



HAL
open science

Le syndrome de Diogène en 2017 : où en sommes-nous ? À partir d'une revue de la littérature et d'une étude de cas

Alexandre Leroy

► To cite this version:

Alexandre Leroy. Le syndrome de Diogène en 2017 : où en sommes-nous ? À partir d'une revue de la littérature et d'une étude de cas . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01627045

HAL Id: dumas-01627045

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01627045>

Submitted on 31 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U. F. R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

Thèse n°127

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 04/10/2017

Par **Alexandre LEROY**

Né le 20 mai 1989 à Falaise

**LE SYNDROME DE DIOGÈNE EN 2017 : OÙ EN SOMMES-NOUS ?
À PARTIR D'UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE ET D'UNE ÉTUDE DE
CAS**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Boris RANCHOU

Membres du Jury

Madame le Professeur Muriel RAINFRAY Président
Monsieur le Docteur Christophe ADAM Rapporteur
Madame le Professeur Nathalie SALLES Jury
Monsieur le Docteur Loïc VERGNOLLE Jury

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier l'ensemble des membres du jury, pour l'honneur qu'ils me font d'accepter de juger cette thèse et d'assister à la soutenance de ce travail.
Qu'ils trouvent ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Madame le Professeur Muriel RAINFRAY
Professeur des Universités
Praticien hospitalier, Responsable d'Unité
Service de Médecine Gériatrique 1
Hôpital Xavier Arnoz - CHU de Bordeaux

Monsieur le Docteur Christophe ADAM
Maitre de Conférence Associé
Médecin Généraliste
Bordeaux

Madame le Professeur Nathalie SALLES
Professeur des Universités
Praticien hospitalier, Responsable d'Unité
Service de Médecine Gériatrique 2
Hôpital Xavier Arnoz – CHU de Bordeaux

Monsieur le Docteur Loïc VERGNOLLE
Praticien hospitalier
Unité Carreire 3
Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte
Hôpital Charles Perrens – CHU de Bordeaux

Aux patients sans qui ce travail n'existerait pas.

À Boris Ranchou mon guide et soutien du bout du monde, merci pour tes conseils avisés et ton enthousiasme qui m'a porté.

Merci aux assistantes sociales du Centre Communal d'Action Sociale de Biarritz pour leur témoignage et leur temps.

Merci au médecin traitant de M. et M^{me} C. de m'avoir reçu et éclairé sur de nombreux points.

Merci à la psychologue de l'EHPAD pour son aide.

À mes parents, ma mère pour m'avoir poussé, porté, tiré ; mon père la mer calme qui bouillonne parfois, mais ne devient jamais océan. Aux deux pour leur amour.

À Celiasan pour son soutien technique, ses conseils avisés et sa patience.

À notre futur(e) petit(e) Leroy.

À mes frères, le grand pour sa force de caractère et le « petit » pour son application studieuse.

À Helen et Caro.

À la petite Ariane.

Aux Leroy et Libéros qui m'ont appris le sens de la famille et m'ont fait grandir dans un cocon.

À mon papi Aubert. À ma mamie Yolande puisse-t-elle continuer à m'apprendre longtemps.

À mes chers sarthois papi Pierre et mamie Annick.

Au crew romorantin Bastien, Loïc, Topi, Jul, Juch, Nono, Johana pour les heures à disserter dans le ch'parc et l'apprentissage de l'amitié à la Belle Epoque.

Aux bordelais et leur soutien du futur « champion » Jaunot, Minaost et Dan pour les parties de Worms et leur humour légendaire. A Benito Benito partenaire de toujours. A U-ghost pour sa grinta.

Aux compagnons d'Erasmus Thomasin, Trifouille et Jeannette pour les longues soirées du Pilar, l'expérience barcelonaise et leur sens aiguisé du tarot.

À l'équipe bayonnaise avec mention spéciale à mon petit poussin et nos 6 mois Tic et Tac dans ces magnifiques services de pneumologie. Aux autres : Benito, Georgy (dit Dr Kaskas), Adner,

Arnaud, Virginie, Pierre, Camille et Camille, Lea, Emelyne, Mathieu, Simon, Fanny, Marine, Justine, Antoine et Antoine, Maxime, Manu pour les discours du self, les sorties au Caveau des Augustins et à l'estafette, les foot salle...

À Daniel, Sophie, Marielle, Cécilia et Jean-Pierre pour m'avoir aidé à faire le grand saut.

Aux Oloronais avec ma chère coloc Leacita en special guest et nos 6 mois dans cette maison de rêve, mes chers co-internes Coco dit le professeur et Célia la clubeuse, la coloc d'Asap-Arros Anne, Tiff et Romain, Mathilde, Juju et son Seb.

Au Dr Coquard pour son enseignement.

À notre coloc paloise Georgy et sa chambre à jouets, Annette et sa chambre de princesse, Lea et sa chambre ordonnée et Laura et sa chambre presque ordonnée. Je me souviendrai de ces soirées au Tropical, au Garage, un bras dans le plâtre et un doigt coupé, une garden party avec DJ Soso en guest star, notre maison sous la neige et notre Noël ensemble.

Merci aux Dr Werbrouck et Casalta de m'avoir enseigné la médecine générale.

À ceux qui m'ont appris la médecine palliative, le Pr Burucoa, les Dr Paternostre, Frasca, Saussac et Dyl et tous les soignants qui m'ont appris que soigner n'était pas forcément guérir.

À la team bayonnaise, Nataloche, la Mich, mister Blanloeille, Mezzo, Maria, Tiff et John pour ce travail d'équipe, m'avoir aidé à passer cette épreuve et leur façon agréable et appliquée d'être à l'hôpital et au Katie Daily's.

À l'expérience périgourdine avec les grands, mention spéciale à Céline la baronne et Pamus mes chères co-internes, Benito, Georgy, Mona, Mélanie, Philippe et les petits Joffrey, Boris, Benjam, Clément, Chloé, Camille, Quentin, Antoine, Baptiste, Lucie (x2), Rudy, Christophe, Khaled, Louise, Joris, Timothée, Alex, Pauline, Céline, Bastien, Claire.

Au Dr Peralta et merci à « El Calvo ».

La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile.

Hippocrate

ABRÉVIATIONS

ADL : Activities of Daily living (Activités de la vie quotidienne)

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CPK : Créatine PhosphoKinase

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personnes Âgées Dépendantes

EMOG : Equipe Mobile de Gériatrie

IADL : Instrumental Activities of Daily Living scale (Echelle d'activités instrumentales de la vie courante)

ICD : International statistical Classification of Diseases and related health problems (Classification internationale des maladies)

IMC : Indice de Masse Corporelle

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IUT : Institut Universitaire de Technologie

MMS : Mini Mental State

TDHA : Trouble du Déficit de l'Attention et Hyperactivité

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	10
UN PEU D’HISTOIRE.....	11
A) L’AVANT DIOGÈNE	11
B) ÉTUDE PRINCEPS.....	13
C) QUI EST DIOGÈNE ?.....	14
D) LES DIOGÈNES CÉLÈBRES	16
E) DIOGÈNE OU AUTRES NOMS DONNÉS	20
ÉTUDE DE CAS	22
REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	31
A) MÉTHODE.....	31
B) RÉSULTATS	33
C) ANALYSE.....	36
1 - Définition	36
2 - Épidémiologie	38
3 - Génèse du syndrome de diogène.....	39
4 - Mode de découverte	41
5 - Prise en charge	41
6 - La vision psychologique et sociétale	43
7 - Pronostic.....	44
DISCUSSION	45
A) L’ABSENCE DE DÉFINITION.....	45
B) PRISE EN SOINS DU SYNDROME DE DIOGENE EN 2017	46
C) LE SYNDROME DE DIOGÈNE : MYTHE OU RÉALITÉ ?.....	47

CONCLUSION	48
ANNEXES.....	50
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	51
SERMENT MÉDICAL	55
RÉSUMÉS	56

INTRODUCTION

L'expression syndrome de Diogène apparût pour la première fois dans la littérature médicale en 1975 dans le Lancet, suite à une observation de gériatres anglais. Ils étudièrent 30 patients ayant en commun un logement désordonné et insalubre et présentant une incurie. Ils essayèrent alors de leur trouver des caractéristiques communes, afin de les regrouper en syndrome. Ils lui donnèrent le nom d'un philosophe grec, Diogène de Sinope qui vécut au IV^{ème} siècle avant Jésus-Christ. Cet article faisait suite aux travaux de MacMillan et Shaw, deux psychiatres anglais, qui furent interpellés par une série de patients n'arrivant pas à maintenir un niveau correct d'hygiène corporelle et de propreté de leur domicile. (1,2)

De nombreux articles suivirent et 42 ans plus tard cette dénomination continue à être utilisée dans la littérature médicale même si certains auteurs ont voulu la changer, trouvant que ces patients ne correspondaient pas à l'image du philosophe.(3-6)

Le syndrome de Diogène est rare, 5 pour 10 000 habitants par an, pour MacMillan et Shaw. L'incidence aux Etats-Unis en 2012 était de 38,2 cas pour 10 000 habitants. Il s'agit d'un syndrome retrouvé sur tous les continents. (2,7-9)

Il est connu du grand public par les médias, que ce soit la presse écrite, la radio ou des émissions de télévision relatant des cas rares et bizarres de personnes vivant dans des conditions insalubres ou accumulant des déchets à leur domicile même si syndrome de Diogène n'est pas synonyme d'accumulation ou d'entassement. (10-14)

Lors de mon passage aux urgences de l'hôpital de Bayonne j'ai été amené à m'occuper de monsieur C. puis de madame C. ; un couple composé d'une mère et de son fils et s'avérant être tous deux atteints du syndrome de Diogène. Cette situation de syndrome de Diogène à plusieurs est rare, elle ne se retrouverait que chez 11 % des patients atteints de ce syndrome ce qui en fait son originalité et sa complexité.(7)

A l'heure actuelle, il n'existe pas de définition reconnue par tous. Il n'est notamment pas mentionné dans la cinquième version du DSM (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).(7,15,16)

L'étude de M. et M^{me} C. a été le point de départ de mon questionnement. Devant la rareté de ces situations j'ai choisi de réaliser une revue de la littérature afin de tracer les axes de diagnostic et de prise en soins de ces patients.

Quelles sont en 2017 les caractéristiques du syndrome de Diogène et comment prendre en soins ces patients ?

UN PEU D'HISTOIRE

A) L'AVANT DIOGÈNE

C'est en juin 1913 qu'un psychiatre français, Ernest Dupré, va publier pour la première fois un article dans le *Paris Médical* sur des patients que l'on pourrait qualifier aujourd'hui comme souffrant d'un syndrome de Diogène.

Dans son livre de 1925, il reproduit cet article dans un de ses chapitres qu'il appelle « Les mendiants thésauriseurs ». Cet oxymore est utilisé pour décrire 16 situations de patients associant un paradoxe de richesse et de misère. Ils possèdent tous d'importantes sommes d'argent, souvent dissimulées dans leurs vêtements, mais vivent dans des logements insalubres ou dans la rue, ne mangeant presque rien et sont vêtus de guenilles. La découverte du trésor de ces individus se fait souvent lors de leur décès, ou lors d'une complication médicale. La moyenne d'âge est de 69 ans, sous réserve que seulement 11 âges de patients sur 17 soient renseignés. Il existe un cas de couple, un père et sa fille, vivant dans le même domicile. En réalité seuls 4 des patients observés pratiquent la mendicité.

Pour Dupré les mendiants thésauriseurs constituent une forme clinique d'avarice à laquelle s'ajoute la paresse, l'inertie et une indifférence physique et morale aux privations matérielles ou aux pires situations sociales. Il explique que chez ces patients l'excès et la déviation de l'épargne vont devenir plus important que les autres aspects de l'instinct de conservation et ainsi entraîner la mort de l'individu.

Il signale chez certains d'entre eux une tendance à collectionner des objets inutiles comme des cailloux ou des clous. Pour lui cela dénote un affaiblissement psychique du patient, une déchéance intellectuelle et représente un vestige inconscient des anciennes habitudes de l'avare.(17)

Il faut attendre 41 ans pour qu'une nouvelle étude soit faite sur ces patients. MacMillan et Shaw publièrent un article en 1966, dans le *British Journal of Medicine*, concernant un petit groupe d'individus ne pouvant maintenir un niveau correct de propreté et d'hygiène. C'est la naissance du « Senile Breakdown » que l'on pourrait traduire par rupture, dépression ou dégradation sénile. La représentation classique du Senile Breakdown est celle d'une vieille femme vivant seule dans une maison sale avec des selles et des urines au sol. Ils trouvèrent des similitudes aux cas étudiés, permettant ainsi de les regrouper en syndrome. Ils précisèrent qu'il ne s'agissait pas forcément d'une psychose et que ceci était à distinguer de la vieillesse.

Ils créèrent une unité de 8 lits à l'hôpital de Nottingham et envoyèrent une lettre d'information aux médecins généralistes, aux assistants sociaux et au clergé, afin de recruter les patients susceptibles d'avoir un Senile Breakdown. Leur étude s'étala sur 3 ans, pour un total de 72 patients, inclus entre août 1961 et juillet 1964. Ils se rendirent compte la première année que les patients hospitalisés se dégradaient rapidement avec une apathie, une perte

d'intérêt pour ce qui les entourait et une incapacité à rétablir une existence en dehors de l'hôpital et à partir de mai 1962 une hospitalisation de jour fut proposée. Un des psychiatres réalisait une visite au domicile du patient, puis des entretiens étaient menés avec le médecin référent, les amis, les relations et les voisins du patient.

Ils établirent ensuite un modèle pour mesurer le niveau de saleté de l'environnement et de la personne sur une échelle de 1 à 5 (5 étant le niveau le plus important). Ils se basèrent sur 10 points pour les locaux (sol, murs, plafonds, fenêtres, lits, tables, cuisinière, chauffage, poussière, odeur) et 5 caractéristiques pour les personnes (peau, cheveux, mains, vêtements, relation aux selles et aux urines). Ils sélectionnaient alors les patients ayant un grade 3 à 5 mais aussi ceux ayant une bonne hygiène corporelle mais un logement sale, et ceux pour lesquels on pouvait établir une dégradation progressive de leur niveau de propreté du domicile ou corporel (pouvant correspondre à des phases précoces de Senile Breakdown).

L'incidence fut établie à 0,5 cas pour 1 000 habitants par an et selon les auteurs, au vu de la diffusion de l'information faite auprès des médecins et des travailleurs sociaux, peu de cas leur ont échappé.

Les résultats montrèrent que plus de 93 % des patients avaient un âge supérieur à 70 ans avec un âge médian à 79 ans. Peu étaient encore mariés (37 veuves) et ils avaient peu de contacts avec l'extérieur, ils vivaient isolés de la société.

Grâce aux entretiens avec le médecin référent, les amis, les relations et les voisins MacMillan et Shaw établirent les traits de personnalité. Les patients étaient décrits comme autoritaires, indépendants, querelleurs, têtus, distants, suspicieux et obstinés. L'histoire naturelle du Senile Breakdown serait d'abord un rejet de la communauté puis un rejet d'une aide extérieure et enfin un abandon des relations avec le voisinage avec souvent des rideaux fermés ou du papier aux fenêtres. Le type de logement importe peu. Le facteur précipitant serait un événement de vie plus ou moins marquant, surtout la mort d'un proche et plus souvent la mort du (de la) conjoint(e). Les patients avaient un niveau d'intelligence supérieur à la moyenne dans 25 % des cas. Sur les 72 étudiés 34 n'avaient pas de pathologie psychiatrique, 38 étaient psychotiques parmi lesquels 23 avaient une psychose sénile. Vingt patients avaient une consommation importante d'alcool, mais il est difficile de dire selon les auteurs s'il s'agit d'une cause primaire ou secondaire au Senile Breakdown. Ils notèrent que seulement 8 patients ne bénéficiaient d'aucune aide extérieure.

