

UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE

Année 1999



Thèse n° 126/1

**« AUX FRONTIERES DU REEL » OU LE SYNDROME  
DE MUNCHAÛSEN A PROPOS D'UN CAS.**



THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 25 Mai 1999

PAR

**Anne PRANGERE**

Née le 13 Mai 1970 à Nancy

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur TREVES ..... - Président  
Monsieur le Professeur DUMONT ..... - Juge  
Monsieur le Professeur PECOUT ..... - Juge  
Monsieur le Professeur PIVA ..... - Juge  
Monsieur le Docteur BOELY..... - Membre invité  
Monsieur le Docteur THERME..... - Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE

Année 1999

Thèse n° 126/1

**« AUX FRONTIERES DU REEL » OU LE SYNDROME  
DE MUNCHAÛSEN A PROPOS D'UN CAS.**



THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 25 Mai 1999

PAR

**Anne PRANGERE**

Née le 13 Mai 1970 à Nancy

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur TREVES ..... - Président  
Monsieur le Professeur DUMONT ..... - Juge  
Monsieur le Professeur PECOUT ..... - Juge  
Monsieur le Professeur PIVA ..... - Juge  
Monsieur le Docteur BOELY..... - Membre invité  
Monsieur le Docteur THERME..... - Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur PIVA Claude

ASSESEURS :

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude  
Monsieur le Professeur DENIS François

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

\* C.S. : Chef de Service

ADENIS Jean-Paul (C.S.)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Jean-Luc (C.S.)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (C.S.)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S.)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BAUDET Jean (C.S.)	CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BEDANE Christophe	DERMATOLOGIE
BENSAÏD Julien	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S.)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S.)	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S.)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOULESTEIX Jean (C.S.)	PEDIATRIE
BOUTROS-TONI Fernand	BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE
BRETON Jean-Christian	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CATANZANO Gilbert	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CHRISTIDES Constantin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (C.S.)	UROLOGIE
CORNU Elizabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
CUBERTAFOND Pierre (C.S.)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE MARIE-LAURE (C.S.)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S.)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S.)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S.)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre (C.S.)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DUMAS Michel (C.S.)	NEUROLOGIE
DUMONT Daniel	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul (C.S.)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S.)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S.)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S.)	REANIMATION MEDICALE
GAY Roger	REANIMATION MEDICALE
HUGON Jacques (C.S.)	HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE
LABROUSSE Claude	REEDUCATION FONCTIONNELLE
LABROUSSE François (C.S.)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LASKAR Marc (C.S.)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
LAUBIE Bernard (C.S.)	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
LEGER Jean-Marie (C.S.)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
LEROUX-ROBERT Claude (C.S.)	NEPHROLOGIE

MABIT Christian	ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQU
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MENIER Robert (C.S.)	PHYSIOLOGIE
MERLE Louis	PHARMACOLOGIE
MOREAU-Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique	CHIRURGIE INFANTILE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
PECOUT Claude (C.S.)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
PERDRISOT Remy	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
PILLEGAND Bernard (C.S.)	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
PIVA Claude (C.S.)	MEDECINE LEGALE
PRALORAN Vincent (C.S.)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
RAVON Robert (C.S.)	NEUROCHIRURGIE
RIGAUD Michel (C.S.)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ROUSSEAU Jacques (C.S.)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
SAUTEREAU Denis	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S.)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
TABASTE jean-Louis	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
TREVES Richard (C.S.)	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S.)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VANDROUX Jean-Claude (C.S.)	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
VIDAL Elisabeth (C.S.)	MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	REANIMATION MEDICALE
VIROT Patrice (C.S.)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S.)	MALADIES INFECTIEUSES

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

3ème CYCLE DE MEDECINE GENERALE

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

A notre Président,

Monsieur le Professeur **Richard TREVES**

Médecin des Hôpitaux,

Chef de Service.

Vos compétences médicales, votre érudition et vos qualités humaines nous ont toujours amenés à vous considérer comme notre maître.

Nous voulons vous remercier de nous faire l'honneur de présider notre jury et de juger notre travail.

Permettez-nous de vous exprimer notre profonde admiration et toute notre considération.

A Messieurs les Juges,

Monsieur le Professeur **DUMONT**  
Médecin des Hôpitaux.

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury. Qu'il nous soit permis de vous remercier d'avoir accepté de juger notre travail. Nous vous exprimons toute notre considération.

Monsieur le Professeur **PECOUT**  
Chirurgien des Hôpitaux,  
Chef de Service.

Permettez-nous de vous remercier de l'honneur que vous nous faites en siégeant à ce jury. Soyez assuré de notre profonde estime pour l'enseignement que vous nous avez dispensé.

Monsieur le Professeur **PIVA**  
Médecin des Hôpitaux,  
Chef de Service,  
Doyen de la Faculté de Médecine.

Permettez-nous de vous témoigner de notre vive gratitude pour  
l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse. Que  
ce travail soit le témoignage de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur **THERME**,

Nous sommes très sensibles à la courtoisie avec laquelle vous nous avez accueillis, et très reconnaissants de votre disponibilité.

Veillez trouver ici l'expression de nos plus vifs remerciements et de notre sincère respect.

A Monsieur le Docteur **Thierry BOELY**,

Votre franchise, votre rigueur et votre dynamisme sont un modèle pour tous.

Nous sommes très touchés de votre participation au jugement de ce travail et permettez-nous de vous exprimer notre profonde sympathie.

A mes parents,

qui ont toujours été à mes côtés et qui m'ont enseigné l'Amour et les Valeurs de la vie.

A mes frère et soeurs,

**Benoît, Blandine et Aude** : l'Amour qui nous lie est une richesse inestimable.

A **Valérie et Philippe**, que j'adore. Leur entrée dans notre famille me remplit de joie.

A mes amis,

**Agnès, Damien, Florence, Guillaume, Hélène, Jean, Magalie, Martha, Olivier L., Olivier B., Pascal, Richard, Stéphanie,**

qu'ils soient assurés de la très profonde et sincère amitié que je leur porte.

A **Claude et Marie-Hélène**,

A **Martine**,

*« Il faut vivre et non pas seulement exister ».*

PLUTARQUE

Nous remercions particulièrement pour leur aide :

Monsieur le Docteur **LATHELIZE**

Monsieur le Docteur Hervé **LE FLAHEC**

Monsieur le Docteur Xavier **LE FLAHEC**

Monsieur le Professeur **MABIT**

Monsieur le Docteur **MARQUET**

Monsieur le Professeur **PECOUT**

SOMMAIRE

+++

I - INTRODUCTION

II - CAS CLINIQUE

III - LE SYNDROME DE MUNCHAÜSEN

IV - PATHOMIMIES

V - DISCUSSION

VI - CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE

*« Si je m'effondrais, évanoui, vomissant le sang, si j'étais pris de convulsions, comme la dureté et l'indifférence du monde se changeraient vite en sollicitude, en terreur et en tardifs remords ».*

Thomas MANN

« Les Confessions du Chevalier d'Industrie Felix Krull »

**I - INTRODUCTION**

*« ... Une autre fois, je voulus sauter une mare, et, lorsque je me trouvais au milieu, je m'aperçus qu'elle était plus grande que je ne me l'étais figuré d'abord. Je tournai aussitôt bride au milieu de mon élan, et je revins au bord que je venais de quitter, pour reprendre plus de champ ; cette fois encore je m'y pris mal, et tombai dans la mare jusqu'au cou : j'aurais péri infailliblement si, par la force de mon propre bras, je ne m'étais enlevé par ma propre queue, moi et mon cheval que je serrai fortement entre les genoux... »(67).*

... ou le monde fantastique du Baron de MUNCHAÛSEN

Si les troubles factices sont connus depuis l'Antiquité, leur notion dans le sens actuel n'a commencé à émerger en France qu'au début de ce siècle avec les mythomanes de DUPRE (23) et les pathomimies de DIEULAFOY (21) faisant ainsi l'objet d'une description séméiologique plus précise tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique. En 1908, Paul BOURGET et DIEULAFOY créent le terme de pathomimie 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 ». DIEULAFOY a le mérite d'isoler nettement la pathomimie de ses deux voisines de chevet : la simulation consciente et l'hystérie.

Si le névrosé révèle inconsciemment ses symptômes sans explication organique par la conversion hystérique, le simulateur ne cherche consciemment, par sa conduite, que des bénéfices secondaires. Le mythomane simule des maladies sans passer à l'acte ; l'hypochondriaque vit une maladie imaginaire ; l'automutilateur utilise un moyen d'autodestruction, non comme une fin en soi, mais comme un moyen d'y parvenir. Quant au pathomime, il va jusqu'à créer la maladie par des blessures artificielles.

On considère différents types de pathomimies devant lesquels tous les diagnostics psychiatriques ont été évoqués ; avoir une position univoque devant ces troubles semble difficile. C'est pourquoi chaque type de pathomimie correspond à un modèle psychopathologique particulier. En ce qui concerne le syndrome de

Munchäusen, il est considéré comme une forme grave de la pathologie factice et mérite qu'on en précise les points particuliers dans un chapitre à part. Il se distingue des autres pathomimies pour différentes raisons :

- l'absence d'automutilation dans un grand nombre de cas,
- l'existence de mensonges flamboyants (*pseudologia fantastica*) qui contaminent tous les secteurs de la biographie du patient,
- enfin les pérégrinations d'hôpital en hôpital, de ville en ville.

Les publications faites à son sujet sont, pour la majorité, anglo-saxonnes ; celles faites en France sont pour la plupart réalisées par des médecins somaticiens.

Ainsi à travers la lecture du roman de Rudolph RASPE, « Les Aventures du Baron de Munchäusen » (67), celle de Barbey d'AUREVILLY, « une histoire sans nom » (9) où l'histoire de Lasthénie de Ferjol est contée, et la plongée dans les lourds et nombreux dossiers médicaux de notre patiente, Madame B..., nous avons pénétré dans un univers bien étrange qu'est celui des pathomimies.... Ainsi sommes-nous parvenus aux frontières du réel.

**II - CAS CLINIQUE**

## INTRODUCTION

L'histoire de Madame B..., ou ce qu'il nous a été donné d'en connaître, mérite d'être détaillée car elle réunit un certain nombre de traits séméiologiques caractéristiques qui seront commentés dans la discussion.

Nos recherches se sont heurtées à une difficulté pour recueillir des informations qui ne représentent probablement qu'une petite partie de l'histoire clinique de Madame B.... Ainsi, l'histoire médicale paraît longue et difficile à débrouiller malgré l'enquête minutieuse effectuée qui aurait découragé les plus fameux limiers.

Afin d'éclaircir notre cas clinique, nous avons localisé, daté, numéroté et classifié les différentes interventions chirurgicales de la façon suivante :

**CsSp \* : consultation spécialisée (\* = numérotée)**

**H \* : hospitalisation**

**Chir \* : intervention chirurgicale non orthopédique**

**Chir/Ortho \* : intervention chirurgicale orthopédique**

Ne sont pas énumérées les centaines de consultations à domicile de médecins généralistes ou appels SAMU, la totalité des hospitalisations en cliniques ou consultations spécialisées effectuées en ville dont nous n'avons pas toujours eu connaissance.

PRESENTATION DE LA MALADE

- vit à la campagne avec son second mari de profession boucher, marginal et violent.
- 3 enfants (2 filles et 1 garçon) de son premier mari,
- possède de très nombreux ouvrages médicaux,
- relations conflictuelles avec son compagnon qui ne supporte plus ses doléances algiques,
- voyagerait beaucoup avec d'autres hommes,
- très dynamique malgré son handicap : tond la pelouse, déménage ses meubles, sort en discothèque....

COMPORTEMENT

- prend beaucoup de plaisir à raconter ses antécédents médicaux,
- médecins toujours vus à domicile avec présentation hystérique : aguicheuse, maquillée, bien habillée, même dans des situations médicales d' « urgence ».
- relativement fidèle à ses médecins, mais en consulte beaucoup.

PROFESSION

- agent de service, panseuse ou infirmière en bloc opératoire : la qualification médicale varie selon les interrogatoires,
- ne travaille plus depuis 1983.

ANTECEDENTS PERSONNELS

- aphtose buccale depuis l'âge de 9 ans (1950),
- aphtose bipolaire depuis 1979,
- hernie hiatale + ulcère duodéal,
- alopecie diffuse,
- ablation de 8 dents sous anesthésie générale,

- traitement par extraits thyroïdiens depuis l'âge de 16 ans (1957),
- 3 interruptions volontaires de grossesse (plus ou moins 2 ?),
- aurait fait de nombreuses fausses couches (1 seule retrouvée dans les dossiers),
- suivi gynécologique très régulier de 1979 à 1993,
- très nombreuses hospitalisations en cliniques pour bilan (douleurs, vertiges...).

### ANTECEDENTS FAMILIAUX

Père : Mme B... lui voue une véritable adoration :

- « grand psychanalyste » qui aurait ouvert une école à PARIS ?.
- dentiste dans le midi de la France ?.

Mère : Mme B... garde le silence le plus complet à son sujet :

- se serait suicidée quand Mme B... avait 9 ans ?.
- seul antécédent connu : goître thyroïdien.

### ALLERGIES :

- CODEINE, DI-ANTALVIC, BARALGINE, LAMALINE, VALIUM, ASPIRINE, PRIMPERAN, PENICILLINE, SPASFON, PROPOFAN, RULID, HEPT-A-MYL, Iode, VOGALENE,
- « choc » à la XYLOCAINE lors d'une IVG sous anesthésie locale
- allant jusqu'à une hospitalisation le 12.03.1981.

### HISTOIRE CLINIQUE

\* Avant 1964

- 1952 : H 1 Chir 1  
appendicectomie à l'âge de 11 ans
- 1956 : H 2 Chir 2  
amygdalectomie à l'âge de 15 ans

- 1960 : H 3  
fausse couche spontanée n° 1.

- 1964 : H 4  
accouchement d'une fille.

1964

- H 5 (LIEU ?)  
accident sur la voie publique sans lésion précise (dit qu'elle aurait eu une fracture ouverte de la jambe jamais retrouvée dans ses antécédents)

- H 6 Chir 3/ortho 1 (LIEU ?)  
ménissectomie **droite** pour dérochement des genoux (« sub-luxation rotulienne compliquée d'arthrose ») 1 mois après son AVP.

1966

- LYON : Cs Sp 1  
constatation d'une sub-luxation rotulienne bilatérale (Docteur T.)

- LYON : H 7 Chir 4/ortho 2  
« remontée » de la rotule à **droite** (Docteur M.).

- H 8 (LIEU ?)  
accouchement d'une seconde fille.

1967

- LYON : H 9 Chir 5/ortho 3  
transposition de la tubérosité tibiale antérieure **gauche** (Docteur C.) pour syndrome fémoro-patellaire.

- H 10 (LIEU ?)  
accouchement d'un garçon.

1968

- LYON : H 11 Chir 6/ortho 4  
ablation du matériel d'ostéosynthèse du genou **gauche** (Docteur T.).

1974

- H 12 Chir 7/ortho 5 (LIEU ?)  
intervention pour sub-luxation de la rotule **gauche**.

1978

- GUERET : H 13  
fausse couche n° 2.

1979

- LIMOGES : H 14 (CHU)  
Service de Pneumologie pour bilan d'aphtose.  
Découverte d'un goître thyroïdien et d'un nodule froid.  
*Consultation psychiatrique refusée.*
- PARIS : Cs Sp 2  
Service de Stomatologie à l'Hôpital St Louis pour aphtose : instauration du traitement par Cortisone et gammaglobulines.
- LIMOGES : H 15 (CHU)  
Service de Gynécologie pour algies digestives et désir de grossesse *sous une fausse identité* (même prénom, même date de naissance, même antécédents) qui sera utilisée plusieurs fois.

- LIMOGES : H 16 Chir 8 (CHU)

Service de Gynécologie pour interruption volontaire de grossesse n° 1 à 10 semaines d'aménorrhée car « *difficultés du début de grossesse et antécédents obstétricaux* » d'après la patiente. *Refus du dispositif intra-utérin. Plaintes somatiques diverses.*

1980

- PARIS : H 17

Service médical de l'Institut Pasteur pour tests allergiques.

- LIMOGES : H 18

Douleurs d'épaule et consultation gynécologique (Cs Sp 3) pour douleurs hypogastriques depuis plus de 10 ans.

« *Devant un utérus fibreux, réalisation d'une hystérogaphie qui retrouve un syndrome de Master Allen. Indication d'une coelioscopie (qui ne sera pas réalisée)* ».

- LIMOGES : H 19 Chir 9 (CHU)

Interruption volontaire de grossesse n° 2 à 8 semaines et demi d'aménorrhée (initialement déconseillée par le gynécologue).

1981

- PARIS : Cs Sp 4

Service médical de l'Institut Pasteur pour aptose amygdalienne : réalisation vaccin P40.

- LIMOGES : H 20 (CHU)

Service de Dermatologie pour allergie plurimédicamenteuse (FORTAL, BARALGINE, PENICILLINE, PRIMPERAN) à l'origine d'une réaction respiratoire et trismus après injection d'un vaccin P40 de l'Institut Pasteur

*Plaintes somatiques nombreuses.* Instauration d'un régime antidiabétique pour HGPO limite.

- LIMOGES : Cs Sp 5 (CHU)

Service de Gynécologie pour interruption volontaire de grossesse n° 3 sous anesthésie locale (notion d'hyperréaction aux anti-histaminiques) suivie de malaise vagal.

- LIMOGES : H 21 (CHU)

Service de Rhumatologie pour aphtes : instauration d'un traitement par THALIDOMIDE, puis COLCHICINE : mal supporté.

1982

- LIMOGES : Cs Sp 6 (CHU)

Service d'Orthopédie pour douleurs du genou gauche depuis 1978 et sensation de dérochement : à la radiographie, il retrouve une Patella Baja. Pas d'indication chirurgicale retenue.

- LIMOGES : Cs Sp 7 (CHU)

Service de Gynécologie pour douleurs hypogastriques : rien à signaler à l'examen clinique ; échographie abdominale négative.

- LIMOGES : H 22 (CHU)

Service de Rhumatologie pour douleurs abdominales. Le bilan biologique et l'échographie sont normaux. L'hypothèse de lupus est infirmée. Un traitement par NIVAQUINE (pour suspicion de Behcet) est mal supporté ; un traitement par THALIDOMIDE est suggéré.

1983

- LIMOGES : H 23 Chir 10/ortho 6 (CHU)

Ascension de la rotule pour Patella Baja et avancée de tubérosité tibiale antérieure gauche de 1 centimètre selon la technique de De Dejour.

- LIMOGES : H 24 (CHU)

Service de Rééducation Fonctionnelle.

Cs Sp 8 en Dermatologie pour aphtes buccaux.

Cs Sp 9 en Gynécologie pour lésions vulvaires : Behcet infirmé.

