

A propos d'un cas de folie simulée en milieu militaire au Burkina Faso

P. GOUMBRI¹, A. YAOGO³, P. CHALTIEL², A. OUÉDRAOGO¹

Résumé

Les auteurs rapportent ici un cas de simulation en psychiatrie survenu chez un jeune militaire au décours de la crise sociopolitique majeure du mois d'Avril 2010 au Burkina Faso et soulignent les difficultés diagnostiques posées par cette pathologie expliquant la nécessité que la vigilance des équipes soignantes psychiatriques ne doit pas être prise en défaut au cours de leurs activités habituelles de consultations et de soins.

Mots-clés : simulation, militaire, Burkina Faso, diagnostic.

Abstract

The authors report here a case of simulation in psychiatry arisen at a young military in the fall of the major sociopolitical crisis of April 2010 in Burkina Faso and underline the diagnostic difficulties put by this pathology explaining the necessity that the vigilance of the psychiatric medical teams must not be faulted during their usual activities of consultations and care.

Keywords : simulation, military, Burkina Faso, diagnostic.

Introduction

La simulation est la production intentionnelle de symptômes physiques ou psychologiques inauthentiques ou grossièrement exagérés, motivés par des incitations extérieures (éviter des obligations militaires, éviter de travailler, obtenir des compensations financières, éviter des poursuites judiciaires ou obtenir des drogues (T. LEMPERIERE, 2010). La simulation figure dans les classifications psychiatriques internationales : Le DSM IV décrit les troubles factices (F68-1(300.XX)) en condensant la question sur le plan clinique. Les tableaux cliniques de pathomimies sont adjacents à la problématique de la simulation. Toutefois, contrairement à la simulation, dans la pathomimie, il n'y a pas de but utilitaire ni de but matériel déterminé. Pour la CIM 10, la pathomimie ou trouble factice est classé sous la rubrique : Production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacités, soit physiques, soit psychologiques (F 68.1). L'histoire de la simulation dans les armées

¹ Service de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo

² EPS de ville-Evrard – Seine saint Denis. Chef de pôle du secteur 14

³ Etablissement Public de Santé Ville Evrard- 202 Avenue Jean Jaurès 93332 Neuilly sur Marne- France
Auteur correspondant : Patrice GOUMBRI. Service de Psychiatrie. CHUYO. email : pgoumbri@yahoo.fr

(V. VAUTIER *et al.*, 2010) est un phénomène riche et étudié depuis le XIX^e Siècle. A cette époque, les psychiatres trouvaient que les cas de simulation chez les personnalités dites « équilibrées » étaient très rares. Ils rattachent très tôt cette tendance aux personnalités psychopathiques ou aux alcooliques (18). Dans l'entre deux guerres, plus que pendant la guerre de 14-18, les cas de simulation dans les armées ont été fréquemment soupçonnés. le concept de la simulation en milieu militaire a évolué dans le temps ; on peut noter trois grandes périodes (V. VAUTIER *et al.*, 2010) : Celle des années 1930, où la « clinique de la simulation » élaborée par la plupart des médecins militaires fait l'économie d'une réflexion psychopathologique, et met l'accent sur la recherche de motifs ou de mobiles relevant d'avantage d'une démarche policière. A partir des années 1960, on note un tournant dans la manière d'envisager la simulation dans les armées. Des auteurs tels P. Juillet , P. Moutin , L. Crocq , Claude Barrois vont démontrer le lien entre les conduites de simulation en milieu militaire et les problèmes d'adaptation à la collectivité militaire chez des personnalités le plus souvent pathologiques. Enfin celle d'aujourd'hui, où quelque soient les raisons exprimées, ces troubles de conduites des jeunes militaires semblent être plus souvent l'expression de l'échec d'un projet personnel et sans qu'il n'existe souvent une pathologie sous jacente. Au delà de la difficulté diagnostique et de l'itinéraire thérapeutique souvent complexe du simulateur, se pose aussi sur le plan psychopathologique la question suivante : se trouve t'on dans le champ de la pathologie ou de la moralité ? Nous rapportons ici une observation d'un cas de simulation chez un jeune militaire et dont le tableau est assez caractéristique.

