité morbide

Cardio vasculaire : HTA

Psychiatrique : syndrome dépressif

**Traitements :**

1 Antihypertenseur

1 Anxiolytique

1 Neuroleptique

**Bilan cognitif :**

MMSE =28/30

**Patient 12**

Mme G. 98 ans, hospitalisée en service de soins de suites gériatriques.

Découverte lors de la visite de l'unité mobile de gériatrie au décours immédiat d'une hospitalisation suite à une fracture pertrochantérienne sur chute d'allure mécanique, d'un domicile dans un état d'incurie avancé avec un amoncellement anarchique de déchets en tout genre à tel point que la majorité des pièces sont devenues inaccessibles.

Il n'est pas retrouvé de date de début de ces troubles.

La patiente ne verbalise aucune critique quant à l'état de son appartement.

Pas de rupture dans son suivi médical.

**Antécédents sociaux :**

Vit seule en appartement.

Veuve depuis 20 ans, 1 fils habitant aux USA.

Ancienne vendeuse dans un magasin de luxe.

Isolement social : mais garde tout de même un contact régulier avec un neveu.

**Antécédents médicaux :**

Cardiovasculaire : TVP à répétition

Locomoteur : chondrocalcinose, fracture du genou droit et du tibia il y a 10 ans

Endocrinologique : DNID

Neurologique : maladie d'Alzheimer suivie en HdJ

**Traitements :**

1 Anticoagulant

1 Anxiolytique

1 Anticholinestérasique

**Bilan cognitif :**

MMSE=20/30

Dubois=4/10

TDM cérébral : multiples lacunes ischémiques d'allures anciennes.

## **Patient 13 :**

Mme O. 80 ans. Hospitalisée à EPSAN Brumath.

Découverte fortuite lors d'une visite à domicile (SOS médecins) d'un logement insalubre où s'entassent journaux, prospectus, emballages divers et beaucoup de déchets périssables à différentes phases de décomposition. La patiente est hospitalisée au décours immédiat sous contrainte.

Pas de notion de l'ancienneté de ces troubles.

Pas de critiques verbalisées quant à l'état de propreté de son appartement ni en rapport avec l'accumulation créée.

Aucun suivi médical dans les dernières années.

### **Antécédents sociaux :**

Vit seule en appartement.

Veuve depuis plus de 20 ans, 1 fils vivant en Suisse.

Pas d'isolement social (voit régulièrement des amis)

Ancienne vendeuse.

### **Antécédents médicaux :**

Psychiatriques : névrose phobique

### **Traitement :**

Néant

**Bilan cognitif :**

MMSE=24/30, troubles praxiques

Horloge=0/6

TDM cérébral : normal

**Patient 14**

Mme G. 85 ans. Hospitalisée en service de soins de suite gériatrique.

Découverte par ses nièces au cours d'une visite faite au domicile par ses nièces d'un appartement dans un état d'hygiène catastrophique, avec accumulation de nourriture et de déchets dans toutes les pièces. À priori il s'agirait d'un comportement récent de la part de la patiente, sans que l'on puisse exactement en déterminer le début, ni en identifier le facteur déclenchant.

Mme G émet quelques des critiques quant à l'état de propreté de son appartement.

Pas de notion de rupture dans son suivi médical.

**Antécédents sociaux :**

Mme G. vit seule en appartement.

Veuve sans enfants, elle garde contact avec sa sœur avec laquelle elle va régulièrement déjeuner en dehors de son appartement, ainsi qu'avec ses 2 nièces.

Ancienne employée de bureau.

**Antécédents médicaux :**

Cardio-vasculaires : HTA, rétrécissement aortique serré

Endocrinologique : DID

Psychiatrique : néant

**Traitements :**

2 Antihypertenseurs

1 Insuline lente

1 Antiagrégant plaquettaire

1 Diurétique

**Bilan cognitif :**

MMSE=24/30

Dubois=9/10

TDM cérébral : atrophie cortico sous corticale

**Patient 15**

M T. 78 ans. Hospitalisé en service de médecine interne.

Patient hospitalisé dans les suites d'un sepsis sévère à point de départ pulmonaire. Sur conseil de son entourage une visite de son domicile est organisée par les assistantes sociales

du service qui retrouve un appartement dans lequel s'entassent de façon anarchique journaux, vêtements, emballages vides amputant considérablement l'espace de vie.

Ce comportement aurait débuté il y a plusieurs années, d'aggravation progressive et sans que l'on puisse identifier un facteur déclenchant.

M T. n'émet aucune critique concernant l'état de son appartement.

Il n'y a pas de rupture dans son suivi médical

**Antécédents sociaux :**

Vit seul en appartement.

Veuf depuis une quinzaine d'années, 2 filles habitants dans le même immeuble que lui.

Ancien ouvrier.

Pas d'isolement social.

**Antécédents médicaux :**

Cardio-vasculaire : TVP à répétition

Traumatologique : polytraumatisé suite à un AVP.

