

SIMULATION ET DISSIMULATION EN OPHTALMOLOGIE

*LEDOUX-SKIVEE Ch., LEDOUX A.**

RÉSUMÉ

La simulation est l'acte par lequel on cherche à faire croire soit que l'on est atteint d'une maladie en imitant les symptômes (simulation positive) voire en les créant (maladie provoquée), soit que l'on est indemne de toute pathologie en cachant un handicap visuel (simulation négative ou dissimulation).

Le but de cet article est de démontrer que le dépistage de la simulation peut se faire à la consultation de l'ophtalmologue lorsque s'installe un doute dans la relation.

Volontairement, ne seront abordés ici que les tests simples, accessibles à tous et ne nécessitant pas de matériel sophistiqué.

ABSTRACT

Simulation is defined when a patient desires a given condition to such an extent that he either initiates the symptoms through physical means of direct harm to his eyes (positive simulation) or imitates the symptoms even though he is healthy and otherwise free of pathology (dissimulation or negative simulation).

We show that diagnosing simulation may be done during the ophthalmologic consultation when in doubt of the patient's condition. These simple tests are accessible to all and do not require sophisticated material.

SAMENVATTING

De simulatie is de handeling waarbij men wenst te laten geloven dat men een ziekte heeft door hetzij de symptomen te imiteren (positieve simulatie) of ze te creëren (geprovoceerde ziekte), hetzij anderzijds

te laten geloven dat men vrij is van elke pathologie door een visuele handicap te verbergen (negatieve simulatie of dissimulatie).

Het doel van het artikel is aan te tonen, dat indien men twijfelt aan de geloofwaardigheid van de patient, de depistage van de simulatie kan uitgevoerd worden op de oftalmologische consultatie.

Welbewust worden hier alleen eenvoudige testen uitgelegd die geen gespecialiseerd materiaal vergen.

MOTS-CLÉS

Simulation, dissimulation

KEY-WORDS

Simulation, dissimulation

.....

* *Service d'Ophtalmologie, UCL, Bruxelles.*

received: 27.10.03

accepted: 03.12.03

INTRODUCTION

La simulation est l'acte par lequel on cherche à faire croire soit que l'on est atteint d'une maladie en imitant les symptômes (simulation positive d'AGATSON) voire en les créant (maladie provoquée) soit que l'on est indemne de toute pathologie en cachant un handicap visuel (simulation négative ou dissimulation). Dans tous les cas elle a un but précis, intéressé. Sa fréquence réelle est difficile à évaluer puisque nombres de simulateurs ne sont pas dépistés.

L'évaluation qualitative d'une perturbation des fonctions visuelles est souvent difficile car le désordre sensoriel est vécu différemment selon les sujets. L'expert doit tout d'abord affirmer la réalité de l'atteinte, puis essayer d'en apprécier au mieux le degré, parfois exagéré volontairement ou non (1,5,9).

La suspicion apparaît lorsqu'un bénéfice est attendu, lorsque les examens cliniques et paracliniques sont sans anomalie, lorsque les plaintes sont disproportionnées par rapport aux déficits observés (4).

THOMSON (12) classe ses patients à problèmes en trois catégories: du simulateur délibéré à l'innocent suggestible en passant par l'imposteur qui exagère ses troubles visuels.

Affirmer le caractère psychogène des déficits visuels impose d'éliminer une cause organique en l'absence de signes objectifs alliés et de confirmer le caractère non physiologique des troubles subjectifs allégués par des contre-épreuves (mesure d'acuité visuelle, analyse sémiologique des déficits du champ visuel, etc.)

Le dépistage fait appel à des tests subjectifs et objectifs. Les techniques subjectives nécessitent la coopération et une réponse honnête du sujet (exploration des fonctions rétinienne élémentaires, du champ visuel, de la sensibilité au contraste, de l'acuité visuelle...). Si le patient coopère mal, voire pas du tout, s'il veut tricher par majoration, les résultats seront difficilement interprétables. Au cours de l'examen, son mutisme constitue l'obstacle majeur et il convient de multiplier les explorations pour prouver la simulation.

