



HAL
open science

Intérêt d'une prise en charge spécialisée dans le syndrome de Diogène : exemple d'une équipe mobile de géronto-psychiatrie

Alexia Ramard

► To cite this version:

Alexia Ramard. Intérêt d'une prise en charge spécialisée dans le syndrome de Diogène : exemple d'une équipe mobile de géronto-psychiatrie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01877254

HAL Id: dumas-01877254

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01877254>

Submitted on 19 Sep 2018

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.

**Intérêt d'une prise en charge spécialisée dans le syndrome de Diogène :
exemple d'une équipe mobile de géronto-psychiatrie.**

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 12 Octobre 2017

Par Madame Alexia RAMARD épouse FRISON-RAMARD

Née le 17 décembre 1989 à Aix-En-Provence (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Président

Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie

Assesseur

Madame le Professeur PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique

Assesseur

Madame le Docteur PALOMBA Anne

Directeur

**Intérêt d'une prise en charge spécialisée dans le syndrome de Diogène :
exemple d'une équipe mobile de géronto-psychiatrie.**

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 12 Octobre 2017

Par Madame Alexia RAMARD épouse FRISON-RAMARD

Née le 17 décembre 1989 à Aix-En-Provence (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Président

Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie

Assesseur

Madame le Professeur PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique

Assesseur

Madame le Docteur PALOMBA Anne

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

FIECHI Marius
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
MM POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les
Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-
Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les
Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie- Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MARANINCHI Dominique Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikael	MILLION Matthieu	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)****ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

VELLY Lionel (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BURKHART Gary (PAST)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**CARDIOLOGIE 5102**

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH)
THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
FRERE Corinne (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)
 MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 DELARQUE Alain (PU-PH)

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

 EBBO Mikael (MCU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre
 LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section) ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	PHILOSOPHIE 17
PEDIATRIE 5401	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) ANDRE Nicolas (MCU-PH)	PHYSIOLOGIE 4402
	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

Au Jury :

A Monsieur le Professeur NAUDIN :

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie pour ces années de formation et pour l'intérêt que vous avez toujours porté aux internes. Je vous prie de trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME :

Merci pour votre riche enseignement lors du DESIU de gérontopsychiatrie. Vous avez su transmettre votre savoir avec passion et avez renforcé l'intérêt que je porte à cette discipline. Je suis honorée de pouvoir vous compter parmi mon jury.

A Madame le Professeur PIERCECCHI-MARTI :

Merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur PALOMBA :

Merci de m'avoir accueilli à bras ouvert dans le service, pour les précieux conseils et la disponibilité dont vous avez fait preuve durant cette année. J'espère vous le rendre comme il se doit durant les deux prochaines années.

A ma famille :

Mon mari et meilleur ami, Romain, bientôt 8 ans que nous sommes ensemble et que tu fais de moi quelqu'un de meilleur. Tu as toujours été à mes côtés quel que soient les difficultés, et j'aime la vie que nous avons construite ensemble. Je suis fier de l'homme que tu es devenu, j'ai hâte de voir celui que tu deviendras. Je t'aime plus que tout.

Mes parents, pour m'avoir fait confiance et soutenu dans tous mes choix. Merci d'avoir été présents durant ces longues années d'études, je vous dois en grande partie ma réussite. J'espère que vous êtes fiers de moi.

Ma sœur, Héloïse, pour ton ouverture d'esprit inspirante, pour m'avoir fait découvrir une autre partie du monde, et pour ton aide avec cette langue méconnue qu'est l'anglais.

Mes beaux-parents, Valérie et Luc. Merci de m'avoir accueilli comme membre de la famille bien avant que je m'appelle « Frison ». Vous êtes d'un soutien sans faille dans la vie que nous avons construite avec Romain.

Jackie, Guy et André, mes grands-parents d'adoption. Merci pour votre gentillesse et votre bienveillance, vous voir est toujours un plaisir.

Les « Parra », Muriel, Éric, Melissa, Cindy (et Bruno, même si tu t'appelles Sanchez !). Vous faites de chaque événement une célébration, quoi de plus normal que de vous inclure dans celle-ci !

A mes amis :

Faustine, Jenny, Julie et Marion, merci d'avoir été l'un des piliers de ma vie durant ces 7 dernières années.

Faustine merci pour ton humour souvent noir et piquant, pour le pâté, le vin et le reste ! **Jenny** merci pour ton soutien, complètement partial, qui amuse et reconforte pendant les moments difficiles. Et pour m'avoir réconcilié avec les enfants... **Julie**, merci pour tous ces fous rires, souvent accompagnés de bièreS, qui rendent le quotidien plus facile. **Marion**, merci pour ton calme et ton avis toujours juste et sage, tu es ma « grand-mère feuillage ».

Aux hommes, les vrais, Max, PJ et Val.

Max ton déhanché est désormais célèbre, merci pour ces années « d'ondulations ». **PJ**, merci pour tous ces jeux de mots, nous ne sommes pas un public digne de ton génie. **Val**, merci pour tes talents de bricoleurs, même s'ils ne combleront jamais nos lacunes ! Merci pour l'Ecosse, pas merci pour le gaz !

Aux barbes, aux chemises de bûcheron, à l'huile et au peigne en bois, au thé à l'hibiscus...

DE, sous ton apparence de jeune premier et de gendre idéal se cache une vraie peste à la critique acerbe, et je te remercie pour ça !

