

# Le syndrome de Munchausen : un trouble factice ? Présentation d'un cas clinique

## *Munchausen's syndrome : a factitious disorder ? A case report*

**E. Reich, H. Kajosh, P. Verbanck et C. Kornreich**

Service de Psychiatrie, C.H.U. Brugmann

### RESUME

*Le syndrome de Munchausen est considéré comme un trouble factice chronique avec signes et symptômes physiques prédominants. Certains symptômes sont spécifiques au syndrome de Munchausen : la pérégrination et la pseudologia fantastica. D'autres, comme les multiples plaintes physiques sans substrat organique visible, sont communs aux troubles somatoformes.*

*Nous rapportons le cas d'une patiente illustrant combien il est difficile de diagnostiquer un syndrome de Munchausen en pratique clinique. Nous discutons également de la pertinence de sa classification dans le DSM-IV à l'intérieur des troubles factices. En effet, du fait des caractéristiques psychopathologiques communes entre troubles somatoformes et factices, certains auteurs sont favorables à ce que ces derniers deviennent un sous-type du premier.*

*Rev Med Brux 2013 ; 34 : 485-90*

### ABSTRACT

*Munchausen's syndrome is classified as a chronic factitious disorder with predominant physical signs and symptoms. Several symptoms are specific to this disorder, such as travelling and pseudologia fantastica. Others symptoms, such as multiple physical complaints with no organic substrate, are shared with somatoform disorders.*

*We report a case showing how difficult it is to diagnose a Munchausen syndrome. We discuss also the opportunity to classify such a syndrome as a factitious disorder. Indeed, several authors suggest classifying Munchausen syndrome as a subtype of somatoform disorders, as those two disorders share a lot of characteristics.*

*Rev Med Brux 2013 ; 34 : 485-90*

*Key words : Munchausen's syndrome, factitious disorders, somatoform, classification*

### INTRODUCTION

Le syndrome de Munchausen a été décrit et nommé ainsi pour la première fois par Richard Asher en 1951<sup>1-5</sup>. Cependant, d'autres auteurs avaient déjà décrit des cas cliniques semblables. En effet, en 1843 Hector Gavin faisait la distinction entre les patients qui simulent afin d'obtenir certaines compensations et les autres dont la motivation n'est pas apparente<sup>3-5</sup>, et en 1908, le Pr Dieulafoy décrivait un cas de pathomimie<sup>1</sup>.

Le syndrome de Munchausen tient son nom d'un livre publié anonymement en 1785 à Londres : "*Baron Münchhausen's Narrative of His Marvellous Travels and Campaigns in Russia*". Ce livre fut attribué ultérieurement à Rudolf Erich Raspe, un géologue allemand contraint de fuir l'Allemagne, car accusé de détournement de fonds. Il aurait assisté aux récits

grandiloquents du véritable baron Hieronymous Carl Friedrich Münchhausen lorsque ce dernier revenait des campagnes militaires de Russie<sup>2</sup>.

Le syndrome de Munchausen est considéré comme un trouble factice d'évolution chronique<sup>6</sup> qui se caractérise selon les critères du DSM-IV par :

- la production ou feinte intentionnelle de signes ou symptômes physiques ou psychologiques ;
- la motivation du comportement étant de jouer le rôle de malade ;
- l'absence de motifs extérieurs à ce comportement<sup>7</sup>.

Malgré cette classification, certaines particularités se dégagent du syndrome de Munchausen, à savoir la pérégrination, comprenant des hospitalisations répétées, et la "*pseudologia fantastica*"<sup>5,8</sup>, des mensonges pathologiques qui

intriguent et fascinent l'auditeur, éveillant en ce dernier des réponses subjectives et le désir de raconter l'histoire de ces patients.

L'histoire clinique d'une patiente hospitalisée dans notre service de psychiatrie, va nous permettre d'illustrer les difficultés diagnostiques et par là de poser la question de la pertinence de la classification actuelle du syndrome de Munchausen.