On aura alors recours aux techniques objectives intéressant le sens lumineux (électro-nystagmographie, adapto-électrorétinographie...), la détermination objective de l'acuité visuelle (étude du nystagmus optocinétique, potentiels

évoqués visuels...) et nécessitant un matériel plus complexe. La sophistication des techniques d'examens complémentaires rend certainement le rôle de "faux-malade" de plus en plus risqué car, et c'est là un des points essentiels, ces simulateurs et dissimulateurs sont bien des fraudeurs, dont l'intention de tromper est consciente et réelle (2). Le dépistage de la fraude sera aidé par une attitude prudente, ferme et courtoise du praticien.

Le but de cet article est de vous rappeler que le dépistage de la simulation peut se faire à la consultation de l'ophtalmologue lorsque s'installe un doute dans la relation. Volontairement, ne seront abordés ici que les tests simples, accessibles à tous et ne nécessitant pas de matériel sophistiqué.

Les maladies provoquées, relativement rares, rencontrées essentiellement en pratique militaire, chez les enfants ou dans le cadre d'un accident du travail ne seront pas évoquées. Rappelons qu'il peut y avoir provocation d'altérations palpébrales, conjonctivales, cornéennes et du jeu pupillaire. Leur dépistage peut exiger l'hospitalisation avec surveillance étroite.

I. MALADIES SIMULÉES

La simulation volontaire est l'acte par lequel le sujet cherche à imiter les symptômes d'une maladie dans un but intéressé. Il faut cependant la différencier des maladies psychiatriques (hystérie, pithiatisme). Dans ce cas, la conscience du patient ne participe pas volontairement à la fraude, il n'a aucun désir de tromper le médecin, persuadé que son trouble est organique.

Quelques conseils préliminaires:

- ne jamais donner l'impression de suspecter la simulation
- noter les manifestations fonctionnelles alléguées en retenant d'éventuelles contradictions
- réaliser un examen clinique rigoureux
- utiliser les tests de dépistage dont on a l'habitude et les exécuter parfaitement
- mentionner clairement les valeurs d'acuité visuelle accusées subjectivement et obtenues objectivement (6).

1. SIMULATION D'UNE CÉCITÉ BILATÉRALE

La cécité totale est particulièrement difficile à simuler sans défaillance. L'attitude du fraudeur "*plus aveugle que l'aveugle lui-même*" est évocatrice: tête baissée alors que l'aveugle marche tête droite, il porte des verres teintés, se heurte maladroitement aux obstacles, refuse de se déplacer sans tierce personne...

Il faut tout d'abord éliminer une cause réelle de cécité d'origine rétinienne (examen du fond d'œil, électrophysiologie, E.R.G., E.O.G.) ou secondaire à une neuropathie optique (examen de la papille, réflexes photomoteurs, P.E.V.).

Il faut surtout établir le diagnostic différentiel avec la cécité corticale en recherchant les troubles neurologiques associés.

Confondre le simulateur est facile:

- **recherche du réflexe à la menace**

- **signe de l'obstacle:**

faire déplacer le sujet dans une pièce encombrée de différents obstacles et recommencer cette épreuve en bandant les yeux

- **signes des index:**

demander au sujet, bras écartés, de joindre ses index tendus. Ce geste est réalisé aisément par un aveugle (sensibilité profonde extra-lemnisciale) alors que le simulateur, convaincu du contraire, fera des efforts désordonnés pour y parvenir approximativement.

- éventuellement, surveillance attentive en cours d'**hospitalisation**

2. SIMULATION D'UNE AMBLYOPIE BILATÉRALE

Elle est plus facile à simuler donc plus fréquente. Le sujet accuse une acuité visuelle nettement inférieure à la valeur attendue malgré la correction optique déterminée sous cycloplégie.

a. Procédés subjectifs

Ils font appel aux optotypes dont le sujet ne peut connaître la valeur du pouvoir séparateur.

