



Le spectre de la simulation¹

Au sujet de cet article, veuillez également lire notre éditorial (page précédente)

Andrés Baliarda

Spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, Teufen (AR)

Quintessence

- L'assurance-invalidité (AI) fédérale est surchargée de demandes et beaucoup sont d'avis qu'un certain nombre de personnes percevant une rente invalidité sont des simulateurs.
- Lorsqu'il soupçonne une simulation, le médecin responsable devrait suivre le processus pathologique aussi précisément que possible, car il s'agit d'un diagnostic différentiel délicat: souffrance réelle ou simulation? Et dans la zone grise: qu'en est-il des tendances à aggraver son cas?
- La médecine somatique actuelle peut expliquer beaucoup de choses. En revanche, la psychiatrie déclare avoir du mal à saisir les évolutions pathologiques de certains cas de maladie. A titre d'exemple, on peut citer la fibromyalgie qui se situe à l'intersection soma/psyché.
- Il est frappant de constater qu'une grande partie des patients présentant ce type de signes cliniques énigmatiques sont originaires de pays méridionaux. Les stratégies thérapeutiques ayant fait leurs preuves par ailleurs peuvent être inefficaces dans leur cas. Il est connu qu'ils glissent souvent dans une régression pathogène mais il arrive que d'autres simulent ou ne disent pas la vérité.

Summary

The spectre of simulation

- *Swiss Federal Disability Insurance is overstrained, and there is a widespread view that some applicants are merely simulators.*
- *If there is suspicion that a disease is simply being simulated, it is necessary to follow up the pathogenic process as minutely as possible. The medical profession also owes this to the "genuine" patients whose credibility may be questioned by the insurance.*
- *Present-day somatic medicine can explain a great deal. Psychiatry, on the other hand, has manifest problems coming to grips with the psychological aspects at work in the pathogenesis of certain "mystery" illnesses. An example that may be mentioned is fibromyalgia, which arises at the interface between soma and psyche.*
- *A remarkable fact is that some 90% of patients with an unexplained disease condition of this kind come from southern countries. They are either in regression or lying. Therapeutic strategies that have otherwise proved their worth are usually useless in these patients.*

¹ Le présent exposé fait suite à mon article «Une incapacité de travail qui ne s'explique pas – que faire?», Forum Med Suisse. 2006;6(39):871-6. Afin d'éviter les répétitions inutiles, le lecteur est aimablement prié de prendre ladite publication en considération.

«In dubio pro reo»

La simulation, autrement dit le fait de prétendre ou de feindre volontairement un état pathologique, présente vraiment des aspects inquiétants: elle œuvre dans un coin sombre, ne veut pas sortir de sa cachette, fait peur. Personne n'ose vraiment en parler et encore moins la démasquer. Nous autres médecins craignons de faire du tort au patient. «In dubio pro reo» et notre conscience est apaisée. A moins que? Peut-être le patient sur lequel je dois faire mon rapport est-il un as du mensonge?

Qui peut mesurer la douleur ou la fatigue? Quel psychiatre est capable de reconnaître, de détecter les mensonges? Le principe directeur «in dubio pro reo» est très humain, mais il a provoqué à l'égard des médecins que nous sommes la méfiance de nombreux citoyens et personnalités politiques. Ceux-ci pensent que nous n'avons pas reconnu certains simulateurs pour ce qu'ils sont. Beaucoup de citoyens croient également connaître des gens à qui l'invalidité a été accordée et à qui l'assurance-invalidité (AI) fédérale verse une rente alors qu'ils ne souffrent pas de maladie handicapante. Par suite, les leaders politiques ont exigé en 2004 la diminution du nombre de rentes d'invalidité allouées à partir de cette date. Les commissions AI ont réagi avec célérité et déjà réussi à atteindre l'objectif – une baisse de 20% des nouvelles rentes d'invalidité. On peut supposer que quelques-uns des simulateurs tant redoutés n'ont plus réussi à passer à travers les mailles du filet et c'est une bonne chose, mais cela a également porté préjudice à certains «véritables» malades.

La situation est délicate: certains médecins éliminent leurs doutes en «aidant» les patients tandis que certains experts attestent une invalidité qui n'est que présumée et non démontrée. Après avoir reçu l'antidépresseur adéquat et avoir été correctement soigné – écrit-on régulièrement – le patient souffrirait d'une invalidité de tel ou tel pourcentage. Ce qui ne s'avère que rarement, pour ne pas dire jamais, vrai.