Psychiatrique : néant

**Traitement :**

1 Antihypertenseur

1 Anticoagulant



1 Anxiolytique

**Bilan cognitif :**

MMSE=25/30, Bref=15/18

**Tableau 1 : Patients de 1 à 8**

patient	sexe	âge	profession	mode de découverte	ancienneté	entourage socio familial	suivi médical	ATCD psychiatriques	MMSE
1	F	75 ans	ancienne gérante de superette	en cours d'hospitalisation	inconnue	célibataire avec une fille, divorcée à l'âge de 28 ans	oui	néant	29/30
2	M	69 ans	ancien mécanicien	signalé par sa famille	plus de 20 ans	célibataire sans enfants, jamais marié, isolement social, garde un contact régulier avec un frère	aucun suivi médical depuis plus de 5 ans	néant	14/30
3	F	81 ans	ancienne femme de ménage	évaluation gériatrique UMG	5 ans	veuve depuis 5 ans, 2 enfants	oui	néant	21/30
4	M	80 ans	ancien professeur de climatologie	plaintes du voisinage	inconnue	célibataire, sans enfants, isolement social	oui	néant	26/30
5	M	84 ans	ancien maçon	non renseigné	inconnue	marié, vit avec son épouse (démence) dans un appartement, 2 enfants vivant à proximité	oui	syndrome dépressif	23/30
6	F	83 ans	ancienne secrétaire de direction	plaintes du voisinage	8 ans	célibataire sans enfants	irrégulier	syndrome délirant avec idées de persécution	26/30
7	M	70 ans	ancien mécanicien automobile	non renseigné	inconnue	divorcé, avec 3 enfants qu'il ne voit plus, isolement social	oui	éthylisme chronique non sevré	25/30
8	M	75 ans	ancien professeur d'histoire géographie	bilan social suite à une hospitalisation	inconnue	marié mais vivant séparé de son épouse depuis plusieurs années, sans enfant, isolement social	oui	éthylisme-tabagisme non sevré	25/30

**Tableau 2 : patients de 9 à 15**

patient	sexe	âge	profession	mode de découverte	ancienneté	entourage socio familial	Suivi médical	ATCD psy	MMSE
9	M	72 ans	ancien intendant dans un Lycée	signalé par ses enfants	plus de 2 ans	divorcé depuis 1995, avec 3 enfants dont 2 ont des contacts réguliers avec lui	erratique	éthylisme sevré avec syndrome de Korsakoff, syndromes dépressifs majeurs	23/30
10	F	80 ans	ancienne femme de ménage à la CTS	signalée par les services sociaux	plusieurs années	célibataire, 1 fils avec lequel elle garde des contacts réguliers	anarchique, avec de nombreuses périodes de ruptures	syndrome dépressif, suspicion de syndrome psychotique sans plus de précision	10/30
11	F	75 ans	retraîtée de la fonction publique	au décours d'un incendie	plusieurs années	divorcée depuis plus de 30 ans, 2 fils avec lesquels elle n'a aucun contact, isolement social	inexistant	syndrome dépressif	28/30
12	F	98 ans	ancienne vendeuse dans un magasin de luxe	évaluation gériatrique UMG au décours immédiat d'une hospitalisation	inconnue	veuve depuis 20 ans, 1 fils habitant aux USA. Isolement social, mais contact régulier avec un neveu	oui	néant	20/30
13	F	80 ans	ancienne vendeuse	visite à domicile de SOS médecins	inconnue	veuve depuis plus de 20 ans, 1 fils vivant en Suisse	non	névrose phobique	24/30
14	F	85 ans	ancienne employée de bureau	visite de ses nièces	inconnue	veuve sans enfants, contact avec sa sœur et avec ses 2 nièces	oui	néant	24/30
15	M	78 ans	ancien ouvrier	signalé par le voisinage	plusieurs années	veuf depuis une quinzaine d'années, 2 filles habitants dans le même immeuble	oui	néant	25/30



**Figure 5a :** Photographies du domicile de M.T (patient 15)



Figure 5b : Photographies du domicile de M.T (patient 15)

## **D. DISCUSSION**

### **a. Analyse des résultats**

#### **1. Age**

L'âge moyen des patients sélectionnés est de 79 ans.

L'âge médian est de 83.5 ans, la fourchette d'âge s'étalant de 69 à 98 ans.

Les études retrouvent des âges de révélation du syndrome de Diogène se situant entre 18 et 94 ans. (1).

Mais nous disent aussi que la personne âgée est plus touchée. (1,2)

L'étude princeps de Clark et al (3), analyse 30 patients dont l'âge moyen est de 79 ans.

Les patients de l'étude de Monfort et al (4) ont eux entre 52 et 95 ans, avec une moyenne d'âge à 77.8 ans.

#### **2. Sexe**

Notre étude ne retrouve pas de disparité de sexe, puisqu'elle intéresse 8 femmes et 7 hommes.

La majorité des études ne font ressortir aucune prédisposition de genre au syndrome de Diogène. (5)

L'étude de Clark en est d'ailleurs le reflet puisqu'elle comprend 14 hommes pour 16 femmes. (3)

Pour certains auteurs cependant il existerait une prédominance féminine (2,6)

Dans sa série de 81 cas le Dr Halliday (11) retrouve 2,5 hommes pour 1 femme mais avec un recrutement sans limite d'âge.

Monfort (4) quant à lui, a dans sa série de cas 71% de femmes ; ce qui correspond au sex-ratio de la population générale sur la tranche d'âge des patients inclus.

### 3. Profession

Dans notre série de cas, il semble que tous les groupes sociaux économiques soient représentés, puisque nous retrouvons :

- 3 patients travaillant dans le commerce
- 4 anciens ouvriers/travailleurs manuels
- 2 anciennes femmes de ménage
- 3 anciens employés de bureau
- 3 exerçant dans l'éducation

A noter que 4 patients (26.6%) présentent un niveau d'étude supérieur, ce qui correspond à la moyenne nationale dans la classe d'âge étudiée.

Dans toutes les études passées en revue qui s'intéresse à cette donnée, aucun groupe socio-économique ne semble présenter une prédisposition au syndrome de Diogène (6,1,7,8) ; même si Clark (3) avait initialement cru à une surreprésentation des classes aisées étant donné les professions de ses 60 patients.

Cette hypothèse a été largement remise en cause, notamment par Hurley (22) et Halliday (11) chez lesquels une large proportion de sujets sont sans professions.

#### 4. Suivi médical

Dans notre étude, il ressort que 10 patients sur 15 (66.6%) ont un suivi médical que l'on peut qualifier de régulier.

Ce qui entre en contradiction avec les données de la littérature qui font ressortir que la grande majorité des patients présentant la syndrome de Diogène n'ont que très peu de contact avec le milieu médical (1,3,8)

Houbin et al (2), fait ressortir dans son étude que seul 21,7% des patients ont un médecin traitant.

