



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

160240

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Albert Fruhinsholz

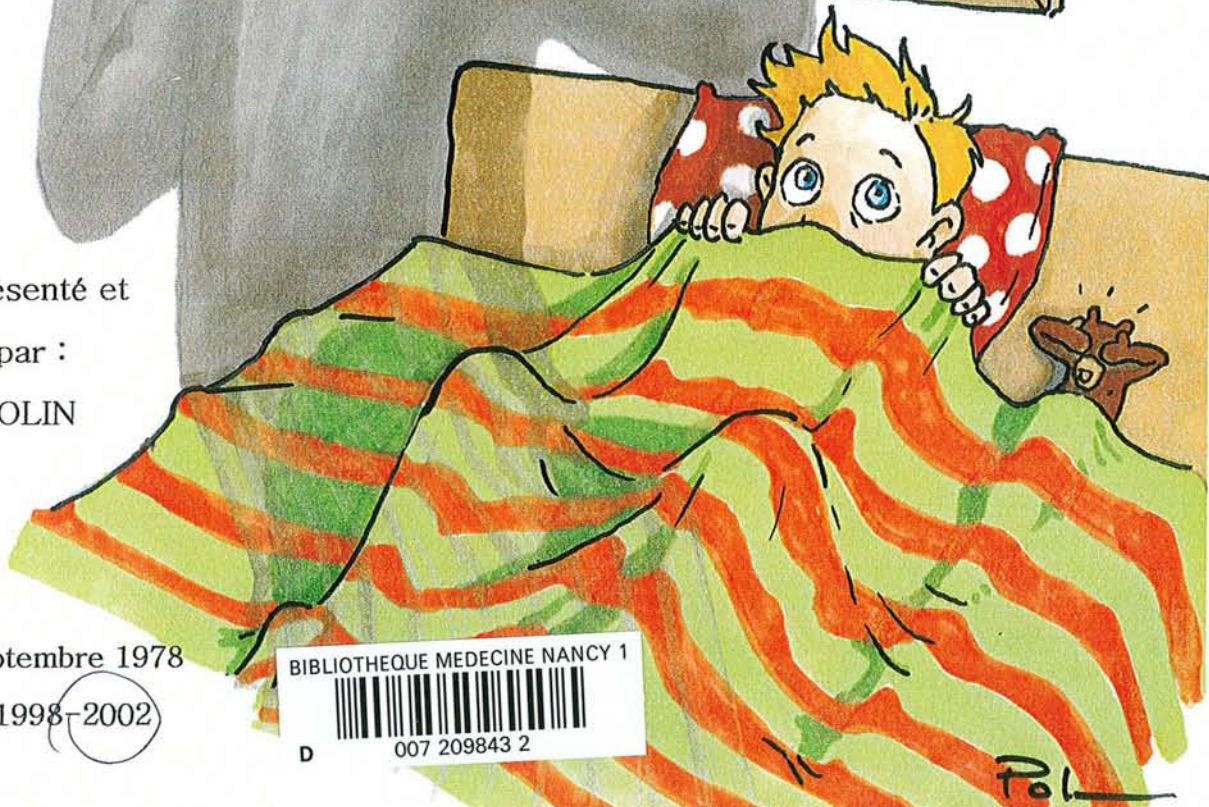
NANCY



LE SYNDROME DE MUNCHHAUSEN PAR PROCURATION



Mémoire présenté et
soutenu par :
Aurélie COLIN



Née le 12 septembre 1978

Promotion 1998-2002

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



007 209843 2

Pol

ECOLE DE SAGES-FEMMES Albert FRUHINSHOLZ
NANCY

LE SYNDROME DE MUNCHHAUSEN PAR
PROCURATION

Mémoire présenté et soutenu par :
Aurélie COLIN
Née le 12 septembre 1978
Promotion 1998-2002

REMERCIEMENTS

Je voudrais dire un grand merci à tous ceux qui m'ont aidée, soutenue et rassurée, pendant ces quatre années d'études.

Merci,

A mes parents qui m'ont permis d'apprendre un métier fantastique.

A Jean-Christophe pour son aide précieuse et ses encouragements,

A ma monitrice Madame. CRESSON,

Au docteur BODY LAWSON pour ses conseils avisés,

A Madame LEPAGE d'avoir bien voulu me relire,

A toute ma promotion pour son soutien et nos grands moments de fou-rire,

A Paul FILIPPI pour son merveilleux dessin,

A mes amies inséparables : Aline, Marie, Claire et Juliette.

SOMMAIRE

Remerciements	Page 3
Préface	Page 6
Introduction	Page 8
<u>Première partie :</u> HISTORIQUE ET APPROCHE CLINIQUE DU SYNDROME DE MUNCHHAUSEN.	Page 10
I. DECOUVERTE DU SYNDROME DE MUNCHHAUSEN.	Page 11
II.DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE.	Page 16
III.ÉTIOLOGIES.	Page 18
IV.CRITÈRES DIAGNOSTIC.	Page 20
V.ÉVOLUTION, PRONOSTIC ET TRAITEMENT.	Page 26
VI.CAS DE LA FEMME ENCEINTE.	Page 28
<u>Deuxième partie :</u> SYNDROME DE MUNCHHAUSEN PAR PROCURATION.	Page 31
I.DÉFINITION ET MANIFESTATIONS CLINIQUES.	Page 32
II.CARACTÉRISTIQUES SOCIOLOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DU PARENT MALTRAITANT.	Page 38
III.FORMES CLINIQUES.	Page 42
V.ÉTUDE DE CAS.	Page 45

Troisième partie :

PREVENTION, DEPISTAGE : ROLE DE LA SAGE-FEMME. DEVENIR
DES ENFANTS ET TRAITEMENT DU MALTRAITANT. Page 51

I.PREVENTION. Page 53

II.DEPISTAGE. Page 55

III.DEVENIR DES ENFANTS. Page 62

IV.TRAITEMENT DU PARENT MALTRAITANT. Page 66

Conclusion Page 67

Glossaire Page 69

Bibliographie Page.71

Table des matières Page 77

Annexes Page 81

PREFACE

La maltraitance à enfant est un sujet qui m'a toujours impressionnée, car il est difficile de comprendre comment une mère peut nuire à son enfant.

Déjà, en première année j'avais réalisé un dossier de santé publique sur ce thème.

Plus tard, à l'occasion d'un reportage télévisé, j'ai découvert le syndrome de Münchhausen par procuration. Il m'a semblé inconcevable qu'une mère puisse secrètement inventer une maladie à son enfant et manipuler médecins et soignants pour aggraver l'état de santé de celui-ci.

C'est pourquoi j'ai voulu en savoir plus. Il m'est apparu que ce syndrome est peu connu des sages-femmes françaises et qu'elles ont un rôle non négligeable dans la prévention et le dépistage.

INTRODUCTION

L'innocence et la fragilité des nouveau-nés les exposent parfois à des actes aussi effroyables qu'incompréhensibles. Ainsi, nul n'imaginerait qu'une mère puisse volontairement infliger des souffrances parfois mortelles à son bébé, dans le but d'attirer sur elle l'attention des médecins et de son entourage. C'est pourtant cette situation que l'on rencontre dans le cas du syndrome de Münchhausen par procuration.

Ce syndrome étant peu connu du monde obstétrical, on peut se demander ce dont il s'agit exactement. Quel est, pour la sage-femme qui se doit d'être familiarisée avec les différentes formes de maltraitance, l'intérêt de connaître et savoir reconnaître un cas de syndrome de Münchhausen par procuration ? Comment peut-elle jouer un rôle dans sa prévention et son dépistage ?

Dans la première partie, nous allons nous intéresser au syndrome de Münchhausen dit simple, qui pousse certains individus à s'inventer des maladies en en recréant les symptômes.

Ensuite, la deuxième partie sera consacrée à la présentation du syndrome de Münchhausen par procuration et à l'étude de cas cliniques.

Enfin, dans la troisième partie, nous verrons le rôle de la sage-femme dans la prévention et le diagnostic de ce syndrome, ainsi que le devenir des enfants victimes de sévices et le traitement du parent maltraitant.

Première partie :

HISTORIQUE ET APPROCHE
CLINIQUE DU SYNDROME DE
MUNCHHAUSEN

I. DECOUVERTE DU SYNDROME DE MUNCHHAUSEN.

Le syndrome de Münchhausen fait partie des troubles factices rares.

Les individus atteints inventent des symptômes conduisant à des investigations ou des traitements inopportuns.