Thibault et Isa, je suis très admirative de tous vos projets, nous prenons déjà rendez-vous au Canada histoire de finir vos stocks de liqueur de menthe.

Thibaut, merci pour avoir su rester dans nos vies malgré la distance, hâte de te voir revenir pour de bon.

Agnès et John, merci d'amener un peu de bon goût dans ce monde de brutes, vous êtes des personnes riches de cœur.

Brian pour ces Thanksgiving et le roti de porc ! **Julie** pour ta douceur et ta bienveillance, déchire tout à Lyon. Vous allez nous manquer.

Sadri, merci d'éveiller chaque jour un peu plus mon intérêt pour les ressorts de l'esprit humain. Si un jour t'en a marre de faire sauter les gens, tu peux toujours faire médecine.

Julien et Clara, pour être si faciles à vivre et si enthousiastes.

Guizmo, pour ta bonne humeur, tes « guizmoteries » et tes chemises (tâchées ou non).

Nico Broche, pour tes conseils avisés d'architecte d'intérieur/ingénieur. Pour partager notre amour du grand écran.

Nico Bressy, pour notre découvert à la banque, les 3 étages sans ascenseur, pour être un vrai ami dorénavant.

PAP, pour tous ces barbeucs manqués et les futurs conseils en comptabilité dont nous aurons besoin.

Stephen, pour tout cet amour.

Clara, Coline, Emilie, Justine et Marie du Marseille Dolfin. Pour cette année sportive riche en émotions qui nous a conduite jusqu'à Budapest. #wordlmasterchampionship.

A toutes nos soirées et à celles que l'on fera encore, aux grandes décisions qu'elles soient bonnes ou mauvaises, aux blagues douteuses, aux nuits blanches, au futur vignoble qu'on achètera, un jour.

A tous ceux avec qui j'ai eu la chance de travailler :

Au **Dr Védie**, pour votre expérience et votre aide dans la rédaction de cet article, merci d'avoir toujours été disponible.

Elisanne, j'ai été par deux fois ton interne, et aujourd'hui je te compte parmi mes amis. Travailler avec toi a toujours été un plaisir et même si ça ne sera plus le cas à partir de Novembre, je compte bien qu'on se rattrape sur les apéros et les soirées ciné !

Anne, un petit mot moins formel que le précédent. Un grand merci pour m'avoir laissé du temps pour mes projets, qu'ils soient universitaires ou personnels. Tu m'apprends tous les jours à être plus patiente et je suis certaine que je ressortirai grandie de ces trois ans à tes côtés. Pardon pour mon langage peu châtié!

Au **Dr Delcour**, pour avoir supervisé mon mémoire, m'avoir donné une vraie place au sein de votre service et pour m'accueillir encore pendant 2 ans.

Daniel, pour ton extrême disponibilité et ton sourire. Je deviens un meilleur "psychiatre généraliste" grâce à toi et peut être que je finirai par t'appeler moins souvent!

A **l'équipe de l'Etoile et de l'UMGP**, pour votre bonne humeur, votre accueil et votre professionnalisme.

Xavier, Noé, et Jean- Marc Henry, pour ces 6 mois aux urgences dans une super ambiance.

Quentin, pour ce semestre passé ensemble et les cafés qui ont suivi.

Mathieu, pour avoir été là à mes débuts, te retrouver à Valvert est un plaisir.

I. Table des matières

II. INTRODUCTION..... 3
III. MATERIEL ET METHODES 6
IV. RESULTATS..... 7
V. DISCUSSION 9
VI. CONCLUSION 12
VII. FIGURES ET TABLEAUX..... 13
VIII. BIBLIOGRAPHIE 18

INTERET D'UNE PRISE EN CHARGE SPECIALISEE DANS LE SYNDROME DE DIOGENE : EXEMPLE D'UNE EQUIPE MOBILE DE GERONTOPSYCHIATRIE

Auteurs : Alexia FRISON-RAMARD¹, Anne PALOMBA¹, Anne DELCOUR¹, Christian VEDIE²

¹Département de gérontopsychiatrie, centre hospitalier spécialisé Valvert, France

²Département de psychiatrie générale secteur 8, centre hospitalier spécialisé Valvert, France

Résumé : Objectif. Questionner le bienfondé d'une prise en charge spécialisée dans le syndrome de Diogène (SD) et le rôle que celle-ci joue dans le devenir des patients. Méthode. Enquête rétrospective descriptive sur une population de plus de 60 ans de SD à Marseille ; rencontrés par l'unité mobile de gérontopsychiatrie (UMGP) entre 2014 et 2017. Résultats. 21 patients ont été inclus, allant de 60 à 93 ans avec une moyenne à 77.9 ans. 14 sujets étaient des femmes, 18 vivaient seuls au domicile et 15 étaient en situation d'isolement. Les sujets viennent de milieux sociaux divers même si 1/3 d'entre eux vivaient avec moins de 800 euros par mois. 10 patients étaient atteints de démence, 8 présentaient des symptômes dépressifs, 6 souffraient d'un trouble de la personnalité et 2 seulement de pathologie psychotique. Après l'intervention de l'UMGP, 11 sujets furent hospitalisés, en psychiatrie ou en médecine. Après 3 mois de suivi 8 patients furent placés en EHPAD, ils sont 10 après 6 mois, avec une bonne adaptation. Nous ne recensons qu'un seul décès parmi les 21 patients. Conclusion. Le SD est une entité trans-nosographique ayant des étiologies diverses. L'intervention au domicile des patients atteints de SD facilite l'accès à une prise en charge médico-sociale qui améliore leur devenir. Même lorsque le placement en EHPAD est jugé comme étant la meilleure solution, celui-ci n'est pas associé à une forte mortalité et ne doit pas être craint de manière excessive.