## CAS CLINIQUE

La patiente, âgée de 68 ans, a été hospitalisée dans notre service pour un épisode dépressif majeur récidivant. Elle expliquera cette récurrence par une succession de stress subis depuis sa précédente hospitalisation 2 ans auparavant, à savoir : 4 opérations dont une cure chirurgicale pour un *hallux valgus* droit, une discectomie et arthrodèse cervicales de C5 à C7, une acromioplastie gauche et une résection au laser de fibrome maxillaire inférieur. Seule cette dernière opération n'a pas pu être confirmée. Par ailleurs, elle rapportera une chute compliquée d'un traumatisme crânien et une rechute dépressive chez son dernier fils.

La patiente est suivie en consultation psychiatrique dans notre hôpital depuis une dizaine d'années en raison d'épisodes dépressifs majeurs récurrents et d'une agoraphobie. Ce suivi a toujours été très irrégulier, la patiente sollicitant davantage les médecins pour une hospitalisation en urgence que pour un suivi ambulatoire régulier.

Elle aura été hospitalisée une vingtaine de fois dans différents hôpitaux psychiatriques. Les diagnostics retenus étant un trouble panique avec agoraphobie survenu à l'âge de 25 ans dans les suites d'une ostéomyélite du maxillaire inférieur et des épisodes dépressifs majeurs récurrents.

Dans sa famille, on retrouvera des notions d'épisodes dépressifs majeurs chez sa mère, son frère, sa sœur et son fils cadet.

La patiente vit seule et est pensionnée. Elle a auparavant été employée de bureau dans une usine puis vendeuse dans un grand magasin mais elle ne travaille plus depuis de l'âge de 28 ans.

Son père est décédé d'un cancer de l'estomac à 49 ans ; elle était alors âgée de 10 ans. Il était représentant et souvent absent de la maison. Sa mère tenait un café.

Elle est issue d'une fratrie de 4 enfants dont une sœur aînée décédée d'un accident vasculaire cérébral ischémique.

Elle a le souvenir d'une enfance malheureuse faite de maltraitance de la part de sa mère, qui n'avait jamais désiré cette grossesse et qui aurait tout tenté pour " la faire partir ", et d'abus sexuels de son beau-

père qui se prolongeront selon les dires de la patiente jusqu'à ses 39 ans. S'agit-il alors de véritables abus ou peut-on mettre ces propos sur le compte de la *pseudologica fantastica* ? Il est difficile de trancher.

Elle a été mariée une première fois entre ses 19 et ses 41 ans. Pendant cette période, le couple aura déménagé à 25 reprises. De ce premier mariage sont issus deux fils. La paternité ne semble pas explicitement remise en question par la patiente, bien qu'elle explique ne pas se souvenir avoir eu des relations sexuelles avec son mari le jour de la conception de leur dernier fils.

Elle rencontrera son deuxième mari à 40 ans, ils se marieront 8 ans plus tard. Elle partira l'année de son mariage en Tunisie mais sans son mari et reviendra en Belgique à 59 ans. Ils auront divorcé deux ans auparavant.

Le parcours médical de la patiente est marqué par de nombreuses hospitalisations et opérations chirurgicales.

Pour la patiente, la première symptomatologie, des épigastralgies, serait apparue à l'âge de 12 ans, et aurait nécessité une hospitalisation et la réalisation d'un lavement baryté. Elle aurait dit au médecin ayant réalisé l'examen : " Qu'est-ce qui se passe depuis que papa est parti ? ".

Mais c'est à 25 ans que son parcours chirurgical aurait vraiment commencé, suite à une ostéomyélite consécutive à des extractions dentaires survenues un an auparavant. Les scintigraphies osseuses réalisées ultérieurement montrent en effet un foyer ostéoblastique du maxillaire inférieur gauche pouvant correspondre à une séquelle d'ostéomyélite.

La patiente explique alors avoir bénéficié d'une greffe osseuse du maxillaire inférieur et affirme qu'il s'agissait de la première greffe osseuse endobuccale en Belgique. Une cicatrice en regard de la crête iliaque droite atteste probablement d'un prélèvement de greffon osseux. De même, le scanner montre une production osseuse en regard de la branche horizontale de la mandibule dont l'origine postopératoire est probable.

Elle raconte avoir été amenée de congrès en congrès par le professeur ayant réalisé cette opération. Reconnaissante de la place que lui accordait ce chirurgien, elle trouva probablement en lui une autre image paternelle idéalisée. " Il était petit comme mon père et avait la même démarche ".

Ce médecin, quant à lui, aurait dit d'elle, qu'elle n'avait " qu'à mettre la casquette de guide tellement elle connaissait l'hôpital ".