En juillet 1965 la moitié des patients étaient décédés, mais seulement une cause était imputable au Senile Breakdown, un cas de gangrène associée à une dénutrition et à une déshydratation.

MacMillan et Shaw considérèrent ce rejet des normes d'hygiène comme une réaction active avec une attitude hostile et un rejet de la communauté et non pas comme une dégradation passive. Pour eux il ne faut pas confondre Senile Breakdown et psychose sénile. Il s'agit bien d'un syndrome à part qui se développe pour un certain type de personnalité, avec un rejet et une hostilité envers le monde extérieur et qui n'est pas forcément associé à une psychose.

Ils soulignèrent la nécessité d'un diagnostic précoce et précisèrent que l'installation se faisait entre 1 et 10 ans (pour 38 des cas) et qu'il n'existait pas de relation entre l'état de dégradation et la durée du Senile Breakdown. Les sujets à risque seraient les personnes âgées, indépendantes et autoritaires, vivant seules au domicile, avec peu ou pas de liens sociaux. Ils soulignèrent l'intérêt de la prévention pouvant être réalisée par le médecin de famille et les aides sociales, avec si possible désignation d'un professionnel dédié dans chaque région pour traiter ces cas. Les auteurs s'interrogèrent sur la relation entre psychose et Senile Breakdown

et insistèrent sur la nécessité de mener d'autres études, afin de mieux comprendre ce syndrome.

B) ÉTUDE PRINCEPS

Clark et *al.* réalisèrent une étude descriptive, d'octobre 1972 à juillet 1973, dans un service de Gériatrie à Brighton. Ils analysèrent 30 patients (quatorze hommes et seize femmes avec une moyenne d'âge à 79 ans) vivant tous dans un logement insalubre et ayant une mauvaise hygiène corporelle. Le but des auteurs était ici de trouver des caractéristiques communes à ce type de patient, afin de créer un syndrome, mais sans reprendre le Senile Breakdown de MacMillan et Shaw.

Ils analysèrent l'environnement socio-familial des patients, leur alimentation, leurs revenus, leurs professions, leurs antécédents, la pathologie motivant leur hospitalisation, les anomalies biologiques retrouvées, leur niveau d'intelligence et leur devenir.

Les patients vivaient majoritairement seuls (28 sur 30), les logements étaient mal entretenus et sales (peinture écaillée, rideaux miteux) avec une odeur suffocante à l'intérieur. Ils portaient plusieurs épaisseurs de vieux vêtements, ne se lavaient pas et seulement 2 s'en excusaient. Certains gardaient des poubelles et dans 6 logements l'entassement empiétait sur l'espace de vie. Ils ne retrouvèrent que peu de nourriture au domicile des patients et aux résultats biologiques 60 % avaient une carence en fer, 50 % une carence en folates et 32 % une carence en vitamine B12. Les auteurs furent frappés par le niveau d'intelligence des patients (étudié sur la moitié d'entre eux) avec une moyenne se situant dans le quart supérieur de l'intelligence retrouvée dans une population de cet âge. Ils avaient eu un niveau professionnel élevé dans leur vie active (un dentiste, 3 professeurs d'école, un violoniste professionnel, des journalistes) et avaient des revenus conséquents. Pour Clark et *al.* la pauvreté ne faisait pas partie du syndrome, mais certains patients acceptaient de la nourriture et des vêtements de leur voisinage. Sur les 30 patients, 2 seulement avaient été admis sous contrainte, mais 8 autres avaient refusé une hospitalisation, jusqu'à ce que leur état de santé devienne critique. Une chute ou un malaise constituaient les deux raisons les plus fréquentes de leur admission. Les auteurs notèrent dans la plupart des cas une personnalité normale, mais les patients étaient souvent distants, perspicace, suspicieux et moins bien intégré que la population générale au même âge.

L'expression syndrome de Diogène apparaît dans le titre et dans le résumé de cette étude. Ils expliquèrent brièvement les idéaux de Diogène de Sinope qui sont la vie selon la nature, l'autosuffisance, l'absence d'émotion, l'absence de honte, le franc-parler et le mépris de l'organisation sociale. Le nom du philosophe grec n'apparaît que ces deux seules fois, on ne peut donc que supposer l'analogie qu'ils ont faite entre d'une part les patients qu'ils ont observé et d'autre part le philosophe. Dans la discussion, les auteurs parlent d'auto-négligence importante chez la personne âgée, qui constituerait un syndrome avec comme caractéristiques communes une insalubrité du domicile et une saleté corporelle avec une indifférence quant à l'état de leur logement. Ils s'interrogèrent sur l'accumulation des déchets

et évoquèrent soit un manque d'initiative pour les jeter, soit une compulsion. Mais dans l'un ou l'autre des cas cette accumulation pouvait provoquer un sentiment de sécurité.

Leurs deux hypothèses pour expliquer l'existence de ce syndrome de Diogène étaient une tendance à ne pas prêter attention à l'entretien du domicile (s'aggravant avec l'âge et les limitations physiques en résultant) ou une réaction au stress chez une personne âgée avec certains traits de personnalité. Après avoir émis ces deux hypothèses et avant d'évoquer la prise en charge de ce syndrome, ils firent référence à des études londoniennes et américaines, sur le développement de maladies mentales, chez les personnes âgées. Certains patients âgés, ayant des traits de personnalité prédisposant (humeur changeante, distants, anxieux), développent une dépression nerveuse à cause d'un déclin social, économique ou de leur santé. Un cercle vicieux s'instaure avec une angoisse qui augmente, une impuissance et une colère qui est accentuée par l'incapacité à gérer les problèmes du quotidien, majorant cette inefficience. Un stress social, psychologique ou économique produisent des maladies mentales chez les personnes âgées et activent des mécanismes de défense avec un retrait et un rejet des aides. Ils précisèrent alors que leurs patients avaient besoin d'un contact social. Un isolement forcé après un deuil ou une mise à la retraite, pourrait provoquer un rejet des standards d'hygiène et des contacts sociaux. Les auteurs semblent donc choisir la seconde hypothèse pour expliquer l'histoire naturelle du Diogène.(1)

C) QUI EST DIOGÈNE ?

Diogène est un philosophe grec né à Sinope, qui vécut au IV^{ème} siècle avant Jésus-Christ. La seule transmission directe est rapportée par un autre Diogène, de Laërte cette fois-ci, qui vécut au III^{ème} siècle après notre Ere (tous les écrits de Diogène de Sinope ayant été perdus) soit sept siècles de transmission et de transformation orale. On est sûr que le philosophe a existé historiquement, mais il en est presque devenu un personnage de légende. (18,19)

Il est le fils du banquier Hicésias. Arrivant en Grèce il se rendit à l'oracle de Delphes, qui lui aurait dit de falsifier la monnaie, chemin qu'il suivit et qui le mena en exil. Il fût ensuite capturé par des pirates en mer et vendu comme esclave à un crétois du nom de Xéniade, puis devint le précepteur de ses enfants.(18,19)

Une fois affranchi, il retourne à Athènes où commence réellement sa vie de philosophe. Il suit Antisthène (premier représentant des Cyniques) pour devenir son disciple, ce qu'il réussit à force d'abnégation et après avoir reçu de nombreux coups de bâton. (18,19)

Il vit alors sur l'Agora comme un marginal en suivant la philosophie des Cyniques, recherchant la nature comme apologie de la simplicité et comme rejet des institutions. On le compare souvent à un chien de par son appartenance philosophique et ses comportements (se masturbant et urinant en public). Les philosophes de l'école des Cyniques mordent avec leurs paroles, indépendants vis-à-vis des maîtres de la société et sont les chiens de garde de leurs idées.(18,19)

Il fait l'aumône, est représenté hirsute, barbu avec un bâton à la main pour frapper les esprits, asséner ses maximes. Sa vie est simple et austère, il dort dans une amphore cassée et boit aux fontaines (tout d'abord avec une écuelle, qu'il jette ensuite, après avoir vu un enfant boire dans le creux de ses mains).(18,19)

Il fait fi des convenances sociales et quand l'empereur Alexandre le grand vient lui demander ce qu'il veut pour entrer à son service Diogène lui répond : « Ôte-toi de mon soleil. » Il parcourait l'Agora en plein jour, avec une lanterne allumée en scandant la phrase « Je cherche un homme » sous-entendu je cherche un sage, l'homme sous sa forme la plus pure. (18,19)



Image 1 : Diogène et Alexandre le Grand (20)

Il faut préciser que le personnage de Diogène représenté dans son tonneau est impossible, le tonneau étant une découverte plus tardive des gaulois. (18)

D) LES DIOGÈNES CÉLÈBRES

Dans le roman *Les âmes mortes* de Nikolai Gogol, Tchitchikov, va faire la rencontre de Pluchkine, qu'on pourrait diagnostiquer aujourd'hui comme souffrant d'un syndrome de Diogène.

On retrouve chez Pluchkine le logement désordonné « De là, il gagna une pièce également sombre, à peine éclairée par le jour qui provenait d'une large fente au bas d'une porte. Il poussa celle-ci et se retrouva enfin à la lumière, médusé par le désordre s'offrant à ses yeux. On eût pu croire que pour nettoyer les planchers, on avait provisoirement entassé ici tous les meubles. Sur une table était perchée une chaise cassée, flanquée d'une pendule au balancier figé, sur lequel une araignée avait déjà tendu sa toile. [...] Sur un bureau marqueté de nacre, laquelle partait çà et là en morceaux, laissant des rainures jaunâtres emplies de colle, reposait un fantastique bric-à-brac : tas de papiers noircis d'une écriture serrée, sous un presse-papiers de marbre verdâtre surmonté d'un petit œuf, vieux livre relié de cuir à tranche rouge, citron racorni, réduit à la grosseur d'une noisette, bras de fauteuil arraché, verre contenant un liquide indéterminé et trois mouches ; une lettre recouvrant un morceau de cire à cacheter, un bout de chiffon ramassé Dieu sait où, deux plumes maculées d'encre, aussi desséchées que si elles fussent phtisiques, un cure-dents tout jaune, à l'aide duquel le maître des lieux se triturait peut-être déjà les mâchoires au temps où les Français envahissaient Moscou. »

Gogol décrit bien la syllogomanie « il arpentait chaque jour les rues de son village, regardait sous les passerelles, les traverses, et rapportait chez lui tout ce qui lui tombait sous la main, vieilles semelles, oripeaux de bonne femme, clous, tessons d'argile, pour l'ajouter au tas que Tchitchikov avait repéré dans un coin. »

De plus il néglige son apparence corporelle, le héros pense d'ailleurs au départ que Pluchkine est l'une des servantes du domaine, « [...] en lui montrant son dos maculé de farine, avec une grande déchirure dans sa partie inférieure. [...] Quelque moyen, quelque effort qu'on pût déployer, rien n'eût permis de découvrir de quoi était fabriquée sa robe de chambre : les manches et le haut en étaient si gras et lustrés qu'ils évoquaient le cuir dont on use pour les bottes ; [...] Bref, si Tchitchikov l'eût rencontré, ainsi accoutré, aux portes d'une église, il lui eût sans doute donné une piécette de cuivre [...]. » Le héros est d'autant plus troublé qu'il sait que Pluchkine a de l'argent « Cependant, il avait devant lui, non un mendiant mais un propriétaire. ». Il n'aurait pas toujours été ainsi « Le maître de maison se présentait à table en redingote, propre bien qu'un peu râpée. »

L'événement déclencheur est le décès de son épouse « Mais la brave hôtesse mourut. [...] Pluchkine se fit plus anxieux et, comme nombre de ses pareils, plus suspicieux et plus chiche. [...] Les sentiments humains qui, en lui, n'étaient guère profonds sans cela, s'évaporèrent à vue d'œil et, chaque jour, quelque chose se dégrada dans cette pauvre ruine. [...] D'année en année, les fenêtres se fermèrent pour toujours dans la maison ; deux, finalement, furent maintenues ouvertes, dont l'une, ainsi que l'a constaté le lecteur, était masquée de papier. D'année en année, il perdit de vue les principales activités de son domaine, et son regard mesquin ne se posa plus que sur les lambeaux de papier et les plumes qu'il collectionnait dans sa chambre. »

Gogol décrit parfaitement à travers son personnage l'événement traumatisant qui provoque chez ce personnage avec certains traits de personnalité une modification du rapport aux choses, une négligence de soi et une syllogomanie. Pluchkine aurait un Diogène primaire.

(21)



Image 2 : Pluchkine de Pyotr Boklevsky (22)

On trouve le personnage de Miss Havisham dans le roman *Les Grandes Espérances* de Charles Dickens. Le héros du roman, Pip, décrit l'aspect extérieur du logement « [...] nous arrivâmes à la maison de miss Havisham qui était construite en vieilles briques, d'un aspect lugubre, et avait une grande grille de fer. Quelques-unes des fenêtres avaient été murées ; le bas de toutes celles qui restaient avait été grillé. »

Lors de leur rencontre Pip note chez Miss Havisham une négligence de soi et un désordre de la chambre « Des habits moins somptueux que ceux qu'elle portait étaient à demi sortis d'un coffre et éparpillés alentour. Elle n'avait pas entièrement terminé sa toilette, car elle n'avait chaussé qu'un soulier ; l'autre était sur la table près de sa main, son voile n'était posé qu'à demi ; elle n'avait encore ni sa montre ni sa chaîne, et quelques dentelles, qui devaient orner son sein, étaient avec ses bijoux, son mouchoir, ses gants, quelques fleurs et un livre de prières, confusément entassés autour du miroir. [...] Mais je vis bien vite que ce qui me paraissait d'une blancheur extrême, ne l'était plus depuis longtemps ; cela avait perdu tout son lustre, et était fané et jauni. Je vis que dans sa robe nuptiale, la fiancée était flétrie, comme ses vêtements, comme ses fleurs, et qu'elle n'avait conservé rien de brillant que ses yeux caves. On voyait que ces vêtements avaient autrefois recouvert les formes gracieuses d'une jeune femme, et que le corps sur lequel ils flottaient maintenant s'était réduit, et n'avait plus que la peau et les os. »

Là encore on retrouve un événement déclenchant, expliqué par le personnage Herbert à Pip, qui est une séparation avec son fiancé le jour de leurs noces « Le jour du mariage fut fixé, [...], le jour arriva, mais non pas le fiancé : il lui écrivit une lettre... [...] Ce que la lettre contenait, en dehors du fait qu'elle rompait le projet de mariage, sans pitié aucune, je ne vous le dirai pas parce que je ne le sais pas... Quand elle se releva d'une forte maladie qu'elle fit, elle laissa tomber toute la maison dans l'état de délabrement où vous l'avez vue et elle n'a jamais

regardé depuis la lumière du soleil. » De plus le personnage de miss Havisham aurait déjà subi un traumatisme dans l'enfance « Sa mère mourut qu'elle n'était encore qu'une enfant ». (23)

Honoré de Balzac était un collectionneur pathologique selon Monfort et *al.* du fait de son statut d'enfant de remplacement qui ne vit que deux fois sa mère. (7)

Camille Claudel selon Ducasse et *al.* avait un syndrome de Diogène, raison pour laquelle elle s'isola et vécut dans des conditions d'extrême négligence de son corps et de son habitat. Il était secondaire à une psychose délirante chronique à thème de persécution développée vers l'âge de 40 ans. (24)