#### 5. Statut familial

L'analyse de nos données fait nous montre que :

- 1 seul patient vit maritalement ou en couple (7%)
- 5 sont veufs ou veuves (33%)
- 5 sont séparés ou divorcés de leur conjoint (33%)
- 4 sont célibataires (27%)

Dans La plus grande partie des études, la plupart des patients sont veufs ou célibataires. (6,9,2,1)



Pour Lachs et al (15), près de 65% des Diogènes âgés vivent seuls.

Monfort (4) met en évidence dans son étude que 89% des patients vivent seuls. Le reste (11%) était des « Diogènes à 2 ».

En faisant le lien avec le facteur sexe, les hommes sont plus nombreux à vivre en couple (22%) que les femmes (7%).

Seul Chan et al (8), sur une étude chinoise, fait ressortir une majorité de patients vivant avec leur conjoint ou des colocataires.

## 6. Circonstances de découverte

Parmi les patients présentés :

- 3 ont été signalés par des membres de leur famille (23%)
- 5 ont été découvert au décours d'un accident médical, et confirmés par une visite des services sociaux (38%)
- 3 ont été signalés par le voisinage, devant les nuisances occasionnées par l'encombrement et l'insalubrité du logement (23%)
- 1 découverte suite à un incendie de son logement (8%)
- 1 constaté à son entrée en institution (8%)

La revue de littérature fait apparaître 3 modes classiques de découverte :

- par un signalement des proches (4,9)
- par intervention des services sociaux ou des forces de l'ordre, suite à des plaintes du voisinage (4,9)

- au décours immédiat d'un accident domestique ou médical, de façon fortuite. (1, 8)

Les principaux signes ayant mené au dévoilement du syndrome sont les entassements massifs, l'incurie corporelle, une déshydratation ou un épisode infectieux. (4)

Chez Monfort (4) est décrit un scénario où lorsque celui qu'il appelle le « porteur du panier », qui assure la subsistance du sujet, disparaît et où le patient finit par demander des aides auprès des services sociaux ou médicaux.

## 7. Facteurs déclencheurs

Sur les 15 patients listés dans notre étude, n'est sont identifiés de facteurs inauguraux que chez 4 d'entre eux :

- 3 décès de proches (parents ou conjoint) (20%)

- 1 entrée en institution (7%)

Les facteurs déclencheurs du syndrome de Diogène décrits dans la littérature sont multiples.

Pour Clark (3), il est réactionnel des modifications environnementales, psychologiques et physiques du vieillissement. Il décrit la perte d'un proche comme l'élément déclencheur principal. Kocher et al (19) suivent cette hypothèse théorisant un comportement régressif réactionnel à la perte d'un proche, ou à quelconque autre un bouleversement dans la vie sociale.

Mc Millan (13), trouve dans près de 20% des cas que le décès d'un conjoint a précédé l'apparition du syndrome.

Pour Chan (8), le syndrome de Diogène s'inaugure par une altération des fonctions supérieures ayant comme conséquences directes l'autonégligence et l'anosognosie. S'en suit un comportement antisocial qui entraîne l'accumulation et l'insalubrité.

Monfort (4) retrouve dans son étude un élément qu'il qualifie de dramatique dans 40% des cas, lequel est apparu dans l'enfance chez 38% de ses patients. Il s'en sert pour élaborer dans 2 autres articles (20,21) une théorie qu'il nomme « le passage du paradis à l'enfer dans la petite enfance » qui peut se résumer en une forme d'isolement misanthropique et antisocial réactionnel à un sentiment d'abandon : « besoin de tout, mais ne demande rien.

## 8. Antécédents

### MEDICAUX

Dans notre panel de patients, les antécédents médicaux rencontrés sont les suivants :

- **cardio-vasculaire** : 8 hypertendus (54%)  
3 maladies thrombo emboliques (20%)  
2 pathologies valvulaires (14%)
- **neurologiques** : 2 accidents vasculaires cérébraux (14%)  
1 syndrome démentiel étiqueté maladie d'Alzheimer (7%)
- **pneumologiques** : 1 BPCO (7%)
- **endocrinologiques** : 6 diabètes (40%)
- **orthopédiques** : 4 pathologies articulaires dégénératives (27%)

Les traitements rencontrés sont les suivants :

- 9 antihypertenseurs
- 2 anti agrégants plaquettaires/anticoagulants
- 5 anti diabétiques oraux/ 1 insuline
- 3 antalgiques

Dans la littérature, les comorbidités dont souffrent les patients atteints du syndrome de Diogène sont habituelles au regard de l'âge des sujets.

Dans l'étude de Clark (3), ces comorbidités n'ont rien de remarquables, il est par contre à noter l'importante mortalité précoce des patients; puisque sur les 30 patients présentés, 14 sont décédés dans les jours suivant leur admission dans le service hospitalier. Les principaux diagnostics évoqués sont : les chutes, les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, et les pneumopathies.

Taurand (18) fait également remarquer dans son étude la forte dépendance de ses patients (GIR 3 sur la grille AGGIR pour plus de la moitié d'entre eux) ; souffrants principalement de syndromes démentiels, de BPCO, d'AVC, d'insuffisances cardiaques et d'artériopathies des membres inférieurs.

### PSYCHIATRIQUES

Parmi nos patients, sont retrouvés les éléments suivants :

- 4 syndromes anxio-dépressifs
- 2 syndromes psychotiques

- 3 intoxications alcooliques chroniques

Les traitements rencontrés sont les suivants :

- 5 anxiolytiques et 1 somnifère
- 3 neuroleptiques

La question du lien entre pathologie psychiatrique et syndrome de Diogène est particulièrement fréquente dans la littérature.