Ce qui surprend, en effet, chez elle lors du premier contact, c'est sa relation avec le milieu médical : elle se sent à l'aise à l'hôpital et en familiarité avec le personnel soignant.

Elle conte son histoire de façon à accrocher l'auditeur : son hospitalisation à 12 ans, sa relation qu'elle veut privilégiée avec le professeur, son enfance.

Lors des entretiens, elle met en avant ses antécédents médico-chirurgicaux comme des trophées voire des dons. Elle expliquera en effet s'être fait " brûler les trompes car le professeur ne voulait pas que j'aie encore des enfants à cause du staphylocoque doré ".

Elle subira une hystérectomie pour un fibrome utérin, confirmée par la présence d'une cicatrice sus-pubienne horizontale et un statut post-hystérectomie au scanner.

Elle bénéficiera également à 44 ans d'une mastectomie sous-cutanée bilatérale avec implantation de prothèses mammaires pour une maladie de Reclus. L'intervention est justifiée par les douleurs dont la patiente se plaint. Les comptes-rendus chirurgicaux postopératoires évoquent le diagnostic de carcinome lobulaire *in situ* gauche avec envahissement des canaux galactophores. Toutefois, le protocole anatomo-pathologique relatif à ce cancer a disparu du dossier et ne semble plus accessible. Il y aura par la suite plusieurs reprises de cicatrices ou des changements de prothèses mammaires, dont on peut penser qu'ils représentent des opérations excessives liées aux demandes de la patiente.

A 57 ans, elle aura une annexectomie bilatérale en raison de cystadénomes multiloculaires de type séreux et d'une métaplasie mucineuse focale de l'ovaire droite. Dans les consultations ultérieures, il est intéressant de noter que cet antécédent chirurgical est repris comme motivé par l'existence d'un cancer, ce qui n'est pas confirmé par l'examen anatomo-pathologique des pièces d'exérèse.

Dans le cadre de symptômes gastro-intestinaux, on retrouvera dans son dossier médical de nombreux examens complémentaires, dont des œso-gastro-duodénoscopies, des colonoscopies, des échographies, des scanners abdominaux, des scintigraphies de vidange gastrique, mettant en évidence une hernie hiatale, une œsophagite de grade I, des ulcères gastriques, des polypes fundiques glandulokystiques sur prise chronique d'inhibiteur de la pompe à protons et une gastroparésie.

Certaines interventions chirurgicales sont confirmées : par la présence d'une cicatrice pour l'appendicectomie, par un scanner pour la cholécystectomie, par un compte-rendu opératoire pour la cure d'éventration, ou par l'étude anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse pour la cure hémorroïdaire.

Elle sera également hospitalisée dans le cadre d'une hypokaliémie avec alcalose métabolique sur vomissements provoqués.

D'un point de vue orthopédique, les opérations se succèdent et sont confirmées par les comptes-rendus : une laminectomie de L3 et L5 pour hernie discale, une arthrodèse postérieure avec reprise de laminectomie pour des lombosciatalgies et cruralgies sur canal lombaire étroit pluri-étagé et discopathies affaissées L4-L5, une acromioplastie gauche pour une rupture de la coiffe des rotateurs associée à un conflit acromial antéro-externe et une arthrose acromioclaviculaire, une suture par tomie de la coiffe des rotateurs droite, une discectomie et arthrodèse cervicales de C5 à C7 pour une discopathie et une cure d'*hallux valgus* gauche et droit.

Parmi les autres antécédents médico-chirurgicaux, on peut encore citer l'hypertension artérielle, le diabète non insulino-dépendant, l'hypercholestérolémie, l'hypothyroïdie et le cystocèle. Certains antécédents n'ont pas pu être confirmés comme le paludisme lorsqu'elle vivait au Cameroun, la cataracte, la saphénectomie interne gauche, les allergies au pantoprazole et au produit de contraste iodé.

Pour finir, la patiente présente une dextroposition de l'aorte, une variation anatomique vasculaire associée à des anomalies électrocardiographiques, connue depuis qu'elle a 43 ans. Mettant un jour en avant ses anomalies électrocardiographiques, elle répondra négativement sur l'existence de douleurs thoraciques. Le jour suivant, un jour de week-end, elle présentera des douleurs rétrosternales typiques et bénéficiera d'une coronarographie en urgence, qui se révélera normale.