L'un des plus célèbres cas de Diogène de couple est celui des frères Collyer qui défrayèrent la chronique dans les années 1940. Homer et Langley Collyer vivaient tous les deux dans une maison de Harlem. L'un avait été juriste et l'autre pianiste. Ils coupèrent le téléphone en 1917 et le gaz en 1928. Homer aurait eu un accident vasculaire cérébral qui l'aurait rendu aveugle en 1933 et sa dernière apparition en public daterait de 1932. Un appel anonyme aux forces de l'ordre signala le 21 mars 1947 qu'il y avait une personne décédée à leur domicile. Ils trouvèrent Homer au bout de 2 heures enfoui sous une pile de boîtes et d'ordures et le deuxième frère ne fut retrouvé que le 8 avril. La municipalité de New York engagea des déménageurs qui retirèrent plus de 100 tonnes d'objets entassés parmi lesquels 25 000 livres. Cette histoire inspira un auteur, Edgar Laurence Doctorow, qui écrivit un roman en 2009 qu'il nomma *Homer & Langley*. (25–28)



Image 3 : photo du tunnel creusé au milieu des ordures par les frères Collyer. (27)



Image 4 : photo de l'Intérieur de la maison des frères Collyer en mars 1947. (27)

Howard Hugues a eu selon Monfort un syndrome de Diogène avec une négligence corporelle telle qu'on le voit dans le film *Aviator*, alors qu'il était propre au début de sa vie. (29)



Image 5 : photo de Leonardo Di Caprio dans *Aviator* de Martin Scorsese (30)

Dans l'épisode 10 de la saison 14 de la série télévisée d'animation américaine *South Park*, le personnage de Stan a un syndrome de Diogène avec un comportement d'entassement limité à son casier d'école. C'est sa petite amie qui le rapporte au reste de ses camarades. Il va alors voir le conseiller de l'école monsieur McCay, qui a lui aussi un syndrome de Diogène

avec un comportement d'entassement de son bureau. Ils cherchent alors le traumatisme ayant pu déclencher le syndrome de Diogène chez l'un et l'autre. (31)

Patrick Cohen pianiste et professeur de conservatoire invité à l'émission de France Culture explique qu'il vit sans électricité, isolé. Monfort rapporte ses paroles dans son colloque sur le syndrome de Diogène « Ce mode de vie m'a choisi ». (18,29)

E) DIOGÈNE OU AUTRES NOMS DONNÉS

Bien que l'on retrouve l'expression syndrome de Diogène dans de nombreuses publications, l'utilisation du nom du philosophe pour décrire ces patients a connu de multiples détracteurs, lors des trois dernières décennies.

En 1991, Ungvari et Hantz trouvent que le terme est accrocheur et qu'il a permis de populariser le syndrome dans la psychiatrie britannique, mais qu'il s'agit d'un abus de langage. (32)

Reifler (professeur de psychiatrie en Caroline du Nord), en 1996, après avoir rappelé ce qu'il entend par syndrome de Diogène avec un retrait social, des conditions de vie catastrophiques et une absence de demande d'aide, trouve ce terme peu utile. Il se base sur les études de MacMillan et Shaw, sur celle de Clark et *al.* et sur une série de cas en Irlande. Il remet en cause le fond. Pour lui il ne s'agit pas d'une seule entité, il le compare à l'anémie ou à l'agitation. Il existe pour Reifler une diversité, chez les patients observés, sur quatre points : leur niveau cognitif, leur statut socio-économique, leurs comorbidités médicales et l'existence d'un diagnostic psychiatrique ou non. Il remet aussi en cause la forme. Pour lui le nom de Diogène a été utile dans un premier temps pour attirer l'attention des professionnels, mais il ne correspondrait pas à la réalité du philosophe. L'auto-suffisance et le fait de vivre avec un strict minimum seraient les seules caractéristiques identiques entre les patients et Diogène. Il propose de renommer ce syndrome négligence de soi sénile ou rupture sociale chez la personne âgée, permettant ainsi de mettre en avant l'hétérogénéité clinique, pouvant être rencontrée chez ces patients. Son choix se porte sur un troisième terme, le syndrome d'extrême négligence de soi, mettant en avant la gravité, en s'affranchissant du mot sénile, qui peut prêter à confusion. Le seul point sur lequel il est en accord avec les auteurs est l'existence chez ces personnes âgées d'un trouble de la personnalité préexistant. (6)

En 1998, Cybulska (psychiatre polonaise) se base elle-aussi sur les études de MacMillan et Shaw et de Clark et *al.* et appelle ce syndrome importante négligence de soi chez la personne âgée, avec comme éléments principaux une insalubrité du domicile, un retrait social, une apathie, une tendance à garder les ordures et une absence de honte. Elle voit dans le philosophe grec un défenseur de l'auto-suffisance, libéré du carcan social et rejetant le luxe. Le bonheur n'était pas pour lui attaché au matériel ou au statut social, mais présent en chacun et il recherchait la compagnie. Cybulska trouve au contraire les patients loin d'être heureux ou auto-suffisant, ne recherchant pas le contact humain, coléreux, suspicieux et vivant reclus sous une abondance d'objets inanimés dans la poussière et la saleté. Elle souhaite associer à

ce syndrome le nom de Pluchkine, aristocrate veuf du roman *Les Âmes Mortes* de Nicolas Gogol. (3)

La même année Roberge trouve la ressemblance à Diogène boiteuse. (33)

Jürgens en 2000 parle de syndrome d'accumulation des déchets. (34)

En 2000 encore, Halliday et *al.* mènent une étude sur l'insalubrité et considèrent que l'expression syndrome de Diogène n'est pas d'utilité clinique et qu'elle a simplement un intérêt historique.(35)

En 2008, Marcos et De la Cruz Gómez-Pellín rappellent que Diogène de Sinope vivait dans les rues d'Athènes à la poursuite de l'idéologie cynique avec un mépris de la richesse et du plaisir, à la recherche de l'auto-suffisance. Il était en compagnie de disciples et d'amis et se débarrassait des objets, on ne peut donc pas l'accuser de syllogomanie, d'insalubrité de son domicile ou de vouloir vivre isolé des autres. Pour les auteurs la seule ressemblance serait son rejet des conventions, incluant la décence, et qui pourrait être interprété comme de la négligence de soi. Il existerait donc une inadéquation entre les sujets décrits par Clark et *al.* et le philosophe. Même si la rareté des sources historiques et le mélange de fiction et de réalité ne permet pas d'avoir de certitudes, Diogène n'aurait pas son « propre » syndrome selon ces 2 auteurs. Ils ajoutent que sa vie et ses pensées sont déshonorées par le recours à son nom dans ce syndrome, qui n'est même pas mentionné dans le DSM-IV (4^{ème} édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) ou l'ICD-10 (10^{ème} édition de la classification internationale des maladies). La combinaison de l'auto-négligence et de l'accumulation soulève toujours des problèmes non résolus selon eux et ils proposent comme nom à donner au syndrome rupture sénile, rupture sociale de la personne âgée, syndrome de l'insalubrité sénile ou syndrome du désordre domestique. (4)

Barocka et *al.* en 2004 tout comme Demalet *al.* en 2010 parlent du messie-syndrom, qu'on peut traduire par syndrome du désordre. (36,37)

En 2012, Freckelton (professeur de psychiatrie australien) parle de l'accumulation chez la personne âgée et se félicite de son inscription comme syndrome dans le DSM V à partir de 2012. Il cite les noms donnés à ce syndrome comme Diogène, mademoiselle Havisham, Pluchkine, syllogomanie ou insalubrité sénile, qui ont tous leurs limites.(38)

Lee et LoGiudice encore en 2012 pensent que ce terme est trop global et qu'il faudrait différencier négligence de soi, insalubrité, collectionnisme et accumulation ce que sont capable de faire les services sociaux. Il a été utile pour attirer l'attention sur ce type de patient, mais il n'est pas assez précis et englobe de nombreuses maladies. (39)

Enfin Byard en 2013, après avoir rappelé l'étude princeps de 1975 et les critiques subies depuis lors sur l'utilisation du nom Diogène, pense que mademoiselle Havisham du roman de Charles Dickens *Les Grandes Espérances* est le meilleur nom pouvant être donné à ce syndrome. Or, dans le reste de l'article il continue d'employer l'expression syndrome de Diogène et ne mentionne un éventuel syndrome d'Havisham, que dans le titre et 2 fois dans le texte. (5)

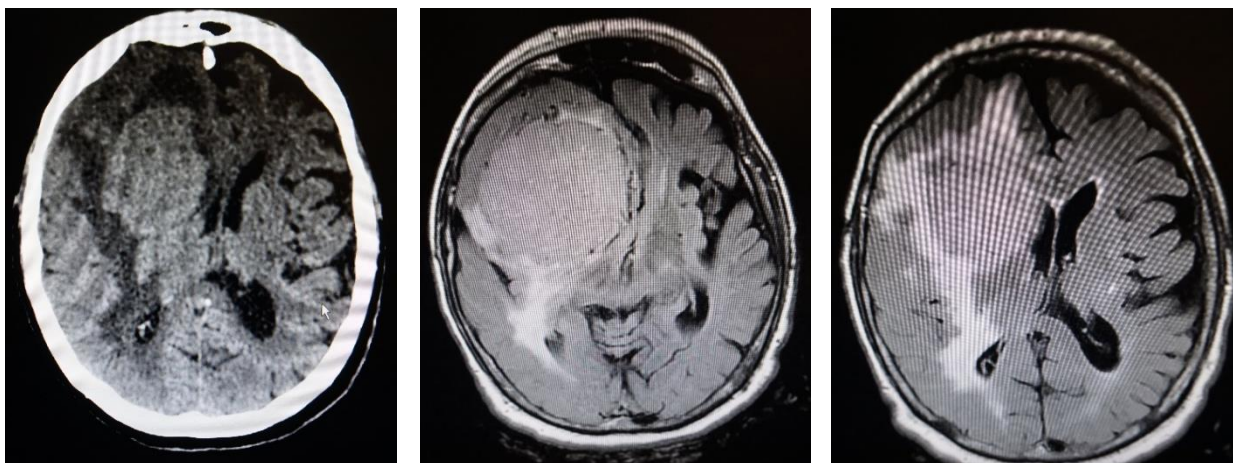
ÉTUDE DE CAS

Je rencontrais Monsieur et Madame C. lors d'une journée aux urgences de l'Hôpital de Bayonne. Monsieur était adressé par son médecin traitant pour un maintien au domicile impossible avec de nombreuses chutes. Il serait resté au sol toute la nuit et serait en état d'incurie. Il vivrait au domicile avec sa mère âgée de 96 ans qui ne pourrait rester seule sans son fils dans l'appartement et qui fut elle-aussi conduite aux urgences de l'hôpital. Les deux patients étaient ainsi inséparables, la mère dépendant de son fils.

Monsieur avait une dysphorie de genre, il disait être un homme, mais souhaitait qu'on s'adresse à lui comme à une femme et qu'on l'appelle « elle ». Il demanda ensuite où se trouvait sa mère et s'il allait rester longtemps car il ne pouvait la laisser seule à la maison. J'essayais de le rassurer en lui répondant qu'elle allait arriver elle-aussi à l'hôpital et que l'on s'occuperait d'elle. Il souhaitait tout d'abord manger et boire, car disait ne pas l'avoir fait depuis 4 jours et serait resté 10 heures au sol depuis sa dernière chute. Il était cohérent et orienté, n'avait pas de troubles du langage ni de céphalées. Il se sentait très asthénique depuis une semaine et se plaignait de douleurs dorsales qu'il mettait en lien avec ses chutes. Il était vêtu d'une robe de chambre rose tâchée à de multiples endroits, avait les cheveux emmêlés et sales. J'avais noté une forte odeur d'urines en entrant dans le box des urgences. Son traitement habituel se composait d'un anti-androgène, un antidépresseur et du paracétamol si besoin.

A l'examen clinique il était cachectique. Je retrouvais des tremblements fins du membre supérieur gauche mais pas de déficit sensitif ni moteur. Il ne pouvait se lever même avec des aides, à cause de ses douleurs dorsales et de sa faiblesse musculaire. La vision de l'œil droit était moins bonne à cause d'un début de cataracte. Les tremblements étaient relativement récents et il avait consulté une neurologue dans un cabinet de ville, mais il n'avait pas encore eu d'exploration fonctionnelle ou d'imagerie. Je notais une douleur exquise à la palpation des premières épineuses thoraciques. Monsieur était hypotendu avec des marbrures abdominales. Il n'avait pas de plaie des membres inférieurs ni d'escarre sacrée. L'électrocardiogramme ne retrouvait pas de blocs de conduction ayant pu expliquer ces chutes. La prise de sang ne montrait pas d'anomalie de l'hémogramme, pas de cytolyse hépatique ni de cholestase, pas de troubles ioniques, la calcémie corrigée était normale. Par contre il existait une rhabdomyolyse avec une créatinine phosphokinase (CPK) à 232 UI/l sans retentissement sur la fonction rénale. Nous décidâmes de réaliser un scanner cérébral qui retrouva une volumineuse lésion à développement temporo-frontal, associée à un œdème important péri-lésionnel et un effet de masse sur les structures adjacentes avec engagement sous-falcorien.

Le bilan à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) évoquait un méningiome avec un œdème péri-lésionnel important.



Images 6-7-8 : A gauche scanner cérébral et ensuite 2 images de son IRM cérébrale

Une intervention neurochirurgicale fut proposée, mais elle dura 10 heures et fut très hémorragique avec la nécessité de transfuser 12 culots globulaires et elle se compliqua d'une coagulation intravasculaire disséminée. En post-opératoire M. C. a été transféré en réanimation, séjour se compliquant d'un choc septique sur fasciite nécrosante sur une veinite favorisée par la corticothérapie à fortes doses. Une nouvelle intervention sur son membre supérieur fut entreprise et le problème infectieux régressa. Malheureusement, devant l'absence de réveil malgré l'arrêt de la sédation un contrôle scannographique cérébral fut demandé, retrouvant des lésions ischémiques bilatérales. Une limitation et arrêt des thérapeutiques se décida en collégialité et M. C. décéda quelques jours plus tard.

M^{me} C. avait été accompagnée aux urgences de l'hôpital pour un maintien au domicile impossible en l'absence de son fils. L'infirmière d'accueil l'avait installée dans la zone tampon des urgences sur un brancard et avait noté un comportement d'agitation. Elle lui disait ne pas être malade et n'avoir rien à faire ici, qu'elle devait rentrer chez elle pour manger et faire le ménage, comme tous les jours. L'urgentiste avait demandé une prise de sang et un scanner cérébral, mais elle refusait de rester et de passer les différents examens. Elle avait alors été évaluée par l'équipe mobile de gériatrie (EMOG).

Ils avaient noté une fragilité cognitive avec troubles de la mémoire immédiate, mais elle gardait quelques compétences sur l'actualité. Il existait une surdité importante non appareillée. Ils diagnostiquèrent une anosognosie avec une personnalité riche et forte, réfractaire aux tests psychométriques, une désorientation spatiale, elle savait seulement dire qu'elle était à Bayonne, mais à nuancer devant leur arrivée brutale, à elle et à son fils, à l'hôpital. L'échelle d'activité de la vie quotidienne (ADL) était à 6/6 et l'échelle d'activité instrumentale de la vie quotidienne (IADL) à 0/4. Son traitement comprenait Aldactone 25 mg une fois par jour, Amiodarone 200 mg ½ comprimé le matin, Furosémide 20 mg 1 comprimé le matin, Oxazepam 10mg et Halopéridol 10 gouttes si agitation. Il existait des troubles de la marche plurifactoriels (âge, sexe, troubles cognitifs, polymédication, faiblesse musculaire, surdité). L'examen clinique ne montrait pas de syndrome extrapyramidal. Elle marchait sans aide. Il n'y avait pas de douleur, la bouche était saine. Aucune protection de justice n'avait été mise en place. Au scanner il existait une atrophie cortico-sous-corticale diffuse, associée à une hypodensité péri-ventriculaire en faveur d'une leuco-encéphalopathie d'origine vasculaire.