Les principales étiologies évoquées sont :

- les psychoses, en particulier les schizophrénies (2,6,8,14,15,16,24)
- les troubles obsessionnels compulsifs (6,16,24)
- les troubles thymiques (2,6,7,15,16,24)
- les déficits de l'attention (TDAH) (24,25)
- les troubles anxieux (15)
- les intoxications chroniques (7,8,9,15,16)

Cependant, Clark (3) nous dit qu'une pathologie psychiatrique ne peut expliquer à elle seule l'apparition d'un syndrome de Diogène.

Et chez le sujet âgé en particulier, il convient de rechercher systématiquement une pathologie organique devant l'apparition ou la découverte du syndrome. (14)

Monfort (4) trouve chez ses patients gériatriques, une pathologie psychiatrique dans 50% des cas, et plus précisément un syndrome psychotique chez plus de 25% des sujets.

L'exogénose chronique serait elle plus un facteur aggravant qu'une étiologie. (6,24)

## 9. Bilan cognitif

Pour des raisons pratiques, et compte tenu de l'absence de systématisation des bilans réalisés entre les différents services hospitaliers nous allons nous limiter à l'analyse du MMSE des patients sélectionnés.

Nous retrouvons :

- 7 (47%) patients (47%) présentant un MMSE supérieur ou égal à 25
- 6 patients (40%) présentant un MMSE compris entre 20 et 25, classiquement considérés comme présentant des troubles cognitifs légers
- 2 patients (13%) présentant des troubles cognitifs dits modérés, c'est-à-dire ayant un score au MMSE compris entre 10 et 20.

Plusieurs auteurs citent les démences, et notamment les maladies d'Alzheimer et les démences frontotemporales comme faisant parties des principales étiologies du syndrome de Diogène (1,2,6,7,8,14,15,16,18,71,72,73,74)

Monfort (4) note la présence d'une altération des fonctions cognitives dans près de 80% des cas (qu'il définit par un  $MMSE < 23$ ) ; il en est de même pour Taurand (18), qui constate la présence d'une détérioration cognitive chez 80% de ses patients, avec pour 57% d'entre eux un syndrome démentiel sévère ( $MMSE < 13$ ).

Ainsi MacKnight, montre dans son article qu'un diagnostic de démence est posé chez la plupart des patients autonégligents dans les 2 ans suivant leur découverte (71)

Weiss (72) quant à lui, développe le syllogisme suivant :

- Une démence entraîne une incapacité du patient à prendre soin de lui-même.
- Cette incapacité entraînerait une difficulté à évaluer de manière critique la valeur des choses
- La conséquence finale en serait une accumulation d'objets hétéroclites, voire de déchets.

Une étude menée à Baltimore (37), retrouve une altération des fonctions cognitives dans 15% des cas, en présence d'un syndrome modéré à sévère de « social breakdown », soit 2 fois plus que dans la population générale.

Pour Beauchet (1) et Lebert (73), les démences fronto-temporales sont particulièrement fréquentes.

Orrel (23) décrit des signes de démence fronto tempore associée à une atrophie frontale chez un patient de 72 ans présentant un syndrome de Diogène

A ce sujet, Haddad (17), va jusqu'à proposer d'interpréter le syndrome de Diogène comme précurseur des démences fronto temporeales, en montrant qu'il partage avec elles des symptômes communs comme l'anosognosie, l'hostilité et la syllogomanie, qu'il interprète comme une forme de persévération motrice.

Lebert (73) explique lui que les différentes modifications neuropsychologiques présentes dans la DFT peuvent participer au tableau du Diogène, à savoir :

- L'apathie : qui réduit l'inclination à se laver

- L'altération des fonctions exécutives : qui entraîne une simplification des tâches complexes, comme par exemple le lavage

L'étude Neary (74), va dans le même sens, en confirmant que le déclin de l'hygiène serait une caractéristique fondamentale de la DFT.

Frost (75) montre dans son étude que près d'un tiers des patients présentant in « Hoarding disorder » ont également un Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH).

Or il existe beaucoup d'interrogation sur le lien entre TDAH et démence fronto-temporales.

Thomas (76) en tire la conclusion suivante : si le lien entre TDAH et DFT est admis, et que « Hoarding disorder » et syndrome de Diogène sont une seule et même entité, il existe donc un lien entre syndromes de Diogène et démences fronto-temporales.

Malgré cela, sur cette question, il n'apparaît pas de consensus dans les différents articles passés en revue.

Clark(3) ne retrouve pas d'altération cognitive chez la moitié de ses patients, et conclut que le syndrome de Diogène peut être totalement dissocié de toute forme de démence.

Néanmoins Rosenthal (12) fait remarquer à juste raison que 14 de ses 30 patients n'ont pu être testés car était décédés au moment de la réalisation de l'étude, et que par voie de conséquence l'évaluation cognitive réalisée sur les 16 patients restant ne saurait être représentatif de l'ensemble du panel.

Dans la série de cas de Mac Millan (13), sur les 72 sujets étudiés, seuls 11 présentaient une détérioration des fonctions cognitives.



Enfin Halliday (11) retrouve 20% de patients déments chez les personnes âgées de son étude.

## b. Limites de l'étude

Les principales limites de cette étude tiennent au fait qu'il n'existe pas de consensus clair quant à la définition du syndrome de Diogène.

En effet, les patients ont été recrutés sur la présence d'un comportement de thésaurisation, or nous avons vu dans notre revue de littérature que cette symptomatologie n'était ni pathognomonique, ni même nécessaire pour certaines études dans le syndrome de Diogène.

Malgré cela, et pour tous les patients sélectionnés, la notion de syndrome de Diogène était évoquée ou même quelquefois affirmée dans leur dossier médical.

Néanmoins, à l'exception des patients 3 et 5, tous présentaient un logement que l'on pourrait qualifier (dans des degrés différents) d'insalubre. Aucun, par ailleurs ne critiquait son mode de vie, laissant entendre qu'ils n'avaient pas formulé de demande d'aides.