- **Les optotypes de THIBAUDET:**

ils constituent un des procédés classiques de dépistage de la simulation et vraisemblablement l'un des plus faciles. Les optotypes sont dessinés sur des cartons séparés, d'égale dimension et présentés convenablement éclairés

et successivement à 5 m. Pour un même degré d'acuité visuelle, plusieurs cartons existent. Ils diffèrent par le nombre et la longueur des jambages, ce qui leur confère une surface totale différente alors que les traits et les intervalles qui les séparent sont identiques. Le simulateur ne discernera pas les tests de petite taille qu'il assimile à une bonne acuité visuelle alors qu'il reconnaîtra les tests de plus grande taille correspondant à la même acuité visuelle. Il faut répéter cet examen pour relever les discordances dans les réponses.

b. Procédés objectifs

Leur but est de révéler l'existence d'un pouvoir séparateur, donc de déterminer un chiffre d'acuité visuelle avec une précision relative, sans tenir compte des réponses du sujet.

- **Le nystagmus optocinétique (NOC)** sera recherché.

Il permettra d'obtenir une mesure d'acuité visuelle relative sans collaboration du sujet. Cependant, ces tests exigent des conditions rigoureuses d'éclairage, se révèlent souvent aléatoires et exigent un matériel défini (tambour de BARANY).

3. SIMULATION D'UNE AMBLYOPIE OU D'UNE CÉCITÉ UNILATÉRALE

Celle-ci est fréquente car elle est beaucoup plus facile à simuler. Il faut bien sûr exclure une amblyopie organique grâce à un examen soigneux des milieux oculaires, ou fonctionnelle en mettant en évidence un strabisme ou une anisométrie.

Les procédés de dépistage sont nombreux et l'expert choisira ceux dont il a l'habitude car leur exécution doit être parfaite. Aucune hésitation, aucune maladresse ne doit révéler au sujet la subtilité du test. Les épreuves avec appareillage spécial seront préparées en dehors du sujet et aucun commentaire explicatif même partiel sur leur mécanisme ne sera donné. Il faudra veiller à la correction exacte de la réfraction à chaque œil. Pendant tout l'examen, lequel se déroule habituellement en binoculaire, il faut surveiller attentivement les yeux du patient pour déceler tout clignement palpébral unilatéral intempestif susceptible de faire perdre au test toute sa valeur.

a. Tests ne nécessitant pas le concours d'appareillages spéciaux

- **optotypes de THIBAUDET** (cfr. amblyopie bilatérale)

- **manœuvre de BOISSEAU ou diplopie provoquée:**

pendant la lecture d'un texte, appuyer légèrement sur l'œil sain. Si le sujet voit des deux yeux, cette manœuvre entraîne une diplopie gênante qui n'existe pas chez le borgne.

- **TNO:**

ce test vérifie la vision stéréoscopique. Celle-ci n'existe qu'en cas de vision binoculaire

- **procédés du brouillage:**

° par verre convexe:

* placer devant l'œil sain, emmétré, un verre de + 8 DP rendant impossible la lecture des optotypes à 5 m

* placer devant l'œil soi-disant amblyope ou aveugle, un verre de + 3 DP

* réaliser le test en binoculaire en surveillant attentivement les clignements des paupières

* devant l'œil sain pénalisé de + 8 DP: faire varier de + ou - 1 dioptrie pendant tout le test

* devant l'œil déclaré amblyope ou aveugle: réaliser un blur-test classique: le sujet est convaincu de voir les optotypes en binoculaire, et sans s'en rendre compte, il lira les optotypes avec son œil déclaré aveugle. Si le sujet ne répond pas, l'épreuve peut être reprise plusieurs fois en alternant la place du verre de + 8 DP devant l'un ou l'autre œil, ce qui dérouté le fraudeur et peut provoquer une réponse correcte alors que le verre convexe se trouve devant l'œil reconnu sain.