1984

- LIMOGES : Cs Sp 10 (CHU)

Service de Gynécologie pour douleurs abdominales (colite probable) et dyspareunie. Désir de contraception.

- LIMOGES : Cs Sp 11 (CHU)

Service de Dermatologie pour aphtose buccale : pas d'argument en faveur d'un Behcet ou LED.

- LIMOGES : H 25 (CHU)

Service de Rhumatologie pour bilan d'une poussée d'aphtose bipolaire et arthralgies prédominant aux chevilles : biologie, immunologie, capillaroscopie négatifs.

Cs Sp 12 en Stomatologie pour traitement local.

Cs Sp 13 en Gynécologie pour contraception orale et antalgie des syndromes pré-menstruels. *Prise en charge par psychothérapie suggérée*, maladie de Behcet infirmée. *Céphalées et malaises étiquetés hystériques*.

1985

## - LIMOGES : Cs Sp 14 (CHU)

Service d'Orthopédie pour douleurs de la rotule gauche: se pose la question de la section de l'aileron externe de la rotule gauche.

## - LIMOGES : Cs Sp 15 (CHU)

Service d'Orthopédie pour douleurs de la rotule gauche : devant une chondropathie rotulienne gauche, l'ablation de l'aileron rotulien externe gauche et l'ablation des vis sont préconisées.

## - LIMOGES : H 26 (CHU)

Service de Chirurgie B pour chutes fréquentes : fracture de côtes gauches constatées.

Cs Sp 16 service d'Orthopédie pour douleurs du genou gauche.

## - LIMOGES : Chir 11/ortho 7 (CHU)

Service d'Orthopédie sur indication chirurgicale posée en Mars : non effectuée car décès de son père.

1986

## - LIMOGES (LIEU ?)

Examens complémentaires effectués en externe sans indication médicale retrouvée. ASP + TOGD : reflux gastro-oesophagien, petite hernie hiatale.

## - LIMOGES : Cs Sp 17 (CHU)

Service d'Orthopédie pour douleurs du genou gauche et vis très douloureuses : l'indication d'ablation des vis est à nouveau posée.

1987

## - LIMOGES : H 27 (CLINIQUE)

Service de Gynécologie pour douleurs coliques : examen clinique normal. *Profil psychologique particulier. Entretien difficile car la patiente passe son temps à faire allusion à ses références médicales et familiales. Notion de vertiges et troubles psychiatriques.*

*DIU déjà refusé pour « inefficacité ». Prend la pilule irrégulièrement.*

Examens complémentaires : scanner pelvien + hystérosalpyngographie + urographie intra-veineuse + coelioscopie réalisés : hypertrophie utérine et ptose rénale gauche debout.

## - LIMOGES : H 28 (CHU)

Service d'ORL pour sensations de vertiges, acouphènes.

Echotomographie + doppler + radiographie du rachis cervical : négatifs.

L'examen clinique retrouve une discrète note vestibulaire.

Consultation ORL : examen cochléo-vestibulaire à la limite de la normale ; discrète surdité droite à la fréquence 4 000.

## - LIMOGES : Cs Sp 18 (CHU)

Service d'ORL pour vertiges et acouphènes gauches.

## - LIMOGES H 29 Chir 11 + 12/ortho 7 (CHU)

Ablation de matériel des deux genoux.

Hystérectomie pour fibrome du ligament large (anapath correspondant à un fibrome sans aspect de malignité).

*Au cours de son hospitalisation, refus de tout traitement pour ses plaintes somatiques et demande un sondage vésical car dit ne pouvoir uriner seule.*

## - LIMOGES : Cs Sp 19 (CHU)

Service d'ORL pour potentiels évoqués auditifs non réalisés car patiente fatiguée.

1988

- LIMOGES : H 30 Chir 13/ortho 8 (CHU)

Service d'Orthopédie pour ablation des vis.

- LIMOGES : Cs Sp 20 (CHU)

Service d'ORL car Mme B... « a peur d'avoir des malaises en ville » : *le médecin évoque l'hystérie et remarque que quand une autre plainte somatique apparaît, la patiente oublie ses vertiges.*

- LIMOGES : H 31 (CHU)

Service de Neurologie pour sensations vertigineuses aggravées depuis son hystérectomie, pré-existantes depuis 10 ans, résistantes à tous les traitements : examen neurologique normal.

Plaintes fonctionnelles à type de sueurs, de fourmillements, de nombreuses céphalées.

Bilan ORL négatif, traitements inefficaces ; un TSCU retrouve des zones relevant du syndrome vertébro-basillaire avec des index abaissés de 40 à 45° à gauche ; EEG : baisse de l'amplitude du rythme de fond. Biologie normale.

TRANXENE en intra-veineux très efficace.

La conclusion faite par les ORL est la suivante : « *il n'est pas souhaitable de poursuivre une hospitalisation plus longue car il y a une demande d'examens. On conclut à des troubles somatiques divers sans supports organiques pouvant être mis sur le compte d'une névrose hystérique : TRANXENE 10 mg X 2* ».

1989

- LIMOGES : H 32 (CHU)

Service d'ORL pour vertiges, état fébrile, malaise, éruption région cervicale (via les urgences) : éruption mise sur le compte d'une allergie aux Macrolides (prescrits pour une laryngite).

*Multiplés plaintes fonctionnelles à type de bourdonnements d'oreilles et otalgies, céphalées occipitales, flou visuel avec un nouveau symptôme à chaque nouveau médecin.*

Traitement injectable par PRAXILENE + PRIMPERAN : efficace.

- LIMOGES : H 33 (CHU)

Service d'ORL pour persistance de la sensation vertigineuse et hypoacousie.

Cs Sp 20 cardiologique, ECG, scintigraphie, échographie thyroïdienne, holter, échographie abdomino-pelvienne : normaux ; tâches rubis existant de façon ancienne, bilan d'hémostase inchangé.

Cs Sp 21 gynécologique pour douleurs du cadre colique : échographie abdomino-pelvienne et lavement baryté normaux.

1990

- LIMOGES

Réalisation d'un holter pour oppression thoracique : normal.

- LIMOGES : Cs Sp 22 (CHU)

Service d'Endocrinologie : on retrouve une thyroïde hétérogène à la palpation, un nodule froid. Une indication opératoire est posée *sans conviction d'amélioration post-chirurgicale*.

- LIMOGES : H 34 Chir 14 (CHU)

Thyroïdectomie partielle pour nodule froid bénin. *Personnalité neuropsychique très marquée*.

1991

- LIMOGES : H 35 (CHU)

Service de Médecine Interne B pour suspicion d'hypothyroïdie et bilan phosphocalcique. On retrouve juste une légère augmentation de la TSH entraînant une

augmentation du LEVOTHYROX (Insuffisance de substitution volontairement créée par la patiente : l'augmentation même d'une seule goutte sera mal tolérée).  
*Personnalité psychique très marquée ; phobie pour la maladie de Behcet.*

1992
------

- LIMOGES : H 36 (CHU)

Service de Médecine Interne B pour bilan de malaises et bilan thyroïdien : examen clinique normal. *Symptomatologie fonctionnelle riche, paresthésies des membres et de la tête sans localisation bien précise.*

Cs Sp 23 gynécologique pour urgences mictionnelles pour lesquelles sont préconisés des tests urodynamiques (plaintes somatiques sans suite).

*Conclusion : insuffisance de substitution et prescription d'anxiolytique (LEXOMIL)*

Au niveau des examens complémentaires, un bilan biologique retrouve de façon surprenante un TCA élevé à 88,7 avec héparinémie à 3 UI chez une patiente ne prenant pas d'anticoagulants. Des contrôles successifs ont toujours retrouvé un TCA normal mais une héparinémie à 1. L'avis hématologique est que les anomalies du premier dosage TCA sont dûes à une erreur ; quant à la constatation d'une héparinémie constamment à 1, elle peut être due à une sensibilité trop grande du dosage. *Cependant, la patiente reviendra en urgence dans le service cinq jours plus tard pour apparition, selon elle, d'un purpura.* Les lésions décrites sont en fait des tâches rubis existant de façon très ancienne.

- LIMOGES : H 37 (CHU)

Service de Médecine Interne B pour intolérance de son traitement substitutif : *le LEVOTHYROX est maintenu mais sous l'étiquette « d'extraits thyroïdiens » (« préparation spéciale ») qui sont bien supportés.*

*Est noté : « la patiente porte un lourd antécédent psychiatrique à type de névrose hystérique et l'adhérence à la prise d'hormones thyroïdiennes est très difficile ».*

Devant l'apparition de diarrhée après augmentation de posologie des hormones thyroïdiennes, un bilan retrouve une stéatorrhée associée à une hyperamylasémie

et une hyperamylasurie : scanner abdominal : pancréas normal. Consultation gastro-entérologique (résultat ?).

1993

- LIMOGES : Cs Sp 24 (CHU)

Service d'Orthopédie pour difficultés à la marche, blocage en flexion, périodes d'impotence fonctionnelle : rien à signaler. Avis rhumatologique demandé.

- Cs Sp 25 (CHU)

Service d'Orthopédie : balnéothérapie proposée car toutes les consultations précédentes concluaient qu'aucune indication chirurgicale n'était à retenir.

- PARIS : H 38 Chir 15/ortho 8

Pose de prothèse unicompartimentale gauche (PUC) pour gonarthrose gauche fémoro-tibiale interne : «PUC associée à une désostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure pour séquelles d'opération de Maquet associée à une arthrose fémoro tibiale interne sur genu varum ».

Au cours de son séjour, échographie abdominale (petit angiome du foie droit) et TOGD sont réalisés sans indication médicale particulière.

- LIMOGES : H 39 (CHU)

Service de Rééducation Fonctionnelle pour convalescence post-PUC gauche.

Est sous traitement antidépresseur par FLOXYFRAL pour un deuil récent (quand ?, de qui ?).

Cs Sp 26 : service de Dermatologie pour lésions aphteuses buccales sévères et candidose : THALIDOMIDE, COLCHICINE et traitement local par VIBRAMYCINE veineuse.

Cs Sp 27 : service de Gynécologie pour lésions péri-clitoridiennes (aphtose ?) et lésions face interne des petites lèvres faisant suspecter un herpès.

Examens complémentaires : bilan immunologique : immunoélectrophorèse et électromyogramme normaux. HLAB5.

Sur le plan orthopédique : gain en flexion très modéré ; la mobilisation sous anesthésie générale étant refusée par tous les orthopédistes de LIMOGES : *la patiente sort contre avis médical pour aller consulter un orthopédiste en clinique* (demande de certificat réalisé par le Chef de Service, à la demande de la malade).

- LIMOGES : Cs Sp 28 (CLINIQUE)

Service de Rhumatologie

- LIMOGES : H 40 Chir 16/ortho 9 (CLINIQUE)

Mobilisation sous anesthésie générale.

- LIMOGES : Cs Sp 29 (CHU)

Service d'Endocrinologie pour intolérance digestive avec bilan de stéatorrhée (négatif) et hypothyroïdie ayant déjà eu toutes formes de substitution. Le bilan retrouve une hypothyroïdie modérée. Echographie, scintigraphie, Anticorps antithyroïdiens et anticalcitonine : négatifs. Quant à sa stéatorrhée, un traitement par EUROBIOL, SMECTA, DUSPATALAIN, PREPULSID est mis en route.

*Attitude de la patiente au cours de l'hospitalisation :*

- \* *appel de l'Interne de garde pour un petit point blanc dans la gorge, oblige sa présence lors de la prise médicamenteuse de peur de faire une allergie,*
- \* *est retrouvée une nuit dans le lit fluidisé d'un malade (les infirmières sont obligées de lui signaler que même ce type de lit est fait pour une personne !).*
- \* *prend les trois-quarts de sa bouteille de NORTUSSINE pour une toux persistante. Efficacité du placebo.*
- \* *sensations de malaises lorsque l'on parle de sortie.*

Au cours d'un bilan de coagulation, un TP à 13 % est retrouvé sans explication médicamenteuse possible (auto intoxication aux anticoagulants ?).

1994

- PARIS : Cs Sp 30 (CLINIQUE)  
pour flexion du genou insuffisante : adressé à CERBERE en cure.
- H 41 Chir 16/ortho 9 (LIEU ?)  
Arthrolyse gauche + retour à Cerbère
- LIMOGES : Cs Sp 31 (CLINIQUE)  
Service d'Orthopédie.
- LIMOGES : Cs Sp 32 (CHU)  
Service de Rééducation Fonctionnelle
- LIMOGES H 42 Chir 17/ortho 10 (CLINIQUE)  
Ablation des vis du genou gauche.

1995

- LIMOGES : H 43 (CHU)  
Service de Chirurgie A pour malaise provoqué par les douleurs du genou gauche : scintigraphie osseuse (foyer d'hyperfixation à gauche : réaction osseuse antérieure de sa prothèse ; pas de signe en faveur d'une algodystrophie) + demande de cure thermale.
- LIMOGES : H 44 (CHU)  
Service de Rhumatologie via les urgences pour douleurs et instabilité du genou gauche à l'origine d'un malaise.  
A l'examen : polyalgies, douleurs aux points de pression, sensation hyperthermique.

Radiographies des genoux : enfoncement de la partie interne de la prothèse unicompartimentale sans indication opératoire.

*Attitude de la malade : se plaint de vertiges, nausées et refuse tout traitement*

Traitement par neuroleptiques (LAROXYL) et anxiolytiques : efficace. Cure thermale conseillée.

- LIMOGES : H 45 (CHU)

- Service de Rhumatologie via les Urgences pour syndrome hyperalgique de l'épaule droite d'apparition progressive, de plus en plus invalidante, à l'origine de nausées et vomissements (*ainsi qu'un cortège de plaintes fonctionnelles à type de douleurs polyarticulaires, céphalées, nausées, douleurs abdominales, oppression thoracique*). Antalgiques inefficaces de même que la Morphine (intolérance)., mais effet spectaculaire du LAROXYL IV.

1996

- LIMOGES : H 46 (CHU)

Service de Rhumatologie pour douleurs du genou gauche mises sur le compte de douleurs de désafférentation : traitement mis en place RIVOTRIL, TEGRETOL, neurostimulation externe.

Hypothyroïdie auto-entretenu par sous dosage « *notion de névrose hystérique* ». Le 8.10.96, Cs Sp 33 psychiatrique (Docteur L.) est demandée et pour la première fois, le diagnostic de SYNDROME DE MUNCHAÜSEN est posé verbalement aux détours de l'entretien :

*« femme de 56 ans, multiopérée, passe sa vie d'hôpitaux en hôpitaux, met toujours en avant ses problèmes somatiques pour masquer sa souffrance psychologique. Toujours dans le registre de la séduction, très volubile et théâtrale dès qu'elle est en présence de médecins (hommes). Délaisée par son mari qui ne supporte plus ses problèmes de santé. Langage toujours aussi médicalisé : fille de médecin, a travaillé dans le milieu médical, sûre de ses connaissances. Rejette toujours l'origine psychologique de ses troubles. « Belle indifférence » par rapport à ses*

*troubles douloureux. J'insiste sur la nécessité d'une prise en charge mais fait la sourde d'oreille dès que l'on aborde le côté fonctionnel de ses troubles ».*

- LIMOGES : H 47 (CHU)

Service d'Urologie pour réalisation de tests morphiniques par PCA : 20 mg d'eau l'ont calmé ; 8 mg de morphine ont provoqué des effets secondaires. Seconde consultation psychiatrique (Cs Sp 34) (Docteur L.) :

*« hospitalisée depuis hier au Soins Intensifs d'Urologie pour test à la morphine. Très à l'aise dans ce milieu hypermédicalisé. On note une certaine jubilation associée au fait qu'elle se sente prise en charge. Très à l'écoute de son corps et des effets secondaires des produits qu'on lui injecte. Discours toujours aussi riche en termes médicaux, se situe volontiers dans le registre de la séduction. S'empporte facilement dès que l'on insiste sur la part psychiatrique des troubles ; elle souligne alors sa force de caractère et sa volonté d'en sortir.... Paraît tout de même évoluer vers la reconnaissance de ses troubles ».*

Devant l'évidence de la non crédibilité (ou discordances des douleurs par rapport à l'origine physique), la patiente décide, pour la seconde fois, de quitter le service le lendemain : attitude vraisemblablement justifiée par l'attitude paramédicale qui tentait de faire évoluer la malade vers la reconnaissance de ses troubles.

- PARIS : Cs Sp 35 (Hôpital LAENNEC)

Centre anti-douleur : pommade Morphine en automassage, NEURONTIN et kinésithérapie : sans efficacité significative ou mal supporté. A l'examen, suspicion d'ostéomyélite du genou gauche ; douleurs rachidiennes dorso-lombaires. Bilan radiologique : déminéralisation osseuse diffuse, ostéophytose et pincement des disques intervertébraux.

1997

- LIMOGES : H 48 (CHU)

Service de Rééducation Fonctionnelle pour syndrome algique des deux genoux sans cause évidente.

1998

- PARIS : H 49 Chir 18/ortho 11 (CLINIQUE)

Réintervention sur prothèse unicompartmentale de genou (Dr CARTIER) pour douleurs persistantes au niveau du compartiment interne sans signe de descellement en partant de la prothèse : ablation de l'ancienne prothèse et mise en place d'une prothèse totale New Jersey cimentée du genou gauche.

Au cours de cette intervention, mis à part le tendon rotulien englobé de fibrose du fait des multiples interventions, *on ne trouve pas d'explications aux douleurs* et on ne trouve qu'un os de mauvaise qualité. Bilan articulaire sans anomalie, prothèse ancienne parfaitement en place et sans usure.

- LIMOGES : Expertise médicale par le service d'Orthopédie en vue de permettre à la malade l'obtention du remboursement des frais de transport en ambulance pour la poursuite de ses soins à PARIS.

1999

- LIMOGES : H 50 (CHU)

Service des Urgences pour tentative d'autolyse au TRANXENE 50 (8 cps) car patiente en conflit avec la Sécurité Sociale quant à la prise en charge de son transport en ambulance sur PARIS. Doléances multiples.

- PARIS : H 51 Chir 19/ortho 12 (CLINIQUE)

Bloc à la Reserpine (injection genou gauche pour « algoneurodystrophie » (Dr C.).

... plusieurs hospitalisations seront nécessaires.

**III - LE SYNDROME DE MUNCHAÛSEN**

## 1 - HISTOIRE FANTASTIQUE DU BARON (1720-1797)

Karl Friederich Hieronymus, Baron de Munchausen, est né le 11 Mai 1720 à Bodenwerder au sud de Hanovre. Il appartient à une ancienne famille de l'aristocratie allemande dont différents membres occupaient des postes élevés. Il connaît une carrière militaire remarquable et fulgurante, non seulement en raison de son appartenance à la noblesse d'épée mais aussi grâce à ses remarquables talents militaires. Officier, il propose ses services aux troupes russes et combat contre les turcs dans l'armée du Prince de Brunswick (campagne de 1736-1739).