M^{me} fut ensuite accueillie en soins de suite et de réadaptation pour une durée de 3 mois. Son examen clinique à l'entrée retrouvait notamment une dénutrition clinique sévère, avec un poids à 34 kilogrammes, un indice de masse corporelle (IMC) calculé à 13.5 kg/m² et une albuminémie à 33,4 g/L. Au bilan biologique, l'hémogramme était normal, il n'existait pas de trouble ionique, mais une insuffisance rénale chronique sévère et une hypothyroïdie périphérique. Elle avait été supplémentée et la fonction thyroïdienne s'était normalisée. Malgré ce traitement ses troubles cognitifs persistaient et un diagnostic de démence d'origine vasculaire a été posé, avec une fibrillation auriculaire non anticoagulée devant un risque de chute.

Elle a un deuxième fils vivant sur Bordeaux et suivi en psychiatrie, que le service tenta de joindre, mais les recherches qu'ils entreprirent furent infructueuses.

Elle avait pu être accompagnée par l'aumônier et la psychologue lors du décès de son premier fils. Le maintien au domicile étant inenvisageable, une demande de protection de justice fût faite et un mandataire spécial fût nommé, puis une entrée en établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) organisée.

M. et M^{me} se téléphonaient lors de leur hospitalisation et il avait pu faire l'aller-retour pour rendre visite à sa mère, avant l'opération qu'ils appréhendaient tous les deux.

En me rendant au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Biarritz, je pus rencontrer les assistantes sociales, qui avaient suivi M. et M^{me} C. lorsqu'ils vivaient à leur domicile, dans la même commune. Ils les connaissaient depuis juin 2015 et un signalement avait été fait par le voisinage, à cause des odeurs dégagées par les poubelles laissées sur le balcon. Le commissariat appela le CCAS pour leur dire que la mère se trouvait seule au domicile car M. était hospitalisé. Les assistantes sociales profitèrent de l'hospitalisation du fils pour se rendre sur place. Elles sonnèrent et on leur ouvra. Elles pensèrent d'abord être en présence de M^{me} mais il s'agissait de M. qui était vêtu comme une femme. C'est ainsi que la première rencontre se fit. Les trois premiers entretiens se déroulant devant l'immeuble selon la volonté de M. L'objectif premier était de gagner leur confiance.

En réalité le premier signalement datait de novembre 2009. M^{me} C. aurait rapporté à sa coiffeuse des actes de maltraitance de son fils, avec des menaces verbales devant un refus de lui prêter de l'argent. Elle aurait indiqué que son fils faisait des achats compulsifs lors d'enchères et par téléphone. M^{me} ne donna pas de suite à ce premier signalement, les différents appels du CCAS ne trouvèrent plus de réponse à partir de mai 2010.

M. C. était décrit par les assistantes sociales du CCAS comme une « dame dans la crasse » avec des cheveux sales, des tâches sur ses vêtements de femme trop grands. Il portait plusieurs bagues aux doigts. Il avait des tremblements mais un comportement adapté.

Il était méfiant et cultivé avec un « mot adapté pour tout ». Il s'opposait au départ aux aides, car il craignait que l'on vide son appartement. Il avait dit à une des assistantes sociales « Si vous m'enlevez tout je vais mourir. ».

Il ne sortait plus les poubelles, car disait se sentir fatigué et ne souhaitait pas les descendre. Il avait peur du regard des autres. Il était fragile et respectueux.

Les aides se sont installées progressivement avec l'accord de M. avec tout d'abord une auxiliaire de vie, qui allait faire les courses avec M., puis dans un deuxième temps ils réussirent

à descendre les poubelles. Quand M. allait faire les commissions il passait systématiquement voir les petites voitures dans le rayon des jouets. Il les collectionnait depuis l'âge de 7 ans.

M^{me} était décrite par les assistantes sociales du CCAS comme une femme propre, qui ne sortait plus depuis quelques années, mais gardait son autonomie physique.

Elle disait que son fils était fainéant et menaçait de le renvoyer de chez elle.

Leur lien à tous les deux était décrit plus comme une cohabitation, qu'une vraie complicité. Il y avait aussi un deuxième fils que le CCAS n'avait pas rencontré, qui vivait sur Bordeaux.

Le logement était un appartement au 2^{ème} étage d'une résidence de Biarritz, dont voici le plan ci-après.

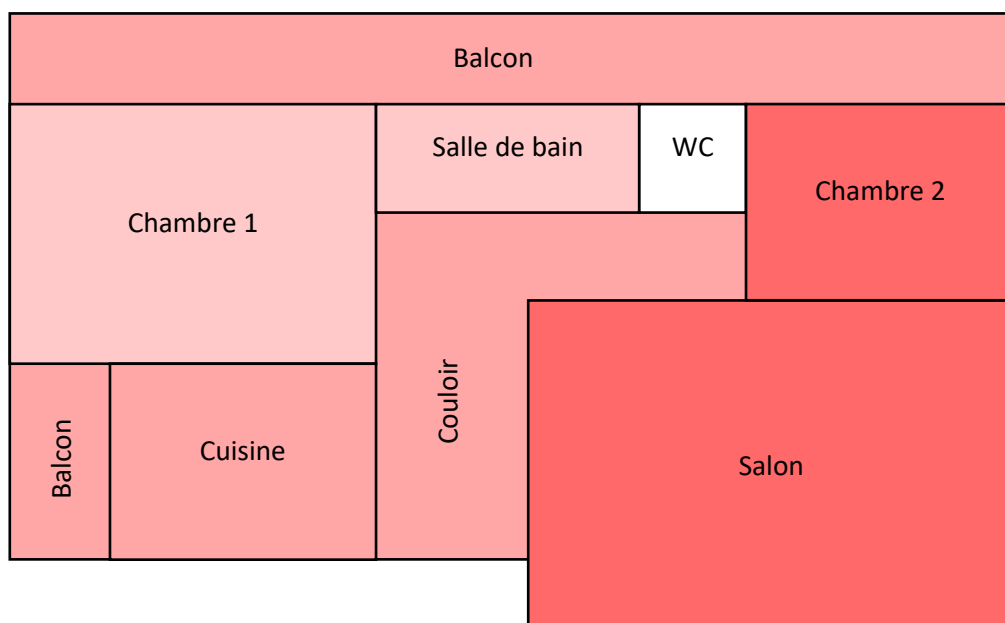


Schéma 1 : plan de l'appartement, illustré en fonction du degré d'encombrement des différentes pièces
Légende : degré d'encombrement : □ absent, □ minime, □ modéré, □ important

La seule pièce sans encombrement était les WC, l'encombrement était modéré dans la chambre 1 où dormaient les deux patients (2 lits côte à côte), plus importants sur les balcons, le couloir et la cuisine et majeur dans la chambre 2, qui était censée être celle de M. et surtout le salon.

Le logement avait une forte odeur de poussière et de crasse avec des poubelles à l'intérieur et sur les balcons, mais sans déchet alimentaire et sans vermine. L'entrée dans le salon était impossible et la baignoire dans la salle de bain débordait d'objets. Les placards de la cuisine contenaient un mélange de courriers, d'affaires, de vaisselle et de nourriture. Le frigo était rangé. Il n'y avait pas d'entassement de nourriture. Quelques billets de banque étaient éparpillés dans l'appartement. Il y avait des photos de M. et M^{me}, mais pas de photos du deuxième fils, ni du père. La boîte aux lettres n'avait pas été ouverte depuis août 2013.

Le mandataire de justice me permet en accord avec la patiente d'accéder au logement qui était resté en l'état depuis le départ de M. et M^{me} C. aux urgences où je les avais reçus, seules les poubelles avaient été retirées.



Image 9 : photo du salon



Image 10 : photo du salon



Image 11 : photo de la chambre de M. C.



Image 12 à gauche : photo d'un des meubles du salon

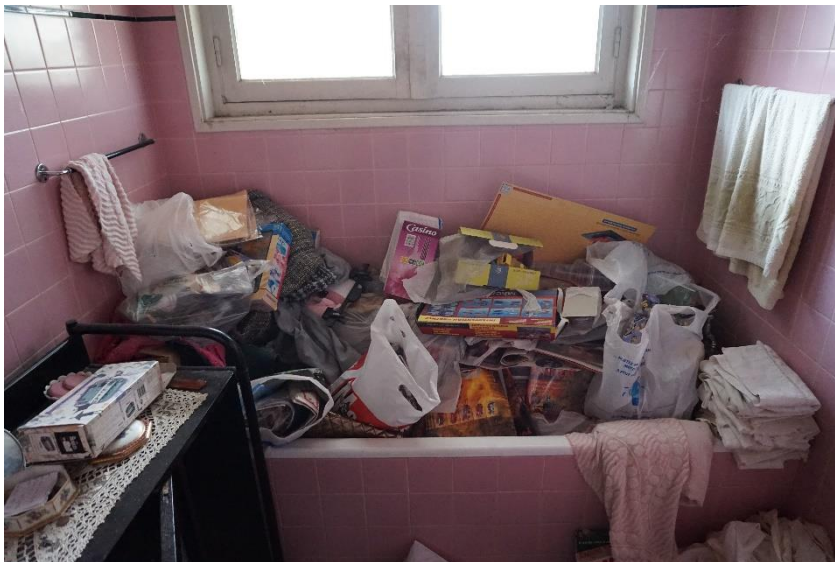


Image 14 : photo de la salle de bain



Image 13 ci-dessus : photo de la cuisine

Les voisins les décrivaient comme des personnes à la fois discrètes mais ils trouvaient les tenues du fils extravagantes. Leurs principales doléances par rapport aux C. était la présence des poubelles sur le balcon et la présence de cafards (mais pas de vermine dans l'appartement). Une voisine vivant dans les étages supérieurs et qui était infirmière venait les voir parfois et leur apportait à manger de temps en temps. M^{me} allait parfois sonner chez les voisins de la résidence en leur réclamant à manger.

Le jour de leur hospitalisation aux urgences c'est une assistante sociale du CCAS qui a appelé les pompiers et le médecin traitant. En se rendant au domicile des C. elle entendit les cris de M. au travers de la porte d'entrée. Il était couché nu au sol entre les 2 lits dans la chambre 1. Sa mère disait qu'il était fatigué et qu'elle devait le laisser se reposer. Lors de l'arrivée des pompiers au domicile elle s'installa pour prendre son petit déjeuner dans la cuisine. Le médecin traitant et l'assistante sociale essayèrent de la convaincre de suivre les

pompiers redoutant de la laisser seule dans l'appartement. Elle urina dans la cuisine lors de son petit déjeuner et ils décidèrent ensemble de la conduire aux urgences de l'Hôpital de Bayonne.

J'avais pu rencontrer leur médecin traitant depuis 1996. M. et M^{me} C. vivaient déjà ensemble à cette date. Ils possédaient une maison sur Tarbes et un autre appartement sur Biarritz. M. venait parfois seul au cabinet, mais il accompagnait systématiquement sa mère pour ses visites médicales.

M. avait été assistant de droit à l'Institut Universitaire de Technologie (IUT) et avait été arrêté à diverses reprises pour des épisodes dépressifs. Il était suivi par un psychiatre de ville, mais qu'il ne nommait pas lors de ses entretiens avec son médecin traitant. Il disait « il » ou « lui ». M. était en arrêt de travail depuis 2002, puis en invalidité pour sa dépression. Une lettre de son psychiatre de 2001 adressée à son médecin traitant relevait une accentuation de la dépression de M. en lien selon lui avec un désinvestissement professionnel et relationnel. Il critiquait souvent ses élèves lors des consultations regrettant leur manque d'investissement et relatant les railleries dont il était la cible, souvent en lien avec ses vêtements de femme. Un traitement était en place depuis 2001 par un neuroleptique atypique. Son médecin traitant signalait qu'il ne supportait pas les sonneries de téléphone lui « faisant faire des bonds », ce pourquoi elle le coupait lorsqu'il venait en consultation. Il avait très peur du regard des autres et de la vieillesse. Il était décrit comme brillant, lisant beaucoup de livres, de journaux et de magazines et il lui découpait des articles qu'il lui apportait. M. lui avait confié lors d'une consultation qu'il était en colère contre sa mère, car son père s'était suicidé et qu'elle leur avait caché, à lui et à son frère, pendant longtemps.

Ils sortaient quotidiennement pour aller au phare de Biarritz puis M^{me} fut hospitalisée pour une découverte de fibrillation auriculaire en 2015 et depuis elle ne sortait plus du domicile et M. se chargeait des commissions et de gérer l'administratif.

Le médecin traitant n'avait vu le deuxième frère qu'une seule fois, en 2007 à la demande de M. C. pour réévaluer son traitement neuroleptique. Elle décrit leur relation fraternelle comme conflictuelle.

M^{me} avait été institutrice. Elle disait « lui » de son fils quand elle était en colère mais « elle » le reste du temps. Ces dernières années elle ne souhaitait plus se rendre à la maison de Tarbes qui était trop encombrée. Elle avait une surdité non appareillée. Elle était très pieuse et peu loquace lors des rendez-vous médicaux. J'avais pu obtenir des photographies de la maison de Tarbes par le mandataire de justice, avec là aussi un encombrement avec collectionnisme de petites voitures.



Images 15-16-17-18-19-20 : photos de la maison de Tarbes

J'ai pu avoir un entretien téléphonique avec la psychologue de l'EHPAD où réside M^{me} C. Elle avait réalisé une évaluation cognitive en juin 2016, avec un Mini Mental State (MMS) à 20/30, un test de l'horloge à 1/7 et un test de Dubois à 3-2-1-1. L'indiçage était inopérant. Le test de fluence verbale catégorielle était à 10 et la patiente refusa le test de fluence verbale formelle.

Lors de l'entretien initial avec réflexion autour d'un projet de soins personnalisés elle a indiqué être fille unique, puis a ajouté avoir eu une sœur décédée à la naissance. Elle ne parla pas de sa vie de couple et a dit être veuve.

Elle aurait une dépression réactionnelle au décès de son fils et se présente comme apathique, détachée et peu en demande. Elle aurait souhaité repasser par chez elle avant son entrée en EHPAD et avoir des effets personnels lui appartenant, ainsi qu'à son fils.

L'entrée en contact avec la patiente est assez récente. Sa déficience auditive gêne la relation, mais elle ne souhaite pas l'appareillage qui lui a été proposé répondant « A mon âge à quoi bon. ». Elle serait peu en demande. Elle a des thèmes récurrents lors des entretiens, posant beaucoup de questions par rapport à son fils, à son décès et à ses obsèques. Elle exprime aussi son désir de retrouver son second fils, qui vit sur Bordeaux.

Il n'existe par contre aucun comportement d'entassement. Les soins d'hygiène sont compliqués selon les équipes avec des refus réitérés de M^{me}.

Elle est très croyante et s'en réfère à Dieu pour expliquer la plupart des choses qui lui sont arrivées comme par exemple « Dieu n'a pas voulu que l'opération marche. », dit-elle par rapport à la chirurgie du méningiome de son fils.

Elle a un caractère dur et autoritaire et elle peut être manipulatrice. Elle souhaite que l'on fasse selon ses désirs « car elle est âgée ». Elle est plutôt solitaire mais indique apprécier le contact avec les autres. Cependant, elle semble peu encline à créer des liens avec les autres résidents et ne participe que très peu aux diverses activités communes organisées par l'EHPAD.