° par cycloplégie (méthode de BIERMANN):

* déterminer et corriger au mieux la réfraction (et la presbytie)

* instiller à deux ou trois reprises du Cyclopentol dans l'œil sain et du sérum physiologique dans l'œil présumé aveugle en veillant à masquer les flacons

* faire lire les optotypes à 5 m ce qui n'entraîne aucune difficulté puisqu'en vision de loin le Cyclopentol instillé dans l'œil sain ne perturbe pratiquement pas la vision

* faire lire l'échelle 2 ou 3 de Parinaud. Seul l'œil présumé aveugle lit, l'œil sain étant sous influence du Cyclopentol. Habituellement, le fraudeur lira sans méfiance l'échelle de Parinaud croyant toujours lire avec son bon œil.

- **tests avec verres colorés:**

il faudra veiller à la correction de la réfraction du sujet et s'assurer que celui-ci ne présente pas un trouble du sens chromatique

° procédé de BRAVAIS:

* sur fond blanc, le verre coloré éteint les caractères de même couleur. On place un verre rouge devant l'œil sain et un verre vert devant l'œil déclaré amblyope et on présente au sujet un texte écrit sur fond blanc avec certaines lettres en noir et d'autres en rouge:

* soit le sujet ne voit véritablement pas d'un œil et seul l'œil porteur du verre rouge verra les caractères écrits en noir (car le verre rouge efface les traits rouges)

* soit le sujet voit des deux yeux et il verra en noir tous les caractères du texte (le verre vert, couleur complémentaire du rouge, fait voir noir ce qui est rouge)

° procédé de RENARD et DINZARD:

* il s'agit d'un procédé très semblable à celui de BRAVAIS mais avec lecture des optotypes de dimension décroissante de couleur rouge et verte sur fond blanc à travers un écran rouge et l'autre vert

b. Procédés nécessitant l'emploi d'appareils spéciaux:

En dehors de la périmétrie cinétique, ces examens nécessitent un appareillage spécifique qui ne se trouve habituellement pas en consultation classique. En cas de doute important quant à la collaboration du sujet, on peut y avoir recours.

- **périmétrie cinétique:**

le relevé du champ visuel permet de mettre en évidence une discordance entre la taille des stimuli vus à la coupole et la taille des optotypes non lus sur la table de Parinaud. Ils permettent en plus de retrouver des morphotypes évocateurs de la simulation. Nous y reviendrons dans le chapitre "simulation d'un déficit du champ visuel".

- **test polarisé de DUBOIS-POULSEN:**

avec relevé du champ visuel, le sujet étant

équipé de verres polarisant la lumière à 90° à gauche et 180° à droite

- **diploscope de REMY:**

il se compose d'un écran perforé au travers duquel, à 60 cm, le sujet regarde un carton portant 4 lettres majuscules K-O-L-A. Le principe repose sur la diplopie physiologique; l'œil droit voit le K et le L, l'œil gauche voit le O et le A. Le simulateur placé devant le diploscope ne verra que les lettres situées dans l'axe de l'œil voyant.

L'acuité visuelle peut aussi être déterminée par ce procédé en utilisant des lettres dont le pouvoir séparateur est déterminé.

- **électrophysiologie:**

* électrorétinogramme permettant la comparaison des deux rétines

* potentiels évoqués visuels montrant chez le simulateur un tracé identique des deux côtés en sachant que les réponses peuvent rester symétriques en cas d'amblyopie unilatérale. On s'attachera à rechercher une asymétrie des temps de latence, des amplitudes. Ainsi, des P.E.V. normaux permettent d'écarter une cécité totale, mais ne peuvent infirmer une baisse d'acuité entre 2 et 10/10^{ème}. Notons qu'un E.R.G. et des P.E.V. normaux sont incompatibles avec une acuité visuelle inférieure à 6/10^{ème}.