Abstract: Objectives. To discuss the merits of a specialized care for Diogenes Syndrome (DS) and its impact on patients' future well-being. Methodology. A descriptive and retrospective study on patients aged 60 and older located in Marseille, South of France, treated by the Mobile Unit of Geriatric Psychiatry (M.U.G.P.) between 2014 and 2017. Results: 21 patients ranged from 60 to 93 years old with a mean of 77.9 years old. 14 of them were women, 18 lived alone and 15 were in total isolation. Subjects came from diverse social backgrounds although one-third lived with less than 800 euros per month. 10 patients had dementia, 8 showed depressive symptoms, 6 suffered from a personality disorder and only 2 from psychotic disorder. Following the intervention of the MUGP, 11 subjects were hospitalized, either in the psychiatric unit or in general geriatric care. After a 3 months long follow-up, 8 patients were transferred to care homes for the dependent elderly. (E.H.P.A.D). The number increased to 10 after 6 months and patients are well-adjusted to their new environment. Only one death was reported amongst the initial 21 subjects. Conclusion. The DS is an entity which has not achieved a nosographic position yet due to its various etiologies. The involvement of a medical care unit in patients' home eased the access to medical and social procedures, therefore improving patients' future prospects. Even in cases when the transfer to EHPAD was deemed as being the best solution, it did not lead to a high mortality rate thus should not be feared excessively.

Mots clefs : Diogène, gérontopsychiatrie, sujet âgé, intervention, domicile, devenir

Key words: Diogenes, Geriatric psychiatry, elderly, intervention, home, future.

II. INTRODUCTION

L'émergence et la multiplication des unités gérontopsychiatriques ces dernières années mettent en lumière certains syndromes comme le syndrome de Diogène. Principalement connu du grand public pour la fascination mêlée de répulsion qu'il entraîne, c'est une entité qui reste peu caractérisée sur un plan étiopathogénique. Ce syndrome fait référence à un trouble du comportement associant une négligence extrême de l'hygiène corporelle et domestique à une accumulation d'objets hétéroclites conduisant à des conditions de vie insalubre. Décrit pour la première fois en 1913 par Ernest Dupré sous le terme de « mendiant thésauriseur » (1), c'est en 1975 que la terminologie « syndrome de Diogène » est utilisée par Clark, un gériatre anglais(2). Il est depuis répertorié sous diverses appellations comme « syndrome de Pluchkine » (3), « hoarding disorder » (4) ou encore « self-neglect elderly » ; mais c'est en tant que « syndrome de Diogène » qu'il reste le plus connu. Paradoxalement il tire son nom d'un philosophe grec du IV^{ème} siècle av-JC, Diogène de Sinope, qui fut le principal représentant du « Cynisme », mettant lui-même en pratique ses convictions en vivant dans un tonneau avec un drap pour seul vêtement. De plus en plus de publications mettent en évidence qu'il s'agit bien d'un problème médical, même si les patients atteints de ce syndrome sont en général dépistés par le biais des services sociaux ou signalés par le voisinage. La fréquence de ce trouble est variable et se situe, dans une population de 60 ans et plus, entre 1.6/10000(5) et 52/10000(6) selon les études. Elle reste sous-estimée selon certains auteurs(7) car de nombreux sujets peuvent rester inconnus des services sociaux ou de santé. Toujours selon les données de la littérature, il concernerait une majorité de femmes(2,5), de personnes isolées(5) mais venant de milieux sociaux hétérogènes avec un QI normal voir élevé par rapport à la moyenne(2,8).

Comme beaucoup de syndromes gériatriques, il reste peu caractérisé, et les définitions qu'on lui attribue sont aussi nombreuses que les publications traitant du sujet. Certains auteurs mettent l'accent sur la négligence corporelle et domestique(9), d'autres sur les traits de caractère « particuliers » des sujets atteints(10,11) et nombreux mettent en évidence le contraste apparent entre la « clochardisation » et les ressources financières disponibles(1,2).

Néanmoins depuis quelques années et l'étude menée par Monfort en 2010(5), émerge un certain consensus autour d'un critère principal et de 3 critères secondaires (dont un au moins est nécessaire au diagnostic).

Le critère principal est l'absence de demande d'aide médico-sociale. Celle-ci est à ne pas confondre avec une absence d'aide plus généraliste ; ni même avec un refus d'assistance. Ces patients qui « ne demandent rien mais ont besoin de tout » (5) se tournent parfois vers un aidant non professionnel avec acceptation d'aides minimales nécessaires à la survie(12).

