

Le Syndrome de Münchhausen

Le syndrome de Münchhausen est aussi appelé « pathomimie » (= qui mime une pathologie) ou « trouble factice ».

Ce trouble fait partie des troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.

Ce terme désigne en fait une pathologie psychologique qui se manifeste par un besoin de simuler une maladie ou un traumatisme dans le but d'attirer l'attention, les regards vers soi, la compassion. Bref, de se différencier et d'attirer l'attention de l' « autre » via des problèmes de santé simulés.

Ce syndrome est répertorié dans le CIM 10 (publié par l'Organisation mondiale de la santé), sous la dénomination de : « Production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacités, soit physiques, soit psychologiques ». Ce syndrome est donc reconnu et répertorié en tant que « trouble factice avec symptômes physiques ».

Ce syndrome peut prendre plusieurs formes : il peut être « simple » ou « classique » (= sur soi-même), par « procuration » (terme désignant l'attitude d'un individu qui blesse ou rend volontairement malade une personne dont il a la charge, la tutelle ou la responsabilité, très souvent un jeune enfant, dans le but d'obtenir de l'attention et la compassion sur lui-même en tant que responsable ou dépositaire de l'autorité sur cette autre personne), sont reconnus désormais également le syndrome de Münchhausen « psychique ou psychologique » et le syndrome de Münchhausen « par Internet ».

Il est difficile d'obtenir des données épidémiologiques fiables sur la prévalence de troubles factices tel que le syndrome de Münchhausen compte tenu de la nature simulée ou induite des symptômes ainsi que de la tendance des personnes qui en souffrent de consulter à des points de service de santé multiples.

Origine

Le nom de ce syndrome dérive du nom du baron de Münchhausen (1720-1797), un militaire et officier allemand, originaire de Basse-Saxe, engagé en tant que mercenaire dans l'armée impériale russe et auquel sont attribués des exploits invraisemblables et faux.

En 1951, le Dr Richard Asher, médecin endocrinologue et hématologue britannique, fut le premier à décrire un schéma d'automutilation, où les patients s'inventaient des histoires de maladie, le but étant d'attirer l'attention des membres du corps médical sur elles et de les convaincre de l'existence d'une pathologie dont ils seraient, selon eux, affectés. Se souvenant des affabulations du baron de Münchhausen, le Dr Asher a dénommé cet état le « syndrome de Münchhausen ».

À l'origine, ce terme était employé pour tous les troubles fictifs, quels qu'ils soient. De nos jours, on considère qu'il existe toute une gamme de troubles fictifs, et le diagnostic de « syndrome de Münchhausen » est réservé aux formes les plus graves, où la simulation de la maladie est l'activité centrale dans la vie du patient, confinant à l'obsession.

En 1977, le Dr Roy Meadow, pédiatre Anglais a décrit, à son tour, une forme de sévices à enfant dans laquelle des mères induisent ou décrivent faussement des maladies chez leurs enfants. Il a nommé ce

comportement « Munchhausen syndrome by proxy » en anglais, ce qui, une fois traduit en français, signifie « syndrome de Münchhausen par procuration ». Dans ce cas, le diagnostic révèle que le parent concerné prend cette initiative sans demander l'avis de l'enfant dont il a la charge, que cet enfant soit en âge de comprendre ou pas et est ainsi une victime directe de l'attitude déviante de son parent. C'est donc aussi une manière d'attirer l'attention sur soi, via une tierce personne dont on a la charge et des problématiques factices liées à la santé de cette dernière.

Pour le DSM IV :

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, ce syndrome est classé comme « trouble factice » et présenté selon trois critères diagnostiques :

- 1.- Production ou feinte intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques.
- 2.- La motivation du comportement est de jouer le rôle du malade.
- 3.- Absence de motifs extérieurs sérieux à ce comportement.

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV pour les Troubles factices sont presque identiques.

Les causes :

Sont encore mal-connues et les spécialistes ne s'accordent pas quant à ces causes.

Le but évident de la personne atteinte du syndrome de Münchhausen reste tout de même d'attirer l'attention de l'environnement et/ou du corps médical sur elle et, essentiellement, de le convaincre du bien-fondé d'une quelconque maladie ou affection dont elle serait atteinte elle-même (dans le syndrome dit « classique »), ou un proche dont elle a la garde ou la responsabilité (dans le syndrome dit « par procuration »), ou un groupe choisi pour son implication dans telle ou telle pathologie (« Münchhausen par internet »).