4. SIMULATION D'UN DÉFICIT DU CHAMP VISUEL

La simulation d'une amputation campimétrique est relativement fréquente car bien indemnisée. Le patient peut soit exagérer un déficit existant réellement, soit alléguer un rétrécissement habituellement concentrique, plus rarement un déficit localisé ou systématisé. Il est toujours utile d'observer le comportement du sujet, la façon de se diriger en fonction du rétrécissement prétendu du champ visuel. Un rétrécissement important allant jusqu'à 10 ou 20° du point de fixation est incompatible avec des possibilités normales de déplacement.

Certains déficits sont évocateurs de la simulation:

- rétrécissement concentrique:
le rétrécissement concentrique peut caractériser certaines maladies organiques comme la rétinopathie pigmentaire, le glaucome évo-

lué, les druses de la papille, les atrophies optiques d'étiologies diverses, une tumeur frontale et également se manifester lors d'un syndrome post-commotionnel. Dans le cadre médico-légal, il ne faudra pas sous-estimer la valeur sémiologique d'un tel déficit observé dans les suites immédiates d'un traumatisme crânien, tout en sachant qu'avec le temps, il s'améliore progressivement.

- rétrécissement en forme de spirale:
celui-ci est exceptionnellement retrouvé chez l'adulte souffrant de neurasthénie ou de fatigue intense. Il est fréquent dans l'hystérie et surtout dans la simulation.

D'autres déficits sont rarement simulés:

- déficits systématisés ou scotomateux:
ceux-ci sont rares et le dépistage se fait en périmétrie cinétique par deux relevés successifs, le premier de façon habituelle, le second en déplaçant le point de fixation de 20 à 25°. Le simulateur retrouvera son déficit au même endroit, ignorant que le déplacement du point de fixation doit modifier la localisation du scotome.

a. Dépistage par périmétrie cinétique au Goldmann

Avec un peu d'habitude, le dépistage de la simulation d'un déficit du champ visuel en corrélation avec la simulation d'un déficit de la vision centrale est extrêmement facile en utilisant le périmètre de Goldmann. Plusieurs procédés peuvent compliquer la périmétrie afin de confondre le sujet:

- **la combinaison entre surface et luminosité des tests:**

il y a même excentricité et donc même réaction du patient pour un test de surface 4 et intensité III que pour un test de surface 3 et intensité IV. Les deux isoptères sont superposables. Le simulateur, surtout sensible à la réduction de la surface du test, trouvera logique de signaler plus tard la perception de l'index (3-IV).

- **la variation de l'ordre de présentation du test:**

aller tantôt de proche en proche, tantôt vers un point diamétralement opposé permet parfois d'obtenir une image en étoile totalement anarchique et ne reposant sur aucune pathologie organique.

- **le phénomène d'inversion des isoptères de KLUYSKENS (1958):**

chez le simulateur, l'isoptère étudié de manière centrifuge est plus rétréci que l'isoptère centripète, ce qui est contraire aux résultats d'un sujet normal, compte tenu du phénomène de persistance de l'image rétinienne.

- **procédé d'éloignement de DUBOIS-POULSEN:** chez le simulateur, l'éloignement du patient de 20 cm par rapport à sa position initiale ne modifie pas la taille de l'isoptère alors qu'il devrait paraître plus grand. En effet, il ne se doute pas que l'éloignement modifie les limites périphériques du champ de vision et il affirmera qu'elles restent les mêmes ou paradoxalement qu'elles diminuent.

b. Dépistage par périmétrie statique automatisée

La périmétrie automatique est un examen à la fois objectif, ne préjugant ni du lieu ni du type de déficit, et subjectif car elle fait appel à la coopération du patient. RODALEC et STEWART (10, 11) ont démontré que les différents paramètres analysés par les programmes informatiques aident peu l'ophtalmologue à dépister les simulateurs qui, suffisamment avertis, peuvent facilement tromper la machine.

