

PATHOMIMIES ET TROUBLES FACTICES

Ch. Paradas

Psychiatre, Assistant des Hôpitaux
E.P.S. Erasme
143 Av. Armand Guillebaud, 92160 Antony

“Omnis homo mendax”
Psaume CXVI, 11.

Les descriptions de pathomimies sont bien connues depuis l'antiquité (38). Toutefois, ce n'est qu'en 1908 que Paul Bourget et Dieulafoy créent le terme de pathomimies pour désigner : *“Un état morbide voisin de la mythomanie, caractérisé par le besoin qu'éprouvent ceux qui en sont atteints de simuler une maladie, parfois même au prix d'une automutilation ”* (Dictionnaire des termes techniques de médecine, Garnier et Delamare édit., 1974).

Les pathomimies, ou troubles factices, sont donc des productions feintes et intentionnelles de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques, dans le but de jouer le rôle de malade, sans autre motivation directement utilitaire.

Les pathomimies constituent un trouble singulier des conduites, associant plus ou moins des signes psychologiques et des signes physiques. Le pathomime est amené à produire volontairement ses symptômes, en dissimulant parfois jusqu'à la perfection les moyens employés pour arriver à un tel résultat ou/et encore, en falsifiant les examens médicaux. La symptomatologie ainsi créée, comme ex-nihilo, “mime” une pathologie réelle. Elle confère au patient un statut et un rôle de malade, ce qui semble être le premier but recherché par lui, en induisant un certain nombre de réponses médicales et médico-psychologiques (35).

De plus, le protocole médical d'investigation et de traitement appartient lui-même à la clinique des pathomimies, dans la mesure où il peut l'aggraver ou/et la consolider (8, 35).

Le DSM-IV (2) décrit les Troubles factices (F68-1 (300. xx)) en condensant la question sur le plan clinique, ce qui n'est pas sans soulever quelques interrogations :

- Production ou feinte intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques.
 - La motivation du comportement est de jouer le rôle de malade.
 - Absence de motifs extérieurs à ce comportement.
- Avec les trois sous-types, selon que l'on retrouve :
- des signes et symptômes psychologiques prédominants.
 - des signes et symptômes physiques prédominants.
 - une association de signes et de symptômes psychologiques et physiques.

Pour la CIM-10, le trouble factice est classé sous la rubrique : Production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacités, soit physiques, soit psychologiques (F68.1).

Ainsi, le tableau clinique de pathomimie, bien qu'adjacent à la problématique de la simulation, se caractérise essentiellement par la nature du but recherché :

-qui n'est pas un "but utilitaire" précis ni un but matériel déterminé (éviter d'une condamnation, exemption d'obligation, avantages socio-professionnels, bénéfices escomptés, manipulation d'une prescription etc) (36),

-mais la recherche d'une identité de malade, de la sollicitude des professionnels de santé, d'une demande implicite d'être considéré comme patient, ou/et d'un défi lancé au savoir médico-psychiatrique.

A ce propos, les facteurs cliniques évoquant une simulation sont : le contexte médico-légal, une personnalité sociopathique sous-jacente, une discordance importante entre la souffrance ou l'incapacité rapportée par le sujet et l'examen clinique, un manque de coopération pour les examens et d'observance pour le traitement.

Quant au *sex ratio* des troubles factices (12, 41) :

-Globalement les pathomimies sont plus fréquentes chez les femmes, le plus souvent entre 15 et 35 ans.

-Les pathomimies cutanées, les fièvres factices et les hémorragies provoquées sont plutôt le fait des femmes.

-Le syndrome de Münchhausen et les troubles factices psychiatriques se retrouvent plus fréquemment chez les hommes.

CLINIQUE DES PATHOMIMIES

Les troubles factices ne sont pas rares. Toutes les disciplines de la médecine peuvent donner lieu à de telles falsifications symptomatiques.

Les **troubles factices** les plus fréquemment observées, lorsque cela est possible sont (33) :

-**Le syndrome exemplaire de "Lasthénie de Ferjol"**, décrit par le Pr. J. Bernard en 1967, par référence à une héroïne romantique (une nouvelle de Barby d'Aurevilly) (5, 11, 39). Ce syndrome d'anémie provoquée par saignements conduit à une anémie hypochrome ferriprive. Typiquement chez des femmes appartenant à des professions paramédicales.