Cependant, malgré ce type de comportement, aucun motif particulier ne peut être mis en évidence, aucun bénéfice réel, du moins au niveau matériel, n'étant tiré de cette situation, la cause réelle, bien que psychologique, voire psychiatrique reste donc souvent très difficile à définir. De plus, beaucoup de patients atteints d'un tel syndrome refusent tout suivi psychiatrique, psychanalytique ou psychologique.

Il apparaît cependant qu'un important trouble de la personnalité narcissique peut justifier le besoin que peut avoir une personne à attirer les regards sur elle. Il n'est pas rare d'observer cette pathologie, de manière plus ou moins prononcée, chez des personnes qui ont basé tous leurs attraits sur leur physique et qui, l'âge venant et ne leur permettant plus d'attirer l'attention via leur « beauté », l'attire via les troubles de santé fictifs, car l'important pour eux est d'attirer les regards, qui passent alors d'« admiratifs » à « compatissants », d'être au centre de l'intérêt, de se différencier à tout prix. Nous ne sommes pas là dans le cadre de la somatisation, nous sommes bien dans un trouble de la personnalité narcissique.

Dans certains cas, le développement de ce syndrome peut survenir à la suite de traumatismes subis durant l'enfance, voire la petite enfance, lorsque, par exemple, les parents ne peuvent s'occuper de leur enfant à cause d'une maladie physique ou émotionnelle, ou en raison d'une grave maladie durant l'enfance, ou à cause de troubles de la personnalité et d'une faible estime de soi.

Cependant, différents facteurs communs à toutes les personnes présentant ce trouble ont été observés et peuvent être à l'origine du développement de ce syndrome :

- un traumatisme émotionnel dans l'enfance
- des troubles de la personnalité (impactant la façon de penser du patient et son comportement général)
- une attitude agressive contre les autorités ou encore contre les professionnels de santé.

Selon les sources, ce syndrome de Münchhausen sous sa forme grave serait plus fréquent chez les hommes. Des individus travaillant en milieu médical ont également un haut risque de développer ce type de syndrome.

Les statistiques (lorsqu'elles existent) ont montré que, chez les femmes, ce sont plutôt celles qui ont entre 20 et 40 ans et dont le métier tourne autour de la santé qui sont « à risque » de développer ce syndrome.

Chez l'homme (la plus grande majorité de personnes atteintes de ce syndrome) ce sont plutôt des hommes vivant seuls et dont l'âge se situe entre 30 et 50 ans qui commencent à développer cette pathologie.

Les données les plus sûres indiquent que dans les grands hôpitaux généraux, le diagnostic de Trouble factice est porté chez environ 1 % des sujets qui subissent un examen psychiatrique. La prévalence semble plus élevée dans des structures très spécialisées.

Le diagnostic :

Est donc, par définition, très difficile à établir.

Les signes cliniques et les symptômes du syndrome de Münchhausen tournent autour d'une simulation de faux symptômes, que ce syndrome soit classique, par procuration, psychologique ou par internet.

Les patients ont tendance à se trouver des douleurs et autres symptômes, là où il n'y en a pas. Ils mentent sur ces symptômes, en choisissant notamment ceux qui ne peuvent pas se voir (maux de tête, malaises, allergies non validées, etc.). Certains patients vont même jusqu'à induire volontairement en erreur les analyses médicales (prise de la température, tests urinaires, etc.). Les personnes atteintes de ce syndrome peuvent également se soumettre à un risque infectieux, de brûlure, d'empoisonnement afin de développer de "vrais symptômes".

Il est très compliqué pour les professionnels de santé, de diagnostiquer un tel syndrome. En effet, les patients souvent très convaincants dans leurs propos et dans leur simulation de symptômes.

Les personnes souffrant du syndrome de Münchhausen ne présentent donc aucun diagnostic clinique d'une quelconque pathologie et/ou symptômes, mais ils peuvent prétendre avoir :

- des symptômes psychologiques : avoir des visions, entendre des voix, etc.
- des symptômes physiques : douleurs à la poitrine, à l'estomac, à la tête, et autres

Dans le cadre d'une suspicion de la maladie, le médecin peut se référer à l'entourage du patient afin de trouver la vérité sur l'histoire et le dossier médical de l'individu.

La recherche de preuves sur les résultats d'analyses médicales faussées fait également partie du diagnostic de la maladie.