Les critères secondaires sont variables d'un patient à l'autre et consistent en :

- Une relation pathologique aux objets qui se traduit la plupart du temps par une accumulation ou sylogomanie pouvant entraver de manière significative la fonctionnalité du domicile. A l'inverse il peut exister un défaut d'attachement aux objets, on retrouve alors des logements vides reproduisant plus fidèlement le mode de vie de Diogène(12).
- Une relation pathologique au corps avec une négligence des soins d'hygiène et ce malgré des plaies et ulcères profonds parfois présents et donnant l'impression de ne pas les faire souffrir. Il existe fréquemment un intérêt particulier pour la conservation des excréments, souvent stockés dans des bocaux ou à même le sol.
- Une relation pathologique aux autres qui s'exprime par un repli et un isolement social de type « misanthropique ». Ces patients n'admettant dans leur entourage que de rares personnes ressources qualifiées de « porteur de panier » afin d'assurer leur subsistance.

Tous ces critères, qui peuvent se retrouver dans d'autres tableaux cliniques, composent le syndrome de Diogène.

L'émergence de ce syndrome, survenue récemment, est due en grande partie à la multiplication des visites à domicile, que ce soit des travailleurs sociaux, ou des équipes mobiles gérontologiques. Pour ces professionnels, ainsi que pour l'entourage du patient atteint du syndrome de Diogène, se pose rapidement la question du maintien ou non au domicile et dans quelles conditions celui-ci est réalisable. Certaines études ont mis en évidence un fort taux de morbi-mortalité à la suite de la prise en charge de ces personnes, notamment lors d'une extraction du

lieu de vie(2,8,13). Ces données posent la question du bien-fondé de ces interventions, surtout lorsque celles-ci débouchent sur une hospitalisation ou sur le placement du patient dans une structure médico-sociale.

Le but de cette étude va être de questionner le bien-fondé d'une prise en charge spécialisée dans le syndrome de Diogène et le rôle que celle-ci joue dans le devenir des patients.

III. MATERIEL ET METHODES

La population étudiée se compose de patients âgés 60 ans et plus, domiciliés dans l'agglomération marseillaise, et qui ont été signalés à l'Unité Mobile de Gérontopsychiatrie (UMGP) du centre hospitalier Valvert pour un syndrome de Diogène entre Janvier 2014 et Janvier 2017.

Les critères d'inclusion reprennent ceux de l'étude de Monfort :

- Absence de demande d'aide (critère principal)
- Relation pathologique aux objets (1^{er} critère secondaire)
- Isolement social – misanthropie (2nd critère secondaire)
- Négligence corporelle (3^{ème} critère secondaire)

Le critère principal étant présents chez tous les patients de l'étude avec un ou plusieurs critères secondaires.

Chaque patient a été rencontré au moins une fois à son domicile par divers intervenants de l'équipe mobile (infirmiers, psychiatres, psychologues...) pour attester de la réalité de l'incurie au domicile.

Il a été évalué pour chacun d'entre eux : la présence de symptômes psychiatriques et la présence ou l'absence de troubles cognitifs. Ainsi que les critères sociaux et démographiques tels que l'âge, le sexe, le statut marital, le type de logement, les revenus et la présence d'un entourage familial.

Ces données ont été classées afin de permettre une analyse descriptive de cet échantillon.

IV. RESULTATS

En 3 ans, 21 signalements ont été retenus comme correspondant à un syndrome de Diogène. Cela correspond à une moyenne 7 par an sur les 250 signalements environ que reçoit l'UMGP durant cette même période, ce qui est peu au regard de la notoriété du syndrome. Sur le territoire Marseillais comportant plus de 850 000 habitants, la population âgée de plus de 60 ans est de plus de 190 000. Ces 21 situations correspondent donc à un taux de 1.10 cas pour 10 000 habitants de plus de 60 ans, mais seulement à 0.2 cas pour 10 000 habitants tous âges confondus.

Au niveau de la typologie des syndromes de Diogène (tableau 1), le critère principal, à savoir l'absence de demande d'aide, est respecté chez 100% des patients. En revanche tous ne présentent pas de syllogomanie, qui est souvent le symptôme mis en avant dans ce type de tableau, même si elle est présente chez 14 des 21 sujets. L'accumulation d'objets et la négligence corporelle restent les principaux signes, la relation aux autres de type misanthropique ne concernant que 10 patients.

Sexe et âge (figure 1)

L'âge moyen des sujets signalés était de 77.9 ans avec un minimum à 60 ans et un maximum à 93 ans. L'âge médian est situé dans les mêmes valeurs, à 78 ans. Cet âge correspond à celui des patients lors du signalement à l'UMGP et donc à celui de la découverte du syndrome de Diogène.

67 % des personnes signalées étaient des femmes soit un ratio est d'un homme pour deux femmes (14 femmes et 7 hommes).

Mode de vie (tableau 2)

18 des 21 patients vivaient seul au domicile, avec un sujet vivant en EHPAD, et 15 d'entre eux n'avaient aucun entourage proche. Nous relevons un cas de « Diogène à deux » avec un couple marié dont les deux sujets participent au processus de « diogénisation » du lieu de vie.

Même si la moitié des sujets bénéficiaient d'une retraite entre 1000 et 2000 euros mensuels, 1/3 vivaient avec de faibles revenus, inférieurs à 800 euros par mois, correspondant au minimum vieillesse. Il existe aussi une forte proportion de personnes locataires de leur résidence principale, 13 sujets soit 62% de l'échantillon.