I.1. Premières descriptions.

I.1.1. Hector GAVIN en 1843.

Hector Gavin, médecin anglais, est souvent cité comme le premier auteur à différencier simulation et troubles factices. En 1843 il publie, à Londres, son traité « Sur les maladies feintes et factices », principalement chez les soldats et les marins. Il distingue les maladies feintes ou purement fictives, qu'elles soient prétendues ou simulées, des maladies factices ou celles qui sont entièrement produites par le patient. Gavin a analysé les motivations des soldats et des marins malades et a pu différencier deux catégories. Une grande majorité ont en vue quelque avantage à être malade : rester à l'infirmerie, se reposer, obtenir une permission . . . Alors que d'autres semblent éprouver une inexplicable satisfaction à tromper leurs officiers, camarades et médecins. Ainsi Gavin évoque « une perversion de la raison »¹.

La pathologie factice semble disparaître des préoccupations des médecins pendant plusieurs décennies. Elle réapparaîtra en 1905.

¹ FENELON Gilles, Le syndrome de munchausen, Paris : Presses Universitaires de France, 1998.p14.

I.1.2. Ernest DUPRE en 1905.

Ernest Dupré est médecin chef de l'infirmierie spéciale de la préfecture de police jusqu'en 1919 où il sera titulaire de la chaire de psychiatrie de Paris.

En 1905 il publie une étude intitulée : « La mythomanie : étude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbide ». Il est le créateur du terme « mythomanie » qu'il définit comme « la tendance pathologique plus ou moins volontaire et consciente, au mensonge et à la création de fables imaginaires. C'est la persistance chez l'adulte de l'activité mythique infantile ». Il décrit également les formes cliniques associées à la mythomanie : l'altération de la vérité (par exagération, atténuation, déformation des faits réels ou addition de faits imaginaires), le mensonge, la simulation et la fabulation fantastique. » Cette dernière constitue pour Dupré la forme la plus différenciée qui peut être décomposée en trois formes : mythomanie vaniteuse, maligne et perverse.

Les trois formes de fabulation fantastique selon E.Dupré (1905).

-Mythomanie vaniteuse :

- hâblerie fantastique
- auto-accusation criminelle
- simulations diverses (attentats, maladies, etc.)

-Mythomanie maligne :

- malice (mystificateurs)
- hétéro accusation :
 - calomnie
 - dénonciation
 - simulation d'attentats, etc.

-Mythomanie perverse :

- lubrique (pervertis génitaux)
- cupide (escrocs)
- errante (vagabonds, etc.)

Les patients atteints du syndrome de Münchhausen apparaissent en filigrane dans cette classification et correspondent aux mythomanes vaniteux dont ils partagent les « hâbleries fantastiques » et « les automutilations » qui se manifestent par la mise en œuvre de fausses maladies avec présence de symptômes².

Quelques années plus tard, Dieulafoy s'intéressera également aux troubles factices.

I.1.3. Georges DIEULAFOY en 1908.

Georges Dieulafoy est professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu à Paris.

En 1908 il introduit le terme de « pathomimies ». Il rapporte le cas d'un patient d'une trentaine d'années présentant depuis deux ans et demi des escarres récidivantes des deux membres supérieurs et du pied gauche, les lésions apparaissant de façon irrégulières et rapide. Le malade gardait avec soin le nom et le diagnostic de chacun des quinze médecins et chirurgiens consultés. Il avait même consenti à l'amputation de son bras gauche. Après avoir réfuté de nombreuses étiologies sur les maladies éruptives, Dieulafoy conclut à la simulation au moyen de potasse caustique. Il rencontre le malade qui, après de vigoureuses dénégations, s'effondre et fait ses aveux. Citant Dupré, Dieulafoy se rend compte que ce patient est plus qu'un mythomane car son mensonge et accompagné de voies de fait. Il décide donc de donner comme nom

² FENELON Gilles, Le syndrome de munchausen, Paris : Presses Universitaires de France, 1998.p16-17.

« pathomimie », qui vient de *pathos* : maladie et de *mimie* : simuler, pour cette catégorie de simulateurs³.

Dieulafoy avoue son embarras devant l'apparente absence de motivation et le comportement automutilateur des patients. Il découvre que ces patients éprouvent une joie intense à se rendre intéressants et à se faire plaindre. Une fois entraînés dans cette voie néfaste, ils n'ont plus la volonté de s'en sortir. Pour Dieulafoy, ces patients ne sont pas responsables de leurs actes puisqu'ils n'ont plus de libre arbitre.

I.2. Comment R. Asher a donné à ce syndrome le nom d'un personnage fictif.

Richard Asher, médecin britannique, introduit pour la première fois le terme de Syndrome de Münchhausen le 10 février 1951, dans la revue The lancet. Il utilise alors la référence au Baron de Münchhausen.

I.2.1. Histoire du Baron Karl Freidrich Hieronymus von Münchhausen.

Le Baron Karl Friedrich (1720-1797) a commencé très jeune une carrière militaire dans l'armée russe : Lieutenant à vingt ans, capitaine à trente ans, il se retire à quarante ans et devient un gentilhomme campagnard qui se consacre à la chasse et à ses amis. Il vit dans ses terres, dans le Brünswick (région de l'actuelle R.F.A), où sa générosité et son humour sont réputés ; il régale ses commensaux d'histoires invraisemblables qu'il raconte avec le plus grand sérieux.

Un certain Erich Rudolf Raspe, écrivain anglais et escroc fut l'hôte du Baron et s'inspira de ces récits pour publier en 1785 un livre intitulé « Les extraordinaires voyages, campagnes et aventures du Baron de

³ FENELON Gilles, Le syndrome de munchausen, Paris : Presses Universitaires de France, 1998.p19.

Munchausen » au grand dam du véritable Baron. Afin de faciliter la lecture des noms germaniques, Raspe fit perdre à Münchhausen son « umlaut » et son second H. Ce livre représente un monde de facilité : on y fait pousser des barbes en cinq minutes, le Baron voyage sur un boulet de canon, il raccommode des chevaux coupés en deux, il va sur la lune grâce à une montgolfière et y rencontre des fruits qui parlent, etc. L'ouvrage connut une grande popularité mais Raspe n'en revendiquera jamais la paternité. Il sera traduit en allemand en 1786, la première édition française date de 1887 « Gulliver ressuscité, ou les voyages, campagnes et aventures extraordinaires du Baron de Munikhausen ». Mais ce fut un échec.

Le succès de Münchhausen en Angleterre et en Allemagne a inspiré plusieurs écrivains et de nombreux cinéastes (Terry Gilliam en 1988, Emik Cohl en 1920, etc).

Münchhausen connaît une deuxième vague de gloire posthume grâce à Asher qui donne son nom à un syndrome.

I.2.2. Asher et l'essor du syndrome de Münchhausen.

Richard Asher (1916-1969) est un brillant médecin londonien qui fit sa carrière essentiellement au Central Middle West Hospital ,où il dirigea le « Mental Observation Ward ».

En 1961 il brosse le tableau, étayé par trois cas illustratifs de ces patients qui comme le baron, ont beaucoup menti. Il réunit les éléments qui forment le syndrome.

II. DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE.

II.1. Définition.

Les troubles factices représentent la production intentionnelle de signes ou de symptômes somatiques ou psychologiques, en l'absence de motivations significatives.

Le syndrome de Münchhausen est caractérisé par une triade de signes: des troubles factices d'allure aiguë, conduisant à des investigations ou des traitements inopportuns, des pérégrinations d'hôpital en hôpital, ainsi que des fabulations affectant toute la biographie.

II.2. Epidémiologie.

Le syndrome de Münchhausen est réputé rare, au regard notamment des autres troubles factices. La prévalence de ces derniers, avec manifestations psychiatriques, est difficile à évaluer à cause des problèmes posés par le diagnostic. De plus, l'ensemble des cas rencontrés ne sont pas forcément publiés ou au contraire le sont plusieurs fois.

Il n'existe pas à l'heure actuelle de données sur la prévalence, en population générale, des troubles factices avec manifestations psychiatriques. Deux études ont essayé d'évaluer la fréquence des troubles factices dans des services de psychiatrie.

D'après Pope et son équipe, en 1982 la prévalence était de 4,1% dans un groupe de 219 patients auparavant diagnostiqués comme psychotiques. Les auteurs notent que dans 2,3% supplémentaires, un diagnostic de troubles factices était possible.