L'autonégligence n'était malheureusement pas renseignée dans les dossiers sélectionnés.

Un isolement social a été rapporté pour la majorité des patients, mais 6 des 15 patients sélectionnés gardaient des contacts réguliers avec leurs entourages.

Ainsi, si l'on, reprend les critères diagnostiques proposés par Monfort :

- Le critère principal, à savoir l'absence de demande d'aide, était toujours présent
- La relation inhabituelle aux objets est bien sûr aussi toujours retrouvée
- La relation inhabituelle au corps ne peut pas être affirmée, on pourrait cependant émettre l'hypothèse que ces patients, vivant pour la plupart dans des logements

insalubres et encombrés, doivent au minimum éprouver des difficultés à maintenir une hygiène corporelle acceptable.

- Une relation inhabituelle aux autres est retrouvée pour une faible majorité des patients, mais ne peut être exclue pour les autres.

Un autre écueil de notre étude est le manque de données concernant principalement la date d'apparition de la syllogomanie, et l'absence de recherche d'un éventuel facteur déclenchant dans la majorité des dossiers.

En effet, le syndrome de Diogène restant largement méconnu, les investigations réalisées au cours et au décours des hospitalisations dans le cadre de son bilan, souffrent de nombreuses carences.

Ainsi, dans le cadre de notre recueil de données, 32 dossiers avaient initialement été sélectionnés, mais 17 d'entre eux n'avaient pas été retenus en raison du manque d'informations, principalement d'absences d'explorations des fonctions cognitives.

### c. Diogène ou hoarding disorder ?

En 2010, Monfort (4) estimait qu'il y a autant de définitions du syndrome de Diogène que d'auteurs s'étant intéressés au sujet.

Cependant, en 2013, apparaît dans la 5<sup>e</sup> version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) une nouvelle entité : le « hoarding disorder », que l'on peut traduire par « trouble de la thésaurisation pathologique ».

Ce trouble, initialement considéré comme une manifestation atypique d'un trouble obsessionnel compulsif (TOC) s'est, au fil du temps et des études, individualisé en une entité autonome. (59,60).

Sa prévalence irait, selon les études de 2.3 à 14% (61,62,63).

Le DSM-V pose 6 critères diagnostiques au « Hoarding disorder », qui sont (64):

- Des difficultés à se séparer de ses biens, indépendamment de leurs valeurs.
- Un besoin fort de conserver ces objets, et une douleur provoquée par leur privation.
- Cette accumulation d'objets provoque un encombrement anarchique du domicile, sauf si une personne extérieure y met de l'ordre.
- Aucune pathologie médicale ne peut expliquer cette accumulation
- Aucune autre pathologie psychiatrique ne peut expliquer ce tableau
- L'encombrement occasionné provoque une anxiété et une détérioration des fonctions sociales

A ces critères, s'ajoutent 2 éléments, qui peuvent être évalués :

- Acquisition excessive d'objets dont le patient ne trouve pas d'utilité
- Mauvaise ou absence de reconnaissance du caractère problématique de ce comportement.

Ainsi, on observe de nombreux points communs entre le syndrome de Diogène et le « Hoarding disorder », à savoir :

- Le rapport pathologique aux objets
- La détérioration des conditions d'hygiène, qui peut être la résultante directe de l'encombrement du domicile. On peut en effet difficilement envisager de maintenir une propreté acceptable dans un domicile très encombré ; de même une salle de bains peut rapidement devenir inutilisable quand y est entassé toutes sortes d'objets. Ainsi, s'il n'existe pas à proprement parlé de rapport pathologique au corps dans le tableau de « Hoarding disorder », une dégradation de l'hygiène personnelle y paraît très probable.
- Une altération des rapports sociaux
- Enfin, on retrouve le critère principal pour Monfort (4) du syndrome de Diogène, à savoir l'absence de demande d'aides, qui semble naturel quand il n'y a pas de reconnaissance du trouble.

De plus les 2 composantes que sont la thésaurisation et l'insalubrité, c'est-à-dire les 2 notions explorées dans le « Hoarding disorder » et le syndrome de Diogène, ont été réunies dans une étude, en construisant une échelle d'évaluation de la saleté dans l'accumulation : la Home Environment Index (57).

Au final, Lavigne (58) dans son article, théorise le regroupement du « Hoarding disorder » et du Syndrome de Diogène en une seule entité à caractère bidimensionnel, avec :

- Une tendance à l'accumulation qui serait plus marquée dans le « Hoarding disorder »
- Un syndrome de Diogène où l'incurie serait au premier plan.

## d. Prise en charge et problèmes éthiques

La première difficulté qui se présente dans cette situation est bien sûr d'ordre éthique : dans quelle mesure pouvons-nous intervenir auprès d'un patient qui refuse toute prise en charge ? Clark et al (3), estimaient qu'il n'était pas admissible d'hospitaliser un patient sans son consentement sur les seuls critères d'auto négligence ou de syllogomanie.

Cependant, il a été souligné le risque parfois vital dans lequel se placent certains patients, souvent à leur insu (65), dès lors le praticien se voit confronté entre d'une part l'obligation déontologique de venir en aide à un individu en danger potentiel et d'autre part au respect de ses libertés fondamentales.

Certains auteurs recommandent une hospitalisation sous contrainte uniquement lorsque s'engage le pronostic fonctionnel ou vital (65, 1), d'autres recommandent une hospitalisation systématique pour mieux évaluer l'état somatique et psychique du sujet (66), voire pour installer une mesure de protection de biens, de permettre la réhabilitation du logement, et d'instaurer une réadaptation aux règles d'hygiène et à la vie sociale (67).

Le praticien est tiraillé entre 2 principes, que sont le respect des libertés individuelles et le devoir d'intervention en cas de mise en danger de son patient.