Le Syndrome de Münchhausen simple :

Est le fait de personnes aux tendances très fortement hypochondriaques qui s'administrent, alors que ce n'est pas nécessaire, des médications, souvent pour des pathologies simulées, des allergies inventées, ou par peur de tomber malade. Mais ces personnes n'ont pas toujours une base hypochondriaque avant de développer cette pathologie.

Ce diagnostic de Münchhausen simple ou classique est posé en proportion égale chez les hommes et les femmes.

Ces personnes peuvent aller jusqu'à tout mettre en œuvre pour subir des interventions lourdes, répétées, inutiles, allant même jusqu'au choix d'un chirurgien inadapté, voire de mutilations dans les formes les plus graves.

Ces personnes favorisent l'auto médication et face à un médecin soupçonneux, elles n'hésiteront pas à aller en voir plusieurs autres, jusqu'à trouver celui qui les suivra dans leur pathologie.

Le Syndrome de Münchhausen par procuration :

Les patients ayant un syndrome de Münchhausen par procuration vont nuire à une autre personne.

Il s'agit souvent de mères, de grand-mères, de nounous. Les victimes sont généralement des nouveau-nés et des enfants en bas âge.

En général, ces femmes atteintes de ce syndrome par procuration se sentent souvent isolées, ont une faible estime de soi et leurs contacts avec les autres personnes sont souvent distants.

Le syndrome de Münchhausen par procuration est une forme particulière du syndrome. Cette forme de la maladie touche particulièrement le personnel de santé et les mères de famille à la charge d'enfants. Il s'agit, encore une fois, d'une simulation de symptômes absents. Par ailleurs, les symptômes "inventés" par le personnel de santé concernent leurs patients ou leurs enfants.

Dans 90 à 95% des cas : la mère biologique est le parent responsable.

Le diagnostic de cette maladie est très difficile. En effet, les médecins peuvent difficilement déterminer si les signes cliniques que présentent l'enfant sont bien réels ou exagérés par la mère et/ou le personnel de santé, ce d'autant plus que le personnel de santé a des connaissances médicales qu'il peut mettre au service de ce syndrome.

Les personnes atteintes du syndrome de Münchhausen par procuration ont donc tendance à imaginer des symptômes inexistantes pour l'enfant ou le patient, voire d'exagérer des signes cliniques non graves. Elles peuvent également mentir et fausser les analyses médicales des enfants (tests urinaires, prise de la température, etc.). Ils peuvent même jusqu'à induire des maladies et/ou des symptômes pour l'enfant en tentant de lui faire du mal, de l'empoisonner, de l'étrangler ou de l'exposer à un risque infectieux.

Le syndrome de Münchhausen par procuration psychique :

Plus récemment, et par extension, des experts médicaux ont proposé d'étendre ce concept aux mères qui passent trop de temps non pas à l'hôpital, mais à l'école, imposant la recherche de troubles cognitifs, de troubles psychologiques ou d'hyperactivité. Schreier, un psychiatre américain, veut que l'on inclue dans le syndrome de Münchhausen par procuration les mères qui harcèlent la police, les travailleurs sociaux et le milieu scolaire. Il s'agit d'un syndrome de Münchhausen par procuration psychique.

Dans le cadre de ce syndrome par procuration psychique, on observe également :

- l'existence de symptômes psychiques bruyants, difficiles à associer entre eux, du moins au début, et les plus divers, chez un enfant souvent malade physiquement
- Atteintes chroniques ou accidents répétés
- Une aggravation de l'état de l'enfant qui vient rencontrer le psy
- Une mère avide de conseils qu'elle n'écoute pas et surtout qui en redemande d'autant plus que l'enfant va plus mal, sous réserve de maîtriser les prises en charge.

Comme on peut le voir, que ce syndrome le soit par procuration ou par procuration psychique, le diagnostic est également difficile : d'abord parce qu'on n'y pense pas.

On se trouve dans la même situation que pour la maltraitance il y a quelques dizaines d'années. Ici, la maltraitance est physique et/ou psychologique mais médicalement induite, et c'est la relation avec le corps médical qui la distingue des autres formes de maltraitance. Le médecin considère cette femme, qui fait ce qu'il faut pour ça, comme une mère parfaite. Professionnellement, il est séduit et pense pouvoir faire une alliance thérapeutique, d'autant qu'il s'agit de symptômes chroniques. La première surprise vient du fait qu'il ne peut pas trouver de cause aux symptômes répétitifs de l'enfant. La seconde vient de ce que l'échec du médecin est loin de rebuter la mère. Bien au contraire, elle en redemande et excite son désir de savoir et de soigner, parfois au-delà du raisonnable. C'est à cause ou grâce à son impuissance, que le médecin arrive à admettre que le comportement de la mère est à remettre en question. Or, la preuve est très difficile à apporter. En France, on ne met pas de caméra dans la maison ou chez les nounous, ou chez la grand-mère. On ne soumet pas la mère au chantage en lui disant que si elle n'avoue pas, on lui retirera son enfant, meilleur moyen d'obtenir de faux

aveux. Souvent, il s'agit d'un diagnostic par défaut : en l'absence de visites de ses parents, l'enfant se porte bien !