Bhugra, en 1988, trouve dans une étude rétrospective une prévalence de 0,5% de patients atteints, mais il considère qu'il pourrait s'agir d'une sous-estimation.

Le docteur Andrei Szoke, médecin du service de psychiatrie à l'hôpital Chenevier à Créteil, a établi des statistiques à partir de manifestations cliniques déjà publiées. Le choix des articles a été limité à ceux qui présentaient le cas avec suffisamment de détails et d'arguments pour la facticité des symptômes.

Caractéristiques	N*	Valeur
Sexe H / F	54	35 / 19 (65%-35%)
Age de début	13	15 à 40 ans
Age de diagnostic	54	15 à 57 ans
Etat civil –seul ou marié	23	19 / 4 (83%-17%)

N* = Nombre de cas pour lesquels des données sont disponibles.

Ainsi, on remarque que le syndrome de Münchhausen touche plus les hommes que les femmes. L'âge de début est très variable : en moyenne 25 ans et 8 mois. Quant à l'âge de diagnostic, il est tardif : en moyenne, 32 ans et 3 mois. Cela nous montre les difficultés à poser le diagnostic. Le plus souvent, ces personnes vivent seules. On remarque une absence de visite lors de l'hospitalisation, due à la personnalité antisociale des patients, qui souffrent d'une incapacité répétée à garder un emploi stable et à se conformer aux normes sociales.

III. ETIOLOGIES.

Peu de choses sont connues en ce qui concerne les étiologies, du fait des difficultés diagnostiques et des réticences des patients à se soumettre aux tests psychologiques.

Plusieurs hypothèses ont été formulées pour essayer d'expliquer la genèse de ces troubles.

III.1. Henderson en 1974.

Il émet une hypothèse sur les comportements déclencheurs de soins: il considère en effet les troubles factices comme des mécanismes de "copyng" appris et renforcés pendant l'enfance. Il s'agit d'une procédure d'identification inconsciente à une personne qui a réellement présenté la maladie que le sujet simule. Ainsi on comprend le choix des symptômes⁴.

III.2. Kaplan en 1994.

Kaplan et son équipe de médecins ont remarqué que les patients présentant des troubles factices ont souffert de maltraitance, qu'ils ont subi de nombreuses hospitalisations durant leur enfance, et à l'âge adulte auront peu de relations familiales ou amicales. Ceci a conduit à formuler l'hypothèse que l'hospitalisation permet à ces patients de créer la relation idéale de parent à enfant qui leur a manqué. Ces patients ont souffert dans leur enfance d'absence d'amour et de solitude. L'hospitalisation leur laisse un bon souvenir et l'envie de retourner à l'hôpital⁴. Nous pouvons évoquer l'exemple d'une femme dont les antécédents ont pu être vérifiés auprès de l'entourage et des hôpitaux

⁴ SZOKE Andrei, Troubles factices/Syndrome de Münchhausen avec manifestations cliniques, Internet, 2000.http://perso.club-internet.fr/andreisz/index_fr.html

visités : elle décrivait sa mère comme dépressive chronique et intoxiquée aux barbituriques, et son père comme une personne frustrée et brutale. Une amygdalectomie à l'âge de huit ans lui a laissé le souvenir de lumières brillantes, de la chaleur des infirmières et du sourire du chirurgien. A l'âge de douze ans, un contact accidentel avec une plante vénéneuse nécessite un passage à l'infirmerie scolaire, qui devra être renouvelé après que la fillette se soit volontairement roulée dans la même plante. Elle adoptera le comportement de Münchhausen à l'âge de 36 ans.

III.3. Eisendrath en 1996.

Il considère que le trouble factice offre au patient le sentiment d'avoir le contrôle de la situation, sentiment qui lui a manqué pendant son enfance⁵.

IV. CRITERES DIAGNOSTIQUES.

Les présentations cliniques varient selon l'imagination et l'étendue des connaissances médicales du patient.

IV.1. Les symptômes.

Le patient présente souvent un trouble sévère généralement incompatible avec le maintien d'un emploi et des liens familiaux. Il a souvent de très bonnes connaissances médicales.

⁵ SZOKE Andrei, Troubles factices/ Syndrome de Münchhausen avec manifestations cliniques, Internet, 2000. http://perso.club-internet.fr/andreisz/index_fr.html

Reisch et Goltfried, en 1983, ont réparti les troubles factices en quatre sous-groupes : les infections auto-induites, les maladies simulées, les plaies chroniques entretenues, et les prises cachées de médicaments⁶.

En pratique, les fièvres par auto-inoculation de matériels septiques constituent l'une des formes les plus fréquentes et les mieux étudiées. L'infection est entretenue par des injections répétées de cultures bactériennes ou par des produits septiques tels que la salive ou des selles. L'anémie hypochrome due à des hémorragies volontairement provoquées constitue également un classique du genre. Bernard, en 1967, lui donne l'éponyme littéraire de Lasthénie de Ferjol, un personnage imaginaire de Barby d'Aurevilly. Dans un roman, l'auteur raconte en effet le long dépérissement d'une jeune fille déshonorée par un moine. La malheureuse meurt et sa mère découvre, en glissant sa main sur sa poitrine, du sang : Lasthénie s'était tuée lentement en s'enfonçant des aiguilles dans la région du cœur –18 au total ! Dans la réalité les anémies hypochromes résultent de ponctions veineuses ou artérielles répétées, voire de dons de sang abusifs. Parmi les prises cachées de médicaments, on peut citer les anticoagulants, les diurétiques et les insulines.

Ce qui frappe, c'est la grande violence de ces conduites où le désir de tromper semble passer au second plan derrière un désir intense d'auto-agression. Il n'est pas rare que ce type de comportement conduise à des mutilations sévères, voire au suicide.

Dans quelques observations, il n'y a pas à proprement parler d'automutilation. Ce sont les médecins qui vont avoir des gestes et des traitements dangereux. Nous pouvons citer le cas d'une femme de 26 ans qui consulte pour stérilité primaire due à une tumeur ovarienne. Elle fournit au médecin un compte-rendu anatomo-pathologique à son nom

⁶ FENELON Gilles, *Le syndrome de munchausen*, Paris : Presses Universitaires de France, 1998.p61.

datant de six mois. La falsification de ces papiers sera établie après trois cures de chimiothérapie.

IV.2. Caractéristiques communes.

La mobilité est au cœur même du syndrome, c'est le premier critère donné par Asher⁷.

Les patients atteints vont d'hôpital en hôpital et multiplient les consultations et interventions. Henderson (1983) décrit le cas d'un homme consultant de manière répétée dans les hôpitaux avec les symptômes d'une hémorragie méningée : -céphalées violentes, soudain associées à une hémiparésie. Il subissait à chaque fois des investigations, dont scanner et ponction lombaire. Il donnait les coordonnées d'un médecin généraliste qui reçut en trois ans 200 comptes-rendus d'hospitalisation provenant de Grande-Bretagne, d'Irlande, de Belgique et des Pays-Bas. Il semble que la présentation des symptômes n'ait pas changé au fil des ans.

Cette mobilité répond à la quête d'un environnement naïf, car il ne faut pas être reconnu.

Les changements de symptômes ne sont pas fonction du traitement. On remarque une exacerbation des symptômes quand le patient se sent observé. Cheng et Hummel, en 1978, rapportent le cas d'un patient se présentant en simulant un état psychotique aigu avec des hallucinations et des idées délirantes, et ayant fait plusieurs tentatives de suicide. Toutefois son comportement avec les autres patients paraît cohérent et rationnel, et les antipsychiques n'ont pas d'influence sur ces symptômes⁸.

⁷ ASHER R, AsherMeadow ; Internet, 1997.ashermeadow.com.

⁸ FENELON Gilles, Le syndrome de munchausen, Paris : Presses Universitaires de France, 1998.p43.

A chaque hospitalisation, on remarque la répétition de cycles de même nature. Un cycle comporte presque toujours les trois mêmes phases – Fénelon, 1998– :

- Arrivée dramatique dans une ambiance d'urgence. C'est le temps de la répétition d'une histoire avec ou sans variante.
- Séjours de longueur variable marqués par de nombreux examens.
- Départ soudain, par évasion ou sortie contre avis médical. Il suit ou précède la découverte de la facticité.

Une quatrième phase peut exister : celle dite de la flèche de Parthe : le patient laisse une trace ou envoie un signe, après son départ, le plus souvent culpabilisant ou agressif⁹.