Et comme il fallait s'y attendre, la vague tant redoutée de douleur, de frais et de complications

déferle à présent sur le pays. Les patients déçus ne sont pas guéris et n'ont pas retrouvé leur capacité à travailler. D'autres instances doivent assurer leur subsistance. Il n'y a donc pas de véritable succès ni de progrès. Les simulateurs sont à l'origine de ce drame.

Simulation: un constat per exclusionem

Les détecteurs de mensonge seraient peut-être capables de prouver directement une simulation. Mais tant que ces appareils n'auront pas fait leur entrée dans la recherche médicale, seule l'exclusion de toutes les autres possibilités permettra de prouver ou plutôt – les certitudes définitives étaient quasiment impossibles à obtenir dans ce domaine – de supposer l'existence d'une simulation avec, dans le meilleur des cas, de grandes probabilités.

Il faut bien entendu exclure en premier lieu une origine somatique des douleurs. La médecine est aujourd'hui tout à fait en mesure de le faire, même si, là non plus, ce n'est pas avec une certitude absolue. C'est pourquoi les *douleurs idiopathiques* sont toujours considérées comme possibles: d'origine somatique mais non démontrables.

Il faut ensuite examiner soigneusement la situation psychique. Comme je l'avais exposé dans mon premier article, celle-ci est souvent très complexe et ne devrait pas faire l'objet d'un diagnostic simpliste: somatisation, troubles de l'adaptation, dépression.

De nombreux patients restent de ce fait incompris et risquent de subir un préjudice. Les pouvoirs pathogènes de la peur existentielle et de la régression doivent en particulier être pris en considération dans ce cas. Ces phénomènes sont spécialement fréquents chez les Méridionaux, qui représentent d'ailleurs l'essentiel de ce groupe de patients.

La mentalité est décisive

La mentalité des Méridionaux serait donc décisive lors de l'apparition de telles difficultés. La remarque de Max Frisch: «Nous avons demandé de la main-d'œuvre, nous avons eu des hommes» reste dans les mémoires. Un collègue, interne, a attiré mon attention sur le fait que dans le cadre de l'assurance d'une personne, son individualité spécifique, laquelle englobe naturellement sa mentalité puisque celle-ci constitue un aspect majeur de son être, est également assurée.

Chaque peuple a sa mentalité. Parmi l'éventail des réactions inconscientes possibles des Méridionaux, il y a de toute évidence la régression. La «mamma mia» redevient le guide: le patient se jette dans le besoin absolu, l'incapacité de se débrouiller et la dépendance. Sa vie privée s'écroule.

Il est de ce fait clair que les processus pathogènes se déroulent dans le domaine de l'inconscient, ce qui signifie que nous sommes confrontés à un véritable trouble psychologique qui a bien sûr valeur de maladie.

Mais l'art du mensonge fait lui aussi partie de la mentalité des Méridionaux. Pendant notre enfance en Espagne, ma mère a également appris à ses enfants à mentir: «Ne dis pas ça à ta grand-mère, ça lui ferait du mal! Dis-lui plutôt ceci ou cela!» Un pieux mensonge bien sûr, aussi humain qu'un mensonge rendu nécessaire par les circonstances.

Par conséquent, en situation de crise, le Méridional (en particulier) peut aussi bien subir une régression que recourir délibérément au mensonge, c.-à-d. simuler. Or cela, nous voulons, à chaque fois que c'est possible, le reconnaître pour ne pas l'accepter.

Autre constat irritant: les stratégies thérapeutiques éprouvées ne donnent généralement pas de résultat chez ces patients. Les thérapeutes se heurtent à un mur, les patients rejettent souvent l'offre qu'ils considèrent comme un «retour au jardin d'enfants». Une *expertise* portant sur une Méridionale relativement jeune recommande rien moins que les éléments suivants: «la patiente devrait faire preuve de plus de constance et d'observance; elle devrait prendre conscience de sa responsabilité propre dans le rétablissement de sa santé», elle aurait besoin «d'un vrai traitement psychiatrique avec un antidépresseur à double action» ainsi que d'une «désintoxication en milieu hospitalier» en raison du diagnostic «de suspicion d'abus d'analgésiques» et «d'un programme d'entraînement physique en milieu hospitalier», avec par ailleurs «une thérapie comportementale complémentaire, l'acquisition de techniques de relaxation et l'élimination de pensées catastrophistes» et enfin des «processus psychothérapeutiques spécifiques au traumatisme». La première mesure prise est toutefois l'encadrement par un service sociopsychiatrique, dont plusieurs patients ont déjà dit qu'ils y étaient systématiquement soignés par un jeune médecin différent. Le séjour en clinique psychiatrique serait alors en principe la seule alternative. Toutefois, personne ne financera une clinique privée avec l'offre de traitement hautement différencié suggérée et une clinique d'Etat ne pourra pas en proposer autant. Pour finir, nous nous retrouvons au même stade qu'avec le nihilisme thérapeutique, sans intérêt. Dans les faits: un examen catamnétique neuf mois après l'expertise montre que rien ou presque n'a changé. Le centre sociopsychiatrique procure à la patiente des médicaments qui n'ont quasiment aucun effet et il ne saurait être question d'une psychothérapie approfondie. Une nouvelle expertise est en cours.