La plupart des cas rapportés sont centrés sur cette période difficile du diagnostic, car rien dans le comportement de la mère n'est spécifique, ni dans celui de l'enfant.

A noter : pour un enfant victime du syndrome de Münchhausen par procuration de l'un de ses parents, les probabilités d'en développer un soi-même sont bien plus grandes que dans une population normale. Attention donc, si vos parents vous donnaient beaucoup de médicaments sans réel besoin, à ne pas reproduire les mêmes erreurs !

Syndrome de Münchhausen et corps médical :

Statistiquement (mais là encore les données sont rares), la plupart des mères victimes de ce syndrome évoluent en milieu médical ou paramédical, ce qui leur donne accès à la médication.

Le syndrome de Münchhausen permet, selon certains psychanalystes, psychiatres et psychologues, aux mères de tisser un lien social, notamment avec l'équipe médicale, qu'elles seraient incapables de tisser par ailleurs. Des pulsions narcissiques entretiennent le syndrome : la mère se sent supérieure aux médecins, puisqu'elle est capable de diagnostiquer la maladie, de prescrire et d'administrer la médication (Andrei Szoke, attaché du service de psychiatrie de l'hôpital Albert Chenevier de Créteil).

Souvent, cette mère souffrant de ce syndrome sous sa forme simple, travaille en milieu hospitalier ou paramédical. Et toutes les couches sociales sont concernées. La mère a un comportement stéréotypé en ce cas : particulièrement attentionnée, elle passe de longues heures au chevet de son enfant, ou d'un patient en particulier, mais est moins inquiète que les autres membres du personnel soignant.

Ces femmes s'épanouissent donc en milieu hospitalier, elles sont, par leur attitudes, admirées par le reste du personnel soignant et les autres mères. Elles n'hésitent pas à suggérer des traitements et des interventions lourdes. De 30 à 40% d'entre elles souffriraient d'un syndrome de Münchhausen simple, déjà, au départ, avant qu'il ne se transforme en Münchhausen par procuration.

Cette forme de syndrome par procuration, aussi appelé syndrome de Meadow, est souvent le fait des femmes (95%) : celles-ci administrent une médication excessive voire totalement inappropriée, des soins démesurés, dans la plupart des cas, à leur enfant, où à des personnes âgées incapables de dénoncer ce qu'elles subissent et dont elles ont la charge, et qui en tous les cas leur font confiance puisqu'elles sont du milieu médical, le tout assorti, si la victime se rebiffe un peu, d'un « tu me remercieras plus tard » ou d'un « c'est pour ton bien », etc...

Il importe de repérer les signes du syndrome, notamment en interrogeant directement l'équipe médicale, mais également la famille. Un minimum de diplomatie pour faire état du diagnostic auprès de la mère... A ce titre, le débat "le médecin doit-il tout dire à son patient" fait résurgence : on assiste à des contre-réactions de la part des personnes atteintes de ce syndrome, qui refusent de se voir malades. Que se passe-t-il alors ? Elles changent de médecin ou d'aide, voire arrêtent totalement de se confier à d'autres sans arrêter les médicaments qu'elles administrent...

Que penser alors des multiples vaccinations sollicitées aujourd'hui chez l'enfant, vaccinations souvent inutiles. En dehors de la collusion probable de certains membres du corps médical et de

l'industrie pharmaceutique, la question pourrait émerger de ce syndrome au niveau de certains médecins.

Une histoire vraie :

13 septembre 2002, un chirurgien, étudiant à l'époque des faits, est condamné pour complicité d'empoisonnement.

Sa compagne de l'époque souffrait du syndrome de Münchhausen par procuration, qui la conduisait à injecter de l'insuline et des antidiabétiques, à sa fille, pourtant en parfaite santé... Sous couvert de soins (ce qui est souvent le prétexte, assorti d'un « c'est pour ton bien » ou d'un « tu me remercieras plus tard »)...