Ex 1 : Jean R. téléphone dans le service où il était hospitalisé en se faisant passer pour le surveillant d'un autre hôpital pour annoncer sa mort par suicide.

Ex 2 : Agnès M., 40 ans, hospitalisée pour suspicion de grossesse extra-utérine avec une aménorrhée de deux mois et une douleur à la fosse iliaque droite, s'éclipse de l'hôpital juste avant le début des investigations. Elle n'a pas laissé de numéro de téléphone et la police ne trouve personne de ce nom. La nuit suivante, elle appelle en se faisant passer pour sa sœur, pour annoncer son décès dans la nuit et félicite l'équipe pour cet assassinat.

IV.3. Fausses allégations.

Le récit du patient est fait d'un mélange d'histoires dramatiques et exagérées. Asher disait que ces patients « mentent pour l'amour du mensonge ¹⁰ ». Ces mensonges flamboyants – pseudologia fantastica pour les auteurs allemands ou fabulation fantastique pour Dupré – portent sur l'identité et le passé du patient. C'est toute leur vie qui est transformée

⁹ FENELON Gilles, Le syndrome de munchausen, Paris : Presses Universitaires de France, 1998.p50.

¹⁰ ASHER R, AsherMeadown ; Internet, 1997.ashermeadow.com.

par le mensonge, ce qui augmente le sentiment que ces patients n'offrent aucune prise. Leur histoire, comme eux, se dérobe.

La fréquence des métiers valorisants est frappante, suggérant un désir d'être reconnus comme héros.

Différents mensonges sur la situation professionnelle¹¹

Asher (1951)	Blessé au cours du torpillage d'un navire en 1942. Prisonnier des japonais à Singapour. 33 ans dans la RFA et abattu en 1942
Unfung (1957)	Pilote abattu au-dessus de Hanoï
Heym (1977)	Agent du contre-espionnage
Roberts et Ni (1978)	Océanographe travaillant avec Jacques Cousteau Ingénieur spécialiste du nucléaire
Palis et Bamji (1979)	Ancien soldat de la RFA
Blétry (1981)	Artiste peintre, graveur Ancien déporté
Folger (1981)	Pilote d'essai
Ciak (1982)	Routier Blessures par balles pendant la deuxième guerre mondiale
Pitt et Pitt (1984)	Physicien nucléaire
Fénelon (1990) et Mahieu (1991)	Entrepreneur, ancien compagnon du Tour de France Routier humanitaire Professeur de philosophie
Ifudu (1992)	Joueur de football professionnel Pilote d'avion dans la marine
Epstein (1995)	Ancien militaire dans la marine Nombreuses blessures de guerre

¹¹ FENELON Gilles, Le syndrome de munchausen, Paris : Presses Universitaires de France, 1998,p53.

Les patients se prétendent rarement médecins car la tromperie serait rapidement découverte. Par contre ils disent avoir des médecins dans leur famille ou parmi leurs amis. Ainsi ils appellent dans les services où ils sont hospitalisés pour prendre de leurs nouvelles en se faisant passer pour un médecin, cousin ou ami de la famille, et donnent des instructions de prise en charge.

Le thème du deuil est récurrent et aussi l'un des plus frappants. Prenons l'exemple d'une femme de 38 ans hospitalisée pour des métastases d'un cancer utérin, qui a subi des deuils en cascade : quelques années après la mort de son père, son frère jumeau décède dans un accident de voiture, ce qui provoque le suicide de sa mère. Elle a aussi perdu un fiancé au Vietnam et un de ses amis qui est prêtre a été tué au Guatemala –Buile 1992–. En écoutant cette histoire les soignants ne peuvent que s'émouvoir et avoir de la compassion pour le patient. Le professeur Israël en 1962 rappelle que «le témoin de la souffrance la partage avec celui qui souffre. C'est là une dimension nouvelle dans l'apparition de la douleur, dimension qui joue le plus souvent à l'insu même du médecin¹²».

Certaines langues comme l'allemand ou le polonais forment le mot compassion avec le substantif « sentiment » plutôt qu'avec la racine «passion-souffrance». Ainsi le mot prend une autre dimension avec un sens plus large : celui du «co-sentiment». C'est pouvoir vivre avec l'autre le malheur mais aussi les autres sentiments. La tragédie placée dès le début de l'anamnèse va disposer médecins et soignants à entendre le reste de l'histoire avec une particulière bienveillance. Le patient va faire sortir le soignant du discours médical car il sait que sur ce terrain il n'obtiendra rien.

¹² ISRAEL L, *Le médecin face au malade*, Bruxelles :Pierre Mardaga, 1968.

Habituellement le patient a peu ou pas de visiteur. Si un proche s'intéresse à son sort c'est par téléphone. L'absence de visiteur finit souvent par frapper les soignants, et en plus le patient les empêche de contacter sa famille en leur donnant de faux noms et adresses. Il est important de retrouver les proches car ils peuvent fournir des informations qui permettent de retracer la véritable histoire du patient.

Il apparaît que le syndrome de Münchhausen possède des caractères propres, aisément repérables. Leur addition permet de reconnaître ou d'évoquer le syndrome.

Arguments cliniques en faveur du syndrome de Münchhausen

Présentation spectaculaire, en urgence
Histoire médicale non convaincante
Connaissances médicales inhabituelles
Antécédents médicaux nombreux, mais flous ou invérifiables
Nombreux voyages, métier inhabituel ou en relation avec la médecine
Deuil récent et parfois en série
Absence de visiteur, famille injoignable, médecin traitant introuvable
Demande de renseignements sur le patient uniquement par téléphone
Tendance à entrer en conflit avec les soignants
Demandes répétées d'analgésiques ou de psychotropes
Sortie du service sans prévenir ou contre avis médical

G.Fénelon, 1998

V. EVOLUTION, PRONOSTIC ET TRAITEMENT.

V.1. Evolution et pronostic.

Evolution et pronostic ne sont pas entièrement connus car les patients sont le plus souvent perdus de vue. Les publications faisant état de la guérison d'un syndrome de Münchhausen sont exceptionnelles, avec un temps de recul minime voire absent. Les autres cas rapportés parlent d'une évolution généralement chronique avec de nombreuses hospitalisations débutant à l'adolescence ou chez le jeune adulte, allant jusqu'à la fin de la quarantaine.

La rareté des cas après 45 ans a plusieurs explications possibles ¹³:

- les patients deviennent plus habiles grâce à leur expérience, donc le mensonge est plus difficile à diagnostiquer.
- Avec l'âge le trouble devient moins sévère donc il y a moins d'hospitalisations.
- Etant plus âgés, les patients développent de réelles pathologies qui leur permettent de jouer le rôle du patient sans simuler.

Le pronostic est plutôt mauvais à cause de nombreuses mutilations corporelles et certains sujets vont jusqu'au suicide.

V.2. Traitement.

Traiter les patients atteints par le syndrome de Münchhausen est habituellement impossible ou inefficace car, si elle peut s'établir, la relation thérapeutique n'est pas durable. Très vite, la question du

¹³ SZOKE Andrei, Troubles factices/Syndrome de Münchhausen avec manifestations cliniques, internet, 2000.http://perso.club-internet.fr/andreisz/index_fr.html

traitement ne se pose même pas car le patient est parti et ne reviendra pas.

Il est tout d'abord essentiel d'identifier le syndrome de Münchhausen pour, au moins, ne pas nuire au patient. Poser l'indication d'examens ou d'investigations dangereuses reste sous la responsabilité du médecin et ces gestes peuvent être évités si le diagnostic est évoqué au plus tôt.

Ensuite, il faut essayer de maintenir un lien thérapeutique stable et durable. La plupart des auteurs suggèrent une approche « non confrontationnelle » en recadrant les manifestations factices comme un appel à l'aide. Plusieurs techniques qui peuvent être associées, sont proposées par Eisendrath et Feder en 1996 ¹⁴:

- les interprétations « incomplètes » : le principe est de proposer au patient une interprétation correcte mais incomplète de son comportement, de livrer une piste qui lui permet d'effectuer seul le lien entre, par exemple, une expérience de son enfance et sa conduite actuelle.

- le double lien thérapeutique : le clinicien présente au patient deux interprétations possibles de son affection. L'une fait appel à un mécanisme organique et l'autre évoque le mensonge. Le patient peut alors choisir de répondre au traitement médical, sans avoir à faire face au diagnostic.