Elle n'a pas de trouble du sommeil ni de l'alimentation.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

L'objectif de ma recherche documentaire était d'obtenir une définition du syndrome de Diogène en 2017 et d'avoir ses principales caractéristiques qui me paraissaient les plus pertinentes en reprenant celles développées dans l'articles princeps. J'ai cherché à avoir la définition, l'épidémiologie, le mode de découverte, la genèse du syndrome, sa prise en charge, le point de vue psychologique, et le pronostic.

A) MÉTHODE

Les banques de données MEDLINE de 1975 à 2016 ont été consultées ainsi que celle d'ELSEVIER-SCIENCES DIRECT, SPRINGER, WILEY ONLINE LIBRARY, JOHN LIBBEY EUROTTEXT accessibles par l'espace numérique de travail de l'université de Bordeaux.

La banque de données COCHRANE a elle-aussi été consultée, mais il n'existait aucun article portant sur le syndrome de Diogène.

J'ai commencé ma recherche en utilisant l'expression *diogenes syndrome*. J'ai obtenu 938 articles en additionnant les résultats des différentes banques de données. J'ai centré ma recherche sur les articles ayant l'expression *diogenes syndrome* dans le titre permettant de garder les articles se centrant sur le syndrome de Diogène. Etant donné la rareté des articles publiés sur le sujet j'ai pensé que les auteurs ayant publié sur le sujet auraient inclus cette expression dans le titre de leur article.

Les articles en langue française, anglaise et espagnole ont été gardés.

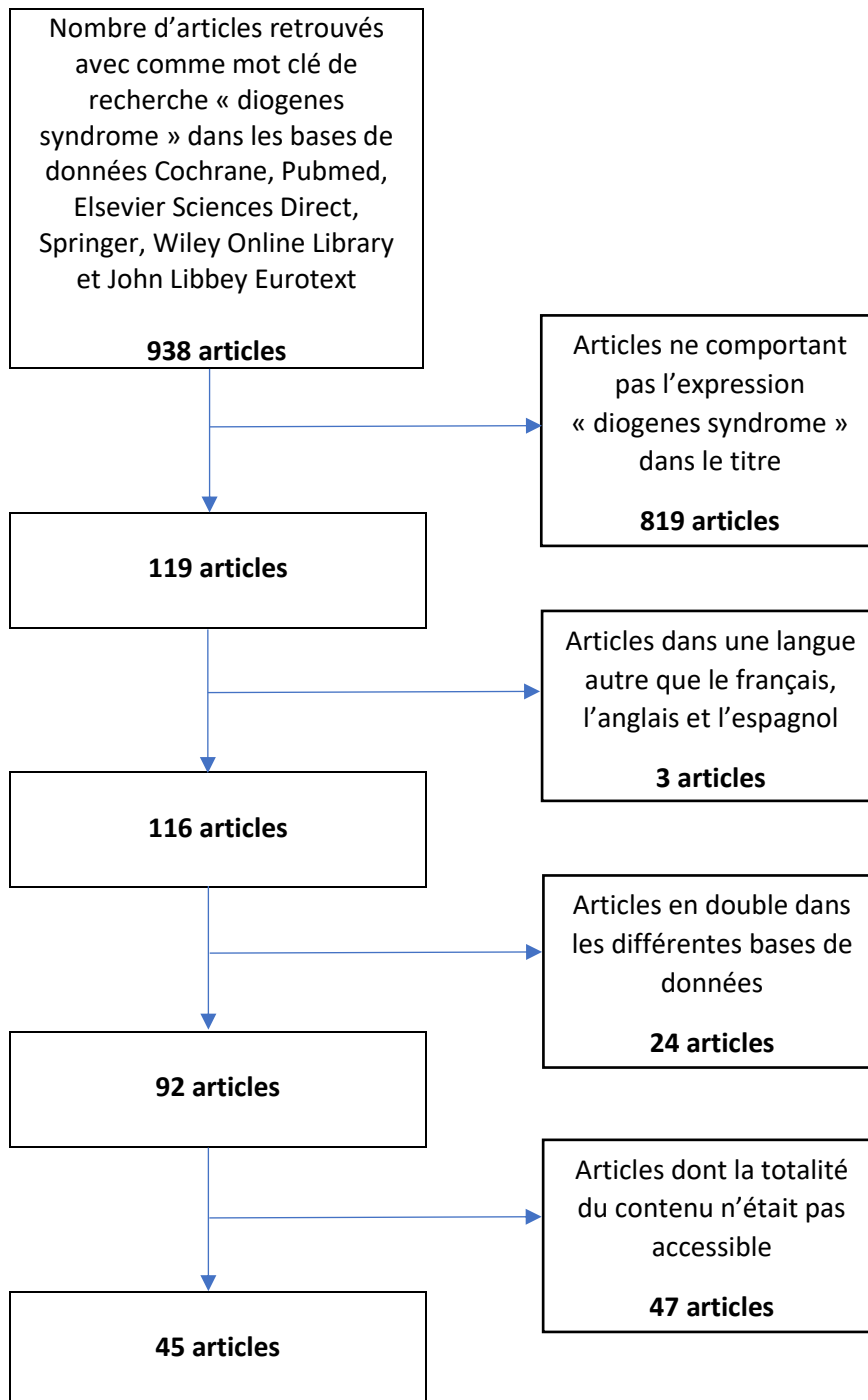


Diagramme 1 : Diagramme de flux pour la sélection des 45 articles lus.

Les articles étaient de trois types : revues de la littérature, études descriptives et séries ou études de cas.

Tous avaient un niveau de preuve de grade C.

Parmi les 45 articles, ont été retirés ceux qui ne reconnaissent pas l'existence du syndrome de Diogène sur le fond et/ou la forme.

Au final 14 articles ont été sélectionnés

B) RÉSULTATS

AUTEURS (ANNÉE DE PUBLICATION) REVUE DE PUBLICATION	TYPE DE L'ÉTUDE	OBJECTIFS DE L'ARTICLE	DONNÉES PRINCIPALES DE L'ARTICLE
Lavigne (2016) L'Encéphale	Revue de la littérature	Comparaison du Hoarding disorder ou syllogomanie avec le syndrome de Diogène	Continuum possible entre TDAH, syllogomanie et syndrome de Diogène. Lien entre accumulation et incurie avec tableau commun entre syllogomanie et syndrome de Diogène et nécessité de nouvelles études pour les distinguer.
Camps (2016) Annales médico-psychologiques	Série de cas	Analyse pluridisciplinaire (psychologique, psychiatrique et psychanalytique)	2 cas de syndrome de Diogène secondaire avec névrose obsessionnelle. Hétérogénéité du syndrome de Diogène, accumulation et auto-exclusion sont des mécanismes protecteurs. Intense activité psychique des patients.
Browne (2015) Progress in Neurology and Psychiatry	Série de cas	Approche et prise en charge des patients avec un syndrome de Diogène aux Etats-Unis	3 cas. Arbre décisionnel sur la prise en charge pluridisciplinaire des patients et les articles de lois utiles. Approche centrée sur le comportement d'accumulation, traitement par thérapie cognitivo-comportementale.
Waserman (2014) General Hospital Psychiatry	Etude de cas	Exploiter la neuroplasticité pour soigner les syndromes de Diogène	1 cas. Proposent de nouvelles études pour modifier les comportements des patients en utilisant la neuroplasticité. Evaluation psychiatrique et approche pluridisciplinaire.
Houbin (2014) Congrès Français de Psychiatrie	Etude descriptive	Décrire les caractéristiques épidémiologiques, les diagnostics associés et l'orientation thérapeutique des patients.	Utilisation de la définition de l'article princeps. 23 patients inclus, principalement des femmes, vivant seules, signalées par les services sociaux, absence de diagnostic associé dans un tiers des cas. Equipes mobiles de psychiatrie facilitent l'évaluation et l'accès aux soins psychiatriques.

Wong (2012) Neurologie- Psychiatrie- Gériatrie	Série de cas	Décrire le syndrome de Diogène et sa prise en charge	16 cas. Utilisation de la définition de Monfort et <i>al.</i> de 2010. 3 grands types de patients (démence, pathologie psychiatrique ou personnalité particulière). 5 règles guidant la réflexion lors de la prise en charge.
Cipriani (2012) Dialogues in Clinical Neuroscience	Revue de la littérature	Etablir le lien entre démence et syndrome de Diogène.	Nécessité d'une évaluation sociale et médicale des patients avec une évaluation neuropsychologique. Lien avec la démence qui est une maladie associée fréquente du syndrome de Diogène, notamment la démence fronto-temporale.
Thomas (2011) Neurologie- Psychiatrie- Gériatrie	Revue de la littérature	Réfléchir au lien entre hypofrontalité et syndrome de Diogène	Le syndrome de Diogène serait la résultante du vieillissement d'un TDAH.
Ducasse (2011) L'information psychiatrique	Etude de cas	Etudier les liens entre la psychose et le syndrome de Diogène et la prise en charge de ces patients.	1 cas, 51 ans. Utilisation de la définition de Monfort et <i>al.</i> de 2010. Rappel épidémiologique et des maladies associées. Approche psychopathologique de la patiente.
Monfort (2010) Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement	Etude descriptive rétrospective	Evaluation épidémiologique du syndrome de Diogène avec une nouvelle définition	121 patients, hétérogénéité des situations cliniques. Souvent chez des femmes âgées qui ont exercé des professions actives. Démence ou psychose associée dans la moitié des cas. Si Diogène primaire personnalité particulière ou événement de vie marquant dans l'enfance.
Chan (2007) Neuropsychiatric Disease and Treatment	Série de cas	Décrire les caractéristiques épidémiologiques, les diagnostics associés et les profils psychopathologiques	18 patients dont la plupart vivent à plusieurs. Hétérogénéité clinique et sociodémographique. Démence, schizophrénie et mésusage de l'alcool souvent retrouvés. Changement sociétal dans la culture chinoise expliquerait le syndrome de Diogène primaire.
Hanon (2004) L'Encéphale	Revue de la littérature	Analyse transnosographique du syndrome de Diogène	Peu de données épidémiologiques dans la littérature. Le syndrome de Diogène est un trouble du comportement avec des Diogène « passif » et « actif ».

Beauchet (2002) La Revue de Médecine Interne	Série de cas	Etudier l'association entre dysfonctionnement frontal et syndrome de Diogène	4 cas de démences. Absence de consensus sur la définition et les critères diagnostiques du syndrome de Diogène. Rôle déterminant du dysfonctionnement frontal dans la genèse du syndrome. Remise en cause du caractère lucide de ce choix de vie.
Cole (1992) International Journal of Geriatric Psychiatry	Etude de cas	Etudier un Diogène de couple	Description d'un Diogène de couple et similitude avec la <i>folie à deux</i> . 2 personnalités particulières.

Tableau 1 : Articles sélectionnés pour la revue de la littérature

C) ANALYSE

1-DÉFINITION

En prenant 11 articles qui définissent le syndrome de Diogène on obtient le diagramme suivant. (24,40–49)

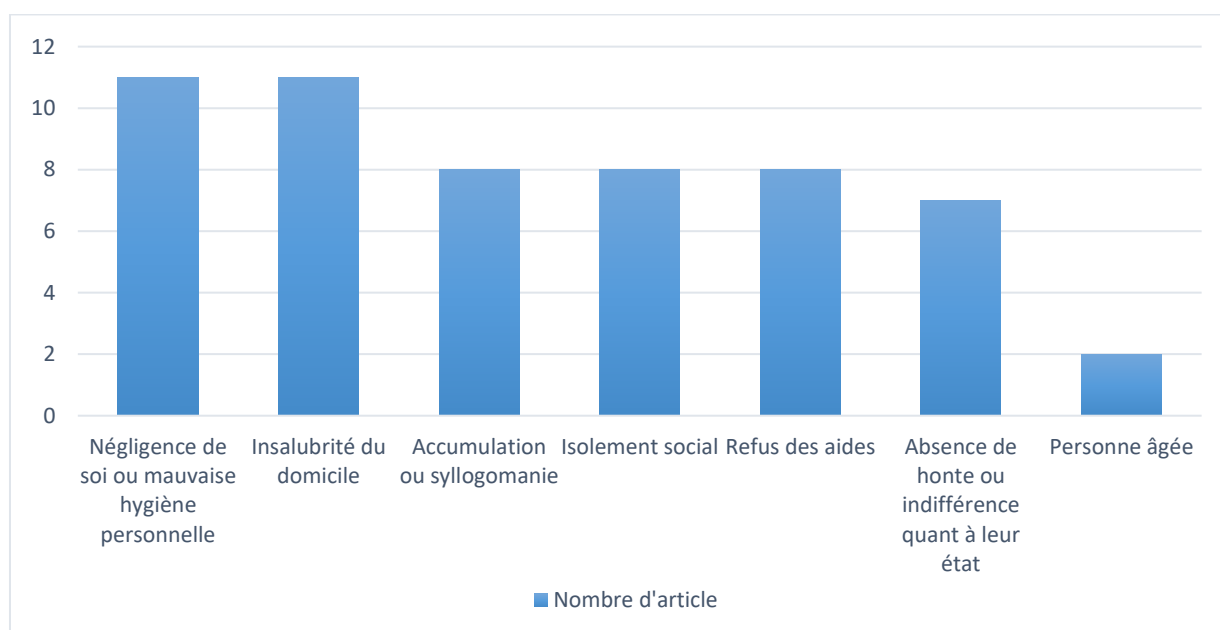


Diagramme 2 : Répartition des différents critères utilisés dans 11 articles pour définir le syndrome de Diogène

Pour certains auteurs le comportement d'accumulation n'est pas spécifique du syndrome de Diogène. (24,40,46)

Hanon et al. repris par Ducasse et al. parlent de Diogènes actif et passif, les actifs remplissant leur intérieur et les passifs se faisant déborder par l'accumulation. (24,47)

Pour 4 auteurs il s'agit d'un trouble du comportement. (44,45,47,48)

En 2010, Monfort et *al.* ont proposé une nouvelle définition du syndrome de Diogène dans une enquête descriptive rétrospective dans le XV^{ème} arrondissement de Paris. Elle comporte un critère principal, l'absence paradoxale de demande à l'égard des médecins et des services sociaux. Souvent le signalement est fait par un tiers ou lors d'une hospitalisation en urgence. A ce postulat s'ajoutent trois critères secondaires, une relation inhabituelle ou franchement bizarre au corps, aux autres et aux objets. Ces trois critères peuvent exister sous des formes opposées. Pour les objets, soit le domicile est vide, soit au contraire il existe une accumulation (qu'elle soit sous la forme d'un collectionnisme ou d'un entassement d'objets divers). Pour la relation inhabituelle aux autres, soit le patient a besoin d'aller au contact des autres, soit il s'auto-exclue de la société et les contacts sociaux et familiaux se font avec ceux qui comprennent, tolèrent ou facilitent ce mode de vie que les auteurs appellent « les porteurs de panier ». Pour la relation inhabituelle au corps, soit la personne prête une attention excessive à la propreté, à l'hygiène et à l'apparence de son corps, soit elle néglige son apparence corporelle. Il existe donc 14 sous-groupes, selon les formes des critères secondaires et l'acceptation ou non par les patients des aides une fois le contact médico-social établi. Ils ont schématisé cette définition du syndrome de Diogène (schéma 1).