Rappelons que la loi française n'impose aucune obligation aux individus jouissant de toutes leurs capacités, et ce s'il n'y a pas de troubles à l'ordre public.

La démarche doit donc être rigoureuse et prudente (68) :

- La recherche systématique d'une pathologie sous-jacente (trouble cognitif, organique, ou psychiatrique)

- La réalisation d'une évaluation médico-sociale avec tous les intervenants de terrain (médecin traitant, service sociaux)
- Une concertation familiale, quand elle est possible, semble essentielle

Certaines équipes soignantes insistent sur la nécessité de construire une relation de confiance avec ces patients, dont la prise en charge est souvent vécue comme intrusive. (18)

Rappelons que le pronostic peut être sombre, puisqu'un taux de mortalité à 5 ans de 46% a été décrit (65), une autre étude (70) rapporte une mortalité à 1 an supérieure de 5.8 fois à la population générale de la même classe d'âge.

Les principales causes de mortalité décrites sont : la déshydratation, la malnutrition, les infections et les chutes. (69)



# CONCLUSION

Le syndrome de Diogène apparait donc comme une entité nosologique hétérogène, polymorphe et complexe.

Toutes les études passées en revues semblent néanmoins s'accorder sur le triptyque suivant :

- Une relation pathologique aux objets, caractérisé par un comportement de thésaurisation
- Une relation pathologique au corps, qui s'exprime le plus souvent par une autonégligence
- Et enfin une relation pathologique aux autres, à type d'isolement voire de retrait social.

Cependant, un vaste champ transitionnel peut exister entre un comportement que l'on peut qualifier de normal, ou du moins normatif et un comportement pathologique, ce qui peut rendre la caractérisation du diagnostic ardue et empreint de subjectivité.

Notre série de cas, et conformément à la majorité des études, ne permet pas d'associer le syndrome de Diogène à un profil social particulier, puisque toutes les catégories socio-économiques y sont représentées. De la même façon, l'incidence semble être la même pour les deux sexes.

Les comorbidités associées semblent elles aussi être celles de la population générale, exception faite des pathologies psychiatriques qui semblent, la aussi en accord avec la littérature, avoir une prévalence particulièrement élevée.

Les profils cognitifs étudiés ne laissent pas à penser qu'il existe un lien entre Diogène et troubles cognitifs, même si bon nombre d'articles évoquaient une relation forte entre ce syndrome et les démences, en particulier les démences fronto temporales et la maladie d'Alzheimer.

Concernant la prise en charge, nous avons vu qu'il existe des dispositions légales pour contraindre les individus quand l'ordre ou la salubrité publique sont mis en péril

Néanmoins se pose la question du respect des libertés individuelles chez ces patients ; la majorité des auteurs préconisant d'ailleurs au maximum le respect de leur mode de vie, aussi marginal soit-il.

Enfin, si la prise en charge des syndromes de Diogène doit être pluridisciplinaire, il semble pertinent que le médecin traitant soit le pivot de cette collaboration, puisqu'il est le plus à même d'assurer la bonne coopération des intervenants, mais aussi l'adhésion du patient aux mesures proposées.

VU

Strasbourg, le 03/10/2018

Le président du Jury de thèse

Professeur Thomas VOGEL



**Professeur Thomas VOGEL**  
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG  
Hôpital de la Robertsau  
POLE DE GERIATRIE  
67091 STRASBOURG Cedex

Vu et approuvé

Strasbourg, le 04 Oct. 2018

Le Doyen de la faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



## BIBLIOGRAPHIE

1. Beauchet O, Imler D, Cadet L, Blanc P, Ramboa P, Girtanner C, et al. Le syndrome de Diogène du sujet âgé : forme clinique d'un dysfonctionnement frontal ? À propos de quatre observations. *Rev Médecine Interne*. févr 2002;23(2):122-31.
2. Houbin B, Fouilleron V, Pichard M, Rauzy A. Syndrome de Diogène : étude descriptive au sein d'une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé. *Eur Psychiatry*. nov 2014;29(8, Supplement):618.
3. Clark ANG, Mankikar GD, Gray I. Diogenes syndrome. *The Lancet*. 15 févr 1975;305(7903):366-8.
4. Monfort J-C, Hugonot-Diener L, Devouche E, Wong C, Péan I. Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 juin 2010;8(2):141-53.
5. Wrigley M., Cooney C., Diogenes syndrome-an Irish series. *Ir J Psychol Med*, 1992, 9:p.37-41
6. Ducasse D, Alezrah C, Benayed J, Arbault D, Bardou H, Meniai M, et al. Réflexions autour d'un cas clinique de syndrome de Diogène et ses liens avec la psychose. *Inf Psychiatr*. 15 nov 2012;me 87(9):733-9.
7. Browne D, Hegde R. Diogenes syndrome: patients living with hoarding and squalor. *Prog Neurol Psychiatry*. 1 sept 2015;19(5):14-20.
8. Chan SMS, Leung PYV, Chiu FKH. Late-onset Diogenes syndrome in Chinese – an elderly case series in Hong Kong. *Neuropsychiatr Dis Treat*. oct 2007;3(5):589-96.
9. Wasserman JE, Hategan A, Bourgeois JA. Harnessing neuroplasticity in Diogenes