- Les techniques « sauvant la face » : il s'agit d'offrir au patient une porte de sortie de son comportement en utilisant des techniques telles que l'hypnose ou le biofeedback.

Etant donnée la rareté des essais, des conclusions hâtives sur leur efficacité seraient prématurées.

Dans le cas où le patient est mis en face de son comportement, il nie vigoureusement et il est rare qu'une relation thérapeutique puisse s'engager sur de telles bases.

¹⁴ FENELON Gilles, Le syndrome de munchausen, Paris : Presses Universitaires de France, 1998,p88.

Une fois une relation thérapeutique stable instituée, la prise en charge doit chercher à éviter les hospitalisations et les actes médicaux qui ne sont pas nécessaires.

Il existe cependant quelques cas, anecdotiques, de traitements médicamenteux où les auteurs auraient obtenu des résultats positifs avec un traitement par neuroleptiques.

VI. CAS DE LA FEMME ENCEINTE.

Il existe des cas de syndrome de Münchhausen spécifiques à la grossesse. On a en effet pu rencontrer une grossesse extra utérine simulée par un tableau chirurgical ou abdominal et par un taux faible d'HCG (hormone gonadotrophine chorionique), faisant suite à une injection d'HCG, une maladie trophoblastique simulée par ajout d'HCG ou encore une rupture prématurée des membranes simulée par des injections vaginales.

Un cas de métrorragie du troisième trimestre (saignements) simulant un tableau de placenta praevia a été rapporté par R.Benassoulli et H.J. Philippe, du service de gynéco obstétrique de Limoges en janvier 2000¹⁵. Il s'agit d'une femme de 32 ans, mariée, infirmière, mère d'une petite fille de trois ans. Dans ses antécédents médicaux, on remarque des hospitalisations pour troubles dépressifs associés à des tentatives de suicide. Au niveau chirurgical et gynécologique, elle n'a pas d'antécédent particulier. Sur le plan obstétrical, sa première grossesse s'est déroulée sans particularité d'après elle, mais la patiente a été suivie pour un syndrome dépressif. Au début de cette grossesse, sont survenus des vomissements associés à une anxiété importante vis-à-vis de l'enfant à

¹⁵ BENASSOULLI P, PHILIPPE H J, Métrorragie au cours du troisième trimestre révélatrices d'un syndrome de Münchhausen, J Gyneco Obstet Biol Reprod, 2001, n°30, p473.

naître. Elle est hospitalisée à 30 semaines d'aménorrhée pour des métrorragies isolées, indolores, de sang rouge.

A l'échographie abdominale, on localise le placenta sur le segment inférieur. Il n'est ni marginal, ni recouvrant.

Plusieurs diagnostics différentiels sont évoqués : placenta praevia, ectropion gravidique et polype du col.

A l'entretien avec un psychiatre, elle dit être angoissée mais on remarque la fréquence des sourires immotivés pendant l'entretien. Les relations avec les équipes soignantes sont ambiguës, la patiente demande sans cesse que les diagnostics soient confirmés et validés par un médecin senior.

Au cours de la 32^{ème} semaine d'aménorrhée, des lésions traumatiques vaginales au niveau des culs de sac ont été découvertes. En fait, la patiente introduisait des aiguilles à tricoter dans son vagin afin de provoquer des saignements réguliers.

Lors de l'annonce du diagnostic, de syndrome de munchausen, la patiente s'est montrée dépressive et indifférente puis son comportement a évolué vers une reprise de la communication et des sourires.

A 34 semaines d'aménorrhée, elle est sortie de la maternité et a été suivie par un psychiatre, son obstétricien et son médecin traitant. Le reste de la grossesse s'est très bien déroulé. Elle a accouché à terme d'une fille en bonne santé. Elle est restée huit jours à la maternité, elle a allaité et tout s'est passé normalement.

Malheureusement, le médecin traitant, non convaincu par le diagnostic, n'a pas poursuivi les investigations, et la maternité n'a plus eu de nouvelles de cette patiente. Peut-être a-t-elle développé un syndrome de Münchhausen par procuration vis-à-vis de sa fille ?

Le syndrome de Münchhausen est une maladie aussi rare que grave, il est donc important de bien le connaître, notamment pour aborder le syndrome de munchausen par procuration qui est une forme de sévice à enfants, certains parents développant eux-mêmes parfois un syndrome de Münchhausen.

Deuxième partie :

SYNDROME DE
MUNCHHAUSEN PAR
PROCURATION

I.DEFINITION ET MANIFESTATIONS CLINIQUES.

Le syndrome de Münchhausen par procuration est une forme de maltraitance à enfant encore mal connue. Il a été décrit pour la première fois en 1977 par Sir Roy Meadow, qui est aujourd'hui pédiatre au St James University Hospital de Leeds au Royaume-Uni. En 1977 il était spécialiste du rein chez l'enfant, dans un hôpital, en Irlande. Le cas d'un nourrisson de quinze mois lui fut présenté : il avait de graves troubles rénaux et personne n'arrivait à trouver la cause exacte de son état. Sir Meadow découvrit que la mère de l'enfant lui faisait ingérer de façon répétée du sel depuis l'âge de six semaines. Sir Meadow donna ainsi une première définition du syndrome.

I.1. Définition et ambiguïté du mot « procuration ».

Le syndrome de Münchhausen par procuration peut également s'appeler syndrome de Meadow, du nom de son inventeur. Sir Meadow définit le syndrome ainsi : « Situation dans laquelle une personne fabrique de façon persistante des symptômes à une autre personne ; il s'agit de la mère qui invente des symptômes ou fabrique des signes à son enfant, lui causant des examens physiques et des traitements innombrables, douloureux et inutiles »¹⁶.

En 1987 Rosenberg donne une définition claire composée de quatre critères :

- maladie de l'enfant produite ou simulée par un parent.

¹⁶ ASHER R, AsherMeadown ; Internet, 1997.ashermeadow.com.

- le parent consulte fréquemment des médecins afin d'obtenir la réalisation d'examens complémentaires et la prescription d'un traitement.
- le parent responsable nie connaître la cause des symptômes.
- les critères régressent lorsque l'enfant est séparé du parent responsable.

Ces critères sont peu spécifiques et le diagnostic peut être porté à l'excès dans des situations telles que les violences physiques non reconnues et le nanisme psychosocial isolé. Donc Rosenberg précise que cette description exclut les abus sexuels isolés et les troubles du développement non organique. En revanche, il peut s'agir soit d'une maladie simulée – la mère invente des symptômes qui, en fait, n'ont pas lieu ; on parlera de formes passives –, soit une maladie produite : la mère manipule son enfant pour produire des symptômes : il s'agit d'une forme active.

Le syndrome de Münchhausen touche 65% des enfants de moins de 3 ans et 45% ont moins d'un an¹⁷. Le sexe ratio est de 1.

Ainsi on peut voir la participation constante de la mère et comprendre l'ambiguïté du mot « procuration ». Le terme « par procuration » résulte de la traduction imparfaite du terme anglais « by proxy ». Pour H.Abbou le terme « par délégation » est plus approprié. Il renvoie à la notion de transmission d'un pouvoir à un tiers (Larousse) : en effet, l'enfant va inconsciemment reprendre à son compte la maladie de sa mère, ceci simplement par amour. Une délégation est également donnée au médecin par la mère, car ce seront ses investigations qui aggraveront la situation¹⁸.

¹⁷ GUILLAUME I : Syndrome de Munchhausen par procuration. Mémoire de D.E.S de psychiatrie, 1997.

¹⁸ ABBOU H. Le syndrome de Münchhausen par procuration : trouble factice chronique et forme extrême de maltraitance chez l'enfant. Th : Med : Paris VI : 1992.

I.2. Signes d'appel.

Le diagnostic du syndrome de Münchhausen par procuration est très dur à poser car il n'est pas facile d'avoir les preuves de la maltraitance. Le parent maltraitant (généralement la mère) est très présent, notamment lors des hospitalisations, et sait se faire aimer du personnel soignant. Il maîtrise le discours médical et est très rusé. Quelques signes permettent toutefois d'alerter l'équipe médicale :

- Symptômes persistants, inexpliqués, ayant nécessité de nombreuses hospitalisations et investigations, que l'on étiquette « cas rares ». Pour Sir Meadow, ces symptômes font dire au médecin : « je n'ai jamais rien vu de semblable ! ¹⁹»
- Enfants de moins de deux ans.
- Inefficacité des traitements réputés actifs pour la pathologie dont on pense l'enfant atteint.
- Liste impressionnante d'aliments et de médicaments auxquels l'enfant est réputé allergique.
- Notion de maladie rare dans la fratrie.
- Morts subites inexpliquées dans la fratrie.
- Symptômes qui disparaissent en l'absence de la mère.
- Mère qui refuse de laisser son enfant seul.
- Mère moins inquiète que l'équipe médicale.
- Père absent ou rarement présent dans les démarches médicales.