Observation clinique : M. R. 24 ans

Histoire de la maladie

Un patient, jeune militaire, âgé de 24 ans, travaillant et résidant dans la localité de K. (ville du Burkina Faso, située à environ 100 km au Nord de la capitale), accompagné de sa famille était reçu en consultation au service de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo. Le patient avait été conduit dans nos services avec son consentement pour les plaintes suivantes : selon l'entourage, les premiers signes seraient apparus le jour où le patient devrait être auditionné par une équipe de gendarmes. Sur le trajet vers le bureau de Gendarmerie, le patient avait commencé à parler seul et à dire « je vois des génies, ce sont les génies qui m'ont dit de tirer sur le commandant de région etc... ». Ces plaintes se seraient exacerbées dans les locaux de la gendarmerie, surtout quand ces derniers ont voulu commencer à lui poser des questions. L'interrogatoire fut suspendu et remis à un autre jour. L'entourage note cependant qu'une fois en dehors des locaux de la gendarmerie, sur le chemin de retour, les signes se sont très rapidement estompés et cela sur plusieurs jours. Des crises similaires se reproduisaient, mais principalement les jours où il était programmé une audition avec la Gendarmerie. Après 3 tentatives infructueuses pour auditionner le patient, la gendarmerie l'avait référé au Centre Hospitalier Régional (CHR) de K. pour une meilleure Prise en Charge. Au CHR, le médecin généraliste qui l'avait reçu avait été dérouté par cette curieuse pathologie. En dehors de toute éventualité d'audition avec la gendarmerie, le patient était calme, cohérent, bien dans la réalité, sans trouble psychique apparent, vacant à ses activités quotidiennes professionnelles, mais les plaintes de type hallucinatoire (je vois des génies etc ...) recommençaient les jours programmés pour des auditions avec la gendarmerie. Quelle pouvait donc être cette étrange maladie psychiatrique ? N'ayant pas de réponse à cette question, le médecin généraliste adressa le patient au Service de Psychiatrie du CHUYO pour un avis spécialisé.

Acte délictuel

Le patient devrait être entendu dans le cadre d'enquêtes judiciaires car quelques semaines auparavant, lors d'une mutinerie dans l'armée il avait participé avec ses camarades à des représailles contre le commandant de région militaire, et le groupe auquel il appartenait avait tiré à balles réelles sur le véhicule du commandant de région, puis s'était enfui. Les différentes enquêtes de gendarmerie ont permis plus tard d'appréhender certains membres du groupe dont notre patient.

Sémiologie

L'examen psychiatrique du patient dans le service de Psychiatrie du CHUYO révélait :

- au niveau de la sémiologie de la présentation : Il présentait une tenue corporelle et vestimentaire adaptée au sexe et au temps. Il n'avait pas d'incurie vestimentaire ni corporelle ;
- au niveau de l'activité psychomotrice : Il présentait une instabilité le jour de l'examen : le patient était assis sur la chaise de consultation, et souvent, il se levait en disant « laissez moi je vais partir, puis se dirigeait vers la porte » ; mais sans qu'il n'ait été contraint par la force, lorsqu'un membre de l'entourage ou de l'équipe lui ordonnait de revenir, il s'exécutait ;
- au niveau des fonctions intellectuelles supérieures : il avait un langage audible, avec des propos cohérents, la mémoire conservée et une conscience de son état morbide ;
- au niveau du fonctionnement de la pensée et des activités perceptives : le patient avait un bon contact avec la réalité ; Au cours de l'entretien, il donnait des réponses adaptées aux questions, quelquefois il disait « je vois des génies ; 2 hommes habillés en blanc avec de longs cheveux, je les vois, mais vous, non ». « ce sont les génies qui m'ont dit de dire que c'est moi qui ait tiré le premier sur le véhicule du Colonel » ;
- l'affectivité : le patient paraissait anxieux ;
- au niveau de la conscience de soi et de l'environnement : le patient était conscient de son corps et de son schéma corporel ; son attention était mobilisable ; il était bien orienté dans le temps et dans l'espace ;
- au niveau des conduites instinctuelles et habitudes de vie : le sommeil était satisfaisant ; il n'avait pas de troubles des conduites sexuelles ni de troubles sphinctériens. Par ailleurs, il ne présentait aucune toxicomanie ;
- au niveau des conduites sociales : il ne présentait ni fugue, ni errance, ni collectionnisme, ni autre actes antisociaux connus en dehors de celui pour lequel il était entendu par la Gendarmerie ;
- réaction à l'examen : le patient était coopérant.