- syndrome: A proposed mechanism to explain clinical improvement. *Gen Hosp Psychiatry*. Nov 2014;36(6):761.
10. Pavlou MP, Lachs MS. « Could self-neglect in older adults be a geriatric syndrome? » *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(5):831-42.
  11. Halliday G., Banerjee S., Philpot M. et al., Community study of people who live in squalor. *Lancet* 2000, 355 : p.882-886
  12. Rosenthal M., Stelian J., Wagner J., Berkman P. Diogenes syndrome and hoarding in the elderly: case reports. *Isr J Relat Sci*. 1999; 36(1): 29-34
  13. MacMillan D., Shaw P., Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. *Br Med Journal* 1966, 2: p.1032-1037
  14. Wong C. Le syndrome de Diogène : description clinique et conduite à tenir. *NPG Neurol- Psychiatr - Gériatrie*. févr 2013;13(73):51-60.
  15. Lavigne B, Hamdan M, Faure B, Merveille H, Pareaud M, Tallon E, et al. Syndrome de Diogène et Hoarding disorder : une même entité ? *L'Encéphale* [Internet]. [cité 17 sept 2016];
  16. Cipriani G, Lucetti C, Vedovello M, Nuti A. Diogenes syndrome in patients suffering from dementia. *Dialogues Clin Neurosci*. déc 2012;14(4):455-60.
  17. Haddad V., Lefebvre Des Noette V. Le syndrome de Diogène, du mythe à la réalité. A propos de 3 cas. *La revue de gériatrie* 2002 ;27 : 107-14
  18. Taurand ph., Taurand S., Compere Ch., Blotin M., Vergnet P., Mazzomla Ch. Le syndrome de Diogène du sujet âgé. *La revue de Gériatrie* 1993 ;18 : 139-46
  19. Kocher Y., Chabert M-J., Le syndrome de Diogène. *Gérontologie et société* 1993, 64 :p.132-144

20. Monfort J-C. Les diogène primaires, la misanthropie de survie et l'hypothèse du paradis perdu. Colloque Afar; 2012 mars 8; Paris: Maison de la Chimie.
21. Monfort J-C. Comprendre les syndromes de Diogène. Santé Ment. janv 2003;(174):10-1.
22. Hurley M., Scallan E., Johnson H., De La Harpe D., Adult service refusers in the Greater Dublin Area. Irish medical journal 2000, 93 (7) : p.208-211
23. Orrel M-W., Sahakian B-J., Bergmann K., Self neglect and frontal lobe dysfunction. British Journal of Psychiatry, 1989, 155: p.101-105
24. Hanon C, Pinquier C, Gaddour N, Saïd S, Mathis D, Pellerin J. Le syndrome de Diogène, une approche transnosographique. L'Encéphale. 1 sept 2004;30(4):315-22.
25. Byrk. The Collyer Brothers of Harlem [Internet]. [cité 13 août 2018]. Disponible sur : <http://www.nypress.com/the-collyer-brothers-of-harlem/>
26. Dupré E. Les mendiants thésauriseurs. Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. Payot; 1925. p. 420-34.
27. Michel Onfray, *Les Sagesses antiques*, contre-histoire de la philosophie, tome I, Grasset (2006), ISBN 2-246-64791-6, p. 133-143.
28. Michel Onfray, *Cynismes : portrait du philosophe en chien*, Grasset, Paris, 1990; Version poche : Grasset - Le Livre de poche, Collection "Biblio essais", 1997
29. Leonce Paquet : les cyniques grecs fragments & témoignage le livre de poche 1992
30. Gogol N. Les âmes mortes. Le Cherche Midi. Paris; 2009. 160-166
31. Dickens C. Les Grandes Espérances. Robert Laffont. Paris; 1981. 58-59-61-155-157

32. Mcqueeney BK. The ultimate hoarders: Extraordinary story of the two reclusive brothers found dead side by side under tons of junk in New York mansion in 1947 [Internet]. Mail Online. 2012 [cité 07/07/2018]. Disponible sur: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2217953/Homer-Langley-Collyer-Hoarderbrothers-killed-clutter-New-York-mansion.html>
33. France culture. Diogène de Sinope, le chien royal. [Internet]. [cité 13 août 2018]. Disponible sur : <https://www.franceculture.fr/emissions/une-vie-une-oeuvre/diogene-desinope-le-chien-royal-413-327-av-jc>
34. Melendro C.J., Malo P.S., Azagra V.J.R, Gasca J.M., Síndrome de Diogenes : un cuadro clínico frecuente en la vejez y poco conocido. Actas Dermo Sifiliográficas 1976, 67 : p.225-232
35. Roe P-F., Self-neglect or chosen lifestyle? British Journal of Hospital Medicine 1977, 37 (1): p.83-84
36. Snowdon J., Uncleanliness among persons seen by Community health workers. Hospital and Community Psychiatry 1987, 38 (5): p.491-494
37. Radebaugh T-S., Hooper F-J., Gruenberg E-M., The social breakdown syndrome in the elderly population living in the community: the helping study. British Journal of Psychiatry 1987, 151: p.341-346
38. Martin-Hunyadi C., Berthel M., Le syndrome de Diogène. Médecine et hygiène 1991, 49 (1887) : p.1389-1393
39. Kocher Y., Chabert M-J., Le syndrome de Diogène. Gérontologie et société 1993, 64 : p.132-144

40. Browne D, Hegde R. Diogenes syndrome: patients living with hoarding and squalor. *Prog Neurol Psychiatry*. 1 sept 2015;19(5):14-20.
41. Camps F-D, Le Bigot J, Hennequin D, Laboutique J, Verdon B. « Ça peut toujours servir ! » Syndrome de Diogène et névrose obsessionnelle. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*
42. Finney CH., Mendez MF. Diogenes syndrome in Frontotemporal Dementia  
*Am J Alzheimer Dis Other Den*. 2017 Nov ;32(7) : 438-443
43. Santana L, Fontenelle JM, Yucel M, Fontenelle LF. Rates and correlates of nonadherence to treatment in obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Pract*. 2013 Jan;19(1):42–53.
44. Rodriguez CI, Bender J, Jr., Morrison S, Mehendru R, Tolin D, Simpson HB. Does extended release methylphenidate help adults with hoarding disorder?: a case series. *J Clin Psychopharmacol*. 2013 Jun;33(3):444–7.
45. Samuels JF, Bienvenu OJ, 3rd, Pinto A, Fyer AJ, McCracken JT, Rauch SL, et al. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from the OCD Collaborative Genetics Study. *Behav Res Ther*. 2007 Apr;45(4):673–86
46. Saxena S, Brody AL, Maidment KM, Baxter LR., Jr. Paroxetine treatment of compulsive hoarding. *J Psychiatr Res*. 2007 Sep;41(6):481–7.
47. Saxena S, Sumner J. Venlafaxine extended-release treatment of hoarding disorder. *Int J Clin Psychopharm*. 2014 epub ahead of print.
48. Donnelly R, Bolouri MS, Prashad SJ, et al. Comorbid *Diogenes* and *Capgrass* syndromes. *J Psychiatr Practice*. 2008