Etiologies (tableaux 1 et 3)

Initialement, tous les signalements ne faisaient pas mention de l'existence d'une pathologie sous-jacente, qu'elle soit de nature psychiatrique ou autre. 4 signalements sur les 21 faisaient état d'une pathologie psychiatrique préexistante, et 13 retrouvaient une altération des fonctions cognitives. Après une évaluation clinique réalisée par les membres de l'équipe mobile, les patients ont été classés en fonction des symptômes présents, selon la classification CIM 10. Nous retrouvons une forte proportion de patients présentant des signes de troubles neurocognitifs, 47% soit 10 sur les 21. 8 présentaient des symptômes dépressifs, et 7 souffraient d'un trouble de la personnalité. La proportion de sujets souffrants de psychose est faible, 2 sujets sur les 21. 4 sujets présentaient une comorbidité addictive.

Devenir (tableau 3)

Sur les 21 patients recensés, 11 (soit 52%) ont été hospitalisés soit en psychiatrie, soit en médecine. Sur les 9 hospitalisés en psychiatrie 6 l'étaient sous contrainte, au moins initialement, en SDT ou en PI, selon la possibilité d'avoir recours à un tiers ou non. Pour les autres un suivi ambulatoire a été instauré, en psychiatrie ou via le réseau gérontologique général lorsqu'aucune pathologie psychique n'a pu être mise en évidence. Une mesure de protection a été demandée pour quelques un des sujets suivis en ambulatoire, ainsi que pour tous ceux qui furent hospitalisés.

3 mois après l'instauration du suivi ou la fin de l'hospitalisation 8 patients furent placés en EHPAD, ils sont 10 après 6 mois. La majorité des patients placés sont ceux souffrant d'une maladie neuro-dégénérative, seule ou associée à une dépression (6 sur les 10 sujets placés). Un suivi de ces patients a pu démontrer une bonne adaptation à leur nouveau lieu de vie pour la majorité d'entre eux. Nous ne notons qu'un seul décès parmi les sujets étudiés, et aucun des patients hospitalisés dans l'unité ne l'a été à nouveau depuis la fin de la prise en charge.

V. DISCUSSION

Le nombre de sujets recensés dans cette étude en comparaison à la population marseillaise des plus de 60 ans, soit 1.10 cas sur 10 000, correspond à certaines données présentes dans la littérature(5). Mais il ne s'agit là que de prendre en compte la population des plus âgés, les signalements concernant une équipe gériatrique. Le nombre de sujets rapporté à la population générale est assez faible et témoigne du biais de sélection dû à un recueil de données issu d'une seule et unique source : une équipe mobile de gériopsychiatrie d'un seul hôpital marseillais. Ce paramètre met en évidence la grande difficulté à obtenir une prévalence significative en raison de la diversité des personnes sollicitées pour intervenir dans ces situations : Travailleurs sociaux, médecins généralistes, psychiatres, entreprises de nettoyage... L'intérêt d'une étude multicentrique et pluriprofessionnelle est ici évident.

L'inclusion suivant les critères de l'étude de Monfort(5) est également discutable. Parce que ce dernier n'est pas représenté en premier par l'accumulation d'objets ou la négligence corporelle, mais par l'absence de demande d'aide. Les deux autres critères étant relégués au second plan, accompagné d'une tendance au repli. Lors de la prise en charge de sujet âgé, pas seulement dans le cadre des Diogènes, l'absence de demande d'aide voire le refus de celle-ci fait partie du quotidien. Ainsi, d'après ces critères, une personne âgée isolée socialement et qui refuserait une aide médico-sociale pourrait être qualifiée de Diogène. Ce qui conduirait à faire rentrer, à terme, une grande majorité des personnes de plus de 65 ans dans cette catégorie.

Les âges moyens et médians retrouvés correspondent à l'âge de découverte de la majorité des syndromes de Diogène(5,14) avec un pic situé autour des 80 ans. Chez ces patients, le processus de « Diogénisation » de leur domicile démarre plusieurs années auparavant (parfois plus de 10 ans) mais n'est découvert que plus tard, lorsque la situation devient critique. Cet âge correspond également à l'âge moyen d'entrée dans la dépendance des personnes de plus de 65 ans (âge de 78 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes) (21). Il est donc légitime de penser que la découverte de ces patients est principalement due à une perte d'autonomie, d'autant que la majorité de ceux-ci vivent seuls et sans étayage familial.

Le sexe ratio de 0.5 rejoint les données de la littérature(2,5,9) et également celles de la démographie française. Les analyses démographiques retrouvent une nette prédominance des femmes dans la population des personnes âgées de 75 ans et plus avec 1.3 femmes pour un homme. L'espérance de vie plus élevée chez les femmes fait que plus l'âge avance plus cet écart se creuse (sexe ratio à 0.83 pour les 90 ans et plus).

A l'inverse de ce que suggérait Clark(2) la proportion élevée de personnes vivant avec une faible retraite et n'étant pas propriétaires de leur logement, 38% seulement de propriétaires (8 sujets sur 21) contre 58% dans la population générale des personnes de plus de 65 ans domiciliées en France(15), suggère un lien entre les faibles ressources et la survenue d'un Diogène. Cependant celui-ci peut facilement être expliqué par la provenance des signalements. La majorité de ceux-ci venants de structures médico-sociales ou de bailleurs sociaux, l'équipe mobile elle-même étant le plus souvent identifiée, par ceux-ci plus comme une structure médico-sanitaire que psychiatrique.