Les moyens les plus utilisés sont : ponctions veineuses, coupures à la base de la langue (pseudo-hémoptysies, pseudo-hématémèses), prise clandestine d'anticoagulants, créations de lésions muqueuses (pseudo-hématuries).

-**Les fièvres** simulées ou provoquées, ou thermopathomimie (1). Probablement la pathomimie la plus fréquente. La conduite (manipulation du thermomètre, auto-création d'une infection, ingestion de phénolphtaléine) fait souvent suite à une fièvre "authentique".

-**Les pathomimies cutanées** (excoriations, alopecies, brûlures, infections et surinfections, cicatrisations traînantes...) sont loin d'être rares (18, 27, 38). Les lésions

dermatologiques siègent préférentiellement aux parties découvertes. En cas de doute, le pansement occlusif reste un outil diagnostique et thérapeutique presque parfait.

-**Les Oedèmes** provoqués : lymphoedèmes par striction, oedème blanc de Sydenham), oedèmes bleus de Charcot (par piqûres des membres) ou encore, plus rarement : oedèmes pulmonaires (par inhalation d'eau).

-**Les pathomimies endocrino-métaboliques** : hypoglycémies provoquées, hyperthyroïdies par ingestion d'hormones thyroïdiennes, hypokaliémies par ingestion de diurétiques.

-**La pathologie psychiatrique dite factice** : hallucinations, troubles mnésiques, incohérences du discours, troubles de l'identité, fausses allégations, tableau pseudo-démontiel, syndrome de Ganser (avec le problème particulièrement complexe des pseudo-psychoses (33)), deuils factices et syndrome factice de stress post-traumatique (très fréquents aux U.S.A.).

-**Le syndrome de Münchhausen** (terme proposé en 1951 par Asher (3)) offre un tableau clinique la plupart du temps complet (4, 29, 31) :

*Troubles factices physiques variés requérant une intervention en urgence.

*Troubles iatrogéniques (polyopérations, nombreuses cicatrices...) ; d'une multiplicité de récits de type mythomaniacs ("mensonges flamboyants") qui falsifie tout ou partie de l'histoire du patient.

*Tendance à l'errance, de ville en ville, d'hôpital en hôpital (avec une préférence nette pour les urgences d'hôpitaux généraux), de services en services.

*Dimension psychopathique importante.

-Enfin, **le syndrome de Münchhausen par procuration** (14, 25, 31, 44), qui désigne une forme singulière de maltraitance de l'enfant (description de Meadow en 1977 (34)) :

*Création factice d'une symptomatologie de l'enfant par sa mère : histoire falsifiée, documents et examens falsifiés, ajout de substances diverses dans les déjections de l'enfant, atteint portée au corps de l'enfant.

*Acharnement médical rapidement iatrogène

*Pathologie sévère du lien mère-enfant.

Notons que si l'enfant survie dans 90% des cas, il a toutes les chances, devenu adulte, de souffrir de troubles anxio-dépressifs et de présenter réellement des troubles factices.

UNE QUESTION DE PSYCHOPATHOLOGIE

La psychopathologie des pathomimies demeure mal connue, les patients se prêtant difficilement aux investigations psychologiques, *a fortiori* lorsque leurs symptômes ont été "démasqués".

Disons que les troubles factices réalisent simplement une description symptomatique et relèvent donc de différentes organisations psychiques.

Disons que les motivations psychologiques sont la plupart du temps complexes, fondées sur une conflictualité psychique profonde autant que sur une psychopathologie variable (35).

On retrouve suivant les cas : une dimension perverse ou/et psychopathique, une pathologie anxio-dépressive, une dimension hystérique grave, une dynamique d'auto-agressivité et des limites internes floues... La personnalité du pathomime est

généralement pathologique, même sous des apparences de normalité. On décrit avec une fréquence particulière des troubles de la personnalité de type narcissique et borderline, ce qui n'est pas encore une fois, sans poser la question des formes actuelles de l'hystérie et de ses prolongements cliniques.