Lorsque l'on essaye de lui renvoyer certaines incohérences ou de comprendre son histoire, elle se met rapidement sur la défensive.

Tout en parlant d'elle, elle donne l'impression de parler de quelqu'un d'autre, de se mettre à distance.

Au fur et mesure des entretiens, le nombre d'antécédents augmentera, certains sont parvenus à faire dissonance ou au contraire écho à son histoire ou à l'histoire d'un autre. Ainsi, elle affirmera avoir la polyarthrite rhumatoïde, la fibromyalgie, une sténose mitrale, une sténose duodénale ou encore un accident vasculaire cérébral ischémique. Aucun de ces éléments ne sera retrouvé dans les différents comptes-rendus d'hospitalisation. *A contrario*, des pans de son histoire médicale semblent absents notamment lorsqu'elle vivait à l'étranger où tout est idéalisé et mis en parenthèse.

## DISCUSSION

Ce cas clinique illustre la difficulté à poser le diagnostic de maladie de Münchhausen : la patiente présente des troubles somatiques réels, ainsi que des traces de nombreuses interventions chirurgicales. Par contre, des éléments troublants font suspecter une exagération : incohérences dans son histoire et son dossier médical, nombre extravagant de pathologies,

complaisance avec laquelle la patiente raconte son histoire qui est source de valorisation pour elle, sans que jamais la souffrance n'apparaisse dans son discours.

La prévalence du trouble factice est estimée entre 0,3 % et 1,3 %<sup>6,7,9,10</sup>. Beaucoup d'auteurs pensent qu'elle est sous-estimée. Une étude rétrospective retrouve une prévalence de 6 % en milieu psychiatrique<sup>3</sup>.

Dans le trouble factice, il existe une prédominance du sexe féminin<sup>7,11</sup>. Toutefois, lorsqu'on tient compte de la pérégrination et de la "*pseudologica fantastica*", c'est-à-dire des caractéristiques plus spécifiques du syndrome de Munchausen, la prédominance devient masculine<sup>1,6,7</sup>. Le début des troubles est précoce surtout chez la femme (15-35 ans)<sup>7,11</sup>. Le niveau socio-économique des patients est bas ou moyen<sup>6</sup> ; ils sont souvent isolés socialement<sup>6</sup> et exercent des professions de santé, notamment chez les femmes.

On retrouve régulièrement une histoire de vie marquée par une affection médicale, notamment une hospitalisation, ou par un trouble mental dans l'enfance ou l'adolescence<sup>7</sup>, par des ruptures familiales, de la maltraitance psychologique ou physique ainsi que par des relations interpersonnelles et liens familiaux instables<sup>5,7</sup>. Ces éléments peuvent expliquer la comorbidité du trouble avec la personnalité *borderline*<sup>3,6,7,12</sup>.

Comme nous avons également pu le voir dans le cas clinique, les patients présentant un trouble factice connaissent les habitudes ou la terminologie médicales. Ils sollicitent des évaluations et des traitements approfondis<sup>6</sup>, peuvent exercer une pression sur la décision médicale et investissent le modèle biomédical au détriment du modèle psychosocial<sup>3</sup> mais leur histoire est souvent faite de contradictions, de flou<sup>6</sup>. Dans le cadre du syndrome de Munchausen, on peut rajouter une dimension dramaturgique<sup>3,5,6,8</sup>, avec une demande constante d'attention, d'investigation et de traitement<sup>3,6</sup>.

Il s'agit d'une maladie chronique, évoluant par poussées dont le pronostic est en général réservé en raison des complications iatrogènes ou du fait de l'induction des symptômes par le patient<sup>8</sup>, voire mortel.

Le syndrome de Munchausen *by proxy* en est une forme clinique particulière. Il s'agit d'un trouble factice non spécifié dont les signes ou symptômes physiques ou psychologiques sont produits ou feints intentionnellement chez une autre personne dont l'individu a la charge, ce dernier étant quasiment toujours la mère, et dans le but de jouer indirectement le rôle de malade<sup>13,14</sup>. Sa prévalence est mal connue<sup>13</sup> mais son incidence est estimée à 2/10.000 par Denny *et al.*<sup>15</sup>. Le pronostic est sévère, la mortalité étant évaluée entre 6 et 10 %<sup>14,15</sup>, le risque de récurrence à 17 % sur l'enfant lui-même et à 50 % sur un autre membre de la fratrie<sup>13,14</sup>.