Sous couvert également de son compagnon, étudiant en médecine, lui permettant de se rendre ainsi insoupçonnable.

Cette mère, morte en 1995, était également parvenue à mystifier les médecins d'un hôpital de Paris, en simulant une tumeur. Les chirurgiens avaient alors décidé de pratiquer une (inutile) ablation partielle du pancréas.

Le Syndrome de Münchhausen par internet :

M Feldman, un psychiatre de l'Alabama, vient de décrire les premiers cas de Münchhausen par Internet.

Parmi les cas qu'il relatait, deux concernaient la pathologie mucoviscidose, les autres une allégation de migraine et enfin d'abus sexuel.

Le processus est comparable dans ces observations: cela s'effectue par les listes ou forums de discussion, tels qu'il en existe sur des sujets de santé (groupe de patients, de médecins). Le nouvel adhérent, arrive souvent "bruyamment", expose une situation suffisamment dramatique pour attirer immédiatement l'attention et la compassion du groupe.

Dans le premier cas il s'agissait d'une personne se décrivant comme une jeune femme au stade terminal d'une mucoviscidose, attendant la mort chez elle. Des réponses incohérentes sur les modalités techniques de soins, notamment de l'oxygénothérapie alertèrent plusieurs colistiers et, pressée de questions, elle finit par avouer qu'elle avait inventé cette histoire pour attirer l'attention du groupe et en tirer un bénéfice émotionnel. Une fois la supercherie découverte, comme dans la forme classique, le sujet peut disparaître (pour aller recommencer sur un autre forum ?), ou se confondre en regrets pour continuer à attirer l'attention alors que les réactions colistières peuvent être diverses, du rejet à la compassion renouvelée, celle-ci exposant au risque d'un équivalent d'épuisement professionnel.

Se pose alors la question de l'anonymat.

L'auteur met en garde sur les risques induits par cette nouvelle forme de communication qu'est Internet et demande aux professionnels médicaux d'être vigilants s'ils participent à des forums de discussion ouverts au public.

D'un point de vue psychologique :

Presque aucun autre trouble ne pousse tant les médecins dans les limites de leur exercice que le syndrome de Münchhausen, syndrome factice.

Les caractéristiques de ce trouble, comme on l'a vu plus haut, sont le besoin de simuler ou provoquer une ou plusieurs maladies ou un ou plusieurs traumatismes.

Ce sont des affections psychiatriques graves.

Le point commun entre ces syndromes est la simulation ou la provocation volontaire de symptômes et handicaps somatiques ou psychiques soit sur sa propre personne soit sur autrui. Le comportement d'auto ou d'hétéro-mutilation se réalise en cachette et probablement dans un état de conscience dissociatif, c'est-à-dire dans un état de conscience modifié où la personne n'est pas en contact entier avec sa pensée ou ses émotions et comportements. Puis il y a une demande de soins médicaux. Les personnes concernées n'ont pas un bénéfice visible direct, comme le seraient des avantages financiers. La motivation des patients reste souvent difficile à cerner. Dans la littérature spécialisée, on discute sur le fait que les personnes concernées se procureraient ainsi un sentiment d'exception, de reconnaissance et de compassion ou encore que ce comportement permettrait une régulation émotionnelle défailante. Ces hypothèses ne sont cependant que peu documentées par des études empiriques fondées à partir de cas concrets.

Les patients présentant des syndromes factices ont été eux-mêmes fréquemment victimes pendant leur enfance de sévices, de violences et d'isolement social. L'ambiance familiale a été souvent marquée par une hostilité omniprésente.

On retrouve souvent d'autres troubles psychiatriques associés à ces syndromes : des troubles de la personnalité (en particulier la personnalité borderline), des troubles dépressifs ainsi que des troubles du comportement alimentaire.

Les malades sont des maîtres de la simulation, de la manipulation, du camouflage et arrivent couramment à tromper même des psychiatres spécialisés dans ce trouble. On peut donc évoquer un comportement pervers. Dans la mesure où ces personnes s'intéressent vivement aux thématiques médicales, consultent habituellement des pages comme celles-ci, et de plus exercent souvent dans des professions de santé, ils connaissent très bien les différents symptômes des maladies et arrivent très bien à les simuler. Souvent les maladies simulées sont des maladies difficiles à objectiver par des mesures biologiques.