Situations sans issue

Une femme de 54 ans, originaire d'Italie, est mariée à un homme d'origine persane. Elle est d'une obésité disgracieuse (morbide) mais sort toujours vêtue de manière très «sexy» ou plutôt à moitié dévêtue. Elle souffre depuis quelques années d'un syndrome de fibromyalgie et a dû renoncer à son travail en raison des douleurs, ce qui a entraîné une situation de détresse financière. Grâce à une expertise, son invalidité a été reconnue, mais pour des motifs psychiques. Elle touche désormais une rente salvatrice, mais suit toujours une psychothérapie d'accompagnement. Elle a déclaré récemment avoir rencontré plusieurs femmes souffrant de fibromyalgie et savoir désormais ce qui provoque la maladie. Après un long silence souriant, elle a finalement affirmé: «Les douleurs sont réelles mais apparaissent pour sauver la personne d'une situation sans issue, que ce soit dans la vie professionnelle ou privée.» Lorsque je l'ai questionnée pour savoir comment c'était arrivé chez elle, elle m'a demandé comment je voyais la situation. Je pouvais me permettre avec elle une grande franchise et j'osais affirmer «l'érotisme». Elle «chat» en effet depuis longtemps sur Internet et ne récolte que des déceptions. Elle a éclaté de rire: «Ma dai ...!», elle pouvait à peine s'en remettre, riait et ne semblait plus pouvoir se calmer.

Dans une publication précédente, j'ai décrit «l'hypochondrie post-érotique»: «La femme d'âge moyen, frustrée sur le plan érotique, qui se sent indissolublement liée à sa famille, perd tout espoir de retrouver les sommets érotiques qu'elle a connus ... L'amour à la vie à la mort s'est envolé. Il peut être remplacé par la peur de maladies graves [1] ...» ou par l'apparition de douleurs somatiques difficilement compréhensibles. Les remarques de cette femme en disent long. Tout d'abord, elles attestent la psychogénèse de sa maladie – du moins dans ce cas – et fournissent en outre la preuve que nous avons affaire à des processus inconscients, même si leur motivation peut résider dans le domaine conscient. L'expression «situation sans issue» recouvre en effet plus de composants pathogènes que la notion de base de «peur existentielle» que j'ai employée. Si nous autres thérapeutes leur prêtons une oreille attentive, nous pourrions progressivement mieux comprendre et évaluer nos patients «énigmatiques».

Le spectre de la fibromyalgie

Si un spectre en appelle un autre, nous flottons dans un monde plutôt inquiétant de fantômes. L'aspect inquiétant de la fibromyalgie est dès le départ souligné par les diagnostics posés par les médecins de notre patiente italienne, y compris et en particulier bien sûr les spécialistes, à savoir

des rhumatologues et l'équipe hospitalière: «fibromyalgie» (les critères sont remplis) et pourtant «dépression somatisée établie par diagnostic différentiel», «syndrome douloureux chronique avec suspicion de fibromyalgie», «syndrome de fibromyalgie avec déséquilibre musculaire» et «trouble douloureux complexe».

Les avis des médecins du centre d'expertise sont tout aussi divergents: «syndrome de fibromyalgie», «syndrome douloureux diffus dû à un rhumatisme des parties molles» et pour finir «trouble douloureux somatoforme persistant».

En médecine somatique, on utilise le diagnostic différentiel comme le scalpel en chirurgie. Mais parce que nous nous trouvons ici à l'intersection entre soma et psyché, il est non seulement permis, mais même indispensable de prendre du recul. On obtient alors une vue d'ensemble qui, selon C.G. Jung, serait précisément le point de vue psychologique [2]. Nous embrassons du regard un paradoxe qui n'en est pas un, parce que *les différents diagnostics sont des parties d'un tout* qui, au lieu de se contredire, se complètent mutuellement. Si on recensait tous ces diagnostics et qu'on les mélangeait à l'envie, on n'obtiendrait certes pas une définition de la fibromyalgie, mais malgré tout une description valable.