¹⁹ ASHER R, AsherMeadown ; Internet, 1997.ashermeadow.com.

I.3. Exemples de maladies par procuration.

L'expression du syndrome de Münchhausen par procuration est très variée et peu spécifique. Toutefois certains symptômes sont plus fréquemment observés.

I.3.1. Symptômes neurologiques.

On rencontre des troubles de la conscience, de l'équilibre, des convulsions et des abolitions de réflexes. Par exemple, une crise d'épilepsie déclenchée en exerçant une pression sur les sinus carotidiens.

On peut voir également des somnolences dues à une absorption de somnifères, de psychotropes, d'anesthésiques, d'injections d'air intra-veineuses ou de solutions électrolytiques.

I.3.2. Symptômes cardio-respiratoires.

On se retrouve face à des apnées ou des malaises dus à des étouffements ou à des intoxications : par exemple, une mère qui se couche sur son enfant ou qui lui fait inhaler du monoxyde de carbone.

I.3.3. Symptômes hématologiques.

Ces symptômes sont des hématomes, des hémoptysies, des rectorragies, des hématuries ou des épistaxis. Ces hémorragies sont dues à plusieurs facteurs :

- Intoxications aux anticoagulants
- Utilisation de colorants pour simuler l'hémorragie
- Ajout du sang du parent maltraitant ou de celui de l'enfant dans les urines ou les selles de l'enfant. Le sang peut provenir d'auto

prélèvements, de plaies, de menstruations, ou de culots globulaires volés à l'hôpital.

I.3.4. Symptômes digestifs.

Ils sont marqués par des vomissements, des diarrhées, des constipations et des occlusions. Les vomissements peuvent être dus à une administration de substances hémétisantes. Les diarrhées sont provoquées par des administrations dissimulées de laxatifs ou par un régime alimentaire inadapté. Des pseudo-occlusions intestinales peuvent être causées par des suppositoires (Optalidon® -annexe 1 -). On peut voir également des vomissements fécaloïdes simulés par adjonction de selles fraîchement émises par la mère.

I.3.5 Symptômes métaboliques.

Nous avons trouvé des hypoglycémies causées par injection d'insuline ou des hyper natrémies par administration répétée de sel.

I.3.6. Symptômes infectieux.

Les fièvres ou les états septicémiques sont fréquents et provoqués par adjonction d'agents infectieux dans la perfusion : salive, matière fécale, eau d'un aquarium.

I.3.7. Eruptions cutanées.

Elles sont dues à des applications locales de substances caustiques. On a constaté des rash cutanés par coloration de la peau avec de la peinture.

On remarque que le même symptôme se répète fréquemment et qu'il est provoqué par le même mécanisme. Il est rare que plusieurs

symptômes soient associés. Voici quelques méthodes de provocation des symptômes relevées par F.Body Lawson en 1997.

PRESENTATION	METHODES DE SIMULATION OU PRODUCTION
Saignements	-Intoxication au anticoagulants (warfarine®). -Intoxication à la phénolphtaléine. -Sang d'origine exogène. -Exsanguination de l'enfant. -Addition d'autres substances.
Convulsions	-Faussement alléguées. -Intoxications (phénothiazines, imipramine, sel hydrocarbures). -Suffocation manuelle, pression des sinus carotidiens.
Dépression du S.N.C	-Intoxications(psychotropes, insuline, , aspirine barbituriques, tricycliques……) -Suffocation manuelle. -Absorption de somnifère.
Apnées	-Suffocation manuelle. -Intoxication aux psychotropes. -Faussement alléguées.
Diarrhées	-Intoxication aux laxatifs. -Intoxication au sel.
Vomissements	-Intoxication à l'IPECA . -Faussement allégués
Fièvres	-Falsification de température ou de feuilles de surveillance. -Souillure des perfusions avec bactériémie.

Eruptions cutanées	-Intoxication. -Grattage. -Produits caustiques -Peinture.
--------------------	--

II.CARACTERISTIQUES SOCIOLOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DU PARENT MALTRAITANT.

II.1. Conditions familiales et sociales.

Autrefois, pour donner une explication à la maltraitance, on incriminait des conditions socio-économiques défavorables. Or il est clair aujourd'hui que la maltraitance se retrouve dans toutes les couches de la société.

La particularité du syndrome de Münchhausen par procuration est qu'il touche presque toujours les mères, tant naturelles qu'adoptives. Ces mères sont intelligentes et ont une profession en lien avec le milieu médical. Dans 27% des cas, elles ont une fonction hospitalière (infirmière, aide-soignante ...), ou de proximité (agent hospitalier²⁰). Elles ont parfois débuté des études médicales et les ont abandonnées. On retrouve également des travailleuses sociales dans 26% des cas, des enseignantes dans 1% des cas, des aides-ménagères dans 1%, des démonstratrices d'aliments pour bébé dans 1% et des vendeuses de vêtements dans 1% des cas également. Mais ces exemples ne sont en aucun cas des critères diagnostiques du syndrome de Münchhausen par

²⁰ BODY LAWSON Festus, Une forme particulière de sévices à enfant : le syndrome de munchausen par procuration.-.Th : med.Nancy 1 :1997, n°111,p.100.

procuration, sinon bon nombre de personnes devraient être soupçonnées !

On remarque aussi l'absence du père, souvent éloigné par son travail. Les relations conjugales sont peu satisfaisantes et la mère parle très peu de son mari ou compagnon.

Dans 30% des cas la mère est atteinte de syndrome de Münchausen et dans 18% des cas elle a fait une ou plusieurs tentatives d'autolyse²¹.

La présentation sociale de la mère est aussi caractéristique puisque les relations sociales sont généralement pauvres, marquées par la solitude ou l'isolement social. Cela peut pourtant être masqué par une bonne insertion apparente. Lors de l'hospitalisation elle est très présente, impliquée et à l'aise dans le service. Elle est perçue comme une mère très dévouée, attentionnée envers son enfant. Les personnels soignants la qualifient souvent de mère admirable. Elles sont de même accueillantes envers les autres parents et leur enfant malade.

L'ensemble de ces caractéristiques familiales et sociales peut inciter à penser à un syndrome de munchausen par procuration, mais il faut se garder d'un diagnostic posé à la légère.

II.2. Profil psychologique du maltraitant.

Il est important de comprendre le fonctionnement psychologique des mères responsables de syndrome de Münchhausen par procuration. Les psychiatres les reconnaissent responsables de leurs actes car elles ne répondent pas clairement à des critères de maladies psychiatriques.

Plusieurs explications de ce comportement maltraitant ont été données.

Certains auteurs pensent que cela vient de la détresse psychique de ces femmes. Elles sont seules, isolées, ont une mauvaise estime d'elles-

²¹ GUILLAUME I : Syndrome de munchausen par procuration. Mémoire de D.E.S de psychiatrie, 1997.

mêmes et se sentent dévalorisées. Pour remédier à cela, elles font hospitaliser leur enfant. Ainsi, elles captent l'attention de leur entourage et se trouvent à l'hôpital un refuge et une source de revalorisation – elles apparaissent comme des mères admirables et suscitent les louanges de l'équipe médicale– Elles ne veulent donc plus quitter cet environnement où elles s'épanouissent, faisant ainsi tout pour que leur enfant reste malade.

D'autres raisons peuvent pousser des mères à des actes si incompréhensibles. Il faut pour cela envisager le syndrome de Münchhausen par procuration comme une pathologie de la relation mère-enfant. La mère ne voit pas son enfant comme un individu à part entière mais comme une partie d'elle-même. Elle le considère comme un appendice de son propre corps. Elle recherche toujours la proximité physique de son enfant, de manière très fusionnelle, ce qui implique une soumission complète de l'enfant induite par la mère. L'enfant devient un outil thérapeutique pour la mère qui va s'identifier à lui, projette sur lui toute la haine qu'elle éprouve envers ce qu'elle est elle-même et ce qu'ont été pour elle ses parents, surtout sa mère²².