Ceci se retrouve au niveau de l'analyse étiologique, où l'on retrouve un faible nombre de pathologies psychotiques en comparaison avec les données bibliographiques(2,5,9,12). Même si la plupart de ces études sont menées en milieu psychiatrique ou sur des populations d'âge différents, il existe probablement des pathologies psychotiques non diagnostiquées dans notre échantillon. La raison principale à cela est la difficulté d'extrapoler à des patients âgés les classifications psychiatriques couramment utilisées chez les adultes, ainsi que l'expression moins bruyante de ces tableaux en particulier lorsque ceux-ci sont associés à une maladie neurodégénérative. Ce résultat peut également s'expliquer par le fait que les patients psychotiques âgés sont, pour la plupart, suivi depuis de nombreuses années et ne font pas l'objet de signalement auprès de l'UMGP. Les « Diogènes psychotiques » se rencontrent plus facilement dans un échantillon composé de patients plus jeunes tandis que les maladies neurodégénératives composent une grande part des Diogènes âgés(16). En effet, celles-ci, retrouvées chez plus de 40% des patients, représentent une part non négligeable des étiologies possiblement pourvoyeuses du syndrome de Diogène, seules ou en association avec d'autres troubles. Même si ces statistiques sont concordantes avec les pourcentages retrouvés dans la majorité des études(5,9,12,17), elles restent peu standardisées. Le diagnostic de maladie

neurodégénérative se base sur les observations cliniques des praticiens de l'équipe mobile parfois complétées par des tests neuropsychologiques, un avis neurologique et/ou par une imagerie cérébrale par résonance magnétique (IRM). Il serait intéressant d'évaluer ces troubles de manière plus rigoureuse, en procédant à des évaluations standardisées neurologiques pour tous les patients. Ce qui reste toutefois compliqué à organiser dans cette population.

En ce qui concerne le devenir des patients, l'analyse montre une vision plus optimiste de l'évolution du syndrome. En effet quelques études s'attachent à mettre en avant une forte mortalité(2,9,13,18), l'intervention étant vécue comme intrusive et potentiellement iatrogène. Certains chiffres vont jusqu'à donner une mortalité proche des 50% 3 à 5 ans après la découverte du syndrome de Diogène(2,8,13). Ces données viennent renforcer une impression générale de nuisance et de privation de liberté ressentie par les soignants qui interviennent dans ces situations. La mise sous protection judiciaire est l'une des premières mesures le plus fréquemment mise en place. Et l'hospitalisation en psychiatrie, majoritairement sous contrainte, met en évidence la difficulté que rencontre les équipes dans la recherche de solutions alternatives viables afin de protéger ces sujets. Car se pose également la question de la protection, entre interventionnisme systématique et non-assistance à personne en danger, où se situe la limite ?

La tendance actuelle serait plutôt en faveur du « non interventionnisme », en particulier en ce qui concerne l'hospitalisation en milieu psychiatrique, encore perçue de manière violente. Sur les 21 patients qui composent l'échantillon, près de la moitié ont été hospitalisés en service de psychiatrie, majoritairement sous contrainte. Ces hospitalisations ont été organisées après des visites répétées au domicile du patient dans la tentative de créer du lien et d'amener la personne vers le soin. L'alternative à l'hospitalisation, notamment sous contrainte, est toujours recherchée. Mais elle ne peut être évitée de manière systématique, en particulier lorsque la personne refuse toute aide qu'elle soit médicale ou sanitaire, et qu'il y a une réelle mise en danger de par les conditions de vie.

Lorsque nous analysons le devenir des patients nous remarquons que la prise en charge hospitalière permet non seulement de traiter les éventuels troubles psychiques et maladies somatiques, mais aussi de préparer un éventuel retour à domicile ou un placement en EHPAD lorsqu'il est jugé nécessaire. 8 des 10 patients

placés en EHPAD avaient été préalablement hospitalisés. L'avantage se trouve au niveau du temps qui est donné aux équipes pour construire une relation et un projet avec le patient (et sa famille lorsque celle-ci est présente) sans urgence ni précipitation. Même si le faible nombre de décès, un seul sur les 21 patients, suggère que le premier contact et l'initiation d'une relation thérapeutique avec le patient doit se faire rapidement afin de diminuer les risques, notamment d'accidents domestiques. Le suivi prospectif démontre une bonne adaptation à la vie en institution d'une majorité de patients ; ouvrant l'hypothèse que même si le retour à domicile doit être privilégié, le placement en EHPAD ne va pas de pair avec une forte morbi-mortalité lorsque celui-ci est préparé.