La prise en charge du syndrome de Munchausen reste difficile. Il n'existe à l'heure actuelle pas d'essais cliniques randomisés en ce qui concerne la pharmacothérapie. Son traitement repose sur le traitement des comorbidités et les approches psychothérapeutiques<sup>8,12</sup>. Ces dernières ne doivent pas être confrontantes<sup>3,6,8,11,12</sup> ; il est nécessaire de créer une alliance thérapeutique basée sur l'empathie<sup>3,6,11</sup>, de rassurer le patient sur le fait que les soins se poursuivent<sup>6</sup>, le patient étant impliqué dans sa prise en charge médicale<sup>3,6</sup>, tout en évitant de créer un lien de dépendance, notamment en organisant et en limitant la durée de l'hospitalisation afin d'éviter le renforcement d'un cycle de reconstruction traumatique<sup>3</sup>.

De plus en plus d'auteurs considèrent le trouble factice comme ni rare ni toujours sévère et se développant petit à petit voire s'aggravant progressivement en fréquence et en sévérité. Avoir à l'esprit le diagnostic et le suspecter est donc essentiel et cela d'autant plus que des erreurs de prise en charge médicale ont souvent déjà eu lieu bien avant que le diagnostic ne soit suspecté<sup>12</sup>. Améliorer la prise en charge du trouble factice passe donc par l'analyse systématique des indicateurs possibles du trouble, la reconnaissance précoce de la maladie<sup>3,12</sup> et l'importance de la mise en place d'une consultation psychiatrique ou psychologique dès la suspicion du diagnostic. Cette dernière permet d'aider l'équipe médicale en charge du patient à poser le diagnostic, à gérer le patient de la façon la plus appropriée et sûre, à prévenir les réactions émotionnelles trop fortes vis-à-vis du patient ou entre soignants, à adresser au patient leur suspicion diagnostique tout en évitant la confrontation directe et, enfin, à s'intéresser à cette clinique<sup>6,12</sup>. Il s'agit donc d'une prise en charge pluridisciplinaire ; le principal but recherché étant la protection des patients contre le risque lié au comportement d'automutilation ou le risque iatrogène<sup>3,8,12</sup>.

La prise en charge préventive s'appuie sur la clinique des patients qui permet de suspecter deux éléments dans le développement du trouble factice : l'exposition directe ou indirecte aux bénéfices que procurent le rôle de malade et l'existence d'un problème dans le développement de la personnalité ou dans le développement social du patient<sup>3,12</sup>. Il existe un intérêt à détecter les formes bénignes et à intervenir précocement, avant que d'autres mécanismes liés au rôle de malade et entravant le fonctionnement ne se mettent en place, de sensibiliser les pédiatres aux mécanismes pouvant encourager les comportements liés au rôle de malade et dirigés vers la famille ou vers l'environnement social du patient. Les professionnels de la santé mentale pourraient être plus directement impliqués dans la prise en charge en faisant de l'évaluation des comportements encourageant une conduite de malade une partie de leur travail de consultation-liaison<sup>12</sup>.

Les principaux diagnostics différentiels sont les troubles somatoformes<sup>6,7</sup>, dont ils se distinguent par

l'absence d'intentionnalité de la production symptomatique, et la simulation<sup>3,6,7</sup> où les symptômes physiques ou psychologiques, bien que produits intentionnellement, sont motivés par des incitations extérieures, telles qu'une recherche de bénéfice économique. On peut encore citer certaines maladies mentales dont la psychose<sup>6</sup> lorsque le délire somatique est circonscrit ou encore le trouble obsessionnel compulsif<sup>6</sup> et certaines pathologies somatiques qui atteignent plusieurs organes ou ayant des présentations variables telles que la sclérose multiple, la porphyrie intermittente aiguë, le HIV, le lupus érythémateux disséminé, la sclérodermie, l'arthrite rhumatoïde<sup>6</sup>, etc.

C'est en 1980, lors de la rédaction du DSM-III, que le diagnostic de trouble factice est apparu, permettant de combler l'espace entre l'hystérie et la simulation, le trouble factice se situant entre les deux<sup>4</sup>.