Dans la majorité des cas on retrouve chez le pathomime, une méconnaissance plus ou moins absolue des significations et de la souffrance liées au mode d'expression symptomatique. Par cette méconnaissance, le sujet pathomime tente entre autres de maintenir une sorte d'équilibre narcissique, avec des mouvements ambivalents de maîtrise (aux composantes sado-masochistes plus ou moins masquées) : entourage, famille... mais aussi et surtout le corps médical vers lequel les conflits internes sont agis sur le terrain du défi, du contrôle de la jouissance et du savoir : *“On peut parler de véritable impulsion sur fond de libération algophile orgastique qu'il faudra différencier d'une simulation frauduleuse, mais encore d'une épilepsie et d'une obsession compulsive”* (7).

La difficulté réside également dans la place économique attribué aux bénéfices secondaires (qui ne suffisent pas à expliquer de telles conduites) et aux identifications en jeu, selon que leur recherche est plus ou moins inconsciente.

Quoiqu'il en soit, les liens du patient avec le monde médical sont souvent anciens, qu'il ait été longtemps malade dans l'enfance ou qu'il soit issu d'un milieu médical peu contenant, suscitant à la fois idéalisation et haine, soumission et relation d'emprise.

Enfin, parmi les auteurs ayant cherché à conceptualiser la psychopathologie des pathomimies physiques à partir de la clinique, l'abord psychodynamique que propose C. Py nous semble un point de vue rigoureux et original (38). C. Py défendant en outre la thèse d'un lien de contiguïté et de différence unissant troubles factices et problématique hystérique : *“La formation du symptôme répondrait dans la pathomimie non pas à une activité de représentation (Vorstellung), mais plutôt à une figuration (Darstellung) (16), telle qu'elle a été décrite par Freud dans l'attaque hystérique (21). Le symptôme physique pathomimique pourrait être considéré comme l'équivalent agi d'une conversion hystérique, traduisant l'incapacité du sujet de représenter sur la scène corporelle, de manière purement imaginaire, les conflits à valeur traumatique”*. (38)

PROBLEMES DIAGNOSTICS ET THERAPEUTIQUES

Le diagnostic de pathomimie est relativement aisé, mais à condition d'être au préalable évoqué. Une épreuve de vérité, comme celle consistant à empêcher le geste imitateur ou de faire varier les examens et l'attention qu'on y porte, peut évidemment s'avérer rapidement probante.

Il faut se rappeler qu'une fois confronté au diagnostic, le patient aura tendance à dénier véhément la réalité ainsi démasquée, de fuir purement et simplement, de banaliser dans l'espoir éhonté d'une sauvegarde de confiance, avec le risque non négligeable d'un passage à l'acte, auto ou hétéro-agressif. C'est aussi pourquoi il paraît illusoire de rechercher à tous prix une “preuve tangible” ou un “aveu”, d'autant qu' *“à travers le vague sentiment qu'il simule ou qu'il joue, le pathomime garde la conviction qu'il se conduit encore normalement”*... (15)

Même si le diagnostic peut être aisé, le nombre de cas non diagnostiqués et les retards diagnostics demeurent importants.

L'ingéniosité des sujets pathomimes, est véritablement sans limite. Leur capacité à susciter l'inquiétude ou l'intérêt scientifique, non moins.

Ainsi, il n'est pas rare que plusieurs équipes soignantes et médecins soient tenues en échec, parfois de manière criante, avant que le diagnostic ne soit seulement imaginé,

d'autant plus que surviennent fréquemment : répétitions, conduites d'évitement, fuites, manipulations, changements de lieux et de personnes, voire d'identité... D'où la nécessité d'une réelle prise en compte des contre-attitudes à l'oeuvre, afin de rester vigilant à ne pas invalider toute possibilité d'action thérapeutique.

Quels éléments peuvent aider à l'orientation diagnostique (33)?

-L'existence de liens étroits (dans la moitié des cas) avec la médecine : liens familiaux, maladies et hospitalisations dans l'enfance, appartenance à une profession paramédicale.

-Une histoire médicale longue et difficile à débrouiller émaillée d'inexactitudes, de multihospitalisations et de polyinterventions.

-Des micro-carences dans l'enfance et des situations d'isolement affectif et de solitude chez l'adolescent et l'adulte.