Le baron épouse en 1744 Jacobine Von DUNTEN, mais elle ne lui laissera pas de descendance.

Nommé capitaine de cavalerie à Riga en 1750, il quitte rapidement l'armée pour prendre une retraite précoce dans son domaine familial de Bodenwerder. Là il se consacre à ses deux passions favorites : d'une part la chasse, d'autre part régaler ses amis et ses proches d'in vraisemblables faits d'armes et de voyages aussi rocambolesques que truculents. Il va ainsi de taverne en taverne rapportant le récit fabuleux de ses anciennes campagnes. Sa réputation devient telle en Allemagne qu'elle parvient aux oreilles d'Eric Rudolph RASPE.

Trois ans après le décès de sa première femme, à 74 ans, il épouse, Bernhardine Von BRUMM, âgée de 17 ans, issue de l'aristocratie locale et venant du village de Polle. Six mois après leur mariage, en Juillet 1794, Bernhardine est chassée par le baron après qu'elle l'eut trompé. Le 16 Février 1795, elle donne naissance à une petite fille que le baron refuse de reconnaître. Celle-ci décède à l'âge de 10 mois d'une probable crise comitiale, sans que la responsabilité du baron n'ait été démontrée dans la mort de ce seul et unique enfant.

Les dernières années de la vie du baron de Munchaüsen sont tristes : il meurt le 27 Février 1797, inhumé à Bodenwerder et ne laisse pas de descendance (35).

C'est en 1785 que paraît un ouvrage regroupant une série d'aventures rocambolesques attribuées au baron et agrémentées d'autres histoires inventées, intitulé « Extraordinaires voyages, campagnes et aventures du baron de Munchaüsen ». Eric Rudolph RASPE, écrivain et escroc qui finance ses pérégrinations en revendant des pièces de monnaie de collection du musée où il est employé comme conservateur, a rencontré deux fois le baron au cours de soupers. Il décide donc d'en exploiter les souvenirs pour faire éditer cet ouvrage qu'il présentera comme son autobiographie !. Son idée était de cristalliser sur un personnage tout un fond d'histoires invraisemblables que sa vaste érudition lui a fait connaître. Ainsi il crée un héros qui voyage pour le plaisir et pour la gloire ; Munchaüsen, c'est le monde de la facilité : on recoud les chevaux coupés en deux, on chevauche les boulets de canon, on attelle un loup à son traîneau. RASPE, sans amis, sans fortune et sans gloire, rêve et peut-être s'amuse.

Ce livre lui permet ainsi de meubler et financer son exil en Angleterre. Mais le succès vient vraiment aux détours des rééditions et enrichissements successifs. En France, la troisième édition est traduite de l'allemand en 1862 par Théophile GAUTIER fils et est agrémentée des illustrations de Gustave DORE. Ainsi le baron fait sa percée dans la littérature.

C'est l'histoire rocambolesque du baron dont les souvenirs s'enrichissaient au fur et à mesure des récits qui donne l'idée à ASCHER (6) de nommer les sujets pathomimes qui s'inventent de manière pathologique des antécédents médicaux afin d'être pris en considération par les médecins. Tout comme le baron, ils errent, non pas dans des tavernes, mais dans des hôpitaux où ils passent leur temps à s'inventer une histoire sur un ton des plus sérieux, histoire qui finit par devenir un véritable roman.

## 2 - LE SYNDROME DECRIT PAR ASCHER

C'est grâce à un brillant médecin londonien, Richard ASCHER, que Munchausen va donc connaître une deuxième vague de gloire posthume.

ASCHER (1912-1969) est médecin interniste au Central Middlewest Hospital, mais porte beaucoup d'intérêt à la psychiatrie. En 1951, il fait paraître dans le Lancet trois cas cliniques qui, comme le baron, ont beaucoup voyagé et beaucoup menti. Ainsi naît le « syndrome de Munchausen ». Le mérite d'ASCHER ne se réduit pas seulement à l'invention d'un séduisant éponyme : il réunit les éléments du syndrome (6).

Par ce clin d'oeil historico-littéraire au héros d'un roman par ailleurs largement truffé de mutilations, d'éventrations et de membres découpés, ASCHER veut décrire des patients admis en urgence à l'hôpital et pour lesquels on retrouve une maladie aigüe et grave, appuyée par une histoire présentée de manière dramatique, mais crédible, car s'étayant sur des antécédents d'actes diagnostiques ou opératoires antérieurement effectués dans d'autres hôpitaux. Cette histoire se révèle par la suite simulée et factice, constituée de falsifications par interférence avec des techniques diagnostiques ou par automutilation. Il s'y rajoute de nombreuses hospitalisations au cours desquelles le personnel médical a été successivement recherché, trompé puis quitté. L'histoire vraie peut être longue à retracer si l'on y parvient. La reconstitution précise d'un itinéraire ou le recensement de la majorité des hospitalisations demandent, dans la plupart des cas, une longue enquête dont la nécessité n'apparaît pas de façon évidente et qui a peu de chance d'être exhaustive.

Dans sa description, ASCHER précise encore quelques traits caractéristiques de ce genre de patients à travers des tableaux d'urgence dont les variétés les plus connues sont les suivantes :

- la forme abdominale ou « *laparotomophilie migrans* » : certains malades ont été si souvent opérés qu'ils présentent de vraies occlusions intestinales du fait d'adhérences compliquant encore le tableau.
- la forme hématologique ou « *hemorragica histrionica* ».

- la forme neurologique ou « *neurologica diabolica* » auxquelles s'ajoutent la « *dermatitis autogenica* » et « *l'hyperpyrexia pigmentatica* ».

L'attention est dès lors attirée sur ces malades étranges dont les plaintes conduisent à un acte chirurgical qui appelle lui-même d'autres mutilations chirurgicales sur l'insistance du patient. Du fait de leurs multiples hospitalisations, les patients sont parfois très vite reconnus par le médecin ou l'infirmière : c'est le « signe du cri du soignant » (« je le connais »).

Enfin, ASCHER oppose ces patients aux simulateurs devant « *l'absence de sens apparent : à l'inverse du simulateur qui poursuit un but déterminé, ces patients semblent n'avoir rien d'autre à gagner que la déconvenue d'investigations et d'opérations inutiles. Leur tolérance initiale aux décisions hospitalières les plus brutales est remarquable, mais ils sortent volontiers d'eux-mêmes après quelques jours, les cicatrices de leurs opérations à peine refermées, ou alors que les perfusions coulent encore* ».

Ainsi se dégagent les principaux caractères du syndrome :

- une fausse histoire médicale aigüe,
- des pérégrinations d'hôpital en hôpital,
- des mensonges infiltrant la biographie,
- un comportement dénué de sens apparent.

### 3 - DEFINITION d'IRELAND

Une quinzaine d'années plus tard en 1967, IRELAND, qui sera par la suite repris par LABRAM, collige une soixantaine de cas, et donne alors les caractéristiques principales du syndrome encore valables de nos jours (39)

- \* **simulation d'une maladie grave de nature dramatique et urgente et dont les symptômes peuvent être mis ou non en évidence par l'examen clinique,**
- \* **origine factice de la maladie, produite subrepticement par interférence avec des techniques diagnostiques ou par automutilation,**

- \* mise en évidence de nombreux actes antérieurement effectués dans les hôpitaux, y compris des cicatrices de laparotomie et des trous de trépan,
- \* mensonges pathologiques,
- \* comportement agressif avec mélange de truculence et de manières « évasives »,
- \* sortie de l'hôpital contre avis médical,
- \* antécédents de nombreuses hospitalisations et de voyages répétés,
- \* rapport de police et parfois toxicomanie « limite »

Devant le polymorphisme clinique, IRELAND distingue une forme dite simple parce qu'elle comporte un trouble principal et non parce qu'elle est de diagnostic facile, et une forme complexe où il note :

- une prépondérance féminine,
- une fluctuation de l'anamnèse et des signes fonctionnels au fur et à mesure que les investigations s'avèrent négatives,
- une activité ayant touché de près ou de loin au monde médical,
- un langage initié, saturé de jargon médical,
- un style de vie instable,
- un isolement social et affectif, milieu familial souvent perturbé.

#### 4 - LA PRESENTATION DU MALADE

*« Le syndrome de Munchausen associe un symptôme et une histoire »*

LABRAM (46)

Il s'agit la plupart du temps d'hommes dont l'âge moyen se situe autour de 35 ans. Dans leurs antécédents, on note parfois une maladie physique dans la petite enfance avec hospitalisation dont ils ont gardé un bon souvenir. La biographie est un peu étonnante mais plausible. Le patient peut être lié directement à l'univers médical soit par sa profession, soit par ses proches. On note parfois des métiers valorisants, parfois caricaturaux suggérant un désir inconscient d'être un héros (pilote de chasse ayant vu ses amis mourir sous ses yeux, océanographe travaillant avec COUSTEAU, routier

« humanitaire »...). On retrouve régulièrement le thème du deuil qui peut être un argument venant grossir la liste des antécédents familiaux. Souvent c'est un élément latéral précédant ou marquant tragiquement l'hospitalisation, ne manquant pas d'impressionner les soignants. Ailleurs, il sera en position centrale et pourra être le motif d'admission par la réaction dépressive qui lui succède.

La présentation clinique très inquiétante contraste avec un examen clinique rassurant. Devant l'insistance du patient à être opéré, on préfère l'hospitaliser pour surveiller l'évolution du tableau et compléter le bilan.

Le comportement du malade se découvre dès son arrivée dans le service. On se retrouve face à une personne au vocabulaire très médicalisé, dont les connaissances augmentent au fur et à mesure des différents séjours hospitaliers. Les connaissances médicales se nourrissent d'expériences personnelles, d'observations faites à l'intérieur des services hospitaliers, en interrogeant d'autres patients ou en écoutant les médecins au lit des malades. Plus rarement, il puise directement aux sources universitaires de la connaissance (ainsi une patiente révisait-elle sa myasthénie dans un ouvrage de pathologie neuro-musculaire caché dans le tiroir de sa table de nuit) (28), le discours n'est pas symptomatique, mais nosologique. Il se montre très à l'aise « comme chez lui », bien organisé dans son rôle de malade, n'hésitant pas à se munir d'un ensemble de matériels de confort en particulier audio-visuel (télévision, magnéscope, chaîne Hi-Fi, etc...). Il se montre très exigeant vis à vis du personnel infirmier duquel il attend compassion et disponibilité constante. Par contre, il est d'une rare docilité avec les médecins dont il accepte n'importe quel examen, allant même jusqu'à les encourager dans des investigations toujours plus invasives. Il n'hésite pas à « assaisonner » son histoire clinique, à mesure que son hospitalisation se prolonge, de nouveaux faits cliniques parfois « flamboyants ». Le patient reçoit peu ou pas de visites ou appels téléphoniques ; il peut parfois simuler ces appels téléphoniques de personnalités politiques ou médicales.

Puis rapidement, il émet le souhait de bénéficier de permission alors que son état est préoccupant.

Le retour des examens paracliniques normaux et la reprise de l'interrogatoire faisant suspecter une pathologie factice, il devient agressif et revendicateur, et quitte alors l'hôpital soit en fuguant, soit contre avis médical, soit en évoquant une raison personnelle (décès dans la famille, nécessité de voyager dans le cadre du travail...). Il n'est pas rare que le départ soit suivi d'une lettre de mécontentement envoyée au Directeur de l'hôpital, ou d'appels téléphoniques anonymes dans le service informant du décès ou de l'accident du patient... effectués par le patient lui-même.

Certains patients alternent séjours hospitaliers et séjours carcéraux.

#### 5 - DIFFERENCES ENTRE MODELE MASCULIN ET MODELE FEMININ. DIFFERENCES SELON L'AGE

Le sexe ratio serait en faveur des hommes : trois pour un d'après IRELAND. L'âge moyen serait environ de 40 ans pour les hommes et 30 ans pour les femmes.

Les femmes semblent plutôt être névrotiques alors que les hommes seraient plutôt des sujets psychopathiques. Mais la séparation n'est pas absolue : certains hommes étant parfois hystériques et certaines femmes dans un registre psychopathique. Ainsi LE FLAHEC (48) différencie les deux modèles de la façon suivante :

##### \* le modèle féminin

Il s'agit essentiellement de névrosées hystériques présentant des symptômes aigus, mais offrant une apparente normalité. L'importance du regard de l'autre et la dépendance affective vis à vis du médecin aimé puis haï confirment le côté névrotique du comportement. Dans ces relations à autrui, on note un théâtralisme, une suggestibilité, une érotisation des rapports. On note également une pauvreté des investissements affectifs, et une dépendance affective.

- frénésie des demandes et des exigences.
- menace de passage à l'acte, bouderies pathologiques, comportements clastiques, colères lors de frustrations (rares).
- troubles des conduites alimentaires, algies diverses, fatigue, troubles de la sexualité....
- à l'inverse de l'hystérie traditionnelle, la patiente ne s'adresse pas au groupe mais aux médecins.
- passivité face aux troubles, inconstance des plaintes, revendications uniquement pour obtenir plus d'investigations.

\* le modèle masculin

Il s'agit plutôt de sujets psychopathes dont le comportement auto-destructeur se réalise dans la simulation de maladies.

- biographie avec une histoire digne d'un roman de ZOLA.
- abdomens polybalafrés exhibés suite à des actes hétéro-agressifs provoqués sur le malade par l'intermédiaire de médecins.
- humeur variable, exigence extrême, tout lui est dû.
- intolérance aux frustrations beaucoup plus massive que chez la femme.
- passage à l'acte sous forme de fuite impulsive et irréfléchie.
- antécédents de problèmes légaux.
- la demande médicale est une conduite additive : besoin de satisfaire immédiatement leur demande, sinon c'est la rupture, l'explosion.

6 - RELATION MEDECIN - MALADE

« *En apparence tout est simple. L'objet de la médecine est de prévenir et de guérir la maladie, d'atténuer les souffrances et d'empêcher le malade de mourir* » (34).

C'est de cette apparente simplicité dont joue le patient qui sait que la facticité ne sera jamais évoquée d'emblée. En fait, le sujet vient à l'hôpital alors qu'il n'est pas malade, il veut tromper les médecins au péril de sa santé, ce qui est

inimaginable pour le corps médical dupé. Le sujet ne prend pas de rendez-vous en consultation : son irruption doit être imprévue et soudaine, elle crée ainsi les conditions d'une plus grande vulnérabilité et crédulité du personnel soignant. Ainsi aux urgences, se reçoivent les « premiers sacrements médicaux », il s'y déroule « la cérémonie d'intronisation dans le monde pathologique » et le patient reçoit le statut de malade. C'est ainsi qu'il arrive à l'hôpital où il se sent en sécurité, dans ce lieu de contrainte où se joue un jeu pervers avec les médecins, la maladie et la mort.

Cette transformation en patient lui permet d'acquérir en même temps que son mal, un nom, une reconnaissance de son état et de sa personne (8). Le médecin va ainsi organiser la maladie et donner un statut au malade.

*« La drogue la plus fréquente que le médecin prescrit, c'est lui-même » (72).*

En apportant ses conflits dans le champ de la médecine, en jouant le rôle de malade et en en obtenant le statut, le sujet nie la maladie sur laquelle il conserve le contrôle, et défie le médecin sur son propre terrain. Demande et pouvoir sont du même côté. En exhibant ses lésions comme dans les pathomimies cutanées, il doit éveiller l'attention du médecin. Pour que la cicatrice soit bien visible, le malade fait traîner la cicatrisation en favorisant la survenue d'infections : ainsi, le patient va marquer son corps. Il doit laisser planer le doute sur l'origine de l'affection afin que le médecin recherche toutes les causes possibles par n'importe quels moyens, qu'ils soient invasifs ou chirurgicaux.

La pathologie va lui servir d'instrument de puissance et de manipulation agressive. Ainsi il va mettre en scène une souffrance psychologique qu'il lui est impossible de verbaliser. « *Les médecins peuvent me soigner, ils ne me guériront pas* » disait une malade de CORRAZE (20). Et peu importe la iatrogénie, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour soulager son patient, c'est ce que veut tout contrat moral instauré entre patient et soignant.

Le sujet va ainsi diriger les investigations en orientant vers tel ou tel symptôme associé ; les hésitations et erreurs des soignants qu'il dupe lui procurent

d'indéniables jouissances. La toute puissance médicale n'est qu'illusion car le médecin se laisse guider par le patient. Le médecin est la figure centrale du scénario. Avec lui, se jouent les conflits d'ambivalence amour-haine, passivité-activité.

Quand le doute du bien-fondé des plaintes naît, alors ce corps si passif se défend, et le médecin tant aimé est détesté. Ce corps meurtri qui sert à obtenir toujours plus d'explorations sert soudainement à ne plus en subir. « Vous avez vu dans quel état vous m'avez mis ? », semble dire le patient aux médecins. Il renvoie ainsi le corps médical à son échec pour que l'on ne découvre pas la supercherie. Il avait offert son corps pour éviter qu'on ne s'intéresse à son psychisme. Découvert, il se retire comme pour arrêter un jeu dont il ne maîtrise plus le déroulement. Une dernière phase peut alors succéder aux précédentes : celles de la flèche du Parthe (28) : le sujet laisse une trace ou envoie un signe, après son départ, le plus souvent agressif ou culpabilisant (un appel téléphonique relatant un accident survenu à son sujet, ou pire l'annonce de son décès). La mort alléguée est l'aboutissement de la pathologie factice, sa forme extrême qui ne peut être mimée. Elle enfonce le clou de la rupture et de la mise en échec. Un nouveau cycle peut alors commencer ailleurs ou sous une autre identité.

Comme disait ASCHER « *ces malades mentent pour l'amour du mensonge* » ; ce mensonge est à l'origine de la rupture du contrat, ce qui n'est pas plus tolérable pour le médecin que ne le serait pour un malade la conviction que son médecin ne recourt pas à tous les moyens pour le guérir. Le malade n'est jamais opposé à la maladie avec le médecin. Ces mensonges sont condamnables car triplement nuisibles : à l'intéressé, aux soignants dont la fonction n'est pas respectée et à la collectivité qui perd de l'argent.

Finalement, l'attitude du « munchaüsenien » dérange triplement : parce qu'il contrevient à la morale en mentant effrontément ; parce qu'il ne suit pas les règles tacites qui gouvernent la relation médecin-malade ; parce que, par la durée et la répétition de ses actes, il est perçu comme antisocial.

Citons enfin l'image du médecin à travers le roman de RASPE (67) : dans ce conte, le médecin est redouté par le Baron : il est décrit comme un squelette au grand manteau et aux mitaines noires, pourvu de grandes ailes et qui vole le souffle de la vie.

Quelle attitude le médecin devrait-il alors adopter ?