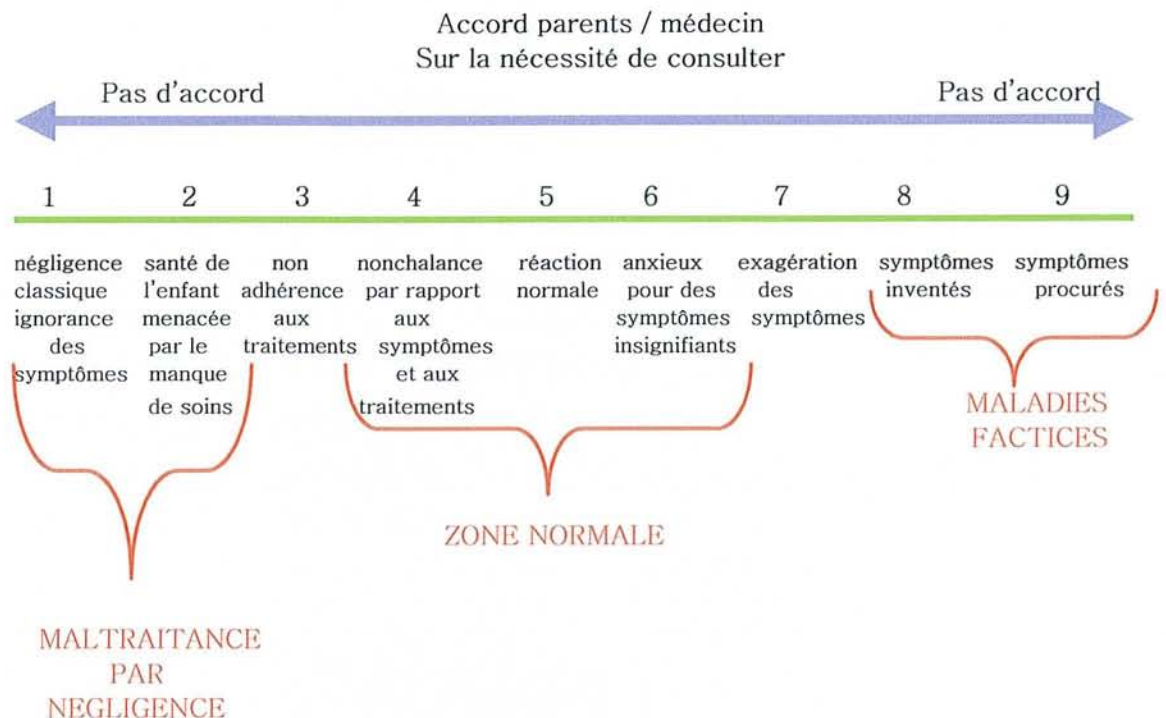
Dans de nombreux cas il existe chez ces mères des atteintes à leur corps qui évoquent un syndrome de Münchhausen. On peut donc penser qu'elles prolongent leur problème sur leur enfant par le biais du syndrome de Meadow.

II.3. Désir de consultation par Eminson et Postlethwaite.

Une analyse originale du syndrome de Münchhausen par procuration a été proposée en 1992 par Eminson et Postlethwaite. Elle repose sur

²² GUILLAUME I. :syndrome de munchausen par procuration : pathologie du lien mère-enfant, Ann psychiatriques, 1999, p.40

l'observation du comportement parental en termes de désir de consultation médicale :



Représentation schématique du comportement parental en terme de désir de consultation²³.

Le comportement parental normal, situé entre les bornes 4 et 6, est caractérisé par un désir de consulter adapté à la situation clinique de l'enfant et en accord avec l'avis du médecin.

Les bornes 1 et 2 représentent les maltraitements par négligence : les parents n'ont aucun désir de consultation devant des symptômes graves.

A l'opposé, les bornes 8 et 9 représentent les maladies factices : la différence entre le désir de consultation des parents et le point de vue du médecin est si importante que les parents inventent des symptômes (borne 8) ou génèrent une maladie chez l'enfant (borne 9). Ces comportements correspondent au syndrome de Münchhausen par procuration.

²³ BOCQUET N :Le syndrome de munchausen par procuration.Arch Pédiatr 1997 ;4 :p771.

Eminson et Postlethwaite ont également analysé la capacité des parents à distinguer les besoins de leur enfant et leurs propres besoins. Ils ont ainsi décrit trois groupes.

Dans le premier groupe les parents n'arrivent pas à distinguer leurs propres besoins de ceux de leur enfant et ils donnent priorité aux leurs. Ils correspondent aux bornes 1 et 9 du schéma.

Dans le deuxième groupe, les parents ont une mauvaise capacité à distinguer les besoins de l'enfant et les leurs. Ils sont incohérents et changeants. Cela correspond aux bornes 2, 3, 7 et 8.

Dans le troisième groupe, les parents sont capables de faire la différence entre les deux. Ils ne sont pas influencés par leurs propres besoins. Ils correspondent aux bornes 4, 5 et 6 du schéma.

Cette analyse est utile en consultation mais elle ne constitue qu'une aide au diagnostic en association avec d'autres signes d'appel.

III. Formes cliniques.

Libow et Schreier ont décrit trois formes de syndrome de Münchhausen par procuration pour pouvoir le classer. Ils ont pris en compte la gravité et la fréquence des comportements de falsification, l'attitude maternelle envers les médecins et l'âge des enfants concernés. Ils ont distingué une forme mineure (Help seekers) et deux majeures (Active Inducers et Doctor Addicts)²⁴

²⁴ VINVILLE-LOEB B, OLIVIER N, LAUQUIN P, BAILLY D. Le syndrome de Münchhausen par procuration. Journal de pédiatrie et de puériculture, 2001, n°2, p101.

III.1. Help Seekers.

“help seekers” peut se traduire par : « demandeurs d’aide ». Ce groupe représente les mères anxieuses et déprimées qui sont en difficulté dans leur rôle de parent. Elles falsifient ou provoquent (rarement) des symptômes organiques chez leur enfant pour les faire hospitaliser et être en quelque sorte déchargées du sujet de leur inquiétude.

Dans ces cas, on retrouve la notion de violence domestique, de grossesse non désirée, de famille monoparentale et de toute autre réalité sociale.

Ces parents ne nient pas les faits et leur conduite. Ils acceptent facilement d’être aidés et de participer à des psychothérapies.

III.2. Active Inducers.

Le terme se traduit en français par « inducteurs actifs ». Ils représentent les situations les plus fréquemment rapportées dans la littérature.

Les symptômes provoqués par le parent maltraitant sont souvent spectaculaires : intoxications, suffocations... dans cette catégorie on peut trouver des morts subites du nourrisson car la limite avec l’infanticide est difficile à établir.

Les victimes sont des nourrissons ou des enfants d’âge pré-scolaire, dans l’incapacité d’être interrogés sur leur maladie.

Il existe une symbiose mère-enfant très marquée. Le père est souvent absent.

La mère est particulièrement calme devant le danger encouru par son enfant. Elle est très coopérante avec les médecins et participe aux soins avec un dévouement sans limite, au-dessus de tout soupçon.

Lors du diagnostic, ces mères nient complètement leur implication et refusent toute psychothérapie.

III.3. Doctor Addicts.

Ils représentent les “dépendants au médecin” ou “accros de la consultation”.

Il s’agit de mères obsédées par un seul et unique objectif : obtenir un traitement médical pour une maladie qui n’existe pas. Elles sont convaincues de la réalité de la maladie et sont en conflit avec les équipes médicales contrairement aux « Active inducers ».

Les enfants concernés sont plus âgés, plus déprimés et sont fréquemment atteints de maladies psychosomatiques. A terme il y a rarement d’atteinte corporelle de l’enfant par la mère, mais les conséquences somatiques sont aussi graves que dans le cas des « active inducers ». Comme chez ces derniers, il existe une relation symbiotique entre la mère et l’enfant.

On retrouve des cas d’exagération d’une maladie existante : à partir d’une pathologie connue de l’enfant, la mère va provoquer des symptômes d’aggravation de la maladie et faire hospitaliser son enfant. Par exemple, elle majore le nombre de crises d’épilepsie d’une journée (10 au lieu d’une par exemple), ou induit plusieurs malaises hypoglycémiques chez son enfant diabétique.

De même, on a rapporté des cas d’enfants soumis à des régimes alimentaires draconiens par leur mère persuadée qu’ils en ont besoin.