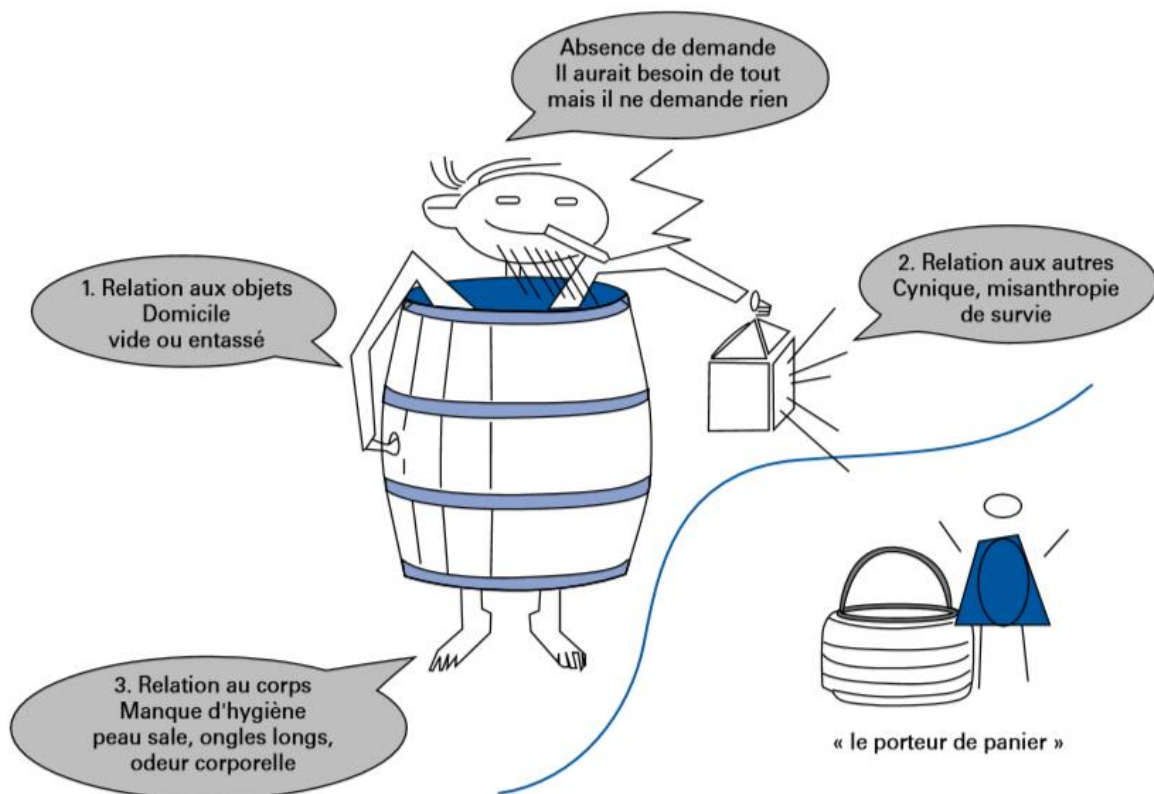


Schéma 2 : schéma inclus dans le questionnaire de l'étude ayant pour objectif de faciliter le repérage des Diogènes (7)

Cette définition a été reprise par Wong en 2013 (qui avait déjà travaillé sur l'étude parisienne de 2010) et Lavigne et *al.* en 2015. (9,15)

Dans le DSM-V le syndrome de Diogène n'existe pas. Par contre ils y décrivent le Hoarding Disorder, en français Sylllogomanie ou Thésaurisation pathologique.

Les critères diagnostic de la Sylllogomanie dans le DSM V sont :

- Difficulté persistante à jeter ou à se séparer de certains objets indépendamment de leur valeur réelle.
- La difficulté est due à un besoin ressenti de conserver les objets et à la souffrance associée au fait de les jeter.
- La difficulté à jeter des objets aboutit à une accumulation d'objets qui envahissent et encombrant les lieux d'habitation compromettant de manière importante leur fonction première. Si ces espaces sont dégagés c'est uniquement grâce aux interventions de tiers (par exemple des membres de la famille, des agents d'entretien ou des représentants de l'autorité publique).
- L'accumulation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (y compris le maintien d'un environnement sans danger pour soi-même et pour les autres).
- L'accumulation n'est pas imputable à une autre affection médicale (par exemple une lésion cérébrale, une affection cérébrovasculaire, un syndrome de Prader-Willi).
- L'accumulation n'est pas mieux expliquée par les symptômes d'un autre trouble mental (par exemple des obsessions dans un trouble obsessionnel-compulsif, une diminution d'énergie dans un trouble dépressif caractérisé, des idées délirantes dans la schizophrénie ou dans un autre trouble psychotique, des déficits cognitifs dans un trouble neurocognitif majeur, des intérêts restreints dans un trouble du spectre de l'autisme).(16)

2-ÉPIDÉMIOLOGIE

L'âge de révélation du syndrome de Diogène se situe entre 18 et 94 ans. (48)
Cependant il touche plutôt la personne âgée. (43,46)

La fréquence varie selon les études en fonction de l'âge et de l'endroit où les patients sont rencontrés.

Chez les plus de 60 ans vivant au domicile, elle est de 5 pour 10 000 habitants, qu'ils vivent seuls ou non. (44)

Celle menée par Monfort, à Paris en 2010, en estime la fréquence à 1.6 cas pour 10 000 habitants. (7)

La plupart vivent seuls et sont veufs ou célibataires. (24,42,43,48)

Seule une étude réalisée à Hong-Kong retrouve une majorité de patients vivant avec leur conjoint ou des colocataires (11 cas sur 18). (46)

Pour certains auteurs il existe une prédominance féminine. (24,43)

Les patients proviennent de tous les groupes sociaux et économiques dans la majorité des études. (24,41,46,48)

Dans l'étude de Houbin et *al.* seulement 21,7% des patients ont un médecin traitant.(43)

Dans l'étude de Monfort et *al.* les patients ont entre 52 et 95 ans avec un âge moyen à 77,8 ans. Soixante et onze pour cent sont des femmes, ce qui correspond au sex-ratio de la population à cet âge. Les professions sont le reflet de celles retrouvées dans la population générale. Par contre 62 % des patients n'ont pas d'enfants, ce qui est bien supérieur à la moyenne dans ces tranches d'âge. Quatre-vingt-neuf pour cent vivaient seuls et 65 % ont une aide de l'entourage, c'est eux que Monfort et *al.* appellent les « porteurs de panier ». (7)

3- GÉNÈSE DU SYNDROME DE DIOGÈNE

Le syndrome de Diogène a pour principales étiologies :

- Les démences, surtout les maladies d'Alzheimer et les démences fronto-temporales (9,15,24,41,43,44,46-48)
- Les troubles obsessionnels compulsifs (24,44,47)
- Les troubles de l'humeur avec la dépression et l'hypomanie (15,24,41,43,44,47)
- Les psychoses, principalement les schizophrénies et les psychoses paranoïaques (9,15,24,43,44,46,47)
- Un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) vieilli (24,45)
- Un trouble anxieux (15)
- Un abus de substance (15,41,42,44,46)
- Un trouble affectif (44)
- Un handicap intellectuel (15,44)
- Toute dysfonction frontale(par exemple post-lésionnelle ou compressive) (24,41,44,48)

Des auteurs ont décrit le dysfonctionnement frontal comme un facteur déterminant dans la genèse du syndrome de Diogène. (48)

Lavigne et *al.* pensent qu'il existe un continuum entre TDAH, Syllogomanie(ou thésaurisation pathologique) et le syndrome de Diogène qui constitue une forme non réussie de vieillissement des deux troubles précédents à valence frontale. (15)

L'abus de substance et notamment d'alcool serait un facteur aggravant plus qu'une étiologie. (24,47)

La découverte d'un syndrome de Diogène chez un sujet jeune doit faire rechercher une pathologie psychiatrique. Chez le sujet âgé, il s'agit le plus souvent d'une maladie organique. (9)

Monfort et *al.* retrouvent un trouble psychiatrique dans la moitié des cas avec notamment une psychose chez 34 des 121 patients. Une démence est présente dans 26 % des cas. Par contre 42 n'ont aucune pathologie (35 %) leur faisant évoquer la présence d'un Diogène primaire. (7)

Pour Wong, il existe trois grandes orientations étiologiques : la démence ou pathologie neurologique d'apparition semi-récente, la maladie psychiatrique et les patients sans pathologie, mais avec une personnalité particulière. Dans le dernier groupe, les patients refusent parfois les soins ou les examens. Il persiste donc toujours un doute sur l'existence d'une pathologie somatique ou psychiatrique sous-jacente. (9)

Devant la fréquence des situations sans pathologies sous-jacente retrouvée, ce que les auteurs nomment Diogène primaire, ils ont également étudié la personnalité des patients.

Ils ont retrouvé des personnes excentriques, méfiantes, bizarres, solitaires, narcissiques, psychorigides, antisociales avec une violence pouvant être verbale ou physique et une tendance aux querelles. Ils sont souvent suspicieux, têtus, obstinés, détachés, distants, secrets, perfectionnistes. On retrouve aussi des comportements d'évitement, une difficulté à prendre des décisions avec une hésitation et une tergiversation. (9,44,46)

Dans l'étude de Monfort et *al.* 21 personnalités exceptionnelles ont été signalées. Ils les ont classées en 4 groupes de personnalité : forte, bizarre, sympathique et une seule personne était décrite comme anxieuse ou nerveuse. (7)

Tout comme pour la définition les avis des différents auteurs divergent quant aux mécanismes qui vont faire apparaître un syndrome de Diogène.

MacMillan et Shaw retrouvèrent dans un tiers des cas la perte d'un proche. (2)

Pour Chan et *al.* le point de départ est un dysfonctionnement cognitif conduisant à une négligence de soi par oubli, une absence de jugement et de perception du problème. Le déclin mental conduit au comportement d'accumulation et la marginalisation entraîne l'insalubrité et la rigidité cognitive qui augmente la rupture sociale. (46)

Monfort et *al.* retrouvent dans leur étude un événement de vie avec un caractère dramatique dans 40 % des cas, sachant que cette donnée (existence ou non d'un événement de vie traumatisant) n'a pas été renseignée dans 38 % des situations. Cet événement traumatique est survenu dans l'enfance dans 12 % des cas. De ces données naquit la théorie du « passage du paradis à l'enfer dans la petite enfance ». Ils rappellent que lors de la petite enfance les besoins vitaux sont assurés par autrui. Si brutalement il n'y a plus personne pour assurer ces besoins l'enfant va soit trouver des personnes relais soit sera obligé de s'adapter en renonçant à l'idée qu'un jour autrui pourra lui venir en appui. C'est ce que Monfort appelle la misanthropie de survie avec une vie solitaire à l'écart du monde et on retrouve le critère principal de l'étude : « J'ai besoin de tout mais je ne demande rien. ». (7,29,50)

4-MODE DE DÉCOUVERTE

Ce ne sont jamais les patients eux-mêmes qui sollicitent une prise en charge, qu'elle soit médicale ou sociale. (7,46,48)

Les trois grands modes de révélation d'un syndrome de Diogène sont :

- Fortuite au décours d'un incident domestique ou médical, ou lors d'une enquête de routine des services sociaux. (46,48)
- Par une intervention sociale ou des forces de l'ordre, demandée par le voisinage du fait des nuisances (odeurs ou entassement d'objets). (7,42)
- Suite à un signalement de l'entourage. (7,42)

Les principaux signes ou symptômes ayant mené à cette découverte sont un entassement d'objets, une négligence corporelle ou vestimentaire, un refus d'aide, une puanteur, une brûlure, une gelure, une blessure, une chute, une déshydratation ou une infection. (7)

L'abandon ou le décès du « porteur de panier » explique une partie des arrivées aux urgences. Le délai entre le décès et la découverte du corps peut être long s'il n'existe pas de « porteur de panier ». Monfort et *al.* le considèrent comme un syndrome de révélation tardive, les patients acceptant les aides lors de l'apparition d'un affaiblissement de fin de vie ou d'une complication médicale sous-jacente. (7)

Ils sont parfois connus des services sociaux depuis 1 à 3 ans sans prise en charge. (46)

5-PRISE EN CHARGE

Les auteurs soulignent la nécessité d'une prise en charge interdisciplinaire, médicale et sociale. (41,44,47,48)

Il est important de rechercher une étiologie à ce syndrome (existence d'un Diogène secondaire) avec une éventuelle cause à traiter. (47)

Pour cela certains auteurs proposent un bilan initial avec un examen clinique, une biologie (comprenant les dosages du fer, vitamines B6 et B12, calcium, protides, albumine, kaliémie, bilan hépatique complet, fonction rénale, bilan thyroïdien) ainsi qu'une imagerie neurologique. A ce bilan, il faut ajouter une évaluation neuropsychologique, une étude de la personnalité et de l'environnement psychosocial. Il s'agit d'une proposition et ils reconnaissent l'absence de recommandations et la difficulté lorsque les patients refusent

l'évaluation, les traitements ou les aides et les problèmes médico-légaux et éthiques qui en découlent. (44)

D'autres auteurs confirment une réticence avec parfois une agressivité des patients et s'interrogent sur le caractère lucide de ce choix de vie, étant donné que certaines étiologies sont des lésions cérébrales. (48)

Une prise en charge sociale avec une sauvegarde de justice, une curatelle ou une tutelle est parfois nécessaire. (43,47)

L'accompagnement des patients doit se réaliser si possible au domicile avec un recours à une hospitalisation de jour (comme l'avaient fait MacMillan et Shaw), plutôt qu'une hospitalisation classique ou sous contrainte. (9,44,47)

Hanon et *al.* soulignent la répétition du comportement d'entassement s'il existe. Lorsque le patient va retourner à son domicile il va recommencer ses conduites d'entassement même si l'appartement a été vidé et nettoyé.(47)

Il s'agit souvent d'interventions longues où la patience est essentielle avec une étude au cas par cas. L'approche se fait par étapes et peut durer des mois voire des années, pour que s'instaure un espace relationnel de confiance. (24)

Dans son article de 2013, Wong évoque des situations administratives et sociales complexes avec parfois une absence de droits sociaux, de papiers d'identité ou de moyen de paiement. Elle préconise une évaluation du patient et de son entourage (la famille et les voisins) avec une prise en charge différente en fonction du groupe d'étiologies.

En cas de pathologie neurologique, il faut évaluer la pertinence et la faisabilité du maintien au domicile avec comme élément déterminant l'acceptation ou non des aides sociales. Une mise en place d'une protection juridique est souvent nécessaire pour régler les factures et éviter l'expulsion, avec recours à une société de nettoyage pour remettre en état le domicile. Une hospitalisation peut être utile si le patient l'accepte.

En cas de problème psychiatrique, le travail est long et se compte souvent en années sans qu'on ait forcément recours à une mesure de protection. Une équipe de secteur psychiatrique peut être sollicitée avec mise en place d'un traitement médicamenteux et au besoin un recours à une hospitalisation sous contrainte.

En cas de personnalité particulière, les différents acteurs joueront le rôle de médiateur avec les voisins. Une saisie des services d'hygiène, qui interviendront sur arrêté préfectoral, est parfois nécessaire.

Elle donne cinq règles d'intervention : ne pas confondre incapacité juridique et incapacité d'expression, ne pas vouloir à tout prix appliquer des consignes décidées par le patient avant sa maladie, interdire sans hésiter ce qui mettrait l'autre ou les autres en danger, respecter les règles de vie commune si le patient est en collectivité et ne pas négliger la liberté de l'entourage du patient. (9)

La thérapie cognitivo-comportementale est le traitement non médicamenteux le plus cité dans les articles. (41)

Browne et Hedge préconisent 26 séances sur une durée de 6 à 12 mois. (41)

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont efficaces en cas de trouble obsessionnel compulsif ou de Sylllogomanie. (41)

Les neuroleptiques atypiques ont été utilisés dans le traitement de la démence fronto-temporale, mais il n'existe pas d'étude prouvant leur efficacité. Ils sont également utilisés en cas de symptômes paranoïaques. (44)

6-LA VISION PSYCHOLOGIQUE ET SOCIÉTALE

Dans leur article Ducasse et *al.* se servent de la théorie de Didier Anzieu, le «Moi-peau », qu'il a développé dans son livre de 1975 et qui est héritier du Moi de Freud. Selon ce psychanalyste, l'instauration du Moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique, la certitude et la constance d'un bien-être de base. Il s'agit d'une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même, comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Ainsi, toute fonction psychique se développe en appui sur une fonction corporelle, dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental. Grâce à cette organisation en double paroi du Moi-peau, la relation contenant-contenu est préservée, le Moi psychique restant intégré dans le Moi corporel.