Les «douleurs psychiques» ou «douleurs morales» ne sont pas des notions utilisées dans le domaine scientifique. Dans le langage populaire, on connaît l'expression: «ça me fait mal au moral». En psychothérapie, il arrive assez souvent qu'un patient se sente enfin compris – impression de déclic – lorsqu'il entend le thérapeute dire: «Resentez-vous quelque chose comme des douleurs psychiques?» Dans le cas de la fibromyalgie, la question se poserait ainsi: «Pourrait-on dire que vous souffrez également dans votre psychisme?» Une information de ce type a une importance thérapeutique parce que le patient se sent compris, justement.

Thomas Weiss [3] lutte avec acharnement pour plus de compréhension envers les personnes atteintes de fibromyalgie: «Elles souffrent de douleurs dans tout le corps! Cette souffrance n'est pas présente pendant quelques heures seulement mais 24 heures sur 24 et souvent 365 jours par an.» Du point de vue neurologique, on indique que des douleurs qui s'étendent peuvent être provoquées par des phénomènes se produisant dans le système nerveux central: «L'agression permanente agrandit la zone douloureuse» [4]. Nous devrions y songer lorsque la propagation des symptômes nous agace.

Peter Keel, un psychiatre qui étudie intensément le problème de la fibromyalgie, garde un certain recul: «Le modèle monocausal de la médecine biologique se heurte toutefois à ses limites en ce qui concerne les troubles psychosomatiques et psychologiques – au nombre desquels figure la fibromyalgie [...]. Il touche principalement (à 90% env.) des femmes entre 40 et 60 ans» [5].

Cela rappelle l'hypocondrie post-érotique évoquée plus haut, dans le cadre d'un modèle multicausal, bien entendu.

L'observance en tant qu'indice

L'affection principale des patients qui nous intéressent ici est constituée de leurs douleurs. A cela s'ajoute presque toujours une symptomatologie négative: dépression, troubles de la concentration, fatigue. Qu'arrive-t-il lorsque le médecin intervient? Il existe trois variantes, dont deux remarquables:

- Le patient souhaite par tous les moyens éprouver un soulagement. Il avale quantité de médicaments qu'il surdose lui-même. Il se fait administrer un analgésique supplémentaire par le médecin aussi souvent que celui-ci le permet. Lorsqu'une opération est possible, le patient veut à toute force y recourir, bien que d'un point de vue médical il ne lui manque en fait rien ou presque. Sa volonté de guérison est impressionnante.
- La voie intermédiaire: le patient suit les directives du médecin, participe au traitement, bien qu'il ait peut-être déjà quasiment renoncé à tout espoir d'amélioration. Ses douleurs étaient autrefois dues à un surmenage, mais voilà des mois qu'il est à la maison et qu'il se ménage et ça ne s'arrange tout simplement pas! D'un autre côté, il reconnaît que les mesures thérapeutiques l'ont par moment aidé.
- Rien ne sert! Les résultats sont si nuls que presque plus rien n'est fait. Les médicaments ne sont pas pris, parce qu'ils sont sans effet ou n'ont que des effets indésirables. Beaucoup de ces patients sont dégoûtés de la vie. D'autres arrivent chez le médecin avec un éternel sourire.

De là à croire que le patient ne veut pas guérir, il n'y a qu'un pas. *Le bénéfice de la maladie* est à l'œuvre! Mais à la maison, ce patient vit en personne gravement malade. C'est ce point que je considère comme le critère décisif: il est du moins psychologiquement malade.

Régression jusqu'à l'autodestruction

Les patients de sexe masculin, en particulier, peuvent connaître une évolution régressive si sévère qu'ils ne sont plus capables de se déplacer sans une canne, se meuvent de manière ataxique, grimacent, parlent comme des vieillards, soupçonnent des états dramatiques dès le plus petit signe physique – comme un craquement de nuque; ils sont bien sûr impuissants et la vie ne leur apporte rien d'autre que des douleurs. Qu'ont découvert les recherches somatiques les plus modernes? A peu près rien.

L'autodestruction complète est le suicide. Mais occupons-nous plutôt de processus qui se jouent dans la vie. Existe-t-il d'autres processus destructeurs de même nature? On peut penser ici à l'anorexie mentale ou aux accros à la destruction, comme les clochards ou héroïnomanes vivant dans la rue. Ils sont obsédés par leur liberté, mais basculent dans l'infirmité. La «pulsion de mort» de Freud vient à l'esprit et dans l'inconscient collectif de C.G. Jung serait entre autres ancrée la séduction de la mort, d'une douleur universelle et de l'autodestruction.