- ni la recherche à tout prix de l'aveu qui représente pour le malade une blessure d'amour-propre extrême risquant d'aboutir à la fuite du service, à la recrudescence du comportement auto-destructeur voire au suicide,
- ni la duperie qui vient accorder un crédit absolu au discours du malade au risque de perpétuer le trouble des conduites. La connivence permet de se donner toutes les chances d'entrer en relation et de maintenir le contact avec le sujet. Ainsi ce dernier n'est pas jugé et le médecin n'est pas disqualifié ! (26).

La collaboration entre médecins, chirurgiens et psychiatres permet-elle d'éviter certains actes invasifs abusifs ? Le chirurgien est placé en face d'un patient par lequel il se sent provoqué, mis au défi ; on lui présente des symptômes dont il ne sait que faire où manque la preuve clinique ou biologique (78).

La dimension du leurre est souvent renforcée par le comportement du sujet qui manifeste une confiance parfois excessive teintée de séduction.

Le chirurgien se trouve devant des critères négatifs tendant à éliminer une pathologie organique (signes fonctionnels atypiques, absence de signes physiques objectifs, absence de perturbation des premiers examens paracliniques), critères qui contrebalancent des critères de diagnostic positif de demande d'intervention chirurgicale non motivée (antécédent psychiatrique : patient souvent étiqueté névrosé ou hystérique ; antécédents de chirurgie multiple, personnalité à l'évidence pathologique). La mise en route de tous les moyens, y compris chirurgicaux, se trouve motivée pour éliminer une lésion organique : investigations paracliniques et radiologiques, explorations chirurgicales ; exérèse d'un organe macro-sain pour lequel seule l'analyse anatomopathologique dissipera tout doute, moyens qui n'empêcheront pas la persistance du tableau après l'intervention (78). Tout se passe pour ces sujets comme s'il n'y avait

plus pour eux de possibilité de parler. Chaque acte médical s'est inscrit en eux, sur eux, comme autant de paroles gravées et définitivement figées.

## 7 - EXPLICATIONS PSYCHO-PATHOLOGIQUES

L'abord psychiatrique du syndrome se heurte à deux écueils principaux :

- la réticence qu'ont ces patients à se dévoiler lors d'un entretien psychiatrique par ailleurs très difficile à mettre en place car il existe une dénégation parfois violente de l'origine psychologique de leur comportement,
- la variabilité des diagnostics psychiatriques qui ont jusqu'à présent été proposés lors de telles affections.

Le contact avec ces sujets est difficile ; quand leur interlocuteur s'intéresse davantage à leurs problèmes psychologiques qu'à leurs troubles organiques, ils se referment dans un mutisme signifiant une opposition farouche. Si une relation thérapeutique a pu s'instaurer, elle est souvent rompue au moment où le sujet a la conviction que ses plaintes organiques ne suscitent plus d'intérêt et ne sont plus valorisées en tant que telles. Toutes les préoccupations des patients sont centrées sur leur corps, leur libido est totalement investie dans le corps. L'extérieur ne leur apporte rien de satisfaisant, leur vie est sur ce corps, objet d'amour qu'ils ne peuvent s'empêcher de faire souffrir comme pour sublimer cet amour. Le corps sera meurtri de façon inquiétante sans pour autant le détruire complètement. La libido va successivement s'attacher à des zones différentes du corps puis finira par se fixer une partie « idéale » qui apportera ainsi un certain équilibre au sujet.

Le choix des symptômes au cours du syndrome de Munchausen n'a jamais été étudié systématiquement. La plupart des cas publiés suggère que ce choix résulte de l'expérience personnelle d'une affection réelle ou, plus souvent, du hasard des rencontres. Pour autant, la dimension symbolique n'est probablement pas toujours absente de ce choix. Par ailleurs, ce choix n'est pas fixé une fois pour toutes. Il peut varier au fil de l'intérêt porté par le corps soignant. Chez ces sujets, offrir son corps à l'agression des examens inutiles peut être interprété comme le retour à une

communication archaïque ; le corps et la peau pourront longtemps garder les traces de cette écriture là. Chaque cicatrice sera la trace du passage d'un médecin, parfois nouveau, pour lequel le patient conservera un profond respect.

La maladie va ainsi lui ouvrir les portes des relations inter-personnelles totalement inexistantes chez lui ou défectueuses. Lui qui vit dans un vide affectif complet va être l'objet des attentions du corps médical. Mais alors que sa maladie lui ouvre les portes de nouveaux contacts, loin de s'en servir, elle est utilisée comme un rempart pour ne pas se livrer. En mettant en scène sa maladie, c'est-à-dire sa possible mort prochaine et en suscitant les enfermements répétés, le sujet s'isole du monde ; il s'en sépare (ou s'en protège ?) par la double barrière de la maladie et des murs de l'hôpital. Et si sa vie n'est pas réellement menacée, il meurt au monde en tant qu'être social.

La relation qu'il va créer avec le médecin va se faire sur un mode sado-masochiste à l'insu de ce dernier qui plongera dans la toile qu'a su si bien tisser le patient. La composante perverse du syndrome de Munchausen est souvent soulignée en particulier par le plaisir poussant le malade à subir des investigations et chirurgies lourdes. La gravité des atteintes corporelles témoigne de l'intensité des forces auto-destructrices.

L'ambivalence et le paradoxe de la situation résident dans le fait que le patient va à la recherche du médecin qui joue un rôle protecteur et maternel, mais la guérison est considérée comme une menace et une perte du maternage d'où la nécessité d'entretenir ou de prolonger son état pathologique (49). Il ne sera jamais prêt à subir un traumatisme imposé par la guérison et l'abandon du même coup du soignant, substitut maternel. Revivre cet événement traumatique, peut-être déjà vécu dans le passé, est terrorisant (29).

Il n'avouera jamais la facticité de sa pathologie car ce serait dévoiler une extrême fragilité psychologique sur laquelle il s'aveugle et qui l'amène à fuir dans des scénarios dont il se croit le maître et où il tente de retrouver, à n'importe quel prix, la cohésion de sa personne et l'estime de soi.

## 8 - LE SYNDROME DE MUNCHAÛSEN PAR PROCURATION

En 1977, le Docteur Roy MEADOW (54), pédiatre anglais, décrit deux cas d'une affection qu'il dénomme « syndrome de Munchausen par procuration » (SMPP) dans laquelle les enfants deviennent les victimes du comportement aberrant et pathologique de l'adulte.

Ce syndrome est une pathomimie produite par la mère, « par procuration », sur son enfant face à un tiers, le médecin, présent pour recueillir l'histoire et croire aux faits. Ce syndrome est aussi appelé « syndrome de Meadow » ou encore « syndrome de Polle » en rapport avec l'enfant né à Polle du second mariage du Baron de Munchausen et décédé à l'âge de 10 mois.

MEADOW donne huit catégories de signes (55) :

- **l'existence d'une maladie prolongée ou récurrente inexpliquée**, celle-ci se déclarant peu de temps après la naissance.
- **des symptômes et des signes si inappropriés, incongrus, que les médecins les plus expérimentés disent « n'avoir jamais rien vu de semblable avant »**. Les symptômes sont inexpliqués ; peu d'arguments sont retrouvés pour les expliquer.
- **des symptômes et des signes n'existant souvent qu'en présence de la mère**. Il s'agit de maladies créées ou générées par la mère.
- **des résultats d'investigations et des signes cliniques en désaccord avec l'état de santé général de l'enfant**.
- **des mères constamment avec leur enfant malade à l'hôpital (ne cessant pas leur surveillance même pour de brèves sorties) ; des mères moins inquiètes par la maladie de l'enfant que les infirmières ou les médecins, très à l'aise et familières avec l'équipe**.

- des traitements inefficaces ou mal tolérés.
- des enfants dont on dit qu'ils sont allergiques à de nombreux médicaments et de nombreuses drogues.
- des familles dans lesquelles s'est produite une mort inexplicable d'un nourrisson, ou dont on dit que plusieurs de ses membres ont eu de graves problèmes médicaux.

Il s'agit d'une forme particulière de maltraitance dans laquelle les mères, le plus souvent, inventent chez leurs enfants des histoires cliniques fausses, leur provoquent des symptômes, et les présentent devant le corps médical avec une demande diagnostique et thérapeutique discrètement différente des sévices à enfants classiques où la mère ne se préoccupe pas des conséquences que peuvent avoir ses mauvais traitements sur l'enfant. Il faut bien différencier, par contre, ce syndrome du comportement anxieux de certains parents qui gardent et font soigner leur enfant à domicile à la moindre évocation d'une maladie, même si parfois certains de ces parents exagèrent les symptômes pour obtenir plus rapidement la prise en charge de celui-ci.

Ce syndrome n'existera que si les médecins interviennent, acceptent l'histoire racontée par la mère, les résultats de laboratoire étant falsifiés, rentrant ainsi en résonance avec la mère dans une sorte de folie à deux (50), et blesseront l'enfant par leur acharnement thérapeutique et diagnostique.

Ces mères relatent des histoires délibérément et invariablement fausses. Leur comportement à l'hôpital est caractéristique : très bon contact, coopérantes, appréciant les soins médicaux et encourageant les médecins à persévérer, se comportant comme de véritables « aide-soignantes », soutenant moralement les autres parents.

Une fois les soupçons avancés, les échanges changeront radicalement, seront empreints de revendications et la mère préférera consulter un autre médecin.

Les présentations cliniques sont très diverses, et les méthodes de simulation des plus variées. On peut noter par exemple la présence de sang dans les urines, les fèces ou sur la peau de l'enfant qui seront le résultat de l'adjonction du propre sang ou des menstruations de la mère ; des micro-ponctions de la part de la mère avec une aiguille ; addition de colorants. Les vomissements seront provoqués par du sirop d'Ipéca ; les diarrhées chroniques par absorption de sel ou sulfate de magnésium. Ainsi seront falsifiés soit les prélèvements destinés au laboratoire, soit il y aura une intervention directe chez l'enfant ; et parfois même, si la mère n'intervient pas directement sur son enfant, ses allégations peuvent conduire à des examens inutiles ou dangereux (cf tableau ci-après).

Tableau 1 : Méthodes de fabrication des symptômes et stratégies  
diagnostiques correspondantes (1)

Présentation	Méthode de simulation/production	Méthode du diagnostic
Saignements 44 %	1 - intoxication anticoagulants 2 - intoxication phénolphaléine 3 - sang d'origine exogène  4 - exsanguination de l'enfant 5 - addition d'autres substances	1 - recherche toxicologique 2 - selles/couches positives 3 - Phénotypage. Marquage des érythrocytes au CR 51 4 - mère prise sur le fait 5 - analyse lavage
Convulsions 42 %	1 - faussement alléguées  2 - intoxication (phénotiazines, imipramine, sel...) 3 - suffocation/pression des sinus carotidiens	1 - contexte des SMPP. Si des convulsions en présence de tiers sont rapportées, la vérification auprès de ceux-ci montre que c'est faux 2 - recherche toxicologique 3 - photos à but médico-légal des points de pression
Dépression SNC 19 %	1 - intoxication (psychotropes, insuline, aspirine...)  2 - suffocation manuelle	1 - recherche toxicologique. Si hyperinsulinémie, analyse du type d'insuline, peptide C 2 - marques sur le nez, vidéo cachée, diagnostic d'exclusion
Apnées 15 %	1 - suffocation manuelle 2 - intoxication (psychotropes) 3 - faussement alléguées	1 - cf supra 2 - recherche toxicologique 3 - admission à l'hôpital
Diarrhées 10 %	1 - intoxication laxatifs 2 - intoxication au sel	1 - selles/couches positives 2 - analyse du contenu gastrique
Vomissements 10 %	1 - intoxication émétisante (IPECA) 2 - faussement alléguées	1 - recherche toxicologique 2 - admission à l'hôpital
Fièvre 10 %	1 - falsification de température ou de feuille de surveillance 2 - souillure de perfusion avec bactériémies	1 - vérifications répétées et notées 2 - germes souvent multiples, parents pris sur le fait
Eruption 9 %	1 - intoxication 2 - grattage 3 - caustiques ou peinture	1 - recherche de toxiques 2 - diagnostic d'exclusion 3 - lavage

Les garçons seront autant touchés que les filles, et l'âge moyen au moment du diagnostic est de 40 mois. Quant au délai diagnostic, il est d'environ 14 mois.

Les relations mère-enfant sont très proches voire fusionnelles en rapport avec une surprotection maternelle. La dynamique de ces relations est perturbée dans le sens où on a l'impression que ces mères refusent de voir grandir leur enfant et de s'en séparer. Leur vie conjugale est souvent en échec, et l'enfant pourra alors être utilisé de manière abusive pour compenser les imperfections dans la vie des parents, habituellement insatisfaits l'un de l'autre. La maladie de l'enfant tend alors à restructurer les relations maritales aux dépens de l'enfant (65).

La considération et l'admiration du corps médical devant son attitude exemplaire l'épanouiront totalement ; ainsi tels seront les deux bénéfices apportés par cette situation.

L'évaluation psychiatrique de la mère a rarement été approfondie et donne des résultats hétérogènes. Dans environ un tiers des cas, on retrouve un syndrome de Munchausen ou des équivalents pathomimiques, ce qui représente un facteur de gravité dans le pronostic vital de l'enfant. Sinon il s'agit le plus souvent de troubles de la personnalité dans le registre hystérique ou borderline. Quel que soit le diagnostic envisagé, l'isolement social, la solitude et la distance affective avec le conjoint sont au premier plan.

Une fois le comportement de la mère dévoilé, la confrontation directe de la mère suivie d'une aide et d'un soutien psychologique (psychothérapie) est indispensable, ainsi que le suivi de l'enfant par les services de protection infantile et sociaux, et parfois même le placement de l'enfant s'il est en danger. Il est important en effet de signaler que la mortalité chez ces enfants victimes de ce comportement est malheureusement élevé : près de 10 % des cas de SMPP. Certaines publications parlent de 20 % de mortalité du fait de la non imputabilité de nombreux décès survenus dans les services de Pédiatrie et qui étaient en rapport avec un SMPP (43).

Enfin à long terme, outre les risques de séquelles physiques, la morbidité psychologique est importante à considérer. Les enfants sont initialement entraînés dans un système pathogénique qui les désigne comme malades, et ceci se transformera avec le temps en idée fixe. Ils vont apprendre à tolérer les procédures médicales. Les enfants d'âge pré-scolaire sont souvent en retrait social, hyperactifs ou opposants. Pour ceux qui sont plus âgés ou adolescents, un tableau assez clair se dégage si le trouble reste méconnu et persistant. L'enfant risque de se prendre au « jeu » morbide et se créer lui-même des symptômes. Une cohésion peut s'installer entre sa mère et lui et, adolescent, il peut développer un syndrome de Munchausen ou devenir convaincu d'être malade (56).

#### 9 - LES PSEUDO-MUNCHAÜSEN

Une observation unique relatée dans la littérature fait part d'un patient se faisant hospitaliser en précisant qu'il est atteint d'un syndrome de Munchausen... en exhibant une paroi abdominale balafmée de cicatrices. Celles-ci étaient simulées par un maquillage qui disparût aisément avec de l'eau et du savon ! (33).

#### 10 - PUBLICATIONS ET ANECDOTES

Afin d'illustrer la présentation, parfois fantaisiste, de patients atteints du syndrome de Munchausen, voici quelques cas cliniques issus de notre bibliographie :

Une femme de 26 ans, mariée, employée dans un hôpital d'HAWAÏ, ayant pour antécédents plusieurs interventions pour stérilité et douleurs pelviennes chroniques, se présente dans un hôpital et dit avoir été opérée, six mois auparavant, d'un cancer ovarien dans un autre Etat. Elle produit un compte-rendu anatomo-pathologique à son nom où la présence de nodules tumoraux résiduels nécessite une chimiothérapie qu'elle est décidée à entreprendre à HAWAÏ. Pourtant, le scanner effectué est normal, le détail des explorations antérieures n'arrive pas. La patiente, qui se propose de les obtenir, finit par annoncer que les lames de tissu tumoral ont été accidentellement détruites. La facticité de sa pathologie cancéreuse est établie après que la patiente ait

reçu trois cycles de chimiothérapie. Elle explique ainsi son comportement : « *sachant que je ne pourrais jamais avoir d'enfants, j'espérais mourir d'une infection liée à la chirurgie ou à l'immunodépression de la chimiothérapie* » (13).

Une jeune femme yéméniste de 18 ans se présente régulièrement avec des saignements à diverses localisations, un emphysème sous cutané du visage, des paupières et de la partie supérieure du thorax, des ulcères de la langue. Elle réalisait des auto-injections d'air en sous cutané ! (44).

Une jeune femme de 16 ans présente une protéinurie et hématurie depuis trois ans. Le reste de l'examen clinique ne présente pas d'autres anomalies, la biopsie rénale est normale. L'électrophorèse des protéines urinaires montre deux fractions anormales au niveau des  $\alpha$  et  $\beta$  protéines. L'immunoélectrophorèse démontre que ces protéines ne sont pas dérivées de protéines sériques humaines mais de protéines d'oeufs. Cette patiente s'injectait des protéines d'oeufs dans la vessie ! (79).

Une femme se présente au service des Urgences de SAN ANTONIO avec un résultat de prise de sang montrant des  $\beta$ HCG positives afin de bénéficier d'une hospitalisation. Son test urinaire de grossesse initial est négatif ce qui peut laisser supposer que le résultat du test sanguin, reçu par la patiente le même jour, peut être erroné. Une échographie abdomino-pelvienne ne retrouvant pas l'oeuf, une grossesse ectopique n'a pu être éliminée qu'après intervention chirurgicale. Une évaluation rétrospective mit en évidence trente interventions chirurgicales préalables pour des raisons gynécologiques. Dans ce cas là, la patiente s'est autoinjectée des  $\beta$ HCG (74).

Un homme de 28 ans, marié, deux enfants, sans antécédent particulier, se présente aux consultations de dermatologie pour une sensation de brûlures et des douleurs de la joue et de l'oreille gauches depuis dix jours. Cela a débuté brutalement un matin au lever ; il a remarqué une grosse cloque surmontant une plaque très rouge au niveau de sa joue gauche, associée à une sensation de brûlure. Des épisodes similaires sont déjà survenus l'année passée. Le patient admit que ces épisodes font systématiquement suite à une consommation abusive d'alcool préexistante depuis

quelques années, mais accentuée depuis un an. A l'examen, on trouve quelques cicatrices de ces lésions à droite. Il n'y a pas de lésions similaires ailleurs. Devant l'aspect clinique inhabituel, l'interrogatoire du patient et de sa femme se fait persuasif afin de déceler une pathologie auto-provoquée. La femme finit par admettre qu'elle est obligée d'en venir à des mesures drastiques pour faire comprendre à son mari de ne pas boire et de moins négliger sa famille. C'est pourquoi, chaque soir où il rentre saoul, pendant la nuit et à son insu, elle verse de l'acide sur sa joue, espérant que les séquelles entraînées lui feront comprendre la stupidité de son comportement. Le diagnostic de syndrome de Munchausen par procuration est posé. Une psychothérapie de couple, encore en cours, a été débutée et a permis de déceler les discordances familiales préexistantes depuis deux ans, des symptômes dépressifs majeurs chez la femme ayant une personnalité hystérique. Celle-ci a reconnu avoir eu recours à l'acide pour contrer la frustration et la colère qu'entraînaient le comportement de son mari (77).