Pour juger qu'un symptôme particulier est produit intentionnellement, on s'appuie sur des preuves directes et on élimine les autres causes possibles du symptôme. Par exemple, un sujet présentant une hématurie (sang dans les urines) est trouvé en possession d'anticoagulants. Il nie en avoir pris, alors que les résultats des examens sanguins sont compatibles avec l'ingestion d'anticoagulants. On peut raisonnablement en inférer que la prise du médicament a été intentionnelle, sauf si l'on a des raisons de penser que l'ingestion a été accidentelle. Il faut noter qu'un sujet peut présenter à la fois des symptômes factices et de véritables symptômes physiques ou psychologiques.

Les troubles factices sont ici à distinguer des actes de Simulation.

Dans la Simulation, l'individu produit aussi les symptômes intentionnellement, mais il a un objectif qui apparaît clairement lorsqu'on connaît le contexte. Ainsi, la production intentionnelle de symptômes pour éviter d'être juré, de passer en jugement ou d'être appelé au service militaire serait considérée comme une Simulation. Il en serait de même si une personne traitée dans un service hospitalier pour un trouble mental simulait une aggravation de sa maladie afin d'éviter son transfert dans un autre lieu plus rébarbatif. En revanche, dans le Trouble factice, la motivation est un besoin psychologique de jouer le rôle de malade, ainsi qu'en témoigne l'absence de motifs extérieurs pour expliquer le comportement. La simulation peut être considérée comme un comportement adapté dans certaines circonstances (p. ex., en situation d'otage), mais, par définition, un Trouble factice implique toujours une psychopathologie.

Ainsi, différents critères sont à considérer pour ce syndrome factice :

Critère A

La caractéristique essentielle d'un Trouble factice est la production intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques.

Critère B

Le tableau clinique peut comporter la fabrication de symptômes somatiques (p. ex., des douleurs abdominales aiguës en l'absence de douleur réelle, indication d'allergies graves et multiples, surtout alimentaires, inventées et non objectivées via des examens ...), la falsification de signes objectifs (p. ex., manipuler un thermomètre pour créer l'illusion de la fièvre), des affections que le sujet se déclenche lui-même (p. ex., en provoquant la formation d'abcès par injection sous-cutanée de salive), la majoration ou l'exacerbation d'une affection médicale générale préexistante (p. ex., la simulation d'une crise de Grand Mal par un sujet ayant des antécédents de comitialité) ou toute association ou variante des tableaux précédents. La motivation du comportement est de jouer un rôle de malade et/ou d'attirer les regards en rendant malade un tiers dépendant.

Critère C

Il n'y a pas de motifs extérieurs à ce comportement (p. ex., gagner de l'argent, fuir une responsabilité légale, ou améliorer sa situation matérielle ou physique comme dans la Simulation).

Les individus ayant un Trouble factice présentent généralement leur histoire avec un grand sens dramatique, mais se montrent extrêmement imprécis et contradictoires quand on leur demande plus de détails. Ils peuvent s'embarquer dans des mensonges pathologiques, d'une façon qui ne laisse pas d'intriguer celui qui les écoute, à propos de n'importe quel aspect de leur histoire ou de leurs symptômes.

Ils ont généralement une vaste connaissance de la terminologie médicale et des habitudes hospitalières, médicales. Lorsqu'un bilan approfondi en rapport avec leurs principales plaintes initiales s'est avéré négatif, ils se plaignent fréquemment d'autres problèmes physiques ou psychologiques et présentent de nouveaux symptômes factices. Les sujets peuvent se soumettre avec empressement à des investigations et à des opérations multiples et invasives, voire mutilantes.

Pendant qu'ils sont hospitalisés, ils ont habituellement peu de visites. Tôt ou tard, la situation peut en arriver au point que la nature factice des symptômes est démasquée (p. ex., lorsque la personne est reconnue par une autre qui l'a déjà rencontrée lors d'une admission précédente ; lorsque d'autres hôpitaux confirment qu'il y a eu de nombreuses hospitalisations dans le passé pour une symptomatologie factice). Confrontés aux preuves que leurs symptômes sont factices, ces individus refusent en général de l'admettre ou bien sortent rapidement contre avis médical. Quelquefois, ils sont admis dans un autre hôpital peu de temps après. Ces hospitalisations répétées les conduisent souvent dans de nombreuses villes, dans de nombreux états ou pays.

Sous-types

Le Trouble factice est codé par sous-types, eux-mêmes caractérisés par les symptômes prédominants.