Certains auteurs pensent que le trouble factice n'est pas totalement distinct des troubles somatoformes et en serait un sous-type. En effet, dans les deux cas, les patients organisent leur vie à la recherche de soins médicaux alors qu'ils présentent en réalité une affection psychique, les symptômes physiques étant la manifestation d'une détresse psychologique. Ils présentent généralement une faible conscience morbide et des difficultés à identifier leurs émotions. Le diagnostic différentiel reposerait alors sur l'évaluation de ce qui est conscient/inconscient, volontaire ou non, à la recherche de l'évidence de l'automutilation<sup>16</sup>. Or, pour certains auteurs, cette distinction ne repose en réalité sur aucun support empirique car il est très difficile de faire la différence entre ce qui est de l'ordre du mensonge, de l'embellissement ou de la volonté de manifester physiquement, ce qui est de l'ordre du psychique. Certains auteurs ont donc reproché au DSM-IV de se baser essentiellement sur des caractéristiques descriptives, la fiabilité du diagnostic variant en fonction de l'examineur, plus qu'en raison de facteurs étiologiques ou encore psychopathologiques<sup>16</sup>.

Les mécanismes étiopathogéniques de la maladie de Munchausen sont mal connus et les explications avancées à l'heure actuelle ne reposent que sur des hypothèses.

Les psychanalystes s'étant intéressés à l'aspect psychopathologique ont mis en avant l'importance de la position contraphobique masochiste (Bursten, 1965)<sup>5</sup>. Les pulsions sexuelles et agressives seraient agies à l'intérieur du champ médical en raison d'un conflit œdipien non résolu ou encore d'une tentative de maîtrise du traumatisme précoce, l'enfance de ces patients se caractérisant par des parents souvent émotionnellement distants. L'impact de cette relation persisterait et serait traité sous forme d'une relation rebelle mais toujours masochiste (Spiro, 1968)<sup>5</sup>. Le médecin y est vécu comme une figure parentale et d'autorité actuelle sur laquelle pourraient s'exprimer la colère et l'amour. Ils retourneraient contre eux-mêmes les désirs sadiques dirigés contre les parents et les

projetteraient vers le médecin qui serait vu comme rejetant et sadique. L'identification au médecin se manifesterait alors par l'utilisation des termes médicaux, le dénigrement et la tentation de montrer sa supériorité (Cramer, 1971)<sup>5</sup>.

Pour finir et redonner la parole à la patiente, elle relatera avoir eu l'impression que ses problèmes dentaires étaient apparus suite aux conflits avec sa mère, et qu'ils se seraient amplifiés après le mariage de cette dernière avec son beau-père, se demandant si elle n'avait pas " une dent contre elle ".

Elle dira encore, faisant référence à la tentative d'avortement de sa mère : " chez moi tout s'en va, c'est peut-être à cause des aiguilles si tout est à l'envers ".

Elle décrira un rêve récurrent : elle tire des choses de sa bouche qui l'étouffent et l'empêchent de parler, elle tire sans fin.

La patiente dira aussi : " depuis le décès de mon père quand j'avais 10 ans, j'ai eu des problèmes de santé. Ça a commencé par l'estomac. A l'hôpital on s'occupait de moi. L'hôpital est une seconde résidence, les gens me connaissent, me disent bonjour. On dirait que mon organisme provoque les maladies ", c'est un " refuge où je trouve un peu de chaleur, c'est la famille que je n'ai pas eu ", " l'hôpital est comme une famille, je m'y suis attachée, quand je vois ses murs, ça va ".

Elle n'aura toute sa vie pas d'autre alternative que d'être cloîtrée chez elle ou hospitalisée, se demandant pourquoi son père ne l'a pas emmenée avec lui dans sa mort mais frôlant probablement la mort à chaque nouvelle opération et peut-être de plus en plus.

" Mon père devait m'emmener ".