L'examen physique du patient était normal. Les examens cliniques et le bilan somatique (biologique, EEG) réalisés dans le service lors de l'hospitalisation d'une durée de 2 semaines se sont révélés normaux. Une fenêtre thérapeutique, excluant toute prescription de psychotrope avait été mise au cours de la durée de toute l'hospitalisation. L'évolution de l'état psychique a été marquée par la sédation de toute plainte psychique dès le premier jour de l'hospitalisation. Aucun signe psychiatrique ne fut observé durant l'hospitalisation. A la sortie du patient, un suivi psychothérapeutique à titre ambulatoire lui fut proposé. Il fut interpellé quelques semaines plus tard après sa sortie de

l'hospitalisation, par la gendarmerie qui le conduisit en Maison d'arrêt. Dès son arrestation, on constata la réapparition de plaintes « il criait, je vois des génies, et secouait vigoureusement les membres de son corps ». Il est ramené une seconde fois dans le service, et dans les heures qui suivirent sa réhospitalisation, les plaintes s'estompèrent. Lors de la seconde hospitalisation, il fut proposé au patient d'approfondir les investigations, mais celui-ci et sa famille s'y opposèrent.

Discussion : Simulation face à un risque de condamnation par la justice

Différentes hypothèses diagnostiques ont été évoquées :

Un trouble psychotique aigu et transitoire ?

Ce diagnostic a été évoqué systématiquement devant un trouble d'apparition brutale chez un sujet jeune, soumis à un facteur de stress et présentant un tableau clinique dans lequel on notait un « délire et des hallucinations ». Ce diagnostic a été rejeté devant l'absence du caractère polymorphe caractéristique du délire dans la bouffée délirante aiguë, la disparition quasi-systématique de l'élément clinique délirant en dehors de toute séance d'audition, l'absence de perte de contact avec la réalité, l'absence d'un déni de l'état morbide (permettraient d'écarter un processus de type psychotique).

Un trouble dissociatif de type histrionique ?

Les arguments épidémiologiques chez notre patient n'étaient pas en faveur d'une crise hystérique qui se rencontre plus fréquemment chez des patients de sexe féminin. De même, nous n'avons pas observé d'éléments en faveur d'une personnalité « histrionique » (théâtralisme suggestibilité affectivité superficielle et labile, désir permanent de distraction, mode relationnel à type de séduction).

Une Crise épileptique ?

Notre patient n'avait pas d'antécédents personnels d'épilepsie ; Pour les crises qu'il a développées, on ne notait pas une amnésie post-critique et à un moindre degré, la présence d'un EEG négatif permettrait d'écarter une crise épileptique.

Une simulation

Dans notre observation, le diagnostic de simulation a été posé sur des arguments cliniques non pathognomoniques mais évocateurs.

Si les troubles psychiques étaient la seule plainte exprimée par le patient, certains éléments cliniques avaient retenu l'attention du personnel soignant du service de Psychiatrie au CHUYO : la symptomatologie apparaissait dans un contexte judiciaire très marqué par trois facteurs graves cumulés : le sujet militaire de profession avait participé à une mutinerie qui constitue en soi une faute très grave dans l'armée, il avait participé à une tentative d'homicide sur le commandant de Région qui représente la plus haute autorité militaire de la région. De façon évidente, ce jeune militaire encourait des risques et dont le moindre serait de perdre son emploi, car il serait certainement radié des effectifs de l'armée s'il était reconnu responsable. L'élément caractéristique du tableau était surtout la survenue périodique des troubles psychiques (qui semblaient intentionnels) les jours où il était convoqué pour des auditions avec la gendarmerie, et les troubles psychiatriques présentés par le patient s'estompaient très rapidement et disparaissaient totalement selon