Un cas de syndrome de Munchausen par procuration paru relate l'histoire d'une femme qui administre à son mari, sans qu'il s'en rende compte, des tranquillisants qui induisent des épisodes répétés de coma !. Il existe des interactions complexes entre les personnalités pathologiques du mari et de la femme. La personnalité prononcée de cette dernière comporte une déficience narcissique, des signes de dépression et une pauvreté des capacités de défenses (45).

La fréquence des cas de SIDA factices s'accroît depuis l'apparition du premier cas. Un homme cachectique de 31 ans, utilisant des drogues par voie intraveineuse, reçut pendant un an un traitement anti-viral avant qu'on fasse le diagnostic de syndrome de Munchausen. Dans ces cas, les patients se présentent avec une histoire complexe d'antécédents d'infections opportunistes et se plaignent de symptômes aigus neurologiques ou psychiatriques. Ils font, en règle générale, partie des groupes à risque et de cette façon prennent le risque de développer effectivement la maladie qu'ils simulent (82).

L'arthrite septique factice est une manifestation peu commune de la pathologie factice comme le montre ce cas où un patient insère lui-même des morceaux d'agrafes et de trombones au sein même de l'articulation du genou qui engendraient des arthrites à répétition (71).

**IV - PATHOMIMIES**

## 1 - Définition

C'est Georges DIEULAFOY en 1908 (21), Professeur de Clinique Médicale à l'Hotel-Dieu, qui introduit le terme de « pathomimie » forgé, à sa demande, par Paul BOURGET. En effet, les pathomimies étaient depuis longtemps assimilées à une sorte d'hystérie. Elles n'étaient donc pas individualisées en tant que telles, mais considérées comme des manifestations d'une affection à l'époque « fourre-tout » ; dès qu'une pathologie n'avait pas de substratum organique, elle était classée dans les manifestations de l'hystérie. DIEULAFOY rapporte le cas d'un homme d'une trentaine d'années victime depuis deux ans et demi, d'escarres récidivantes des deux membres supérieurs et du pied gauche. Ces lésions apparaissent irrégulièrement et avec une grande rapidité. Le malade a consulté une quinzaine de médecins ou chirurgiens dont il a conservé avec soin le nom et le diagnostic. Il a accepté l'amputation du bras gauche proposée par un chirurgien comme le seul moyen d'éviter la reproduction d'escarres (21). DIEULAFOY réfute plusieurs hypothèses étiologiques et met à mal, au passage, la notion de troubles trophiques hystériques développés par CHARCOT (18) et certains de ses élèves à la fin du XIXème siècle. Sa prise de position est claire et même véhémement :

*« du faisceau de ces soi-disants troubles trophiques avec lesquels notre éducation médicale a été faite, il ne restera bientôt plus rien. C'est une conviction et quant à moi, je n'ai jamais vu un trouble trophique hystérique. Eruptions vésiculeuses dites hystériques, pemphigus dits hystériques, phlyctènes dites hystériques, ulcérations dites hystériques, gangrènes dites hystériques, tout cela c'est de la simulation ».*

Et DIEULAFOY d'enfoncer le clou en énumérant une série d'observations où des lésions cutanées étiquetées « troubles trophiques hystériques » se sont révélées produites volontairement par le malade, le plus souvent au moyen de caustiques. Il conclut que son malade « est un simulateur et qu'il fait lui-même ses escarres au moyen de la potasse caustique ». Le dénouement est mis en scène par DIEULAFOY dans le cabinet de l'employeur du malheureux. Après de vigoureuses dénégations, il s'effondre « et fait ses aveux. Nous le félicitons de sa franchise, nous lui serrons la main (la seule qui lui reste) et aux quelques paroles que lui adresse le directeur, sa figure s'illumine et il remercie avec une douce émotion ».

Citant DUPRE (qui créa le terme de mythomanie, cf IV 5), DIEULAFOY remarque :

*« notre malade est plus qu'un mythomane ; il mentait, c'est vrai, mais chez lui, le mensonge était accompagné de voies de fait ; il fabriquait ses escarres pour simuler une maladie qu'il n'avait pas. Cette catégorie de simulateurs mérite une dénomination à part. J'ai prié mon ami, Monsieur Paul BOURGET, de vouloir bien chercher le mot qui conviendrait le mieux à cet état morbide. Il m'a proposé le mot de pathomimie. Cette dénomination m'a paru excellente. Notre homme est un pathomime ; il est atteint de pathomimie ».*

DIEULAFOY rapporte d'autres observations publiées de pathomimie. Il ne peut s'empêcher de laisser paraître sa réprobation mais avoue son embarras devant l'absence de motivations apparentes et « l'aberration inouïe » de ces comportements :

*« les pathomimes de cette catégorie ne retirent de leurs actes aucun profit, aucun bénéfice ; mais ils éprouvent une joie intime à se rendre intéressants et à se faire plaindre, ils ont une grande satisfaction à mystifier leur prochain (...) et, une fois engrenés dans cette voie néfaste, ils s'y complaisent, et ils n'en peuvent plus sortir, ils n'ont pas de volonté, ils n'ont pas de libre arbitre ».*

Quant à la responsabilité de ces malades, DIEULAFOY y répond clairement par la négative :

*« ainsi que le malade nous l'a dit lui même après la guérison de son état mental, pendant deux ans et demi il a obéi à une idée fixe » (21).*

Dans ces cas de production délibérée de symptômes ou de signes susceptibles d'égarer les médecins, on peut parler de comportement automutilateur ou plutôt, selon le terme de SCHARBACH (1986), « auto-offensif » (73). Ces conduites peuvent être parfois d'une grande violence, véritables fragments de suicide où le désir de tromper semble au second plan derrière un désir intense d'auto agression. Ce comportement peut conduire à des mutilations sévères ou à la mort par complications médicales ou par suicide ; ailleurs, le trouble factice est contrôlé afin de garder la possibilité d'une vie active.

La répétition de gestes auto-offensifs et les troubles factices ainsi produits, en l'absence de fabulations fantastiques et de pérégrinations remarquables, répondent à la définition de la pathomimie selon DIEULAFOY. Pour ce qui est du syndrome de Munchausen, on a pu déjà remarquer que l'auto-offense peut faire partie de son répertoire au même titre que la simulation ou le mensonge, mais ce comportement n'est pas constant à l'inverse des fabulations et des pérégrinations.

En ce qui concerne l'ingéniosité des pathomimes, elle est sans limite. La pathologie qu'ils créent artificiellement est souvent de nature à susciter l'inquiétude ou l'intérêt scientifique du corps médical d'où le retard au diagnostic qui n'est souvent envisagé qu'après de multiples investigations et parfois des interventions exploratrices. Ainsi la publication de REICH et GOTTFRIED à propos de 41 dossiers (68), leur fait établir quatre sous groupes chez les pathomimes :

- celui des infections auto induites,
- un deuxième où les patients simulent ou fabriquent des signes de maladies spécifiques,
- dans le troisième groupe, ils empêchent la guérison des blessures,
- dans le quatrième groupe, les complications proviennent de l'utilisation clandestine de médicaments.

Cette classification propre à leur étude nous donne déjà une idée de la diversité des présentations cliniques chez ces patients aux comportements particuliers.

Un certain nombre d'éléments doivent orienter le diagnostic :

- les troubles surviennent dans les trois quart des cas chez des femmes, âgées le plus souvent entre 15 et 35 ans.
- dans les antécédents, le sujet a présenté une maladie dans la petite enfance avec hospitalisation dont il a gardé en souvenir l'attention et l'affection que lui apportaient le personnel soignant.
- il existe dans la moitié des cas des liens étroits entre les pathomimes et le monde de la médecine : liens familiaux ou personnels par l'appartenance à une profession paramédicale. Dans certaines variétés de pathomimies, l'association

- avec une profession paramédicale est particulièrement forte (injections autocrées, ingestion de médicaments, syndrome anémique autoprovocué).
- le comportement pathomimique est presque toujours le fait de sujets affectivement et socialement isolés. Beaucoup ont subi de graves carences dans leur enfance, et adultes, ils n'arrivent pas à nouer de relations affectives stables : en majorité célibataires, pour ceux qui sont mariés, les relations conjugales sont très conflictuelles.

Le tableau clinique a une allure inhabituelle :

- . manque de cohérence dans la séméiologie,
- . discordance clinique par rapport aux examens complémentaires,
- . évolution capricieuse et déroutante des symptômes,
- . histoire médicale compliquée et difficile à débrouiller :  
multiconsultations, hospitalisations, opérations pour des pathologies polymorphes parfois restées sans diagnostic précis,
- . une réelle pathologie organique dont il peut manipuler les symptômes, les investigations et les traitements peut coexister.

L'attitude vis à vis du corps médical est un mélange de dépendance et d'agressivité ou dépendance et soumission :

*« De façon schématique, on pourrait dire que les premiers se comportent un peu comme des hypochondriaques revendicateurs, les seconds comme des hystériques cherchant à séduire » (51).*

Le comportement pathomimique est généralement chronique avec des poussées et des périodes plus ou moins longues de rémission. Les complications iatrogènes ou induites par le patient sont fréquentes et parfois très graves. Le suivi psychologique est en majorité irréalisable : *« Une fois la supercherie établie, l'expérience prouve que l'on arrive rarement à obtenir l'adhésion du malade et plus rarement encore sa cohésion durable » (CORRAZE, CARNEY) (51).* Dès que le malade perçoit le doute et la suspicion dans l'équipe médicale, il met un terme à son hospitalisation par une fugue ou une signature de pancarte sous un

pseudo prétexte : accrochage avec le personnel, revendication à propos des soins, décès dans la famille....

Le but de la manipulation n'est pas évident et laisse l'interlocuteur dans un certain malaise puisqu'il ne comprend pas la raison de ces troubles. En fait, le pathomime endosse le rôle de malade et trouve ainsi un équilibre sans en tirer profit :

*« la maladie lui ouvre les portes de relations interpersonnelles totalement inexistantes ou défectueuses. Lui qui vit dans un vide affectif complet va être l'objet des attentions du corps médical » (48).*

Tous les diagnostics psychiatriques sont évoqués avant de penser aux pathomimies. Il nous semble qu'il ne peut y avoir de position univoque concernant ces troubles aux conséquences parfois gravissimes ; *« chaque type de pathomimie correspondrait à un modèle psychopathologique particulier » (49).*

## **2 - Troubles factices et DSM (Diagnostic an statistical manual of mental disorder)**

La pathomimie est une affection qui se situe aux confins de la psychiatrie et de la médecine interne, reprise et définie dans la classification du DSM III (3) comme « une affection factice chronique avec des symptômes organiques ». Le DSM III insiste sur le contrôle volontaire des symptômes. Les actes doivent être faits de manière compulsive, mais sans but précis, ce qui les différencient de la simulation.

La définition du Petit Larousse (62) pour l'adjectif factice est « faux, imité, qui n'est pas naturel, contraint ». Si on se réfère au DSM III R (4), factice recouvre ce qui n'est « ni réel, ni authentique, ni naturel ». La différence entre ces deux définitions est donc sensible.

Cette pathologie a été reprise dans le DSM III R pour être subdivisée en deux sous groupes caractérisés par des symptômes physiques pour l'un, psychologiques pour l'autre. Ainsi sont alors définis les troubles factices physiques :

- A - le sujet produit intentionnellement ou feint des symptômes physiques (mais non psychologiques),
- B - besoin psychologique de jouer le rôle de malade, mis en évidence par l'absence de motifs extérieurs tels que gagner de l'argent, être mieux soigné ou se sentir bien physiquement, permet d'éliminer les simulateurs dont les bénéfices secondaires sont évidents.

Le DSM IV (5) décrit les troubles factices (F68-1 (300 xx)) en condensant la question sur le plan clinique :

- production ou feinte intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques,
- la motivation du comportement est de jouer le rôle du malade.
- il n'y a pas de motifs extérieurs à ce comportement (par exemple : gagner de l'argent, fuir une responsabilité légale...).

En fonction des symptômes prédominants, on en individualise trois sous types :

- [300.16] : signes et symptômes psychologiques prédominants.
- [300.19] : signes et symptômes physiques prédominants.
- [300.19] : signes et symptômes psychologiques et physiques associés.

### 3 - **Pathomimie et hystérie**

LASEGUE écrivait : « *la définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais* » (47).

On peut être tenté de lui donner raison en jetant un coup d'oeil sur le nombre, la variété, le caractère contradictoire des conceptions qui, au cours des siècles, ont tenté d'expliquer et de définir la « grande névrose ». HIPPOCRATE en attribuait les manifestations à un désordre de l'utérus, d'où le nom de la maladie. GALIEN adoptait aussi une origine utérine de la névrose « *par rétention séminale viciant les humeurs* » (22). Le Moyen Age revenant aux premières conceptions de l'Antiquité, voit dans

l'hystérie des effets de la possession diabolique. CHARCOT, médecin à l'Hôpital de la Salpêtrière, donne, dans les années 1880-1885, des descriptions plus complètes de l'hystérie et en fait une maladie de l'esprit liée à un état psychique spécial (18). BABINSKY, successeur de CHARCOT à la chaire de la Salpêtrière, introduit le nom de « pithiastisme » (signifiant curable par la persuasion) et qui devient pour lui synonyme d'hystérie : « *c'est un état psychique rendant le sujet capable de s'autosuggestionner* ». En 1894, JANET donne une conception révolutionnaire de l'hystérie : « *maladie de la personnalité motivée en grande partie par des troubles inconscients, se manifestant à côté de symptômes classiques par des modifications du caractère* » (22). En 1905, DUPRE et LOGRE mettent en valeur un autre aspect de l'hystérie, en en faisant essentiellement « une maladie de l'imagination ». Pour DUPRE : « *l'hystérie est la mythomanie des syndromes* ». Quant à LOGRE, il dira : « *ce n'est pas une maladie imaginaire mais une maladie de l'imagination* » (22).

La séméiologie de l'hystérie est dominée par les phénomènes de conversion : manière de transformer et les paroles et les angoisses en manifestations somatiques (40). La pathologie de conversion hystérique répond selon PITRES (64) aux propositions suivantes :

- troubles fonctionnels du système nerveux,
- troubles labiles pouvant être brusquement provoqués, modifiés ou supprimés par suggestion, rarement isolés et coexistant avec les manifestations d'un état névrotique dont l'évolution est irrégulière,
- troubles qui n'altèrent pas l'intégrité de l'état physique.

Cette dernière proposition, on le voit, exclut la maladie factice et son cortège de mutilations et d'affections sévères, du champ de l'hystérie.

Cliniquement, les accidents de conversion hystérique peuvent être paroxystiques :

- crises convulsivo-hystériques « à la Charcot »,
- agitation psychosomatrice,
- crises tétaniformes,
- crises pseudo-épileptiques mais sans pertes d'urines ni morsure de langue,

ou ils peuvent avoir une allure neurologique durable :

- paralysies localisées ou générales,
- anesthésie ou pseudo-hyperesthésie,

sans noter les troubles sensoriels comme la cécité pithiatique, les troubles de conduite alimentaire ou sexuelle....

Nous remarquons que c'est l'absence d'organicité qui domine ces symptômes de conversion hystériques, labiles, fantasques et souvent présentés de manière dramatique car, avant tout destinés à autrui.

En parallèle à la pathologie de conversion hystérique, nous trouvons la personnalité hystérique caractérisée par sept traits de caractère décrits par CHODOFF et LYONS (19) :

- 1 - l'égoïsme, l'indulgence vis à vis de soi,
- 2 - l'histrionisme : besoin d'exagérer, de jouer un rôle, d'attirer l'attention,
- 3 - manque de contrôle émotionnel et tendance dépressive,
- 4 - pauvreté et facticité des affections,
- 5 - érotisation des rapports sociaux : coquetterie, provocation, séduction contrastant avec,
- 6 - frigidité, peur ou répugnance vis à vis de l'acte sexuel,
- 7 - forte dépendance affective et immaturité.

Le principal point commun entre l'hystérique et le pathomime est de donner à voir un symptôme sans explication organique. Mais si le névrosé opère cette conversion sur le plan somatique de façon inconsciente, le pathomime lui, au contraire, l'opère de façon artificielle, conscient du calme obtenu par ses pratiques. De plus, la classique mais inconstante inattention vis à vis du symptôme, la « belle indifférence » décrite par CHARCOT, ne se rencontre guère chez le pathomime qui tend à dramatiser son trouble et à réclamer l'attention des soignants :

*« Pour résumer une opinion répandue, l'hystérique est une gêneuse, l'altérateur (ou pathomime) un gaspilleur (de temps et d'argent) (20).*

#### 4° - Pathomimie et simulation

Selon le Petit Robert (63), simuler c'est « *donner pour réel en imitant l'apparence de la chose à laquelle on veut faire croire* ».

Les simulateurs sont des individus qui imitent une condition pathologique dans un but précis ; l'objectif de ce comportement étant habituellement repérable. La simulation fût lors de la première guerre mondiale une préoccupation importante des médecins militaires de tous les belligérants. De nos jours, la législation sur les accidents du travail, assurances et maladies professionnelles, a pu contribuer à encourager certains sujets à essayer d'obtenir des profits matériels.

*« Ainsi donc, une tradition établie fait, de la simulation d'une maladie, une entreprise délibérée à des fins précises et intéressées dans le cadre d'un psychisme normal, avec recherche de caution médicale » (25).*

*« La plupart du temps, les avantages induits par le statut de malade sont évidents aux yeux de l'observateur extérieur : rente, emploi réservé.... Le sujet doit donc imiter au mieux qu'il peut la pathologie désirée afin de tromper le médecin sans éveiller sa méfiance. Il utilisera le médecin comme un moyen d'atteindre son but, ce n'est pas la relation proprement dite qui est recherchée mais la finalité à laquelle il va aboutir, peu importe l'interlocuteur, ce qui compte c'est sa fonction et le moyen de la détourner à son profit » (48).*

Les facteurs cliniques évoquant une simulation sont (61) :

- le contexte médico-légal,
- une personnalité sociopathique sous jacente,
- une discordance importante entre la souffrance et l'incapacité rapportée par le sujet et l'examen clinique,
- un manque de coopération pour les examens et l'observance des traitements.

Afin de bien distinguer simulation et pathomimie, il est donc nécessaire de rappeler que, dans ce dernier cas, l'aspect artificiel des lésions ne semble soutenu par aucun but utilitaire à part celui d'être hospitalisé ; l'aspect autoagressif semble plus

manifeste, les pathologies plus importantes, l'atteinte préférentielle de certaines régions à potentiel symbolique élevé contraste avec les localisations plus raisonnées ou vraisemblables des simulateurs. Les pathomimes se recrutent essentiellement chez les femmes et les simulateurs chez les hommes. La simulation n'est ni un symptôme ni une maladie, c'est un moyen. Dans le cas du syndrome de Munchausen, la simulation est au nombre des moyens d'expression comme la fabulation.