Par exemple, si un fraudeur ignore délibérément un des quatre points pivots permettant en début d'examen de mesurer la sensibilité, la machine utilisera des spots de plus en plus lumineux pour mesurer la sensibilité du quadrant correspondant faisant paraître l'image d'une pseudoquadransopie. En général, pour des déficits simples, la reproductibilité est facile, les différents paramètres montrent qu'ils sont souvent plus profonds et tendent à être trop parfaits.

En conclusion, la périmétrie automatisée n'a certainement pas un intérêt supérieur à la périmétrie cinétique au Goldmann si ce n'est qu'elle autorise la comparaison d'examen effectués dans les mêmes conditions. En outre, cette stratégie ne fait ressortir aucun des morphotypes évocateurs de la simulation (champ visuel tubulaire, spirale...).

5. SIMULATION D'UNE HÉMÉRALOPIE

Relativement fréquente en pratique militaire, cette simulation est beaucoup plus rare en pratique

civile. Elle est surtout évoquée en vue d'atténuer la responsabilité en cas d'accident de la voie publique, de criminalité...

- **l'adaptométrie à l'appareil de GOLDMANN-WEECKERS:**

permet de confondre le simulateur car les réponses fournies tout au long de l'épreuve seront irrégulières et la courbe finalement obtenue ne présentera pas l'aspect monophasique caractéristique de l'héméralopie vraie.

- **la scotopométrie associée à l'E.R.G.:**

elle confirmera la fraude. Si le complexe scotopique 2 b a une amplitude et une évolution normales, la simulation est très plausible.

6. SIMULATION D'UN DÉFICIT DE LA VISION DES COULEURS

Elle est exceptionnelle. Cependant, dans un accident de la voie publique ou de chemin de fer par mauvaise vision d'un feu coloré, un sujet pourrait alléguer un trouble du sens chromatique pour atténuer sa responsabilité. L'exploration du sens coloré permet la mise en évidence de la fraude:

- **les tables pseudo-isochromatiques d'Ishihara:**

le sujet ne lira pas la planche de démonstration lue par tous, ni les planches uniquement lues par les dyschromates. Mais attention, il faut toujours présenter les tables dans un ordre différent du livre

- **les tests de classement (Farnsworth 100 HUE - 15 HUE...):**

le sujet affirmera ne pas pouvoir classer les pions colorés alors que ce classement est toujours possible au prix bien sûr de grandes erreurs, même chez le sujet achromate.

- **L'anomaloscope:**

permettra de confirmer la simulation mais rares sont les cabinets d'ophtalmologie équipés d'un tel appareil.

7. SIMULATION D'UNE DIPLOPIE

Le sujet peut déclarer toujours présente une diplopie guérie ou plus souvent exagérer une diplopie réelle. Il faudra bien sûr exclure une diplopie monoculaire par un examen du segment antérieur. La diplopie binoculaire peut être éliminée par un examen de la motilité oculaire extrinsèque, l'étude de la diplopie au verre rou-

ge, l'interposition d'un prisme provoquant une véritable diplopie et désorientant le fraudeur au point qu'il déclare voir trois ou quatre images et surtout par l'épreuve de Lancaster qui apporte un relevé objectif du déficit oculomoteur et dont le tracé permet de confirmer ou infirmer la diplopie alléguée et d'en préciser l'importance. Pour finir, le relevé du champ visuel avec verres, rouge devant l'œil droit et vert devant l'œil gauche explorant les zones de diplopie dans les différentes positions du regard donnera la solution finale. Au total, un simulateur ne peut subir la combinaison de ces tests sans faire d'erreur révélant la supercherie.

II. MALADIES DISSIMULÉES

Elles sont rencontrées lors des examens de sélection à certaines fonctions exigeant des normes d'aptitude définies. L'intéressé cherche alors à cacher un déficit sensoriel. Il faut établir la distinction avec une maladie ignorée telle une amblyopie unilatérale méconnue (8).