Seulement les pertes itératives subies par le patient vont l'exposer à des blessures narcissiques et entraîner une perte de la fonction de contenant du Moi-peau. L'accumulation d'objets interviendrait alors, comme une tentative de restauration.(24,51)

Camps et *al.* voient l'accumulation et l'auto-exclusion comme une protection évitant aux patients l'intimité potentielle dans la rencontre avec l'autre.(40)

Browne et Hedge citent dans leur article les travaux des professeurs Steketee et Frost, qui pensent que l'encombrement donne aux patients un confort et une sécurité avec un investissement émotionnel. Les patients ont peur de l'effondrement émotionnel, qui serait provoqué par le retrait de l'encombrement. Ils évoquent également l'opinion du psychiatre Maier, qui pense important de distinguer les patients en fonction de leur attachement aux objets. Ceux pour qui l'encombrement est un symptôme, c'est-à-dire que les objets entassés n'ont aucune signification émotionnelle, auraient un Diogène secondaire, tandis que ceux qui sont attachés aux objets auraient un Diogène primaire.(41)

D'autres auteurs voient le syndrome de Diogène comme la conséquence de l'absence de lien entre les générations et l'isolement des personnes âgées.(46)

Monfort y voit un comportement inhérent à la condition humaine et qui va s'activer en milieu hostile mais qu'il faut valoriser. La force des personnes atteintes du syndrome de Diogène est leur résistance, comportement qui pourrait s'avérer utile lors des périodes de guerre ou pour les voyages dans l'espace.(29)

7-PRONOSTIC

Le taux de mortalité est variable selon les études mais le pronostic reste globalement sombre à moyen terme.

Pour certains il est de 46 % à 5 ans. (47)

Monfort et *al.* l'estiment à 50 % sur une période de 3 mois à 3 ans. (7)

DISCUSSION

A) L'ABSENCE DE DÉFINITION

Monfort écrit dans un article en 2013, qu'il y a autant de définitions du syndrome de Diogène que d'auteurs, entre les études princeps et 2010. (50)

Cette phrase reste d'actualité même en 2017, ce qui rend la recherche bibliographique difficile devant l'absence de définition consensuelle.

Le manque de clarté et d'étayage dans l'article princeps sur le choix de cette appellation syndrome de Diogène, pour la série de 30 patients, sont les raisons principales de cette confusion, qui perdure 42 ans après la parution de l'article dans le *Lancet*.

Pourtant les étiologies retrouvées sont les mêmes pour les articles de Monfort et *al.* et pour les articles antérieurs, confortant l'idée que les auteurs parlent bien du même syndrome et du même type de patients. L'approche transnosographique, soulignée par Hanon et *al.* dès 2004, semble être la plus proche de la réalité. Il s'agit d'un groupe hétérogène de patients, englobant une grande diversité de situations et d'étiologies. Le syndrome de Diogène ne se limite pas seulement au comportement d'entassement et ne doit pas être confondu avec la Syllogomanie.

Même si la définition opératoire de l'étude de 2010 est facile à utiliser, elle n'a pas été reprise dans de nouvelles études épidémiologiques depuis, empêchant de vérifier sa validité scientifique et de donner une nouvelle définition au syndrome de Diogène.

Monfort et *al.* précisent que le critère principal est l'absence de demande envers les médecins et les services médico-sociaux, ce qu'ils traduisent par la phrase « Ils auraient besoin de tout mais ne demandent rien. ». Il peut néanmoins exister des demandes, comme celle que l'on retrouve dans l'étude de cas où M^{me} C. allait toquer à la porte de ses voisins pour réclamer de la nourriture.

Quels que soient les noms donnés pour ce syndrome (Plushkine, miss Havisham, syndrome du désordre, insalubrité sénile ou négligence de soi chez la personne âgée), aucun n'a été plus repris que celui de Diogène. Bien que pour certains auteurs ce type de patient ne peut se comparer au philosophe grec, qui avait choisi sa vie d'ascète, ce terme a été réutilisé par de nombreux auteurs et son nom reste associé à ce type de patients. Il n'est toujours pas reconnu de certaines institutions, comme l'association américaine de psychiatrie qui pourrait faciliter sa diffusion en l'inscrivant dans le DSM-VI.

B) PRISE EN SOINS DU SYNDROME DE DIOGENE EN 2017

Quelle que soit la définition utilisée le repérage des syndromes de Diogène permet d'adapter la prise en soins, de souligner leur complexité et d'adapter l'accompagnement des personnes. L'enjeu semble être un repérage de ces situations.

Seulement il existe de nombreux freins à la diffusion du syndrome de Diogène.

L'absence de définition reconnue par tous, l'absence de traitement médicamenteux spécifique, la difficulté de la prise en charge avec des interventions longues et mobilisant de nombreuses personnes sans résultat assuré, le rejet des aides par les patients ou encore la difficulté à savoir si ce mode de vie est choisi ou s'il s'impose à certains patients sont autant de freins à la diffusion du syndrome de Diogène. Ceci entraîne probablement un sous-diagnostic de ces situations, avec des situations extrêmes où les patients sont conduits aux urgences, ou retrouvés décédés après plusieurs jours.

L'information des médecins généralistes semble importante car ils ont accès aux domiciles des patients, domiciles pouvant parfois n'être que le seul signe extérieur du syndrome. C'est ici que se situe le rôle clef de ces médecins de premier recours. Une collaboration étroite avec les services sociaux est essentielle, pour un bon accompagnement au domicile.

Pourtant ce syndrome est rarement mortel avec un développement lent, entre 1 et 10 ans. Lors de l'étude de MacMillan et Shaw, un seul des patients avait une cause de décès imputable à ce syndrome, le cas de gangrène avec dénutrition et déshydratation. Le pronostic sombre pourrait s'expliquer par la moyenne d'âge avancée des patients, mais aussi par la découverte du syndrome à une phase tardive, d'où la nécessité du dépistage précoce. Pourtant comme on le voit dans l'étude de cas le repérage de ces situations n'est que la première étape du traitement. Les patients étaient connus depuis un certain temps des services sociaux et malgré des signalements répétés le problème d'encombrement ne se résolut qu'après de nombreuses interventions.

Un guide d'intervention a été réalisé par le Centre de Santé et de Service Social de la ville de Québec et l'université de Laval en 2013.

Il est destiné aux travailleurs sociaux et leur donne des renseignements sur l'étiologie des syndromes de Diogène, l'approche à avoir en fonction des situations et l'attitude à adopter au domicile de ces personnes. Ils ont élaboré cinq scénarios possibles et ont détaillé les modes opératoires à adopter en fonction. (cf annexe 1)

Cette initiative serait à développer dans les CCAS en France avec une formation des différents travailleurs sociaux, acteurs essentiels du dépistage des situations dites syndrome de Diogène.

C) LE SYNDROME DE DIOGÈNE : MYTHE OU RÉALITÉ ?

Le syndrome de Diogène n'est pas reconnu de l'ensemble de la communauté médicale et il a connu de nombreux détracteurs, sur le fond et la forme. On peut donc douter de son existence.

En revanche le Hoarding Disorder ou Sylllogomanie décrit dans le DSM-V est le syndrome se rapprochant le plus du syndrome de Diogène. (16)

Cette Sylllogomanie peut être associée à une insalubrité et l'encombrement peut être faire obstacle aux activités habituelles et notamment empêcher de maintenir une bonne hygiène corporelle. S'associent alors accumulation d'objets, mauvaise hygiène corporelle et insalubrité du domicile, le trépied diagnostique du syndrome de Diogène.

On retrouve des facteurs de risque tempéramentaux, environnementaux, génétiques et psychologiques, facteurs de risque que l'on pourrait rapprocher des personnalités particulières développant un syndrome de Diogène ou ayant subi un traumatisme provoquant ce syndrome.

Les auteurs précisent qu'il peut exister des troubles comorbides avec un syndrome dépressif majeur dans plus de 50% des cas. Se pose la question du trouble comorbide et de ses limites soulignées par Lavigne et *al.*, il est difficile de distinguer un symptôme d'entassement résultant d'un Hoarding Disorder et non d'un état dépressif majeur.(15)

Ils excluent par contre une éventuelle pathologie organique comme cause de cette thésaurisation et notamment ils précisent qu'en cas de lésion cérébrale le comportement d'accumulation est apparu peu de temps après la survenue de cette lésion.

Le Hoarding Disorder pourrait correspondre à une sous-partie du syndrome de Diogène, un Diogène primaire (absence de pathologie organique ou psychiatrique) avec un comportement d'entassement au premier plan.

Lavigne et *al.* proposent d'y voir un trouble bidimensionnel avec le comportement d'entassement pour le Hoarding Disorder et celui de négligence de soi pour le syndrome de Diogène. Cette vision prend en compte le rapport pathologique aux choses et au corps mais non le rapport pathologique aux autres.(15)

Il semble donc exister un trouble de la personnalité complexe associant un rapport pathologique aux objets, au corps et aux autres dénommé il y a 42 ans syndrome de Diogène. Il prendrait racine entre pathologie médicale, traumatisme déclencheur d'un comportement d'entassement, évolution sociétale mais manque de données venant conforter son existence.

De nouvelles études semblent nécessaires pour permettre sa reconnaissance et valider de nouvelles théories à son sujet comme l'existence d'un traumatisme dans la petite enfance, ce que Monfort nomme le « passage du paradis à l'enfer dans la petite enfance » ou encore la nouvelle définition avec le critère primaire, « besoin de tout mais ne demandent rien » et les trois critères secondaires avec le rapport pathologique au corps, aux objets et aux choses.

CONCLUSION

Aujourd'hui, le syndrome de Diogène se pose comme une entité nosographique, sans définition consensuelle reconnue par l'ensemble de la communauté médicale. Il s'agit d'un diagnostic clinique. L'histoire du syndrome est semblable aux patients, chaotique et complexe avec de nombreux rebondissements, jusqu'à cette nouvelle définition de Monfort en 2010, qui nécessitera une étude à grande échelle pour asseoir sa valeur scientifique et valider la théorie du passage du paradis à l'enfer dans la petite enfance.

L'existence de ce syndrome permet de mettre en avant des situations complexes au domicile et de les baliser. Ce seront bien souvent des suivis longs et complexes mais au vu de la progression très lente du syndrome l'essentiel semble plus être un dépistage et un repérage de ces situations afin de mettre en œuvre l'accompagnement adapté au cas par cas au domicile chez ces patients ne rentrant pas dans les voies classiques du système de santé.

Le syndrome de Diogène se caractérise par :

- une absence de demande auprès des services médico-sociaux ce qui rend ces situations difficiles à prendre en soin. Ils ont un rapport pathologique au corps (avec souvent une négligence de soi), aux objets (avec souvent un comportement d'entassement) et aux autres avec fréquemment une personnalité particulière.
- Ce syndrome est rare et le Diogène à plusieurs n'est retrouvé que dans 10 % des situations.
- Le signalement est fait par les services médico-sociaux sur appel des voisins, la famille ou lors d'une hospitalisation.
- Les maladies fréquemment retrouvées sont les démences ou les troubles psychiatriques en cas de syndrome de Diogène secondaire et dans un tiers des cas il s'agit de syndrome de Diogène primaire avec une personnalité particulière.
- Le pronostic est sombre à moyen terme au moment du diagnostic mais l'évolution du syndrome est lente (entre 1 et 10 ans) nous permettant une approche progressive et adaptée de la personne.

On pourrait schématiser la prise en charge par le diagramme suivant :

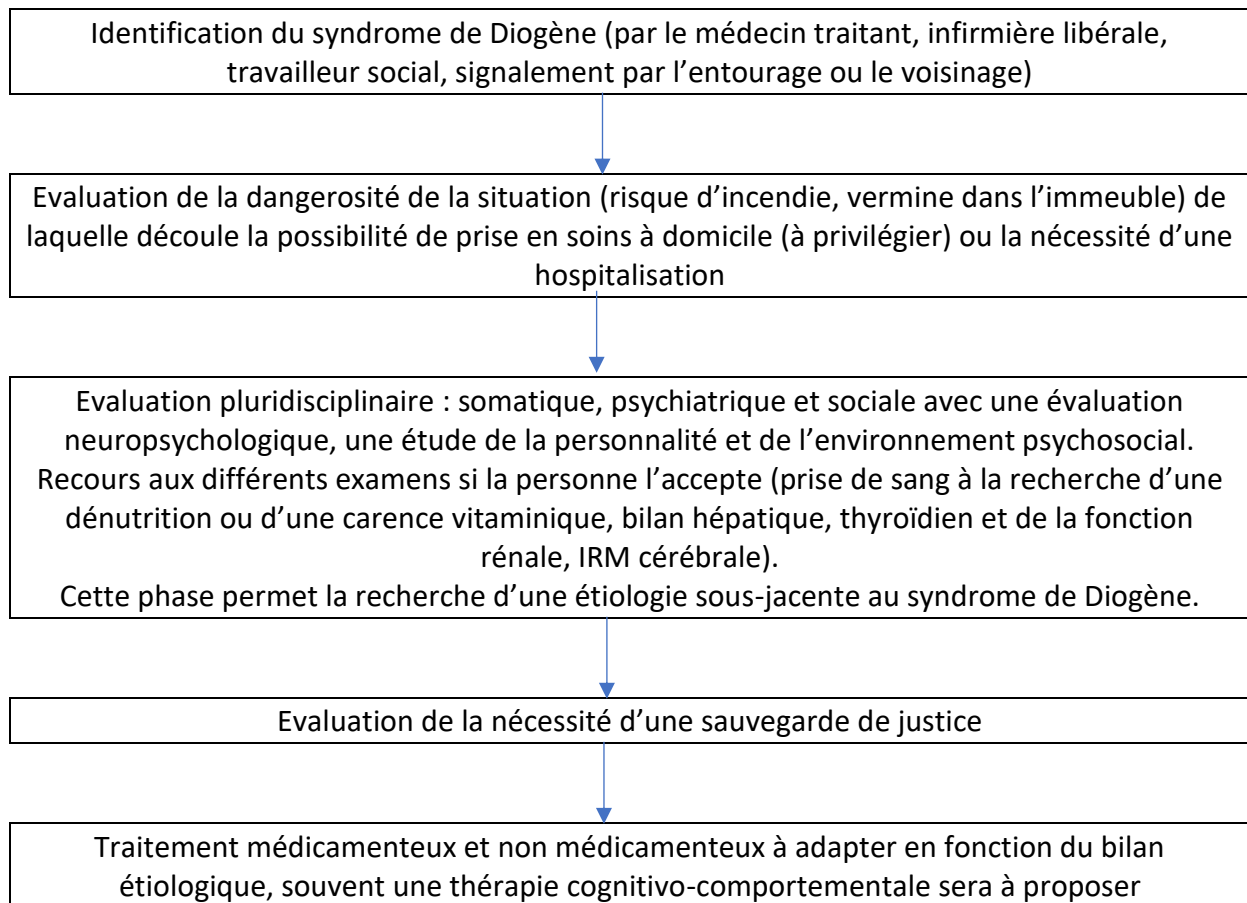


Diagramme 3 : Diagramme proposant les étapes de prise en charge des patients avec un syndrome de Diogène.