La frontière n'est dans tous les cas pas si hermétique que nous pouvons le penser puisque certains simulateurs peuvent être pris au jeu et devenir pathomimes (16).

*« En fait il n'y a de simulation que par rapport à un cadre social donné. Ce n'est pas le statut du malade qui, en soi, détermine des bénéfiques, c'est le cadre social qui fait que, par exemple, il suffit à l'enfant d'avoir 38° de température pour cesser de fréquenter l'école. Comme la simulation, la pathomimie est un moyen d'échapper aux exigences du milieu » (25).*

### 5 - Pathomimie et hypochondrie

Selon Henri EY (27), l'hypochondrie peut être définie comme une estimation péjorative de l'état d'intégrité ou de santé du corps. L'intérêt du malade est centré sur son corps dans l'inquiétude imaginaire d'une lésion qui n'existe pas. FREUD considérait cela comme la pathologie du narcissisme (31).

A l'heure actuelle, l'hypochondrie n'est pas considérée comme une entité nosologique en soit, mais plutôt comme un syndrome se rencontrant à des degrés divers dans des structures névrotiques et psychotiques (66).

Egalement répartie dans les deux sexes, l'hypochondrie se caractérise essentiellement par la douleur de siège variable, accompagnée d'un riche cortège fonctionnel (spasmes, crampes, vertiges, insomnies). Les préoccupations de l'hypochondriaque vont se fixer sur un organe, une fonction corporelle, voire une maladie (cancérophobie). Plus que la reconnaissance du statut de malade, c'est la recherche de la nomination d'un organe malade qui importe ; organe qui est profond,

caché, inaccessible. La maladie le raje. Mais sa quête est vouée à l'échec ce qui ne fait qu'accroître l'anxiété et polariser le patient dans son idée d'incurabilité. Le malade ne trouve jamais les mots pour qualifier son mal et pense que la langue est trop pauvre pour décrire ses sensations. Il ne simule pas une douleur, il la vit et en souffre.

A l'inverse du pathomime aux antécédents médicaux chargés, l'hypochondriaque fait sans cesse référence à son état antérieur satisfaisant et ne s'accommodera jamais de son mal. Il est convaincu que le médecin ne parviendra pas à trouver l'origine de son mal. L'égoïsme de l'hypochondriaque le fera passer pour un tyran vis à vis de son entourage par ses exigences et ses gémissements perpétuels.

Comme le syndrome de Munchausen, le discours de l'hypochondriaque s'enrichit de vocabulaire médical, mais à son inverse, il devient rapidement délirant. De même, la relative fidélité de ces patients vis à vis de leur médecin s'oppose aux pérégrinations hospitalières et médicale du « munchausenien ».

## 6 - **Pathomimie et mythomanie**

C'est Ernest DUPRE, Médecin Chef de l'Infirmierie Spéciale de la Préfecture de Police, puis à partir de 1919 titulaire de la chaire de psychiatrie de PARIS, qui crée, en 1905, le terme de « mythomanie » qu'il définit comme « *la tendance pathologique, plus ou moins volontaire et consciente, au mensonge et à la création de fables imaginaires* ». DUPRE parle alors de la tendance constitutionnelle qu'ont certaines personnes à mentir, inventer, simuler par une activité pathologique de l'imagination, à s'inventer des fables et situations dépourvues de réalité objective ; seule sa fréquence et son inadaptation permettent de percevoir le mensonge comme pathologique (24).

La conduite pathomimique est une véritable mythomanie en acte, mais alors que le mythomane emprunte une personnalité valorisante, le pathomime, lui, prend le rôle de malade. Il incarne alors un être faible et impuissant qui mystifie son entourage et satisfait sa propre agressivité (27).

## 7 - Pathomimie et automutilation

LORTOIS définit en 1909 l'automutilation de la façon suivante :  
*« l'automutilation comprend toutes les pratiques entraînant des lésions des tissus ou des organes ; on peut la définir comme une atteinte portée à l'intégrité du corps ; elle peut consister, soit dans la blessure ou l'ablation totale ou partielle d'un organe ou d'un membre, du revêtement cutané ou de ses annexes, soit enfin dans des manoeuvres pouvant compromettre sa vitalité et son bon fonctionnement sans que cependant elle ait été accomplie dans le but de se donner la mort » (48).*

L'automutilation peut porter sur tous les organes, mais la localisation de la lésion a un aspect symbolique. On peut y inclure la notion de masochisme à partir du moment où le patient se réjouit de sa propre souffrance ou de son sentiment d'impuissance devant la vie. Ce masochisme est primaire, érogène ; il recherche le plaisir dans la douleur. Ces phénomènes sont à rapprocher des troubles du schizophrène. Ces malades présentent outre des conduites alimentaires régressives, des conduites excrémentielles gravement perturbées, des comportements autoérotiques, des atteintes contre leur corps, des mutilations et des tentatives de castration (27).

Dans la pathomimie, la mutilation n'est pas une fin en soi, mais uniquement un moyen de parfaire le tableau clinique. La connotation d'auto-destruction n'y est pas toujours présente. Mais la frontière entre pathomimie et mutilation est parfois très étroite : en effet, d'un côté le pathomime subit, de l'autre, il dirige les investigations par le biais du médecin ; il est alors difficile de séparer sadisme et masochisme qui constituent deux pôles complémentaires chez le même individu (48).

Il faut enfin individualiser certaines mutilations observées dans des états psychotiques lors des décompensations aiguës où elles sont pour le sujet un moyen de soulager une angoisse intolérable.

## 8 - Clinique des pathomimies

### 8 - 1 : Fièvres simulées ou provoquées

L'éventualité la plus banale est la manipulation du thermomètre : frotté contre le drap, trempé dans l'eau chaude, contractions répétées du sphincter anal.... Plus rarement, la fièvre est provoquée par l'autocréation d'une infection par injection de matières fécales, urines, lait, cultures bactériennes.... Dans ces derniers cas, la majorité des patients appartient à une profession paramédicale. Ainsi, une aide-puéricultrice était traitée pour une fièvre élevée avec des grands accès intermittents. A plusieurs reprises, les hémocultures révélaient plusieurs germes : serratia, klebsiella, escherichia coli, qui motivaient la perfusion d'antibiotiques. Lors d'une absence de la malade, on trouve dans sa table de nuit un petit bocal contenant des matières fécales diluées et une seringue qui permettait les injections dans le tuyau de perfusion (58). Elles peuvent également être provoquées par l'absorption de médicaments (phénolphtaleine, pénicilline, salicylate, quinidine...).

La répartition selon l'âge serait la suivante : les patients les plus jeunes utilisent volontiers les manipulations thermométriques dans le but de résoudre une situation conflictuelle aiguë. Ces patients sans grand trouble psychiatrique expriment ainsi pauvrement leur angoisse. Les patients plus âgés auront plutôt recours aux auto-infections et présentent dans ce cas de réels troubles psychiatriques. Ces malades en s'autoagressant souvent à la seringue, effractionnent leur barrière corporelle et commettent un équivalent suicidaire.

### 8 - 2 : Pathominies cutanées

Elles sont parmi les plus fréquentes des pathomimies. Les lésions cutanées sont souvent pauvres et monomorphes. REIFFERS (69) note que la forme et la structure des altérations varient avec l'intelligence de l'individu : le malade intelligent reproduit des lésions vraisemblables ou difficilement reconnaissables. Deux types de lésions sont principalement retrouvées :

- des excoriations dûes à des procédés mécaniques : coups d'ongle ou d'épingle, frottement à l'aide de limes, rasoirs....
- des éléments ulcéro-nécrotiques, souvent géométriques, créés par des procédés thermiques (brûlures de cigarette), des procédés chimiques (soude caustique, acides).

On peut ainsi observer des abcès sous cutanés, des plaies gangréneuses, des lésions bulleuses, des granulomes unguéaux, des panniculites, des lymphoedèmes par application d'un garrot (oedème blanc de Sydenhaw, oedème bleu de Charcot).

Les lésions siègent presque toujours aux parties découvertes (visage, cou, mains, avant-bras), bien apparentes, exhibées. Leur reconnaissance se fait assez facilement : lésions d'apparition brutale, d'emblée évoluées sur peau saine, aux bords bien limités et contours géométriques, à évolution capricieuse ; situées en règle générale à gauche pour le droitier et à droite pour le gaucher. L'évolution est capricieuse, mais on observe quasi systématiquement leur rétrocession sous pansement occlusif.

La pathomimie cutanée touche pour 90 % des cas des femmes ; deux tiers ont moins de 30 ans. Les professions proches du milieu médical semblent moins touchées que dans d'autres pathomimies.

*« Le revêtement cutané est aisé à atteindre et à léser, de plus il est expressif, il offre d'emblée à l'autre l'image de la maladie sans qu'il soit indispensable d'y ajouter une expression verbale » (20).*

*« La clinique de ces patients offre à voir (au regard médical) la béance des plaies, la violence d'un réel. En revenant à l'origine de tels agissements, on perçoit que l'expérience traumatique à la source d'un tel acte auto-destructeur est tellement forte qu'elle anesthésie l'ensemble du corps et de la psyché ; à une exception près une partie précise, la zone de prédilection du pathomime (...). Toute l'attention du dermopathomime sera centrée sur cette zone fascinante au sens où elle prive le sujet d'intérêt pour le reste » (29).*

### 8 - 3 : Anémies et hémorragies provoquées : syndrome de Lasthenie de Ferjol

#### 8 - 3 - 1 : Anémies et hémorragies provoquées

Elles peuvent être réalisées par des ponctions veineuses, par des créations de lésions rectales ou vaginales (pseudo-hématurie) ou de coupure à la base de la langue (pseudo-hémoptysie, pseudo-hématémèse). Elles peuvent être secondaires à la prise d'anticoagulants, ou à la réalisation de dons du sang répétitifs. Plus rarement, la carence martiale ne sera pas en rapport avec une déperdition sanguine, mais avec une carence d'apport (absorption répétée de craie ou d'argile). On pourra en rapprocher les manifestations ecchymotiques, pétéchiales et purpuriques construites, secondaires à la propre réinjection du sang du sujet en sous cutané, imitant ainsi des réactions d'auto-sensibilisation érythrocytaire (52).

Elles peuvent également être simulées (tissu tâché de sang d'animal). Une femme se prélevait elle-même du sang dans les veines avant de se l'injecter dans la vessie à l'aide d'une paille afin de simuler une hématurie... et provoquer réellement une anémie (60). Ailleurs, IRELAND (11) observera une mère aidant sa fille adolescente à se fournir du sang venant de ses propres veines ou de flacons destinés à des transfusions pour simuler une hémorragie digestive.

On constate que trucages et moyens sont des plus variés chez ces patients masochistes aux traits hystériques le plus souvent marqués. Les sujets font la plupart du temps partie du personnel paramédical et présentent des troubles importants de la personnalité en rapport avec des problèmes familiaux et sexuels. Le « choix de soigner » et le « dévouement aux autres » viennent alors en réponse à une expérience de violence familiale ou sexuelle mal vécue.

La répétition des saignements, le plus souvent provoqués par ponctions veineuses itératives, conduit à une anémie hypochrome ferriprive. C'est le syndrome de Lasthenie de Ferjol.

8 - 3 - 2 : Syndrome de Lasthénie de Ferjol

C'est en 1967 que Jean BERNARD (11) décrit le syndrome de Lasthénie de Ferjol après en avoir observé douze cas dans son service. Il s'est inspiré pour nommer cette pathologie d'un roman de Barbey d'Aurevilly (9) paru en 1882 « une histoire sans nom » qui relate la lente agonie d'une jeune fille qui va, petit à petit, se vider volontairement de son sang.

L'histoire se déroule à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle dans un village perdu au fond des Cévennes où Lasthénie vit avec sa mère, recluses au fond d'un vieux château sinistre. La mère veuve inconsolable d'un jeune et beau capitaine d'infanterie reporte tout son amour sur sa belle et secrète fille Lasthénie : Lasthénie remplace ainsi son père disparu trop tôt et est mise sur un piédestal. Malheureusement, Lasthénie est somnambule et une nuit, un mauvais prêtre abusera d'elle : elle ne comprendra alors ni sa grossesse, ni l'accouchement, ni son enfant mort-né. Furieuse que sa fille ait pu, comme elle avant son mariage, se donner à un homme et ainsi ne plus être entièrement dévouée à l'amour de sa mère, cette dernière l'accablera et la méprisera. L'état clinique de Lasthénie va se dégrader de jour en jour pendant sa grossesse ; elle fera une fausse couche pour la plus grande joie de sa mère la baronne « *elle accouchera comme un cadavre qui se viderait d'un autre cadavre...* ». La mère fera alors disparaître le corps pour mieux supprimer toute trace du délit commis par sa fille et l'enterrera comme si elle l'avait tué. Disparaît ainsi toute communication entre les deux femmes, un silence de mort s'installe ; la baronne regarde sa fille mourir tous les jours un peu, sans bruit. Lasthénie est blême, ses yeux égarés sont de la couleur des feuilles de saule, son corps s'affaisse et se voute : elle reste inerte la tête contre le mur de la chambre. Et c'est ainsi que la baronne et sa servante la retrouvèrent morte les yeux grands ouverts. C'est avec horreur qu'elles découvrirent des épingles... plantées dans son coeur « *elles en enlevèrent dix-huit* » : Lasthénie s'était tuée lentement, depuis combien de temps ? « *tous les jours un peu plus, avec des épingles* ».

Ainsi à travers ce roman, nous retrouvons les éléments qui constituent le syndrome de Lasthénie de Ferjol décrit par Jean BERNARD. Les malades sont toujours

des femmes (exceptionnellement, ce sont des hommes qui, dans ce cas, recherchent des bénéfices secondaires même minimes), jeunes et célibataires (ou ayant des difficultés conjugales). La plus grande majorité d'entre elles appartiennent au milieu médical. Leur seul objet d'investissement est le travail où elles font preuve d'héroïsme, très zélées et acceptant sans rechigner les tâches dures nocturnes alors qu'elles sont elles-même au bord de l'évanouissement.

Au cours de leur hospitalisation, elles tolèrent remarquablement bien les examens complémentaires répétés et invasifs avec un certain plaisir non dissimulé, et se réjouissent « de voir tous ces grands médecins chercher ». Au cours de ces séjours hospitaliers successifs, elles tirent parfois bénéfice de ce statut de malade : il s'agit là d'un bénéfice relationnel qui peut parfois s'avérer un véritable syndrome de Munchausen.

Le syndrome anémique est majeur ; le taux d'hémoglobine varie entre 3 et 9 grammes, mais les patientes très habiles parviennent à stabiliser le chiffre à la limite de la compatibilité avec la vie. Il s'agit tantôt de saignées répétées au pli du coude en règle générale, tantôt de saignées internes faites avec des instruments variés en des lieux très divers (vessie, gorge, nez, tube digestif). Une infirmière recueillait ainsi son sang après saignée, puis le mélangeait avec de l'eau distillée avant de se le réinjecter afin de provoquer une anémie hypochrome et hémolytique. Certains associeraient aux saignées l'injection d'anticoagulant, d'autres d'antifolique comme le Méthotrexate ! (10).

L'évolution est chronique et parfois mortelle. Mais dans bon nombre de cas, le mystère et le silence dominant leur histoire.

#### 8 - 4 : ***Pathomimies endocriniennes et métaboliques***

Ce mode de pathologie factice exige de la part des patients une certaine connaissance médicale et/ou l'accès à des médicaments délivrés sur ordonnance.

\* hypoglycémies factices : se rencontrent dans l'entourage immédiat de malades diabétiques. Les malades ont recours soit à la prise de sulfamides hypoglycémisants, soit à l'injection d'Insuline.

\* hypercalcémies factices : par absorption de Vitamine D ou par l'absorption massive de calcium médicamenteux voire de fromage (un sujet relevant d'une anorexie mentale consommait jusqu'à deux kilos de fromage par jour). On peut en rapprocher les anomalies biologiques induites par les buveurs de lait.

\* hypokaliémies factices : par absorption excessive de laxatifs, diurétiques, plus ou moins associée à des vomissements provoqués. La prise prolongée de diurétiques peut aboutir à la constitution d'un faux syndrome de Bartter (41).

\* hyperthyroïdes et hypercorticisme factices : par consommation abusive d'hormones thyroïdiennes ou de cortisone.

#### 8 - 5 : Pathomimies neurologiques

Ce peut être des pertes de connaissance, pseudo-crisés convulsives, pseudo-coma, syndrome pseudo-méningé, déficit moteur....

#### 8 - 6 : Pathomimies et formes algiques

A l'étage thoracique, elles réalisent le plus souvent un tableau d'insuffisance coronarienne, parfois d'embolie pulmonaire recourant ainsi à de très nombreuses explorations de type scintigraphie, angiographie, coronarographie et parfois même allant jusqu'à la pose d'un clip cave de façon injustifiée ou encore un tableau de menace de dissection aortique.

A l'étage abdominal, elle imite des syndromes abdominaux aigus pouvant évoquer une urgence chirurgicale ou une maladie exceptionnelle chez des malades bien

informés comme une porphyrie aigüe intermittente, des coliques saturnines ou des crises drépanocytaires.

#### 8 - 7 : *Pathologie psychiatrique factice*

Les pathologies reproduites sont diverses : des pseudo-psychoses, pseudo-stress post-traumatique factice bien connu aux Etats-Unis où il est appelé syndrome du vétéran qui n'est pas allé au Vietnam mais qui connaît par coeur le syndrome de répétition. Et enfin, la notion de deuil factice rapportée par SNODOWN et Coll. en 78 (76) devant des patients qui présentaient un tableau d'allure dépressive et faisant état de la mort dramatique d'un ou plusieurs proches, allégations qui se révélèrent par la suite purement fabulatoires.

#### 8 - 8 : *Pathomimies et autres plaintes somatiques*

- pseudo-lithiase rénale avec pseudo-crise de colique néphrétique, pseudo-hématurie et calculs soit-disant recueillis dans l'urine (qui pourront être réutilisés par la suite pour d'autres pseudo-crises).
- provocation d'un oedème pulmonaire par inhalation d'eau.
- adjonction à l'urine de salive, épinephrine (pour appuyer un diagnostic de phéochromocytome).
- manipulation d'une cassette de holter afin d'entraîner de pseudo-pauses cardiaques conduisant à la pose d'un stimulateur cardiaque.