-Une dépendance agressive du pathomime, qui semble osciller vis à vis du corps médical entre une hypocondrie revendicatrice et une position de séduction hystérique.

D'un point de vue pronostic, les troubles factices tendent à instaurer un handicap de plus en plus sévère au fur et à mesure que le temps passe... le comportement pathomimique étant généralement chronique avec plus ou moins de "poussées" (33).

La multiplication des actes et des errances médicales jouent également leur rôle de renforcement et d'aggravation des troubles.

Quant aux complications, elles sont graves et fréquentes : induites par les moyens utilisés par le pathomime ; consécutives aux interventions médico-chirurgicales ; conduisant à des décompensations psychiatriques ou/et à de conduites addictives.

Quant à l'ampleur des difficultés techniques posées par la prise en charge des troubles factices, **il s'agit de privilégier les contre-attitudes (33) suivantes :**

-Proscrire une recherche abrupte de la vérité, ce qui semble non seulement illusoire, mais surtout dangereux pour l'équilibre fragile du patient.

-Etre en mesure de tolérer une certaine dose de mise en échec sans pour autant répondre par le rejet ou l'agressivité.

-Axer la relation soignante sur le fait, que loin d'être dupe, on comprend la complexité de la situation pour l'intéressée, ce qui peut parfois éviter de le faire fuir.

-Lutter contre la tendance du pathomime à mettre en échec, d'emblée ou par la suite, une relation thérapeutique et une coopération durables.

-Prendre suffisamment en compte la question toujours déterminantes avec les pathomimies, du partage des rôles entre somaticiens et psy comme celle de la cohésion des équipes soignantes.

BIBLIOGRAPHIE

1) ADUAN. R.P. & al. : Factitious fever and self-infection. *Ann. Int. Med.* , 1979, 90, 230-242.

2) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV. Critères diagnostiques (Washington DC, 1994). Traduction française par J.-D Guelfi et al., Masson, édit. Paris, 1996.

3) ASHER. R : Munchausen syndrome. *The Lancet* , 1951, 339-341.

4) BARKER. J.C. : The syndrome of Hospital addiction (Munchausen syndrome). *J. Ment. Sci.* , 1962, 108, 167-182.

- 5) BERNARD. J et Coll. : Les anémies hypochromes dues à des hémorragies volontairement provoquées. Syndrome de Lasthénie de Ferjol. *Presse Médicale* , 1967, 75, 2087-2090.
- 6) BOISSEAU. E : Des maladies simulées et des moyens de les reconnaître. Leçons professées au Val-de-Grâce. Baillière, édit. Paris, 1870.
- 7) BORNSTEIN. S : Simulation et psychiatrie. *Entretiens psychiatriques* , 1966, 12, 115-116.
- 8) CARNEY. M.W.P. : Artefactual illness to attract medical attention. *British Journal of Psychiatry* , 1980, 136, 542-547.
- 9) CARP. E : Sur la simulation. *Acta Neurologica et psychiatrica belgica* , 1953, 53, 549-562.
- 10) CHAVIGNY. M : Diagnostic des maladies simulées. Baillière, édit. Paris, 1906.
- 11) COLLIN. A. et Coll. : Le syndrome de Lasthénie de Ferjol. A propos d'une observation. *Annales Médico-psychologiques* , 1991, 149, 674-680.
- 12) CONRI. C et Coll. : Pathologie factice. Etude de 31 cas. *Semaine des Hôpitaux* , 1987, 63, 97-101.
- 13) CONSOLI. S : Les liaisons dangereuses. *Psychiatrie française* , 1985, 6, 774-781.
- 14) CONTAMIN. E, ABOU. H : Le syndrome de Münchhausen par procuration. Revue de la littérature. A propos d'un cas clinique. *La Médecine Infantile* , 1990, 7, 507-513.
- 15) CORRAZE. J : De l'hystérie aux pathomimies : psychopathologie des simulateurs. Dunod, édit. Paris, 1976.
- 16) DAVID-MENARD. M : Le désir mis en scène. Sur la *darstellung* hystérique. in L'hystérie. *Confrontations Psychiatriques* , 1985, 25, 219-230.
- 17) DESHAIE. G : Psychologie d'une simulation. *Hyg. Mental* , 1948, 6, 80-92.
- 18) DIEULAFOY. G : Escarres multiples et récidivantes depuis deux ans... Pathomimie. *Presse Médicale* , 1908, 369-372.
- 19) DUPRE. E : La Mythomanie (1905). Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. Payot, édit. Paris, 2° édit., 1928.
- 20) FORD. C.V. : The somatizing disorders : illness as a way of life. Elsevier Biomedical, édit. New York, 1983.
- 21) FREUD. S : Considérations générales sur l'attaque d'hystérie (1909). in Névrose, psychose et perversion. Puf, édit. Paris, 1971.
- 22) FRIBOURG-BLANC. A : Les fausses simulations en médecine légale psychiatrique. Congrès des médecins aliénistes et Neurologues. Masson, édit. Paris, 1931.
- 23) GALLE-TESSONEAU. J.R. : Quelques réflexions sur la notion de simulation. *Médecine des Armées* , 1975, 3, 6, 511-515.
- 24) GREEN. A : Le rôle, contribution à l'étude de l'identification. *Essai psychiatrique* , 1961, 26, 1.
- 25) GUEDJ. M.J : Le syndrome de Münchhausen par procuration. *Nervure* , 1989, 2, 3, 37-40.
- 26) HIGGINS. P.M. : Temporary Munchausen syndrome. *British Journal of Psychiatry* , 1990, 157, 613-616.
- 27) HOLLENDER. M.H., ABRAM. H.S. : Dermatitis factitia. *South Med. J.* , 1973, 6, 1279-1285.