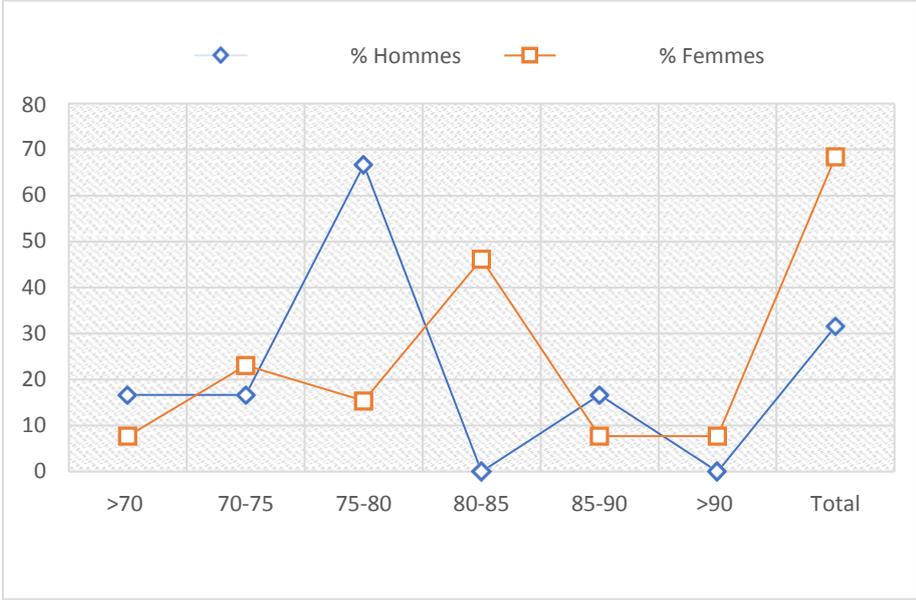
Dans notre société occidentale, la place de la personne âgée évolue peu à peu. Elle fut autrefois l'un des éléments centraux du foyer, considérée comme capable de transmettre un savoir nécessaire à la réussite des plus jeunes générations. Aujourd'hui elle est le plus souvent perçue comme une charge pour la famille, en particulier lorsque les enfants exercent une activité professionnelle à plein temps, rendant difficile la cohabitation intergénérationnelle qui était d'usage autrefois. En matière de soins elle se révèle couteuse, notamment lors des hospitalisations, souvent prolongées. Le positionnement des soignants se doit de trouver un juste milieu, entre intrusion et abandon.

VI. CONCLUSION

Le syndrome de Diogène, de par sa présentation trans-nosographique, est rencontré par une pluralité de structures, médicales ou non. Ce qui a pour conséquence un manque d'uniformité dans sa prise en charge et une anxiété des professionnels liée à une volonté de « ne pas nuire ». Notre étude montre que l'extraction du lieu de vie, même si elle ne doit pas être systématique, n'est pas toujours délétère et ne doit pas être crainte de manière excessive. Le très faible taux de mortalité, l'absence de nouvelle hospitalisation et la bonne adaptation des sujets à leur nouveau domicile sont autant d'arguments en faveur d'une intervention rapide. La difficulté est de savoir quand franchir la ligne, les critères d'hospitalisation restant encore empiriques et basés sur l'évaluation subjective des professionnels intervenant au domicile. Pour ceux qui ne sont pas ou peu familiarisés avec le syndrome de Diogène, un outil d'évaluation standardisé serait un atout supplémentaire pour l'orientation des patients.

VII. FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1.



Données démographiques pour les 21 patients atteints de Diogène

Tableau 1 : Symptomatologie initiale des 21 patients souffrant de Diogène

	Éléments cliniques initiaux	
	Présence	Absence
Absence de demande d'aide	21	0
Accumulation d'objets	14	7
Négligence corporelle	17	4
Relation aux autres misanthropique	10	11
Antécédent de pathologie psychiatrique	4	17
Addiction	4	17
Fonction cognitives altérées	13	8

Tableau 2 : Données sociales des 21 patients atteints de Diogène

	Revenus	Etat civil	Entourage familial	Logement principal
< 792 €	7			
792-1000 €	3			
1000-2000 €	11			
>2000 €	0			
Célibataire		5		
Marié/e		3		
Veuf/veuve		5		
Divorcé/e		8		
Présent			6	
Absent ou éloigné			15	
Propriétaire				8
Locataire				13

Tableau 3 : Description des 21 cas souffrant de syndrome de Diogène

Patients	Age	Sexe	Lieu de vie	Pathologie psychiatrique Initiale	Pathologie neurodégénérative Initiale	Orientation	Devenir à 3 mois	Devenir à 6 mois
1	74	F	Maison	Schizophrénie	Aucune	Hospitalisation SDT	EHPAD	EHPAD
2	78	M	Maison	Aucune	Démence type Alzheimer	Hospitalisation SDT	EHPAD	EHPAD
3	88	F	Appartement	Aucune	Démence type Alzheimer	Hospitalisation médecine	EHPAD	EHPAD
4	82	F	Appartement	Aucune	Démence débutante	Hospitalisation SDT	EHPAD	EHPAD
5	77	M	Appartement	Aucune	Démence fronto-temporale	Réseau géronto	EHPAD	EHPAD
6	64	F	HLM	Dépression	Aucune	Suivi psy ambulatoire	Domicile	Décès
7	73	M	HLM	Trouble personnalité + Dépression	Aucune	Suivi psy ambulatoire	Domicile	Domicile
8	71	F	HLM	Trouble personnalité	Aucune	Réseau géronto	Domicile	Domicile
9	82	F	HLM	Trouble personnalité	Aucune	Suivi psy ambulatoire	Hospitalisation psy	EHPAD
10	60	M	Appartement	Alcoolisme	Aucune	Réseau géronto	Domicile	Domicile
11	83	F	HLM	Alcoolisme	Démence type Alzheimer	Hospitalisation psy	Hospitalisation médecine	EHPAD
12	76	F	Appartement	Alcoolisme + Dépression	Aucune	Réseau géronto	Domicile	Domicile
13	83	F	EHPAD	Trouble personnalité + Dépression	Aucune	Suivi psy ambulatoire	EHPAD	EHPAD