## CONCLUSION

Le trouble factice prend son origine au départ de l'évolution du concept d'hystérie. Il devient alors nécessaire, comme nous l'avons vu, d'évaluer les motivations et surtout la conscience morbide des patients<sup>16</sup>. La relation de confiance médecin/patient va s'en trouver ébranlée : en effet, il reste très difficile au médecin d'accepter la tromperie délibérée comme pathologique et non pas comme une simulation simple. Les médecins sont alors confrontés à une incompréhension et à la fragilité de leur connaissance ; poser un diagnostic leur permet de contrôler, d'étudier et d'analyser une maladie dont le sens leur échappe<sup>4,17,18</sup>. En tentant de classer ces " mauvais patients ", ces derniers deviennent des malades.

Malgré les tentatives de classification, le " syndrome de Munchausen " reste un terme très usité<sup>2</sup>. L'apparente absurdité du syndrome reste un paradoxe et la fascination exercée par les patients sur les médecins est devenue un indicateur du diagnostic<sup>17</sup>.

Certains auteurs proposent donc de faire disparaître le trouble factice du DSM-V et proposent la création d'un " trouble somatoforme avec comportement factice " afin de souligner certains aspects psychopathologiques du trouble et de diminuer la stigmatisation des patients qui en sont atteints<sup>16</sup>.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Abelhauser A : Pathologies factices et vérité subjective. *Evol Psychiatr* 1999 ; 64 : 113-33
2. Fisher J : Investigating the Barons narrative and nomenclature in Munchausen syndrome. *Perspect Biol Med* 2006 ; 49 : 250-62
3. Gregory RJ, Jindal S : Factitious disorder on an inpatient psychiatry ward. *Am J Orthopsychiatry* 2006 ; 76 : 31-6
4. Kanaan RA, Wessely SC : The origins of factitious disorder. *Hist Human Sci* 2010 ; 23 : 68-85
5. Riser S : Munchausen's syndrome : toward a psychodynamic understanding. *Jeff J Psychiatry* 2011 ; 3 : 5-11
6. Huffman JC, Stern TA : The diagnosis and treatment of Munchausen's syndrome. *Gen Hosp Psych* 2003 ; 25 : 358-63
7. American Psychiatric Association. In : DSM-IV – TR, 4<sup>e</sup> édition, texte révisé. Paris, Masson, 2003
8. Doherty AM, Sheehan JD : Munchausen's syndrome - More comon than we realise ? *Ir Med J* 2010 ; 103 : 179-81
9. Fliege H, Grimm A, Eckhardt-Henn A, Gieler U, Martin K, Klapp B : Frequency of ICD-10 factitious Disorder : Survey of Senior Hospital Consultants and Physicians in Private. *Psychosomatics* 2007 ; 48 : 60-4
10. Sutherland AJ, Rodin GM : Factitious disorders in a general hospital setting : clinical features and a review of the literature. *Psychosomatics* 1990 ; 31 : 392-8
11. Krahn LE, Hongzhe Li MD, O'Connor MK : Patients Who Strive to Be Ill : Factitious Disorder With Physical Symptoms. *Am J Psychiatry* 2003 ; 160 : 1163-8
12. Hamilton JC, Feldman MD : Factitious disorder and malingering. In : Gabbard GO, ed. *Gabbard's treatments of psychiatric disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc, 2007 : 629-35
13. Le Heuzey MF : Syndrome de Münchausen par procuration. *Arch Ped* 2008 ; 15 : 85-8
14. Le Heuzey MF : Syndrome de Münchausen par procuration : l'avis du pédopsychiatre. *Arch Ped* 2010 ; 17 : 642-3
15. Annequin D : Syndrome de Münchausen par procuration. *Arch Ped* 2010 ; 17 : 644
16. Krahn LE, Bostwick JM, Stonnington CM : Looking Toward DSM-V: Should Factitious Disorder Become a Subtype of Somatoform Disorder ? *Psychosomatics* 2008 ; 49 : 277-82
17. Amirault C : Pseudologica Fantastica and Other Tall Tales : The Contagious Literature of Munchausen Syndrome. *Lit Med* 1995 ; 14 : 169-90
18. Fisher J : Playing Patient, Playing Doctor : Munchausen Syndrome, Clinical S/M, and Ruptures of Medical Power. *J Med Humanit* 2006 ; 27 : 135-49

### Correspondance et tirés à part :

E. REICH  
54 Foster Street  
02138 Cambridge, MA  
USA  
E-mail : eecemnel@hotmail.com

Travail reçu le 23 octobre 2012 ; accepté dans sa version définitive le 11 juin 2013.