Au lieu d'être des simulateurs, ces patients remplissent les critères d'une modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (ICD-10, F62.1). La maladie psychiatrique est dans ce cas la régression.

Aggravation: la question du degré de conscience

«Aggraver» signifie rendre plus grave que cela n'est vraiment. Ainsi, l'aggravation rend cliniques des douleurs subcliniques. Et nous sommes à nouveau confrontés à la question décisive par excellence: quel est le *degré de conscience*? Le bénéfice de la maladie fait pression. Dans quelle mesure le patient ajoute-t-il son «grain de sel», de façon tout à fait volontaire donc, ou est-il victime de lui-même et gâche-t-il également sa vie privée avec sa maladie? Comme je l'ai déjà dit, il s'agit alors d'un acte inconscient à caractère de maladie.

Les meilleurs outils à notre disposition sont l'exploration de la vie privée mentionnée et la reprise du travail. Dans les deux cas, nous sommes dépendants des renseignements de tiers: la famille ou d'autres proches peuvent s'exprimer sur la vie privée du patient, tandis que les rapports sur la reprise du travail indiquent rapidement comment il va pendant le travail et de quoi il est encore ou n'est plus capable en réalité. Une simulation est plus facile à déceler dans l'environnement professionnel.

De telles informations venues de l'entourage ont à mon avis la priorité sur les examens du patient lui-même, comme les psychotests. Ceux-ci font certes bonne impression dans les expertises, parce qu'ils sont structurés à la manière des sciences physiques et naturelles qui connaissent un succès retentissant. Cette technique connaît un véritable boom! Mais il s'agit ici de l'esprit «léger», où *la qualité prime généralement sur la quantité*. Par ailleurs, le cercle de l'esprit humain comporte des *contradictions et paradoxes* de toutes sortes, des éléments dont le médecin orienté vers les sciences physiques et naturelles ne peut rien faire.

Les cas de choc psychologique en raison d'un licenciement totalement inattendu montrent clairement à quel point le terrain de cette problématique est glissant. Des patients autrefois en bonne

santé s'effondrent et ne se rétablissent plus. L'injustice ressentie comme importante ouvre des plaies psychologiques qui ne veulent plus guérir. L'âge relativement avancé, qui est d'ailleurs généralement la véritable cause du licenciement, suscite le désespoir. La peur existentielle est un aspect de cette situation désolante, sans issue visible. Les patients vont très mal, leur vie privée est dépourvue de toute qualité. Ils sont donc réellement malades, bien qu'il soit assez évident qu'un emploi de même niveau résoudrait le problème. L'incapacité de travail ne devrait pas être contestée pour autant [1]. Beaucoup de patients qui perçoivent un jour une rente d'invalidité pour-

suivent effectivement le traitement, ont toujours besoin de leur psychothérapie de soutien et de médicaments pour que leur vie conserve une certaine qualité. Cela donne au médecin qui a appuyé l'octroi d'une invalidité la certitude qu'il ne s'est pas trompé.

D'un autre côté, il ne faut pas nier le fait que dans certains cas, les troubles décrits ne peuvent en réalité être aussi sévères que le patient l'affirme. On découvre que sa vie privée se poursuit presque comme avant. Il s'agit alors d'une aggravation délibérée, ce qui n'est en fait rien d'autre qu'une forme de simulation, n'ayant bien sûr pas valeur de maladie.

Correspondance:

Dr Andrés Baliarda
Psychiatrie und Psycho-
therapie FMH
Egglistrasse 6
CH-9053 Teufen
andresbaliarda@bluewin.ch

Références

- 1 Baliarda A. Über den Umgang der Menschen mit dem launischen Gott Eros. In: Sinnlichkeit und Sexualität. Luzerner Psychotherapietage 1996; Mandala Media.
- 2 Jung CG. Erinnerungen, Träume, Gedanken. Zürich: Ex Libris; 1961.
- 3 Weiss T. Schmerzen überall. München: Südwest Verlag; 2006.
- 4 Neuburger M, Schmelz M, Konrad C. Vom Schmerz zur Schmerzkrankung. *Ars Medici*;16:2006.
- 5 Keel P. Fibromyalgiesyndrom. Diagnose, Ätiologie, Psychopathologie und Therapie. *Med* 1;2003:4-8.