l'entourage en dehors des tentatives d'auditions. Le type de « délire et d'hallucinations » produits par le patient ne sont pas typiquement psychotique. Cet état de fait conforte le diagnostic de simulation suspecté devant l'apparente contradiction entre les plaintes du patient (hallucinations, délires, agitation) et le maintien du contact avec la réalité de même qu'une conscience d'être malade. Notre patient avait été retenu apte lors des épreuves de sélection médicale d'entrée dans l'armée et travaillait comme militaire jusqu'à la mutinerie. Il ne présentait aucun antécédent psychiatrique connu et documenté. Les éléments de notre observation corroborent avec les critères diagnostiques de Simulation par la DSM (T. LEMPERIERE, 2010) qui stipule qu'une simulation doit être fortement suspectée en présence d'une ou de plusieurs manifestations suivantes : le contexte médico-légal, la discordance entre la souffrance ou l'incapacité rapportée et les résultats objectifs de l'examen, le manque de coopération au cours de l'évaluation diagnostique et le manque d'observation du traitement prescrit, l'existence d'une personnalité antisociale. Sur le plan psychopathologique, la simulation est plus problématique qu'il n'y paraît. Pour certains auteurs, on ne se trouve pas dans le champ de la pathologie, mais dans celui de la moralité ; il s'agit de fraude, d'escroquerie. Pour d'autres auteurs par contre la simulation se réalise au profit de tendances pathologiques qu'elle utilise mais dissimule, en même temps, et un vieil adage psychiatrique rappelle que « l'on ne simule bien que ce que l'on est ou l'on a été ». Notre sujet s'était engagé volontairement dans l'armée, aucun trouble psychiatrique le concernant n'avait été diagnostiqué à ce jour ; Il n'avait jamais été fait mention de problèmes disciplinaires le concernant auparavant ; il n'avait jamais demandé auparavant à quitter l'armée. Certes, au cours de son hospitalisation, nous n'avions pas pu réaliser un bilan neuro-psychologique approfondi en dehors de l'EEG qui était normal, mais rien ne nous laisse penser que ce militaire souffrait d'un état pré-morbide. En revanche, la mutinerie à laquelle avait participé notre militaire s'inscrivait dans un vaste mouvement de revendications de droit et d'amélioration de condition de vie. Sur un plan psychopathologique, les symptômes présentés par ce militaire n'étaient pas un moyen d'échapper à une contrainte d'aller au front pour faire la guerre, ni un moyen de se faire radier de l'armée qu'il souhaiterait quitter. Son trouble semblait de façon évidente lui permettre d'éviter d'être confronté à la responsabilité pénale de son acte, mais pourrait exprimer aussi une fragilité narcissique importante. En effet, de nombreux auteurs (V. VAUTIER *et al.*, 2010) expliquent que les conduites de simulation des jeunes militaires volontaires d'aujourd'hui n'ont pas la même portée qu'au temps du service militaire obligatoire ou pendant des deux grandes guerres ; pour beaucoup de ces jeunes militaires, on ne retrouve pas souvent de terrain pré morbide, mais leur méconnaissance totale du métier des armes crée des conditions d'un engagement fragile qui ne résiste pas aux premières contraintes. Les conditions de vie ne leur permettent pas tout simplement d'atteindre le bien être social tel qu'ils se l'avaient imaginé. Quelquefois le trouble de simulation a valeur aussi d'être un possible indice de souffrance de groupe (mutinerie qui touchait la quasi-totalité des garnisons militaires au Burkina Faso) ce qui corrobore parfaitement à la situation vécue par notre militaire.

Conclusion

Les équipes soignantes dans les services de psychiatrie hospitalière sont souvent confrontées aux pathologies mentales les plus lourdes telles la schizophrénie, la toxicomanie, les troubles de l'humeur. Cependant comme l'illustre l'observation précédente tirée de l'activité clinique du service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (Burkina Faso), ces équipes demeurent exposées à des situations cliniques complexes ayant une incidence médico-légale.

Cela nécessite une vigilance de tous les instants. La prise en charge psychiatrique d'un patient ayant posé un acte médico-légal nécessite d'adopter une démarche minutieuse lors de l'examen psychiatrique. Les équipes peuvent être amenées à diagnostiquer des cas de Simulation auxquels elles n'y pensent pas habituellement. La simulation entraîne un certain désarroi dans l'équipe soignante qui éprouve bien souvent un malaise à évoquer ce diagnostic devant un sujet porteur de plaintes. La simulation amène le patient à connaître également un itinéraire thérapeutique singulier marqué par le refus du diagnostic de simulation, la non-compliance à l'évaluation diagnostic et au traitement, le passage successif entre plusieurs structures de soins psychiatriques modernes et les autres types de soins (traditionnel ou religieux), cherchant coûte que coûte à faire valider son état de malade.

Le diagnostic d'une Simulation conforte la primauté d'un interrogatoire et d'un examen psychiatrique approfondis ainsi qu'une collaboration étroite et une confiance réciproque entre les différents intervenants (psychiatre, psychologue, infirmier psychiatrique, travailleur social) dans la structure. Cependant, c'est dans la multiplicité et la complexité du diagnostic en psychiatrie que résident toute la difficulté, mais également toute la richesse et l'intérêt de notre métier.