1. DISSIMULATION D'UNE ANOMALIE DE LA VISION CENTRALE

Lors de la détermination de l'acuité visuelle, l'examineur veillera à la bonne obturation de l'œil non examiné et contrôlera le patient lors de la lecture des optotypes. Il veillera également à vérifier l'absence de port d'une lentille de contact conservée pour la lecture des optotypes et retirée pour l'examen objectif.

Le dépistage se fera simplement en présentant des chiffres ou des lettres dans un ordre inconnu du sujet. Une vision binoculaire médiocre éveillera également l'attention.

2. DISSIMULATION D'ALTÉRATIONS CAMPIMÉTRIQUES

L'atteinte du champ visuel est parfois compatible avec une acuité visuelle normale. Elle peut être soupçonnée par l'attitude particulière, décalée lors de la lecture ou le déplacement difficile du patient dans le cabinet de consultation. L'étude du champ de vision au Goldmann et éventuellement en périmétrie automatisée permettra le dépistage.

3. DISSIMULATION D'UNE DYSCHROMATOPSIE

Certaines dyschromatopsies, qu'elles soient congénitales et alors souvent isolées, ou acquises associées à d'autres altérations de la fonction visuelle, rendent inaptes pour certains emplois tels électricien, teinturier, ou à certaines fonctions de sécurité dans l'aviation, la marine, les chemins de fer..

Les tables pseudo-isochromatiques d'Ishihara donnent rapidement la solution. Cependant, elles peuvent être apprises par cœur et il faut donc les présenter dans un ordre aléatoire, en supprimant l'identification chiffrée au bas de chaque page.

En cas de doute, le dépistage peut être complété par le test de Farnsworth 15 HUE ou 100 HUE ainsi que par un ERG. Mais attention, cet examen confirmera une achromatopsie totale mais n'affirmera pas une dyschromatopsie.

On peut également avoir recours à des tests beaucoup plus sophistiqués nécessitant un matériel qui ne se trouve pas dans un cabinet classique (lanterne chromoptométrique de BEYNE, anomaloscope de NAGEL...).

4. DISSIMULATION D'UNE HÉMÉRALOPIE

Elle est rare et symptomatique d'une dégénérescence tapéto-rétinienne dont le diagnostic est fait à l'ophtalmoscopie. Lorsqu'elle rentre dans le cadre d'une héméralopie essentielle, l'adaptométrie à l'appareil de GOLDMANN-WEECKERS permet de poser le diagnostic. La lanterne de BEYNE et, en dernier recours, l'E.R.G. enregistrée pendant l'adaptation à l'obscurité, peuvent mettre en évidence certaines altérations.

5. DISSIMULATION D'UNE ANOMALIE DE LA VISION BINOCULAIRE

Certains strabismes à petit angle ou opérés peuvent échapper à l'examen clinique. On les dépistera en recherchant la vision stéréoscopique (TNO - synoptophore avec tests de fusion).

6. DISSIMULATION D'UNE CHIRURGIE RÉFRACTIVE

La chirurgie réfractive peut être interdite pour accéder à certaines professions (pilote d'avi-

on...). La kératotomie radiaire, le Lasik et les anneaux intracornéens sont évidents à l'examen biomicroscopique. Par contre, la kératotomy photoréfractive (P.R.K.) peut passer inaperçue en l'absence de haze. Dans ce cas, seule une topographie cornéenne objectivant une zone centrale de puissance réfractive inférieure permettra de confondre le dissimulateur.

III. CONCLUSION

La simulation d'une cécité ou amblyopie unilatérale est la plus fréquente. Son dépistage repose sur des procédés simples (brouillage, utilisation des optotypes de THIBAUDET, verres colorés...). La détection d'une simulation du déficit du champ visuel (rétrécissement concentrique, en spirale ou en secteur) nécessite l'emploi du périmètre de Goldmann. En dehors d'une étude comparative des tests réalisés dans les mêmes conditions, la périmétrie automatisée n'a que peu d'intérêt. La simulation d'une diplopie est beaucoup plus rare. L'examineur recherchera une limitation oculomotrice. L'emploi du test de Lancaster est souvent utile.