Tableau 3 : Suite

Patients	Age	Sexe	Lieu de vie	Pathologie psychiatrique Initiale	Pathologie neurodégénérative Initiale	Orientation	Devenir à 3 mois	Devenir à 6 mois
14	81	F	HLM	Trouble personnalité + Dépression	Démence débutante	Réseau + protection	Hospitalisation médecine	Domicile
15	86	M	Appartement	Dépression	Démence débutante	Protection	Domicile	Domicile
16	79	M	Appartement	Schizophrénie	Aucune	Hospitalisation SDT	Domicile	Domicile
17	93	F	Maison	Trouble personnalité + Dépression	Aucune	Hospitalisation médecine puis psy	EHPAD	EHPAD
18	73	F	Appartement	Alcoolisme + Dépression	Aucune	Protection	Domicile	Domicile
19	81	F	Appartement	Trouble personnalité	Démence débutante	Réseau + protection	Domicile	Domicile
20	74	F	Maison	Aucune	Démence type Alzheimer	Hospitalisation SDT	Domicile	Domicile
21	77	M	Maison	Aucune	Démence type Alzheimer	Hospitalisation	EHPAD	EHPAD

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Dupré E. Les mendiants thésauriseurs. In: Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. 1925th ed. Paris: Payot; p. 430–444.
2. Clark AN, Mankikar GD, Gray I. Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet Lond Engl.* 1975 Feb 15;1(7903):366–8.
3. Gogol N. Les âmes mortes. Folio 1973.
4. American psychiatric association. DSM 5 Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2015.
5. Monfort J-C, Hugonot-Diener L, Devouche E, Wong C, Péan I. [Diogenes's syndrome: an observatory study in a Paris district]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2010 Jun;8(2):141–53.
6. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *JAMA.* 1998 Aug 5;280(5):428–32.
7. Snowden J, Halliday G. A study of severe domestic squalor: 173 cases referred to an old age psychiatry service. *Int Psychogeriatr.* 2011 Mar;23(2):308–14.
8. Reyes-Ortiz CA, Mulligan T. A case of Diogenes syndrome. *J Am Geriatr Soc.* 1996 Dec;44(12):1486.
9. Halliday G, Banerjee S, Philpot M, Macdonald A. Community study of people who live in squalor. *Lancet Lond Engl.* 2000 Mar 11;355(9207):882–6.
10. Reifler BV. Diogenes syndrome: of omelettes and souffles. *J Am Geriatr Soc.* 1996 Dec;44(12):1484–5.
11. Ungvari GS, Hantz PM. Social breakdown in the elderly, I. Case studies and management. *Compr Psychiatry.* 1991 Oct;32(5):440–4.
12. Wong C. Le syndrome de Diogène : description clinique et conduite à tenir. *NPGNeurol - Psychiatr - Gériatrie.* 2013 Feb;13(73):51–60.
13. Macmillan D, Shaw P. Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. *Br Med J.* 1966 Oct 29;2(5521):1032–7.
14. Hanon C, Pinquier C, Gaddour N, Saïd S, Mathis D, Pellerin J. [Diogenes syndrome: a transnosographic approach]. *L'Encephale.* 2004 Aug;30(4):315–22.
15. INSEE. Site internet INSEE [Internet]. Available from: <http://www.insee.fr>
16. 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.* 2014 Nov 1;29(8):618.
17. Beauchet O, Imler D, Cadet L, Blanc P, Ramboa P, Girtanner C, et al. [Diogenes syndrome in the elderly: clinical form of frontal dysfunction? Report of 4 cases]. *Rev Med Interne.* 2002 Feb;23(2):122–31.
18. Roe PF. Self-neglect or chosen lifestyle? *Br J Hosp Med.* 1987 Jan;37(1):83–4.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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 les 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Objectif. Questionner le bienfondé d'une prise en charge spécialisée dans le syndrome de Diogène (SD) et le rôle que celle-ci joue dans le devenir des patients.

Méthode. Enquête rétrospective descriptive sur une population de plus de 60 ans de SD à Marseille ; rencontrés par l'unité mobile de gérontopsychiatrie (UMGP) entre 2014 et 2017.

Résultats. 21 patients ont été inclus, allant de 60 à 93 ans avec une moyenne à 77.9 ans. 14 sujets étaient des femmes, 18 vivaient seuls au domicile et 15 étaient en situation d'isolement. Les sujets viennent de milieux sociaux divers même si 1/3 d'entre eux vivaient avec moins de 800 euros par mois. 10 patients étaient atteints de démence, 8 présentaient des symptômes dépressifs, 6 souffraient d'un trouble de la personnalité et 2 seulement de pathologie psychotique. Après l'intervention de l'UMGP, 11 sujets furent hospitalisés, en psychiatrie ou en médecine. Après 3 mois de suivi 8 patients furent placés en EHPAD, ils sont 10 après 6 mois, avec une bonne adaptation. Nous ne recensons qu'un seul décès parmi les 21 patients.

Conclusion. Le SD est une entité trans-nosographique ayant des étiologies diverses. L'intervention au domicile des patients atteints de SD facilite l'accès à une prise en charge médico-sociale qui améliore leur devenir. Même lorsque le placement en EHPAD est jugé comme étant la meilleure solution, celui-ci n'est pas associé à une forte mortalité et ne doit pas être craint de manière excessive.

Mots clefs : Diogène, gérontopsychiatrie, sujet âgé, intervention, domicile, devenir.