Dans toutes ces étapes le médecin généraliste joue le rôle de pivot et de coordinateur dans cette prise en soins. Il s'agit d'un partenariat comprenant un projet de soins négocié avec le patient, une alliance thérapeutique avec des accompagnements parfois palliatifs au domicile des patients.

Le gériatre est un des acteurs essentiels étant donné la proportion importante de personnes âgées. Chez ces patients une évaluation gériatrique standardisée, réalisée au domicile par une EMOG extrahospitalière, peut constituer une aide pour le médecin généraliste dans la prise en soins.

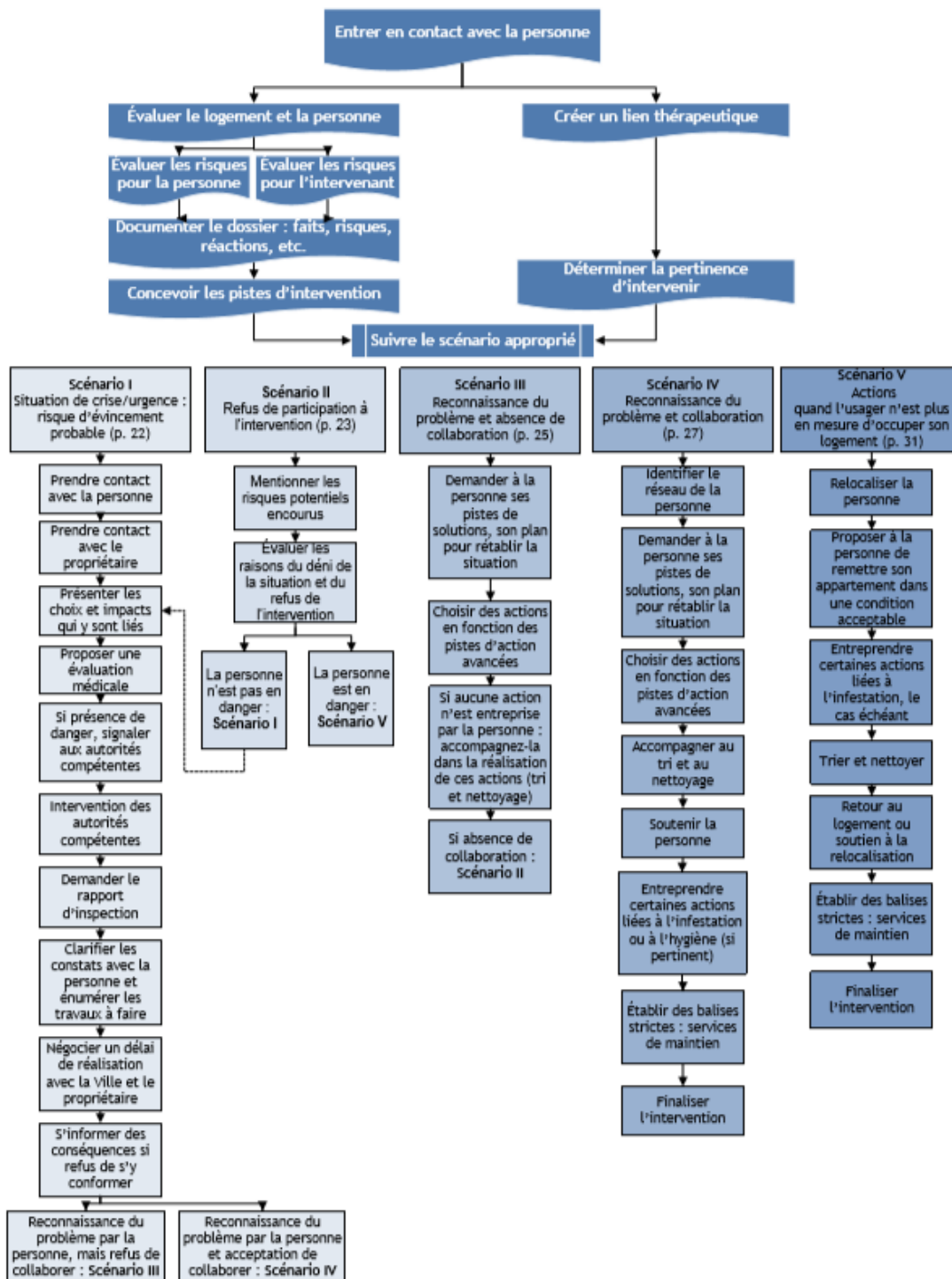
En cas de pathologie psychiatrique le soutien d'une équipe mobile de psychiatrie est à solliciter.

On inclura la famille, si elle le désire, dans chacun de ces étapes en leur expliquant les objectifs et l'adaptation à chaque syndrome de Diogène. On leur précisera l'absence de protocole médicamenteux efficace mais une possibilité d'améliorer la situation avec une prise en soins probablement longue.

ANNEXES

Annexe 1 : Diagramme guidant l'intervention des travailleurs sociaux

TRAJECTOIRES D'INTERVENTION DANS LES CAS D'ENCOMBREMENT ET D'INSALUBRITÉ MORBIDE



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Clark ANG, Mankikar GD, Gray I. Diogenes syndrome. The Lancet. 15 févr 1975;305(7903):366-8.
2. Macmillan D, Shaw P. Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. Br Med J. 29 oct 1966;2(5521):1032-7.
3. Cybulska E. Senile squalor: Plyushkin's not Diogenes' syndrome. The Psychiatrist. 1 mai 1998;22(5):319-20.
4. Marcos M, Gómez-Pellín M de la C. A tale of a misnamed eponym : Diogenes syndrome. Int J Geriatr Psychiatry. 1 sept 2008;23(9):990-1.
5. Byard RW. Diogenes or Havisham syndrome and the mortuary. Forensic Sci Med Pathol. 24 mai 2013;10(1):1-2.
6. Reifler BV. Diogenes Syndrome: Of Omelettes and Souffles. J Am Geriatr Soc. 1 déc 1996;44(12):1484-5.
7. 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.
8. Bonci G, Varghese E, Mahgoub N. A Case of Diogenes Syndrome: Clinical and Ethical Challenges. J Am Geriatr Soc. 1 sept 2012;60(9):1780-1.
9. Wong C. Le syndrome de Diogène : description clinique et conduite à tenir. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. févr 2013;13(73):51-60.
10. Piquet C. De plus en plus de personnes atteintes du syndrome de Diogène signalées à Paris. Le Figaro. 21 sept 2016;
11. Baurens A. Odeur fétide, cadavres d'animaux : je nettoie chez les gens atteints du syndrome de Diogène [Internet]. [cité 13 nov 2016]. Disponible sur: <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1561875-odeur-fetide-cadavres-d-animaux-je-nettoie-chez-les-gens-atteints-du-syndrome-de-diogene.html>
12. Morandini Zap : Cet homme vit avec des voisins qui collectionnent les ordures [Internet]. [cité 13 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.jeanmarcmorandini.com/article-333195-morandini-zap-cet-homme-vit-avec-des-voisins-qui-collectionnent-les-ordures.html>

13. Europe 1. Syndrome de Diogène : qu'est-ce que c'est ? [Internet]. [cité 13 nov 2016]. Disponible sur : <http://www.europe1.fr/emissions/la-question-sante/syndrome-de-diogene-quest-ce-que-cest-2748980>
14. Journal L. Une mendiante de 100 ans meurt et laisse un magot derrière elle [Internet]. Le Journal de Montréal. [cité 4 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.journaldemontreal.com/2014/03/17/une-mendiante-de-100-ans-meurt-et-laisse-un-magot-derriere-elle>
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]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700616000427>
16. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5ème. Elsevier Masson; 2013. 290-295
17. Dupré E. Les mendiants thésauriseurs. In: Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. Payot; 1925. p. 420-34.
18. France culture. Diogène de Sinope, le chien royal. [Internet]. [cité 13 nov 2016]. Disponible sur : <https://www.franceculture.fr/emissions/une-vie-une-oeuvre/diogene-de-sinope-le-chien-royal-413-327-av-jc>
19. Diogène Laërte : Livre VI : 2. Diogène. [Internet]. [cité 11 oct 2016]. Disponible sur: <http://remacle.org/bloodwolf/philosophes/laerce/6diogene1.htm>
20. The dissidents. Diogène de Sinope. [Internet]. [cité 21 oct 2016]. Disponible sur: <http://the-dissident.eu/atlas/portfolio/diogene-de-sinope/>
21. Gogol N. Les âmes mortes. Le Cherche Midi. Paris; 2009. 160-166
22. Boklevskogo. Illustration du poème des âmes mortes [Internet]. [cité 11 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.literaturus.ru/2016/05/illjustracii-mertvye-dushi-boklevskij-kartinki-risunki.htm>
23. Dickens C. Les Grandes Espérances. Robert Laffont. Paris; 1981. 58-59-61-155-157
24. 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.
25. Byrk. The Collyer Brothers of Harlem [Internet]. [cité 13 nov 2016]. Disponible sur : <http://www.nypress.com/the-collyer-brothers-of-harlem/>
26. Bryk. The Collyer Brothers [Internet]. [cité 11 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.nysun.com/on-the-town/collyer-brothers/12165/>

27. 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 11 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2217953/Homer-Langley-Collyer-Hoarder-brothers-killed-clutter-New-York-mansion.html>
28. Homer & Langley [Internet]. 1334657340 [cité 11 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.telarama.fr/livres/homer-langley,80316.php>
29. 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.
30. McInerney K. Our Favorite Performances: Leonardo DiCaprio in The Aviator [Internet]. [cité 11 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.cinelinx.com/movie-stuff/item/5387-our-favorite-performances-leonardo-dicaprio-in-the-aviator.html>
31. South Park TV. Saison 14 Episode 10 [Internet]. South Park TV | Episodes de South Park en streaming ! [cité 13 nov 2016]. Disponible sur: <http://south-park-tv.eu/south-park-saison-14-episode-10/>
32. Ungvari GS, Hantz PM. Social breakdown in the elderly, I. Case studies and management. Compr Psychiatry. sept 1991;32(5):440-4.
33. Roberge RF. Le syndrome de Diogène. Une entité gériatrique. Can Fam Physician. avr 1998;44:812-7.
34. Jürgens A. [« Refuse hoarding syndrome »]. Psychiatr Prax. janv 2000;27(1):42-6.
35. Halliday G, Banerjee S, Philpot M, Macdonald A. Community study of people who live in squalor. The Lancet. 11 mars 2000;355(9207):882-6.
36. Demal U, Aigner M, Dold M. Das Messie-Syndrom. Psychopraxis. 1 juin 2010;13(3):14-6.
37. Barocka A, Seehuber D, Schone D. [Messy house syndrome]. MMW Fortschr Med. 4 nov 2004;146(45):36-9.
38. Freckelton I. Hoarding disorder and the law. J Law Med. déc 2012;20(2):225-49.
39. Lee SM, LoGiudice D. Phenomenology of squalor, hoarding and self-neglect: an Australian aged care perspective. Intern Med J. 1 janv 2012;42(1):98-101.
40. Camps F-D, Le Bigot J, Hennenon D, Laboutique J, Verdon B. « Ça peut toujours servir ! » Syndrome de Diogène et névrose obsessionnelle. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr [Internet]. [cité 2 avr 2017]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448716300981>

41. Browne D, Hegde R. Diogenes syndrome: patients living with hoarding and squalor. *Prog Neurol Psychiatry*. 1 sept 2015;19(5):14-20.
42. 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.
43. 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.
44. Cipriani G, Lucetti C, Vedovello M, Nuti A. Diogenes syndrome in patients suffering from dementia. *Dialogues Clin Neurosci*. déc 2012;14(4):455-60.
45. Thomas P. Syndrome de Diogène : hypofrontalité fonctionnelle ou organique ? *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. févr 2011;11(61):1-3.
46. 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.
47. 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.
48. 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.
49. Cole AJ, Gillett TP, Fairbairn A. A case of senile self-neglect in a married couple: Diogenes à deux? *Int J Geriatr Psychiatry*. 1 nov 1992;7(11):839-41
50. Monfort J-C. Comprendre les syndromes de Diogène. *Santé Ment*. janv 2003;(174):10-1.
51. Anzieu D. *Le Moi-peau*. Paris: Dunod; 1985.

SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses: que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RÉSUMÉS

Résumé en français :

Le syndrome de Diogène en 2017 : où en sommes-nous ? À partir d'une revue de la littérature et d'une étude de cas.

Le syndrome de Diogène est apparu en 1975 dans le *Lancet*, suite aux observations de Clark et *al.* Il est rare et sa présence au sein d'un couple l'est encore plus. Il a été vulgarisé par les médias, curieux de situations singulières de personnes accumulant des poubelles à leur domicile.

Les critères les plus souvent retrouvés sont une négligence de soi, une syllogomanie, une insalubrité du domicile, un repli sur soi, une absence de honte et un refus des aides. Une nouvelle définition française a émergé avec l'article de Monfort et *al.* comprenant un critère principal (absence paradoxale de demande à l'égard des médecins et des services médico-sociaux) et 3 critères secondaires (relation inhabituelle aux objets, aux autres et au corps). Les étiologies sont multiples et la prise en charge longue, complexe et pluri-disciplinaire.

M. et M^{me} C. étaient un couple composé d'une mère et de son fils, vivant au même domicile. Ils vécurent au moins 15 ans dans un appartement encombré, encombrement imposé par M. avec un collectionnisme de petites voitures. M. a été diagnostiqué d'un méningiome fronto-temporal. Il avait aussi un syndrome dépressif et une personnalité atypique. M^{me} avait une démence et une personnalité forte et autoritaire.

M. et Mme C. avaient tous les deux un syndrome de Diogène. La longévité de ce Diogène de couple s'explique par son aspect dynamique, avec une modification des aides reçues.

Quarante-deux ans après sa naissance, le syndrome de Diogène reste une entité nosographique utilisée, mais controversée. Une définition consensuelle serait nécessaire pour faciliter sa propagation au sein de la communauté médicale et ainsi faciliter le dépistage et la prise en charge des patients.

Mots-clefs : Syndrome de Diogène ; Couple ; Collectionnisme ; Entassement ; Personnalité Pathologique ; Traumatismes psychologiques.

Résumé en anglais :

Diogenes syndrome in 2017 : where are we now ? From a review of littérature and a case-report.

The Diogenes syndrome appeared for the first time in 1975 in *The Lancet*, following the observations made by Clark et al.. It is rare and is even less common within a couple. Moreover, it has been vulgarised over time by the medias, curious about singular situations whereby people accumulate garbage at home.

The most recurrent criteria found in people affected by the Diogenes syndrome are self-neglect, compulsive hoarding, squalid places of residence, withdrawal, a lack of shame, and a refusal of care. A new French definition emerged with Monfort et al.'s article highlighting one principal criterion (paradoxical lack of medical requests vis-à-vis doctors and socio-medical services) and 3 secondary criteria (unusual relation towards objects, others, and one's body). Aetiologies are numerous and the treatment is long, complex, and multi-disciplinary.

Mr and Mrs C. were a couple made of a mother and her son living in the same accommodation. They lived at least 15 years in a hoarded flat, hoarding imposed by Mr who collected miniature cars. Mr was diagnosed with a frontotemporal meningioma. He also presented a depressive syndrome and an abnormal personality. Mrs had a form of dementia combined with an authoritarian and strong personality.

Mr and Mrs C. both suffered from the Diogenes syndrome. Its longevity within this couple finds its reason in its dynamic aspect, along with modifications in the received treatments.

Forty-two years after its birth, the Diogenes syndrome remains a nosographic entity used, but controversial. A consensual definition is necessary to ease its spread within the medical community in order to facilitate both the screening and treatment of patients.

Keywords: Diogenes syndrome; Couple; Collectionism; Hoarding; Pathological Personality; Psychological traumatism.