-Avec signes et symptômes psychologiques prédominants :

Ce sous-type représente les tableaux cliniques où les signes et symptômes psychologiques sont au premier plan. Il est caractérisé par la production intentionnelle ou la simulation de symptômes psychologiques (souvent psychotiques) qui suggèrent un trouble mental. Le but du sujet est apparemment de jouer le rôle de « malade » et il ne s'explique d'aucune autre manière, à la lumière des circonstances qui entourent le sujet (toujours contrairement à la Simulation).

On évoque ce sous-type devant une symptomatologie variée, qui souvent ne correspond à aucun syndrome répertorié, devant une évolution et une réponse au traitement inhabituelles et une aggravation des symptômes lorsque le sujet se sait observé. Les individus ayant ce sous-type de Trouble factice peuvent se prétendre déprimés et dire qu'ils ont des idées de suicide après la mort d'un conjoint (un tel décès n'étant pas confirmé par d'autres sources d'information) ; ils peuvent se plaindre de troubles de la mémoire (à court terme et à long terme), d'hallucinations ou d'idées délirantes, de symptômes d'un Etat de stress post-traumatique, et de symptômes dissociatifs.

Certains sujets peuvent discerner dans les questions de la personne qui les examine quels sont les symptômes à feindre lors d'une récapitulation générale. A l'opposé, ils peuvent avoir une attitude très négativiste et non coopérative à l'entretien. Le tableau clinique traduit en général la conception qu'a le sujet des troubles mentaux et ne correspond à aucune catégorie diagnostique reconnue.

Dans le Trouble factice avec signes et symptômes psychologiques prédominants, les sujets peuvent donner des réponses approximatives (p. ex., 8 fois 8 égalent 65). Le sujet peut utiliser volontairement des substances dans le but de provoquer des symptômes qui suggèrent un trouble mental (p. ex., des stimulants pour provoquer de l'agitation ou de l'insomnie, des hallucinogènes pour induire des anomalies perceptives, des analgésiques pour provoquer une euphorie et des hypnotiques pour entraîner une léthargie). Les associations de substances peuvent produire des tableaux cliniques très inhabituels.

-Avec signes et symptômes physiques prédominants

Ce sous-type représente les tableaux cliniques où sont au premier plan les signes et les symptômes de ce qui paraît être une affection médicale générale. Les problèmes cliniques pouvant être feints ou

produits le plus souvent sont les infections (p. ex., les abcès), les défauts de cicatrisation, la douleur, l'hypoglycémie, l'anémie, les saignements, les éruptions, les symptômes neurologiques (p. ex., les crises, les vertiges ou les évanouissements), les vomissements, la diarrhée, les fièvres d'origine indéterminée et les symptômes de maladies auto-immunes ou des connectivites.

On observe alors des éléments essentiels dont des hospitalisations récurrentes, des pérégrinations et la pseudologia fantastica (ndlr : mythomanie ou mensonge pathologique). Tous les organes peuvent être touchés, et seul le degré d'évolution du sujet, son imagination, et ses connaissances médicales limitent l'étendue et la variété des symptômes.

Les sujets ayant un Trouble factice avec signes et symptômes physiques prédominants peuvent également présenter un abus d'une substance, en particulier des analgésiques et des sédatifs qui ont pu leur être prescrits.

Les hospitalisations multiples entraînent souvent des affections médicales générales iatrogènes (p. ex., la formation d'un tissu cicatriciel suite à des interventions chirurgicales injustifiées ou des réactions indésirables aux médicaments).

Dans la forme chronique de ce trouble, on peut observer des « abdomens balafrés » à force d'interventions chirurgicales multiples. Il est rare que des individus ayant un Trouble factice chronique maintiennent un emploi stable, des liens familiaux et des relations interpersonnelles.

-Avec une association de signes et de symptômes psychologiques et physiques

Ce sous-type représente des tableaux cliniques qui comportent à la fois des signes et des symptômes psychologiques et physiques, mais où aucun ne prédomine.

Les formes avec signes et symptômes psychologiques prédominants sont signalées beaucoup moins souvent que celles avec signes et symptômes physiques prédominants.

Caractéristiques liées au sexe

Le Trouble factice est plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Toutefois, sa variante la plus chronique et la plus grave semble plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Evolution

L'évolution du Trouble factice consiste habituellement en épisodes intermittents. Plus rares sont les épisodes uniques ou les évolutions chroniques, sans rémission. Le début survient habituellement chez l'adulte jeune, souvent dans les suites d'une hospitalisation pour une affection médicale générale ou pour un autre trouble mental. Dans la forme chronique du trouble, la succession des hospitalisations peut devenir un mode de vie permanent.