#### 9 - *Différences selon le sex ratio et interprétation psychopathologique*

Chez les enfants et adolescents pathomimes, la maladie factice est pour eux un moyen de franchir un cap difficile, une situation conflictuelle et non l'expression de troubles psychologiques profonds, en général fièvre simulée ou dermatopathomie souvent peu graves. L'adaptation scolaire souvent médiocre correspond à des relations familiales troublées. Néanmoins cette façon de « résoudre » un problème ne peut nous

empêcher de nous inquiéter quant à l'évolution de ces jeunes patients souvent passifs ou renfermés.

En ce qui concerne les adultes, ce sont préférentiellement les femmes qui sont concernées, et la moyenne d'âge se situe autour de 30 ans. L'adulte choisit une agression fréquemment plus lourde. Les femmes jeunes présentent pathomimies cutanées, fièvres factices, hémorragies. Les hommes choisissent des situations d'urgence comme typiquement le syndrome de Munchausen ou des dépressions aiguës secondaires à de faux deuils.

#### \* INTERPRETATION PSYCHOPATHOLOGIQUE

Si, enfants, les patients ont essuyé un échec à la tentative de recevoir de leurs proches amour, sécurité, reconnaissance ou simple attention autrement que dans l'état de souffrance et de diminution physique, il a pu y avoir chez ces personnes, la formation de ce que les psychiatres appellent « identité négative ». L'enfant a pu retenir l'équation simple : douleur, blessure, maladie = certaine affection. Ainsi un automatisme peut être créé les amenant à perpétuer, même si le résultat n'est plus clairement perçu, les gestes qui, dans leur enfance, leur apportaient satisfaction. Ce peut être également des punitions conduisant aux châtiments corporels dans le jeune âge qui transforment chez l'enfant la notion de déplaisir en plaisir. Si, délaissé, il perçoit la correction comme un regain d'attention à sa personne, alors le besoin d'affection peut se trouver étroitement lié au besoin de souffrance. Le patient va emprunter une personnalité visant non pas un modèle héroïque et tout puissant, mais celui d'un malade victime de sa pathologie. Le sujet rentre dans une relation sado-masochiste d'un genre particulier : il exerce sa puissance sur son corps pour lui infliger des souffrances, et il domine du même coup le milieu médical auquel il impose son état.

Souvent un antécédent pathologique fortuit a précédé les conduites factices, donnant à ces malades angoissés, la révélation d'une détente nerveuse générale. Il se crée ainsi un véritable réflexe conditionné voisin de la toxicomanie. Le malade

perpétue ses autoagressions comme un soulagement de l'angoisse présente et comme une assurance contre celle à venir.

La simulation d'une maladie se présente comme une tentative pour retrouver un nouvel état d'équilibre par des rapports nouveaux avec le milieu. D'après WEIL (81) : « *La maladie devient dans certains cas une sorte de langage symbolique par lequel le malade exprime ou veut exprimer ce qu'il ne peut dire autrement* ». Ce qu'il ne peut dire autrement, c'est sa solitude affective si ancienne, son angoisse de mort et d'être malade. De même qu'EPICURE constatait que : « *c'est parfois la peur de la mort qui pousse les hommes à la mort* » ; de même la hantise de la maladie peut conduire à la pathomimie : « *je ne risque plus rien, je suis déjà malade* ».

La pathomimie devient une nécessité de se rendre malade pour vivre, vivre mal mais vivre malgré tout, sentir quelques chose de douloureux plutôt que de se sentir anéanti.

**V - DISCUSSION**

L'observation minutieuse du comportement et des plaintes somatiques de madame B... nous permet d'en extraire les principaux éléments qui constituent le syndrome de Munchausen :

- le fait que le sujet soit une **femme** sous entend la gravité du syndrome,
- l'existence de **liens étroits avec la médecine** : liens familiaux par l'intermédiaire du père (psychanalyste ou dentiste), profession personnelle paramédicale (ASH au bloc opératoire ou panseuse ou infirmière),
- un **langage initié saturé de jargon médical**.

La patiente possède de nombreux ouvrages médicaux grâce auxquels elle acquiert une connaissance médicale poussée. Elle va même jusqu'à informer les médecins sur les thérapeutiques reçues. Ainsi, elle envoie à son médecin traitant renseignements médicaux et historiques concernant son traitement à base de Réserpine (cf annexe 1).

- une situation d'**isolement affectif et social**, et une solitude dans un milieu familial perturbé : vit avec un second mari, relations conflictuelles et actes violents, aurait de nombreuses relations extraconjugales ; recherche d'attention et de sollicitude de la part du personnel soignant et tout particulièrement des médecins. Ainsi quand elle parlera du Docteur C. à son médecin traitant dans l'un de ses nombreux courriers, elle dira avoir été « confiée » à un médecin qui ne veut pas « l'abandonner » (sous entendu, où qu'elle aille dans ses démarches de plaintes, il la suit). Ou encore au cours de son hospitalisation dans le service de Rééducation Fonctionnelle, elle exigera que l'interne assiste à ses prises médicamenteuses « au cas où elle ferait une allergie ».
- mise en évidence de **nombreux actes antérieurement effectués** dans les hôpitaux.

Aux détours de notre enquête, on comptabilisera : 50 hospitalisations

35 consultations spécialisées

12 interventions sur le genou

7 autres actes chirurgicaux

sans compter plusieurs centaines d'appels SAMU et visites de son médecin traitant (systématiquement à domicile) à toute heure du jour ou de la nuit.

- style de vie à la limite de la stabilité.

- **voyages répétés** (soi-disant avec ses différentes conquêtes masculines).
- **fluctuation de l'anamnèse** (biographie, hospitalisations, allergies), **mensonges pathologiques** (profession, fausse identité au cours de ses consultations en Gynécologie), **fluctuation des signes fonctionnels** au fur et à mesure que les investigations s'avèrent négatives. Ainsi cinq centres d'intérêts somatiques se succéderont dans le temps ; quand le médecin ne semblera plus être « intéressé » par l'un, un autre lui fera suite.
  - 1 - aphtes et suspicion de LED ou Behcet,
  - 2 - plaintes gynécologiques : algies diverses, trois interruptions volontaires de grossesse, deux fausses couches, une hystérectomie,
  - 3 - plaintes axées sur la thyroïdectomie, puis insuffisance de substitution hormonale volontaire,
  - 4 - malaises et vertiges bilantés à de multiples reprises en ORL et Neurologie,
  - 5 - plaintes algiques orthopédiques continues concernant les genoux, motivant la demande incessante d'actes chirurgicaux.
- **simulation d'une maladie grave de nature dramatique et urgente** : c'est une patiente prostrée dans son lit, le genou recouvert de cataplasmes, et terrassée par une douleur insupportable faisant suspecter une organicité gravissime que le médecin traitant trouvera (... une fois qu'elle se sera maquillée, aura mis sa plus courte chemise de nuit, passé l'aspirateur, ait tondu la pelouse...).
- **comportement agressif** avec un mélange de truculence et de manières évasives : elle oscillera vis à vis du corps médical entre une hypochondrie revendicatrice et une position de séduction hystérique.
- **sortie de l'hôpital contre avis médical**, avec signature de pancarte au cours de son hospitalisation en 93 (H39 en Orthopédie) et 96 (H46 au cours de son test PCA).
- **absence de recherche de bénéfices secondaires** : la patiente est en arrêt de travail depuis 1983, probablement dans les suites de son déménagement. Elle ne touche pas de pension d'invalidité.

Ainsi le comportement de la patiente se révélera de la façon suivante ; elle demandera explicitement :

- des médicaments, qu'elle ne supportera pas ; la liste des allergies « enflera » au fur et à mesure des prescriptions,
- des investigations,
- une intervention, quelle qu'elle soit, pourvu qu'elle soulage son mal, motivée par une symptomatologie chronique de type algique exprimant une gêne ou un inconfort quelconque (que ce soit le genou, l'utérus, la thyroïde...),
- une intervention particulière comme l'arthrodèse complète qui marque ainsi en apothéose sa quête chirurgicale, ceci en l'absence de tout substratum organique identifié.

Ainsi Madame B... a choisi le champ médical comme terrain où elle peut exprimer ses conflits. Ses multi-interventions et hospitalisations jouent un rôle dans le renforcement et l'aggravation des troubles. Son histoire médicale est longue et trouble. Son histoire médicale est longue et difficile à débrouiller, remplie d'inexactitudes et d'incertitudes. Elle se complait dans sa souffrance (cf annexe 1). Ainsi relate-t-elle avec plaisir l'aspect « très pénible » et « très douloureux des injections de Réserpine » ; est-elle impressionnée par l'aspect de la salle de réveil. Elle garde facilement un contact écrit avec les médecins pour les informer de l'évolution de sa maladie. L'importante liste de ceux-ci qu'elle se plait à consigner (sept rien que pour son genou) est une façon de montrer la gravité de son état (cf annexe 2). Elle dit « *être une grande malade* », « *présenter un handicap majeur* » (cf annexe 3), parle de son « *état général déficient* » pour lequel elle « *ne pense pas avoir abusé de la situation* ».

Le psychiatre qui l'a vue deux fois en consultation au cours de ses hospitalisations dans le service de Rhumatologie nous dit que, dès que la malade a eu connaissance de la suspicion du syndrome de Munchausen, elle a refusé toute poursuite du suivi psychiatrique.

Les interventions chirurgicales étaient-elles toutes justifiées ?. Son hystérectomie a été effectuée à la suite d'une trop longue période de plaintes et de

geignements ; les gynécologues n'ont pas posé d'indication opératoire à la découverte de fibrome, mais au bout de dizaines et de dizaines de consultations. Sa thyroïdectomie a semblé avoir été effectuée dans les mêmes conditions.

Madame B... joue à un jeu pervers avec le corps médical grâce auquel elle transforme la douleur en plaisir : plaisir de souffrir, plaisir de duper et mettre en échec le personnel soignant, plaisir de mettre en évidence les faiblesses des médecins. Tout le paradoxe se situe dans le fait qu'elle est à la quête d'une action médico-chirurgicale qui serait susceptible de la guérir, mais il lui est inimaginable d'envisager la guérison qui amènerait à la perte du maternage, de la considération et de la compassion venant du corps médical. Ce serait pour elle une souffrance intolérable car elle perdrait l'attention des médecins, véritables substituts maternels. Quel type de relations Madame B... a-t-elle pu avoir avec sa mère dont elle ne parle jamais ? Recherche-t-elle dans le corps médical les marques d'amour qu'elle ne lui a jamais données ? Que penser de la recherche perpétuelle de souffrance que Madame B... effectue en restant près d'un mari qui la bat ou en errant d'hôpitaux en cliniques à la recherche de soins médicaux invasifs pour des pathologies construites au gré de son imagination ?

**VI - CONCLUSION**

Le syndrome de Munchausen appartient à la famille des pathomimies au même titre que le syndrome de Lasthénie de Ferjol. Cette pathologie, souvent chirurgicale, met en scène un patient qui falsifie volontairement les données médicales, et un médecin (ou chirurgien) dont il attend la sentence thérapeutique face au leurre qu'il lui présente. Le syndrome de Munchausen n'est pas un diagnostic mais la désignation d'un comportement complexe défini par une triade :

- troubles factices d'allure aigüe conduisant à des investigations ou des traitements inopportuns,
- des pérégrinations d'hôpitaux en hôpitaux, de ville en ville,
- des fabulations infiltrant toute la vie du patient.

Ceci est couronné par la disproportion apparente entre la gravité de la pathologie provoquée et les maigres avantages qu'il en retire.

Le patient se retrouve dans un mode d'existence où il a découvert jeune le domaine médical et où il peut y retrouver un affect perdu à travers une expression corporelle de non-dits. La maladie devient un moyen d'adaptation pour le sujet. Il choisit volontairement le champ médical pour exprimer ses conflits et son corps comme médiateur. Chaque acte médical sera inscrit en lui, sur lui, comme autant de paroles gravées et définitivement figées. Il vit avec le médecin une relation ambivalente sur un fond sado-masochiste où la recherche ininterrompue de traitements se verra obligatoirement soldée par un échec d'efficacité. Les buts inconsciemment recherchés auprès du médecin à travers ses gestes invasifs, sont attentions, compassion et amour maternel perdu (ou n'ayant jamais existé). C'est pourquoi une guérison est inenvisageable car elle entraînerait alors la fin du « maternage médical ». Ce qui en fait répondrait le mieux à leur attente serait la rencontre fabuleuse avec un chirurgien tout autant avide d'interventions. Ainsi CHARCOT parlait des chirurgiens « *maniaca chirurgia activa* » qui rencontraient des « *munchauseniens* » « *maniaca chirurgia passiva* »..., rencontre qui pouvait déboucher sur des opérations fantastiques !. Le patient cherche un double plaisir : celui de souffrir et celui de mettre en échec systématique le médecin.

Face à ce type de patient, le chirurgien, comme le médecin, se fait facilement prendre au piège car, premièrement, il ne peut envisager d'être dupé par son patient dès le début de sa relation et, deuxièmement, il est placé en face d'un patient par lequel il se sent provoqué, mis au défi, qui lui présente des symptômes dont il ne sait que faire où manquent preuves cliniques et biologiques. La dimension du leurre est souvent renforcée par le comportement du patient qui manifeste une confiance excessive agrémentée d'une touche de séduction (78). Devant cette farce, le médecin est mis en échec : échec diagnostic lié à la superbe escroquerie et échec moral car il renvoie au médecin l'image d'une faille dans sa pratique. C'est à ce moment que la collaboration chirurgien-psychiatre prend toute son importance et permet parfois d'éviter certains actes entraînés par la manipulation perverse de patients.

Les syndromes de Munchausen s'expriment sous une forme orthopédique, comme dans notre cas clinique, sont extrêmement rares et leur bibliographie assez pauvre, la plus intéressante étant celle de SAMANIAH (71).

L'évolution est le plus souvent chronique ; les complications sont graves, induites par les auto-mutilations ou par les interventions médico-chirurgicales. Le traitement est impossible car ces patients refusent d'admettre leur responsabilité dans la facticité de leur maladie. Il serait illusoire, voire dangereux, de chercher à obtenir à tout prix les aveux du malade. Quant la relation thérapeutique est établie, elle n'est pas durable car la mise en avant des problèmes psychologiques les fait systématiquement fuir.

Dans le cas de ces patients, il est inutile de constituer et diffuser des listes noires dans les services d'urgences comme cela a été fait à une époque dans certains pays (28)... et il serait paradoxal d'avoir à les enfermer dans des hôpitaux pour les protéger... des médecins !.

C'est ici que la sentence hippocratique prend toute son importance :  
*« avoir dans les maladies deux choses en vue : être utile ou du moins ne pas nuire ».*

Face à ces patients, il faut traiter le malade et non une maladie, trouver ce qui la produit et non ce qui la supprime. Les situations où somatique et psychisme s'intriquent sont de plus en plus fréquentes et présentent une réelle difficulté de prise en charge. Le traitement de la personne malade dans sa globalité venant en paradoxe avec l'hyperspécialisation médicale actuelle.

**BIBLIOGRAPHIE**

1 - ABBOU H.

« Le syndrome de Munchaüsen par procuration ».

Psynergie - Laboratoire CIBA GEIGY, 2ème trimestre 1992. p 15-18.

2 - AMARILLI P., PATRIS M.

« Le syndrome de Munchaüsen. Enquête sur « un malade » au dessus de tout soupçon ».

Annales Médico-Psychologiques, Août-Septembre 1995, 153, 7, p 433-440.

3 - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980)

« Diagnostic and statistical manual of mental disorder « (DSM III).

Ed. MASSON. 3ème édition. Traduction Française. American Psychiatric Association  
Washington DC, PARIS, 1983.

4 - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987)

« Diagnostic and statistical manual of mental disorder « (DSM III R).

Ed. MASSON. 3ème édition révisée. Traduction Française. American Psychiatric  
Association Washington DC, PARIS, 1989.

5 - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994).

« Diagnostic and statistical manual of mental disorder « (DSM IV).

Ed. MASSON. 4ème édition. Traduction Française par J.D. GUELFY et al.. American  
Psychiatric Association Washington DC, PARIS, 1996.

6 - ASHER R.

« Munchaüsen's syndrom ».

Lancet, 1951, 1, 260 pages, p 339-341.

7 - BABINSKY J.

« Démembrement de l'hystérie traditionnelle. Pithiastisme » (1909).

Ed. Masson. PARIS, Oeuvre Scientifique, 1934.

8 - BALINT M.

« Le médecin, son malade et la maladie ».

Ed. PAYOT. PARIS, Petite Bibliothèque, 1968, 409 p.

9 - BARBEY D'AUREVILLY.

« Une histoire sans nom ».

Ed. FOLIO.

10 - BERNARD J.

« Le syndrome de Lasthénie de Ferjol ».

Psynergie - Laboratoire CIBA GEIGY, 2ème trimestre 1992, p 24-26.

11 - BERNARD J., NAJEAN Y., ALBY N., RAIN J.D.

« Les anémies hypochromes dûes à des hémorragies volontairement provoquées : syndrome de Lasthénie de Ferjol ».

La Presse Médicale, 14 Octobre 1967, 75, p 2087-2090.

12 - BILLION-LIPPERT E.

« Si tu n'es pas cru, tu es cuit : ou la nécessité de convaincre dans le syndrome de Munchausen ».

Thèse de Médecine, Université Paris 5, Necker, 1993.

13 - BRUNS A.D., FISHKIN P.A., JOHNSON E.A., LEE Y.M.

« Munchausen's syndrom and cancer ».

J. Surg. Oncol., 1994, 56, p 136-138.

14 - CAMPION E.W.

« Veterans who return to hospitals again and again ».

N. Engl. J. Med., 1994, 331, p 1771-1772.

15 - CARNEY M.W.P.

« Artefactual illness to attract medical attention ».

Brit. J. Psychiat., 1980, 136, p 542-547.

16 - CELLIER A.

« Un cas remarquable de simulation et de pathomimie ».

Ann. Med. Leg., 1947, 3, p 134-138.

17 - CHARCOT J.M.

« L'hystérie : textes choisis et présentés par E. TRILLAT ».

Ed. PRIVAT. TOULOUSE, Collection Rhadamanthe, 1971, 214 p.

18 - CHARCOT J.M.

« Leçons sur les maladies du système nerveux » (1890).

t. III. Aux Bureaux du Progrès Médical, PARIS, LECROSNIER et BABE.

19 - CHODOFF, LYONS et PELLET J.

« Séméiologie de l'hystérie ».

Cahiers Med. Lyonnais. 1968, vol. 44-15, p 1531.

20 - CORRAZE J.

« De l'hystérie aux pathomimies. Psychopathologie des simulateurs ».

ED. DUNOD-BORDAS. PARIS, Collection PSYCHISMES dirigée par D. ANZIEU,  
1976, 330 p.

21 - DIEULAFOY G.

« Escarres multiples et récidivantes depuis deux ans et demi aux deux bras et au pied.

Amputation du bras gauche. Discussion sur la nature des escarres. Pathomimie » (1908).

La Presse Médicale, 16, 369-372.