Ainsi convient-il de ne jamais donner l'impression de suspecter la fraude, d'examiner si possible le patient seul, de réaliser les manœuvres de dépistage naturellement et rapidement, enfin d'avoir recours, dans le doute, aux examens complémentaires en sachant répéter certains d'entre eux.

Traiter un patient de simulateur relève moins d'un diagnostic que d'une accusation (7). Celle-ci ne peut être posée qu'à condition d'avoir exclu, après examen ophtalmologique complet et précis, une pathologie organique.

La mise en évidence de la fraude par l'expert ophtalmologiste est toujours délicate et parfois vouée à l'échec. Comme le soulignait PERDRIEL (8) en 1966, l'aphorisme de SHELTON garde toute sa valeur pour qui: "*le diagnostic de simulation est une bataille de l'esprit que peut très bien perdre l'examineur*". J.F. RISSE (9) conclut qu'heureusement cette bataille est gagnée dans l'extrême majorité des cas grâce à la diversité des techniques d'exploration de plus en plus sophistiquées, confondant les fraudeurs les plus habiles. Bien souvent, il n'est pas utile d'y avoir recours car des tests extrêmement simples et parfaitement réalisés sans la moindre hésitation dans le cadre d'une consul-

tation classique permettent de démasquer ces simulateurs ou dissimulateurs qui coûtent cher à la société.

Pour terminer, comme COUTELAS (3), nous pouvons dire "*ce n'est que dans le cas de conviction absolue et après concordance de multiples épreuves que l'expert sera en droit de conclure à la fraude*".

BIBLIOGRAPHIE

- (1) BONNET J.L. – Dépistage de la simulation, *Année Ther Clin Ophtalmol* 1975; 26: 53-71.
- (2) BOURGEOIS H. – Le dépistage de la simulation, *J. Fr. Ophtalmol* 1983; 6: 415 - 426.
- (3) COUTELAS Ch. – Maladies provoquées. Maladies simulées. *Traité d'Ophtalmologie, Masson, Paris 1939; t VIII 537-541.*
- (4) DESVIGNES P., LEGRAS M. – Les expertises en ophtalmologie, *Masson, Paris 1973; 2, II-III 15-23.*
- (5) DOT C., MAURIN J.F. – Maladies simulées et dissimulées en ophtalmologie, *Encycl. Méd. Chir. Ophtalmologie* 1998, 21-875 A-10.
- (6) GUILLAUMAT L. – Le problème des expertises en ophtalmologie. *L'année thérapeutique et clinique en ophtalmologie. 1961. 12, 329-360.*
- (7) JONQUERRES et al. – Entre œil et justice. Le handicap visuel. *Bull. Soc. Ophtal. France. Rapport annuel 1993, 670-673.*
- (8) PERDRIEL G. – Maladies dissimulées, provoquées et simulées en ophtalmologie, *Encycl. Méd. Chir. Ophtalmologie* 1977, 25-850 C 10.
- (9) RISSE J.P. – Exploration de la fonction visuelle, *Masson, Paris 1999; 484-739.*
- (10) RODALEC T., HAMELIN N. – Peut-on tricher en périmétrie automatisée? *J. Fr. Ophtalmol, 2003; 26, 591-595.*
- (11) STEWART J.F. – Automated Perimetry and Malingers. Can the Humphrey be outwitted? *Ophthalmology* 1995; 102: 27-32.
- (12) THOMSON J.C., KOSMARSKY G.S. – Fields of dreamers and dreamed-up fields. Functional and fake perimetry. *Ophthalmology* 1996; 103: 117-125.

.....

Correspondance et tires à part:
Dr CH. LEDOUX-SKIVEE,
Avenue Reine Astrid 109,
B-5000 Namur,
christine@ledoux.cc