Références bibliographiques

- C. JONAS, 2007.** De la mythomanie au meurtre : un cas clinique inquiétant. *Annales Médico-psychologiques* 165(2007)365-368.
- C. JONAS, 2007.** Signes physiques et verbaux du mensonge : Résultats des études américaines. *Annales Médico-psychologiques* 165(2007) 369-371
- C. LEMOGNE , P. FOSSATI, J.-F. ALLILAIRE, 2006.** De la pathomimie à la dépendance aux soins : Approche dimensionnelle et perspectives thérapeutiques. *Annales Médico-psychologiques* 164(2006)676-681
- F. PASCCTINI , D. GOIRAND, M. CERMOLACCE , C. LANÇON, N. SIMON, 2013.** Trouble factice ou trouble somatoforme : intérêt d'une approche addictologique. *Annales Médico-psychologiques* 171(2013)642-644
- G. BORDES , J.-P. SCHUSTER, F. LIMOSIN, 2011.** Symptômes dépressifs et pathomimie : comorbidité ou trouble psychiatrique factice ? *L'Encéphale* (2011) 37,133-137.
- J. BEN THABET, N. ZOUARI, F. CHARFEDDINE, L. ZOUARI, M. MAÂLEJ, 2012.** Approche psychodynamique et médicolégale de la mythomanie constitutionnelle : A propos d'une observation. *L'Encéphale* (2012) 38,504-511.
- J. BIEDER, A. ZOUARI, B. NANEIX, D. ARBAULT., 2004.** Quelques considérations sur la simulation de la folie en relation avec un cas de la Bible. *Annales Médico-psychologiques* 162(2004)801-805
- J. C. SEZNEC, 2013.** Ma vérité, leurs vérités . Réflexions sur l'influence du contexte sur un fait judiciaire *Annales Médico-psychologiques* 171(2013)460-463.
- J. LUAUTÉ, O. SALADINI, Y. COJAN, S. BELLAICHE, S. CIANCIA, L. GARCIA-LARREA, P. VUILLEUMIER, J. C. LAUTÉ , N. ABADIA-ANDRÉ, J.-P. LUAUTÉ, D. BOISSON, 2010.** Simulation, conversion ou majoration ? Evolution des explorations fonctionnelles. Discussion à propos d'un cas en rééducation. *Annales Médico-psychologiques* 168(2010)306-310.

- L. CHUDZIK, C. RÉVEILLÈRE, 2013.** Dénier complet des faits : une perspective interpersonnelle. *Annales Médico-psychologiques* 171(2013)490-493
- L. MISERY, 2010.** Les pathomimies cutanées. *Annales Médico-psychologiques* 168(2010)297-300.
- M. BENEZECH, 2007.** Vérité et mensonge : l'évaluation de la crédibilité en psychiatrie légale et en pratique judiciaire. *Annales Médico-psychologiques* 165(2007)351-364.
- M. BERNARD-REQUIN, 2012.** La recherche de la vérité en psychologie et psychiatrie judiciaires. La psychologie dans la décision judiciaire. *Annales Médico-psychologiques* 170(2012)124-126.
- O. GUIRAUDET, S. MINVIELLE, D. VALLET, 2009.** Pathomimies endocrinométaboliques : A propos de deux cas. *Annales Médico-psychologiques* 167(2009)625-628.
- P. Le BIHAN, M. BENEZECH, 2013.** Psychologie des faux aveux : données cliniques et contemporaines. *Annales Médico-psychologiques* 171(2013)468-475.
- T. HOANG PHAM, X. SALOPPÉ, S. LEISTEDT, 2012.** La manipulation et le mensonge pathologique de la psychopathie comme défi majeur pour la recherche de la vérité judiciaire. *Annales Médico-psychologiques* 170(2012)141-142.
- T. LEMPÉRIÈRE, 2010.** Troubles conversifs, troubles factices, simulations : approche clinique. *Annales Médico-psychologiques* 168(2010)286-290.
- V. VAUTIER, Y. ANDRUETAN, P. CLERVOY, A. PAYEN, 2010.** La notion de simulation des troubles psychiques dans les armées. Evolution des idées. *Annales Médico-psychologiques* 168(2010)291-296.