22 - DONGIER M.

« Névroses et troubles psychosomatiques ».

Ed. Charles DESSART. BRUXELLES, 1966, 296 p.

23 - DUPRE E.

« La mythomanie. Etude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbide ». Ouverture du cours de psychiatrie médico-légale.

Extrait du bulletin médical des 25.03, 1.04 et 8.04.1905.

24 - DUPRE E.

« La mythomanie. Pathologie de l'imagination et de l'émotivité ».

Ed. PAYOT. 2ème édition. PARIS, 1928.

25 - ELTESSE J.P.

« Maladies factices en milieu hospitalier ».

Thèse de Médecine, Faculté de BORDEAUX 2, 1986.

26 - EMC.

Ed. ELSEVIER Psychiatrie, PARIS, 37. 958. A. 10, 1998, p 9-11.

27 - EY H., BERNARD P., BRISSET H.

« L'hystérie de conversion ».

Ed. MASSON. Manuel de Psychiatrie, 5ème édition, 1978, p 579.

28 - FENELON G.

« Le syndrome de Munchausen ».

Ed. PUF. 1998, 128 p.

29 - FITOUSSI G.

« De la menace du trauma à la menace de guérir chez le pathomime ».

Ed. LA PENSÉE SAUVAGE. Traumatisme et rupture de vie. Champ Psychosomatique, 1997, n° 10, p 91-98.

30 - FLORENTIN T., MERGUI J., SKURNIK N.

« A propos du syndrome de Munchausen ».

An. Med. Psychol., Nov. 1996, vol. 154, n° 8-9, p 547-551.

31 - FREUD S.

« Pour introduire le narcissisme ».

La Presse Médicale. PARIS, 1914.

32 - GOSS P.W., McDOUGALL P.N.

« Munchausen Syndrom by proxy. A cause of preterm delivery ».

Med. J. Aust., 1992 dec. 7-21, 157 (11-12) : p 814-817.

33 - GURWITH M., LANGSTON C.

« Factitious Munchausen's syndrom ».

New Engl. J. Med., 1980, 302, 1483-1484.

34 - HAMBURGER J.

« La puissance de la fragilité. 20 ans après ».

Ed. FLAMMARION. PARIS, 1990.

35 - HATIER C., JALENQUES I.

« A propos du Baron de Munchausen (1720-1797) » : de la validité historique au mythe psychiatrique d'un syndrome ».

NERVURE. Nov. 1996, Tome IX, n° 8, p 52-63.

- 36 - HERREMAN G., NOLLET D., GALEZOWSKI N.  
« Troubles factices et médecine interne. Revue Générale ».  
Annales de Psychiatrie. 6ème année. Mars 1991, vol. 6, n° 1, p 35-39.
- 37 - HOLLENDERS M.H., ABRAM H.S.  
« Dermatitis factitia ».  
South Med. J., 1973, 6, 1279-1285.
- 38 - HORDE P.  
« Ces incroyables histoires de la médecine ».  
Ed. FRANCE LOISIRS. PARIS, 1993.
- 39 - IRELAND P., SAPIRA J.D., TEMPLETON B.  
Munchausen's syndrom. Review and report of an additional case ».  
Am. J. Med., 1967, 43, 579-592.
- 40 - ISRAEL L.  
« L'hystérie, le sexe et le médecin ».  
Ed. MASSON. PARIS, 1989.
- 41 - JAMISON R.L., ROSS J.C., KEMPSON R.L., SUFIT C.R., PARKER T.E.  
« Surreptitious diuretic ingestion and pseudo Barther's syndrom ».  
Am. J. Med., 1982, 73, p 142-147.
- 42 - JEAN-JEAN HERLEMONT E.  
« Psychisme et médecine générale : approche holistique de la pratique somatique généraliste ».  
Thèse de Médecine. Université AIX MARSEILLE 2, 1996.

- 43 - JONES J.G. et Coll.  
« Munchaïsen syndrom by proxy ».  
Child Abuse and Negleit, 1986, 10, p 33-40.
- 44 - KARNIK A.M., FARAH S., KHADADAH M., AL-DUWAISAN H., DENATH F.M.  
« A unique case of Munchaïsen's syndrom ».  
Br. J. Clin. pract., 1990 Dec., 44 (12), p 699-701.
- 45 - KREBS M.O., BOUDEN A., LÔO H., OLIE J.P.  
« Le syndrome de Munchaïsen par procuration entre deux adultes ».  
Presse Med., 1996 Apr 6, 25 (12), p 583-586.
- 46 - LABRAM C.  
« Les maladies factices et le syndrome de Munchaïsen ».  
Rev. Med. Int., 1983, IV, p 343-351.
- 47 - LASEGUE C.  
« Les hystériques, leur perversité et leurs mensonges ».  
Ann. Med. Psycho., 1881, VI, p 111-118.
- 48 - LE FLAHEC H.  
« Le syndrome de Munchaïsen ».  
Mémoire de Spécialité. DES Psychiatrie. DIJON, 1995.
- 49 - LE FLAHEC H.  
« Le syndrome de Lasthénie de Ferjol : une histoire sans paroles ».  
Thèse de Médecine, Doctorat de psychiatrie. DIJON, 1995.
- 50 - LEMELE G.  
« Syndrome de Munchaïsen par procuration ou syndrome de Meadow ».  
Nervure, 1993, tome IV, n° 6, p 28-32.

- 51 - LEMPERIERE T.  
« Les pathomimies ».  
Psynergie CIBA GEIGY, 1992, 2nd trimestre, p 2-10.
- 52 - LEVIN R.M., CHODOSH R., SHERMAN J.D.  
« Factitious purpura simulating auto erythrocyte sensibilisation ».  
Ann. Int. Med., 1969, 70, p 1201-1206.
- 53 - MAIRET A.  
« La simulation de la folie ».  
Ed. MASSON, PARIS. COULET et Fils ed., MONTPELLIER, 1908.
- 54 - MEADOW R.  
« Munchausen syndrome by proxy : the hinterland of child abuse ».  
Lancet, 1977, 2, 343-345.
- 55 - MEADOW R.  
« Munchausen syndrom by proxy ».  
Archives of Disease in Childhood, 1982, 57, p 92-98.
- 56 - MEADOW R.  
« Management of Munchausen syndrom by proxy ».  
Archives of Disease in Childhood, 1985, 60, 385-393.
- 57 - MEHL A., COBLE L., JOHNSON S.  
« Munchausen syndrom by proxy : a family affair ».  
Child. Abuse Negl., 1990, 14 (4), p 577-585.
- 58 - MONGIN M., WEILLER P.J.  
« La pathomimie : difficultés diagnostiques et relationnelles. Essai d'interprétation ».  
Bull. Acad. Nat. Med., 1987, 171, p 525-531.

59 - NEYRAUT M.

« A propos de la mythomanie ».

Entretiens Psychiatriques, 1960, 9, p 11-37.

60 - ORRIOLS R., MOREIL F., PLANS R., QUINTANILLA R.

« Le syndrome de Munchausen et les hématuries récidivantes ».

J. Urol., PARIS, 1981, 87, p 253-254.

61 - PARADAS C.

« Pathomimies et troubles factices ».

Nervure, Mai 1997, X, 4, p 1-4.

62 - PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ 1999.

Ed. BORDAS. PARIS, 1998, 1784 p.

63 - PETIT ROBERT.

Dictionnaire LE ROBERT. 1993, 2551 p.

64 - PITRES in PELLET J.

« L'hystérie ».

Cahiers Méd. Lyonnais, 1968, 44, 15, p 1514.

65 - PLAS A.

« Le syndrome de Munchausen par procuration. A propos de deux cas cliniques à la Réunion ».

Thèse de Médecine, Faculté de LIMOGES, 1995.

66 - POROT A.

« Manuel alphabétique de psychiatrie ».

P.U.F., 1984, p 83.

67 - RASPE R.E.

« Aventures du baron de Munchausen ».

Ed. du LIVRE DE POCHE.

68 - REICH P., GOTTFRIED L.A.

« Factitious disorders in a teaching hospital ».

Ann. Int. Med., 1983, 99, p 240-247.

69 - REIFFERS, SCHWEIZ-RUNDSCHAU

« Les pathomimies ».

Med. (PRAXIS), 1974, p 63.

70 - REMY B.

« Se souvenir des pathomimies ».

Psynergie CIBA GEIGY, 1992, 2nd trimestre, p 1.

71 - SAMANIAH N., HOROWITZ J., BUSKILA D., SUKENIK S.

« An unusual case of factitious arthritis ».

J. Rheumatol., 1991 Sept., 18 (9), p 1424-1426.

72 - SAPIR M.

« La relation au corps ».

Ed. DUNOD, 1996.

73 - SCHARBACH H.

« Automutilation et autoffenses ».

PUF, « Nodules », PARIS, 1986.

74 - SCHWARTZ J., XENAKIS E.

« Munchäusen's syndrom and the laboratory : self injection of human chorionic gonadotropin ».

Arch. Pathol. Lab. Med., 1995, 19/1, p 85-88.

75 - SINGLE T., LEIGH HENRY R.

« An unusual case of munchäusen syndrom by proxy ».

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1991, 25, p 422-425.

76 - SNOWDON J., SOLOMONS R., DRUCE H.

« Feigned bereavement : twelve cases ».

Brit. J. Psychiatry, 1978, 133, p 15-19.

77 - SOMANI V.

« Witchcraft's syndrom : Munchäusen's syndrom by proxy ».

Int. J. Dermatol., 1998, 37/3, p 229-230.

78 - SOUCHAUD J.L.

« Le chirurgien, le psychiatre et l'indication opératoire : étude statistique auprès des chirurgiens de la région du Limousin ».

Mémoire de Spécialité. CES de Psychiatrie. LIMOGES, 1982.

79 - TOJO A., NANBA S., KIMURA K., HIRATA Y., MATSUOKA H., SUGIMOTO T.,

WATANABE N., OHKUBO A.

« Factitious proteinuria in a young girl ».

Clin. Nephrol., Juin 1990, 33 (6), p 299-302.

80 - VITTINI P., LLORCA P., LANCON C.

« Le syndrome de Munchäusen ».

La Rev. Franç. de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, Janv. 1997, 4, p 34-38.

81 - WEIL S.

« Simulations médicales ».

Rev. Path. Gen. et Physio. Clin., 1963, 63, 521-523.

82 - ZUGER A., O'DOWD M.

« The Baron has AIDS : a case of factitious human immunodeficiency virus infection and review ».

Clin. Infect. Dis., 1992 Jan., 14 (1), p 211-216.

**ANNEXES**

Permis intervention  
 Finmas. prothèse de nerf  
 le 11 - Octobre 1996.

1<sup>er</sup> intervention. c. D: 4

2<sup>de</sup> intervention. Lyon (2) Professeur T

3 Docteur P - (2) - ?

4) Docteur S - Ablation des vis (2)

- Docteur C D. - Rottke -  
 17. 09. 93 - une complication avec après  
 - le me par -  
 - Docteur R -  
 - Docteur S -  
 - Docteur V -

4 intervention par un élève du Prof. T

1 Ablation de vis (2) - sur les 2 Genoux -  
 - par D: S - par opération Hydrorhémie  
 avec D: P -  
 1 Méniéctomie interne. PARIS -  
 Hôpital Harnottan +  
 Clinique de M. U. camp  
 fermes -

1 opération - fracture ouverte -

St. Maas. opération contus prothèse de nerf genou

Appareillage externe. S I U S -  
 Amputation -  
 Sclérot. ( Amélioration fonctionnelle -  
 cellis. -  
 Hypothécan. c

ch. 8261-

féé le 15.11.1960 —

opération. - 17 sept 93 - résultat au  
niveau du genou n'est pas encore complet.  
mobilisation.

Arthrolyse - 28.3.94.

Ablation des os - 30 octobre - 94.95-

Douleurs = Symptôme - Houdicop m. gen

- flai. à demeure ?

- Arthroscopie ?

Je présente un Houdicop m. gen  
genou multifoci avec des nodules trophiques  
multiples péri-articulaires. au niveau  
de la fémur - et de la cuisse.

Jeut - et. hauteur de l'implant des  
points m. gen. - péri - articulaire -

[] la Seim a été vic pour rembourser  
les soins curatifs et non les soins préventifs

Don certaines observations

3/

Ino. <sup>tr. o. f. e. u. e. n. t. a. c. l. u. e.</sup>  
 Kinésithérapie. 3 f. par semaine.

Tétraprolol Lp. 200. 1p. j -

FonzyLAN 150mg. 3p. j -

TRIAcAVA. 0,350mg 3p. j -

Felden. Supp. en dose de douleurs  
 aigus.

TRANXène 50mg. Eau couchu -

(PARIS) Re-lapines. (Blsc) injections proaligne  
 sous surveillance. Tension. fomat.

hès petites. très douloureux -

Surveillance en salle de réveil.  
 Surveillance. Tension. douleur

~~glace (froid)~~

~~Pas de bain.~~  
~~marche. propretive~~

lundi 8 Février

Soins actuels -

Résérpine. Substance chimique à caractère

Alcalin. C d'origine végétale.

La notion d'alcaloïde fut mise au point  
en Inde par les Français De Rosne 1803.

et Leguin 1804. qui isolèrent l'opium.

Un principe alcalin. qu'ils nommèrent C sel d'opium  
Plants toxiques obtenus par synthèse

Résérpine (Rauwolfia). D'origine végétale.

- Racine de cette fleur. Afrique. Asie - Opium  
Toxicologie

Effets indésirables

Forte dose de résérpine entraîne un choc de  
tension - obs extra systoles et une instabilité  
cardiaque aigue diarrhée et constipation.

Après injection une congestion des muqueuses  
nasales et oculaires de dosse maxillaires.

toxicus. traumatiques de l'ordre vasculaire.  
de sensibilité. endocrinien ou métabolique.

Psychose - organique émotionnelle -

surveillance Hématocrite.

Choc thérapeutiques -

Avec tout ça. Restes vivants.

Amicalement C.D

A l'attention du Docteur

L

Docteur Traitant -

Je vous adresse déjà tous mes remerciements  
seigneur - mouvement -

Problemes de vue. effet artificiel -

Revolz. vous. d. vers chirurgies de la main -  
expertise (N) soins au PARIS -

Saintigraphie osseuse -

Diagnostic PARIS. algoneurodysplasie.  
reflexe

Soins commencent aux respirins (bleu)  
le 26 janvier. Soli le 27 avril midi

Retour PARIS. manoir à Jean le 9 février.  
Hospitalisation? traitement respirins?

Un peu d'acupuncture - pratiqué par le  
Dr N l'acousticien. groupe continu  
et Redjan équipe de PARIS

Aide morale la plupart. médecins.  
et Kine - Nexon -

PARIS également -

**TABLE DES MATIERES**

I - INTRODUCTION	p 13
II - CAS CLINIQUE	p 16
Introduction	p 17
Présentation de la malade	p 18
Comportement	p 18
Profession	p 18
Antécédents personnels	p 18
Antécédents familiaux	p 19
Allergies	p 19
Histoire clinique	p 19
III - LE SYNDROME DE MUNCHAÛSEN	
1 - L'histoire fantastique du Baron	p 37
2 - Le syndrome décrit par ASCHER	p 39
3 - La définition d'IRELAND	p 40
4 - La présentation du malade	p 41
5 - Différences entre modèle masculin et modèle féminin, différences selon l'âge	p 43
- le modèle féminin	p 43
- le modèle masculin	p 44
6 - Relation médecin-malade	p 44
7 - Explications psycho-pathologiques	p 48
8 - Le syndrome de Munchausen par procuration	p 50
9 - Les pseudo-munchausen	p 55
10 - Publications et anecdotes	p 55
IV - PATHOMIMIES	p 59
1 - Définition	p 60
2 - Troubles factices et DSM	p 64
3 - Pathomimie et hystérie	p 65
4 - Pathomimie et simulation	p 68

5 - Pathomimie et hypochondrie	p 69
6 - Pathomimie et mythomanie	p 70
7 - Pathomimie et automutilation	p 71
8 - Clinique des pathomimies	p 72
8 - 1 : Fièvres simulées ou provoquées	p 72
8 - 2 : Pathomimies cutanées	p 72
8 - 3 : Anémies et hémorragies provoquées : syndrome de Lasthénie de Ferjol	p 74
8 - 3 -1 : Anémies et hémorragies provoquées	p 74
8 - 3 -2 : Syndrome de Lasthénie de Ferjol	p 75
8 - 4 : Pathomimies endocriniennes et métaboliques	p 76
8 - 5 : Pathomimies neurologiques	p 77
8 - 6 : Pathomimies et formes algiques	p 77
8 - 7 : Pathologie psychiatrique factice	p 78
8 - 8 : Pathomimies et autres plaintes somatiques	p 78
9 - Différences selon le sexe ratio	p 78
Interprétation psycho-pathologique	p 79
 V - DISCUSSION	 p 81
 VI - CONCLUSION	 p 86
 BIBLIOGRAPHIE	 p 90
 ANNEXES	 p 103
 TABLE DES MATIERES	 p 111
 SERMENT D'HIPPOCRATE	 p 112

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 26

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

Thèse de Médecine - LIMOGES - 1999.

TITRE : « Aux frontières du réel ou le syndrome de Munchaüsen. A propos d'un cas ».

---

AUTEUR : Anne PRANGERE

---

### RESUME

Les troubles factices ou pathomimies recouvrent une pathologie particulière dont les exemples les plus fréquents sont le syndrome de Munchaüsen, le syndrome de Lasthénie de Ferjol et le syndrome de Munchaüsen par procuration.

Nous nous sommes intéressés à cette forme particulière qu'est le syndrome de Munchaüsen caractérisé par la simulation d'une maladie grave, de nature dramatique, dont les symptômes peuvent ou non être mis en évidence par l'examen clinique. On note, dans les antécédents, une biographie infiltrée de mensonges, une errance d'hôpitaux en hôpitaux, parfois une fausse identité, un comportement dénué de sens apparent avec absence de bénéfices secondaires financiers.

L'évolution est chronique et le traitement par psychothérapie difficile à réaliser devant la non coopération du malade.

Le patient vit avec le médecin une relation ambivalente sur un fond sadomasochiste où la recherche du plaisir se fera à travers la mise en échec du médecin et la réalisation d'actes médicaux invasifs.

A l'origine de ce comportement, se trouveraient des relations maternelles perdues ou inexistantes.

---

### MOTS-CLÉS

Pathomimie

Syndrome de Munchaüsen

Syndrome de Lasthénie de Ferjol

Syndrome de Munchaüsen par procuration

---

### JURY

Monsieur le Professeur TREVES ..... - Président  
Monsieur le Professeur DUMONT ..... - Juge  
Monsieur le Professeur PECOUT ..... - Juge  
Monsieur le Professeur PIVA ..... - Juge  
Monsieur le Docteur BOELY..... - Membre invité  
Monsieur le Docteur THERME..... - Membre invité