En résumé, une fois que ce trouble s'est installé, il n'y a que très rarement de « retour en arrière » possible.

Traitements :

La prise en charge des pathomimies est extrêmement difficile. Tout d'abord, les pathomimies ne sont pas simples à diagnostiquer, puisqu'il apparaît de prime abord totalement fou qu'un individu puisse jouer le malade. De ce fait, un médecin, rarement formé à ce type de pathologies, ne pensera jamais qu'il est en présence d'une pathomimie et s'axera toujours sur les examens médicaux qu'il poursuivra. C'est donc après de minutieux et nombreux examens que l'on envisagera une pathomimie pour expliquer les symptômes décrits par le patient.

De plus, fréquemment, le sujet « rationalisera » ses comportements si jamais il est découvert, ou continuera à inventer.

Enfin, on en connaît peu de choses puisque, d'une part, ces patients sont souvent très mal tolérés dans les services dès que la nature factice de leur trouble a été découverte, par les médecins qui estiment avoir été floués et abusés. D'autre part, il faut comprendre que ces malades, quel que soit le caractère aberrant de l'expression de leur souffrance psychique, restent des sujets dont le fonctionnement mental les a amenés à avoir besoin du rôle de malade ou de mettre en échec le corps médical pour être reconnus. Dès lors, guérir pour eux, revient à souffrir. Ils seront donc réticents à tout traitement, préférant une fois démasqués, s'ils le peuvent, s'évanouir dans la nature, pour abuser d'autres personnes naïves.

Bien que les données épidémiologiques concernant l'évolution générale des troubles factices soient limitées, il est admis que les patients présentant un syndrome de Münchhausen (et dont les motivations sont généralement assez difficile à appréhender) acceptent assez rarement le traitement psychiatrique et, lorsque c'est le cas, l'amélioration des symptômes ne sera habituellement que transitoire.

Face à une pathomimie, il n'est donc pas question d'agresser le patient en le démasquant, mais plutôt de tenter d'aborder ses difficultés en termes de maladie sous-jacente à prendre en compte et en charge.

En tous les cas, et puisque nous sommes ici face à une pathologie psychiatrique, souvent plus vaste que le syndrome même, et il est important, si soupçons il y a de la part d'un thérapeute, que ce soient des personnes dûment formées et expérimentées qui les prennent en charge (Psychiatres, Psychanalystes, Psychologues). Il n'y a pas de place dans ce cas pour une prise en charge par un psychopraticien.

L'objectif du traitement d'un syndrome de Münchhausen classique tend généralement à modifier le comportement et les pensées qui favorisent l'apparition des symptômes et des signes liés à cette pathologie mentale. La psychothérapie cognitivo-comportementale peut notamment être une solution bénéfique aux patients, mais elle n'est pas encore très répandue, il existe donc encore surtout les propositions de prise en charge de type psychanalytiques éventuellement accompagnée d'une thérapie familiale : celles-ci sont, encore aujourd'hui, des approches thérapeutiques très largement suggérées aux personnes touchées par le syndrome de Münchhausen. Des médicaments

peuvent être prescrits dans les cas de dépression ou d'anxiété. L'hospitalisation psychiatrique est souvent une solution pour prendre en charge les cas sévères (risque d'automutilation).

Dans le cas de ce syndrome par procuration, l'enfant ou la personne cible doit aussi être prise en charge psychologiquement.

Et pour l'entourage ?

Vous l'aurez compris, il n'y a pas grand-chose à faire. Le malade est dans le déni de sa pathologie, rationalise pour se justifier si besoin, et ment, et si vous lui indiquez vos doutes ou vos soupçons, il risque plus que tout de cacher encore plus ses agissements. IL sera dans tous les cas dans l'impossibilité d'entendre ses besoins de suivi psychologique.

Le ou la proche de ces personnes peut tout au plus tenter de servir de « garde-fou », afin de « limiter les dégâts » si possible, et que ce syndrome, s'il est simple ou classique, ne se transforme pas en syndrome par procuration.

Et si le syndrome par procuration est déjà en place, alors peut-être le proche pourra-t-il intervenir pour éloigner la cible, pour la protéger.

Mais ce ne sont que de maigres possibilités, car si le proche arrive à protéger la cible d'une manière, la personne atteinte de ce syndrome trouvera un moyen de remettre en service ses agissements, d'une autre manière.