- 28) KAMMERER. T : La relation entre médecin et inculpé dans l'expertise mentale criminelle. *L'Evolution Psychiatrique* , 1956, 2, 1-2, 433-445.
- 29) KAVALIER. F.C. : Munchausen AIDS. *The Lancet* , 1989, 1, 8642, 852.
- 30) KOOIMAN. C.G. : Neglected phenomena infactitious illness : a case study and reveiw of literature. *Comprehensive Psychiatry* , 1987, 28, 499-507.
- 31) LABRAM. C. : Les maladies factices et le syndrome de Münchausen. *La revue de Médecine Interne* , 1983, 4, 343-351.
- 32) LAPERROUSAZ. G : A propos de la mythomanie. Mémoire pour le CES de psychiatie, Paris, 1991.
- 33) LEMPERIERE. T : Les pathomimies. *Psynergie* , *Laboratoires Ciba-Geigy*, 1992, 2, 2-10.
- 34) MEADOW. R : Münchausen syndrome by proxy : the hinterland of child abuse. *The Lancet* , 1977, 2, 343-345.
- 35) MONGIN. M, WEILLER. P. G. : La pathomimie : difficultés diagnostiques et relationnelles. Essai d'interprétation. *Bull. Acad. Nat. Med.* , 1987, 171, 525-531.
- 36) PARADAS. C : Etude de la simulation des troubles mentaux. A partir d'une problématique militaire. Mémoire de spécialité, DES de Psychiatrie, Paris, 1994.
- 37) PHILLIPS. M & al. : Factitious mourning : painless patienthood. *American Journal of Psychiatry* , 1983, 140, 420-425.
- 38) PY. C : Une approche psychopathologique de la pathomimie à propos de quatre observations. Mémoire pour le CES de psychiatrie, Paris, 1989.
- 39) RABAIN. J.F. : Lasthénie de Ferjol ou l'objet fantôme. Thèse de Médecine, Paris, 1978.
- 40) ROGERS. R & al. : Diagnostic legitimacy of factitious disorder with psychological symptoms. *American Journal of Psychiatry* , 1989, 146, 1312-1314.
- 41) SNEDDON. I, SNEDDON. J : Self-inflicted injury : a follow-up study of 43 patients. *British Medical Journal* , 1975, 3, 527-530.
- 42) SPIRO. H.R. : Chronic factitious illness. *Arch. Gen. Psychiatry* , 1968, 18, 569-579.
- 43) SUTTER. J.M. : Les mythomanes et la guerre. XLIV^o Congrès des aliénistes et neurologues de France et des pays de langue française, Genève, 1946.
- 44) VERITY. C & al. : Polle syndrome : children of Münchausen. *British Medical journal*, 1979, 2, 422-423.