49. Herran A., Vazquez-Barquero JL. Treatment of Diogenes syndrome with risperidone. *Aging Neuropsychol Cogn.* 1999;6:96–98.
50. Al-Adwani A, Nabi W. Co-existing Diogenes and Capgras syndromes. *Int J Psych in Clin Pra* 2001; 5(1):75-76
51. Donnelly R, Bolouri MS, Prashad SJ, et al. Comorbid Diogenes and Capgras syndromes. *J Psychiatr Practice.* 2008
52. Galvez-Andres A, Blasco-Fontecilla H, Gonzalez-Parra S, Molina JdD, Padin JM, Rodriguez R. H. Secondary bipolar disorder and Diogenes syndrome in frontotemporal dementia : behavioral improvement with quetiapine and sodium valproate. *J Clin Psychopharmacol* 2007 ; 27 : 722-3
53. Huey ED, Putnam KT, Grafman J. A systematic review of neurotransmitter deficits and treatments of Fronto Temporal dementia. *Neurology* 2006; 66(1):17-22.
54. Muroff J, Steketee G, Frost RO, Tolin DF. Cognitive Behavior Therapy for Hoarding Disorder: Follow-up Findings and Predictors of Outcome. *Depress Anxiety.* 2013 Nov 26
55. Meyer E, Shavitt RG, Leukefeld C, Heldt E, Souza FP, Knapp P, et al. Adding motivational interviewing and thought mapping to cognitive-behavioral group therapy: results from a randomized clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010 Mar;32(1):20–9.
56. Steketee G, Frost RO, Tolin DF, Rasmussen J, Brown TA. Waitlist-controlled trial of cognitive behavior therapy for hoarding disorder. *Depress Anxiety.* 2010 May;27(5):476–84.



57. Rasmussen JL, Steketee G, Frost RO, et al. Assessing squalor in hoarding: the home environment index. *Commun Ment Health J* 2013;1
58. Lavigne B, et al. Syndrome de Diogène et Hoarding disorder : une même entité ? *Encéphale* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.010>
59. Frost RO, Hartl TL. A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behav Res Ther* 1996;34(4):341–50.
60. Saxena S, Brody AL, Maidment KM, et al. Cerebral glucose metabolism in obsessive-compulsive hoarding. *Am J Psychiatry* 2004;161(6):1038–48.
61. Iervolino AC, Perroud N, Fullana MA, et al. Prevalence and heritability of compulsive hoarding: a twin study. *Am J Psychiatry* 2009;166(10): 1156–61.
62. Mueller A, Mitchell JE, Crosby RD, et al. The prevalence of compulsive hoarding and its association with compulsive buying in a German population-based sample. *Behav Res Ther* 2009;47(8):705–9.
63. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National comorbidity survey replication. *Mol Psychiatry* 2010;15(1):53–63.
64. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. American Psychiatric Publishing; 2013 [991 p].
65. Badr A, Hossain A, Iqbal J: Diogenes syndrome: when self-neglect is nearly life threatening. *Clinic Geriatr* 2005; 13(8):10–13
66. Amanullah S, Oomman S, Datta SS. “Diogenes syndrome” revisited. *Ger J Psychiat*. 2009;12:38–44.
67. Maes-Biéder, F., & Biéder, J. (2007). Le syndrome de Diogène. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 165(7), 504–510.

68. Roubini, Laovenan, Le Foll. A propos d'un syndrome de Diogène. *Nervure* 2002 ; XV (1) : 7-10
69. Snowden J, Halliday G, Banerjee S: *Severe Domestic Squalor*. Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press, 2012
70. Dong X, Simon M, Mendes de Leon C, et al: Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *JAMA* 2009; 302: 517–526
71. MacKnight C. Taking the solitude out of self-neglect in the elderly. *Can Alzheimer Dis Rev*. 2001;July::18–21.
72. Weiss KJ. Hoarding, hermitage, and the law: why we love the Collyer brothers. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2010;38:251–257.
73. Lebert F. Diogene syndrome, a clinical presentation of fronto-temporal dementia or not? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20:1203–1204
74. Neary D., Snowden JS., Gustafson L., et al Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*.
75. Frost RO, Steketee G, Tolin DF. Comorbidity in hoarding disorder. *Depress Anxiety* 2011;28(10):876–84.
76. Thomas P. Syndrome de Diogène : hypofrontalité fonctionnelle ou organique ? *Neurol Psychiatr Geriatr* 2011;11(61):1–3.
77. Sénèque, *Lettres à Lucilius* XCV, 50
78. Leparisien. Savigny-sur-Orge, Jeannine, atteinte du syndrome de Diogène nettoyer son appartement. [Internet]. [cité 13 septembre 2018]. <http://www.leparisien.fr/essonne-91/savigny-sur-orge-jeannine-atteinte-du-syndrome-de-diogene-va-nettoyer-son-appartement-19-04-2018-7672890.php>

79. Sadlier, M., Cooney, C., Philbin-Bowman, E., & Lewis, A. (2011). Diogenes syndrome and autistic spectrum disorder. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 28(4), 224-226.



**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

**Document avec signature originale devant être joint :**

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : BERNARD Prénom : Nicolas

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main** : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.*

**Signature originale :**

A STRASBOURG, le 15/10/2018

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**