Ces mères montrent un intense déni de leur acte et sont incapables de reconnaître leurs tentatives de distorsion de la réalité.

Choisir une catégorie est difficile lorsque l’on voit l’enfant pour la première fois et que l’on a pas de dossier médical détaillé. Cette classification est surtout importante pour le traitement du parent malade, le pronostic et les problèmes de sécurité de l’enfant.

IV. ETUDE DE CAS.

Nous allons illustrer la difficulté de pose du diagnostic de syndrome de Münchhausen par procuration par deux cas cliniques.

A l'hôpital d'enfants de Brabois , quatre cas d'enfants victimes de syndrome de Münchhausen par procuration ont été diagnostiqués. Il est très difficile d'obtenir des renseignements cliniques sur ces dossiers, car des affaires judiciaires les concernant sont en cours. Ainsi, les noms ont été changés afin de préserver le secret médical.

IV.1. Cas clinique n°1.

Dans ce premier cas, nous allons retracer l'histoire de Killian ; nous ne disposons que de peu de renseignements cliniques mais il nous a semblé important de l'intégrer à ce mémoire.

Killian est né en 1995, il est fils unique. Nous ne connaissons pas les professions de ses parents, ni ses antécédents médicaux.

A l'âge de trois mois, il est hospitalisé en réanimation pédiatrique à la suite d'une détresse respiratoire d'origine infectieuse. Son état de santé s'améliore rapidement.

Le 25 janvier 1996, alors que son état clinique est satisfaisant, Killian présente des lésions buccales de survenue brutale, évoquant des lésions par caustique. Un prélèvement buccal est alors effectué et on retrouve un produit alcalin de $\text{Ph}=11$ qui est incompatible avec un liquide biologique puisque le Ph le plus acide du corps humain est celui de la bile, qui ne dépasse pas 9. L'étiologie est donc exogène. On remarque également que la mère est présente au moment de la survenue des troubles.

Les conséquences de la brûlure sont dramatiques pour l'enfant :

- sténose de la bouche
- atteinte grave de la base de la langue

- nécrose complète de l'épiglotte
- sténose cicatricielle du larynx qui a nécessité une trachéotomie
- troubles de la déglutition qui ont nécessité une gastrostomie d'alimentation.

Etant donnée la survenue brutale des lésions et la présence d'un produit caustique, il a été demandé aux équipes soignantes de surveiller les allées et venues de la famille et du personnel auprès du lit de l'enfant. Le personnel soignant s'est montré réticent à de telles pratiques.

Le 29 février 1996, un deuxième accident se produit, identique au premier. On remarque alors que la mère est présente au moment de la survenue des troubles alors que le roulement de personnel est différent.

Le service entame alors une mesure de signalement et demande la protection de l'enfant avec interdiction de visites de la mère. Mais cela est refusé faute de preuves.

Killian est placé dans une pouponnière de la protection de l'enfance assez éloignée, qui dispose de tous les moyens techniques en cas d'aggravation de son état de santé. Malgré la distance géographique, les parents rendent régulièrement visite à leur enfant.

Six mois après son arrivée à la pouponnière, Killian décède. Nous n'avons pu savoir dans quelles circonstances est survenu le décès. De plus, aucune autopsie n'a été pratiquée.

Ce cas clinique nous montre les difficultés que l'on peut avoir à poser le diagnostic d'un syndrome de Münchhausen par procuration.

L'équipe médicale n'a pas pu prouver que la mère provoquait les brûlures de son enfant. La seule chose certaine était la présence de produit caustique dans la bouche d'un nourrisson de trois mois en réanimation néonatale. On se demande alors comment un tel produit a pu arriver dans la bouche de cet enfant, et qui a pu commettre un tel acte.

Les soupçons qui pesaient sur les équipes soignantes n'ont pu être confirmés car ce n'étaient pas les mêmes au cours des deux accidents. Par contre, la mère pourrait jouer un rôle dans l'apparition des lésions et développer un syndrome de Münchhausen de procuration sous une de ses formes les plus graves : « active inducer ».

Si on avait pu découvrir plus de preuves, peut-être Killian aurait-il survécu. Se pose alors la question de la vidéo-surveillance. Si une caméra avait été placée auprès de Killian entre les deux accidents, on saurait qui a administré le produit mortel à l'enfant. Nous envisagerons à nouveau ce problème dans la troisième partie (page 57).

IV.2. Cas clinique n°2.

Au moment des faits, Nelly a douze mois ; elle souffre d'infections O.R.L. à répétition et est régulièrement suivie à l'hôpital d'enfants du C.H.U. de Nancy-Brabois. Elle est hospitalisée en urgence en médecine infantile III, car sa mère est inquiète pour sa santé et n'a pas voulu attendre l'hospitalisation qui était prévue.

Nelly est le deuxième enfant du couple. Sa mère est ouvrière en filature et son père, rarement présent lors des hospitalisations de sa fille, est gestionnaire comptable. La sœur aînée de Nelly a deux ans et six mois. Elle a également un demi-frère (du côté de sa mère), âgé d'une dizaine d'années, mais celui-ci ne vit pas avec ses demi-sœurs.

Nelly est née à trente-sept semaines d'aménorrhée par césarienne, pour stagnation de la dilatation, présentation du siège et souffrance fœtale aigüe. Son Apgar était de 6 à une minute et de 8 à cinq minutes de vie Elle pesait 2500 grammes et mesurait 50 centimètres. Dans ses antécédents on retrouve onze hospitalisations dans quatre hôpitaux différents et trois villes différentes : Metz, Thionville et Nancy. Les causes d'hospitalisation sont diverses :

- reflux gastro-oesophagien sévère à l'âge de deux mois,
- bronchites asthmatiformes,
- otites avec paracentèse,
- laryngites,
- rhino-pharyngites,
- gastro-entérites,
- convulsions hyperthermiques : cinq épisodes en deux mois,
- varicelle.

Quatre jours avant son hospitalisation en médecine infantile III, Nelly était hospitalisée en maladies infectieuses pour sa varicelle.

La mère de Nelly a de la même manière emmené sa fille en consultation chez sept médecins différents.

Lors de son hospitalisation, on diagnostique chez Nelly une otite congestive bilatérale associée à une angine érythémateuse. Le reste de l'examen est sans particularité. La mère présente une angoisse massive qu'elle partage à l'équipe soignante : « je la vois morte, elle me fait peur ». La mère est décrite comme une femme égocentrique, au discours dramatisant et fabulatoire. Elle a notamment raconté à l'équipe de P.M.I. que sa fille, atteinte d'un grave déficit immunitaire, était mise sous bulle stérile et qu'il fallait prendre une douche avant d'entrer dans sa chambre. Elle disait également que sa fille avait été dans le coma pendant plusieurs jours. A cette période Nelly était hospitalisée pour des convulsions hyperthermiques d'évolution favorable.

Le comportement de cette mère semble anormal à l'équipe médicale. Elle se met en relation avec la P.M.I. qui lui indique ses inquiétudes vis-à-vis de la sœur aînée de Nelly. Elle est confiée tour à tour aux grands-parents paternels, à des amis ou à une nourrice, et aurait été plusieurs fois hospitalisée. Questionnée sur ce sujet, la mère explique la situation en prétendant que son mari est violent avec sa fille aînée et qu'un

signalement par la P.M.I. aurait été fait. Cette explication s'est avérée fausse.

L'équipe médicale arrive à obtenir des informations sur le demi-frère de Nelly. Sa mère dit qu'il vit avec son premier mari pour qu'elle puisse travailler mais la véritable raison est tout autre : une décision de justice a donné l'entière autorité parentale au père de l'enfant. On n'a cependant pu connaître les motifs de cette décision.

Les médecins décident de rencontrer le père de Nelly qui leur paraît plutôt immature, dépendant de son propre père et entretenant un discours très négatif vis-à-vis des médecins et de hôpitaux.

Le psychiatre qui rencontre le couple trouve que le climat conjugal est conflictuel. Le père de Nelly fait beaucoup de reproches à sa femme : « tu parles trop », « tu exagères », « tu ne penses qu'à la maladie », « tu hospitalises Nelly par plaisir ». Mais il ne fait rien pour l'en empêcher.

Au vu de ces nouvelles informations, l'équipe propose un placement nourricier pour Nelly et sa sœur. La mère accepte plutôt bien cette idée, elle dit même : « au moins les deux sœurs seront réunies et j'irai les voir. »

Un signalement est fait et, par ordonnance de la Cour d'Appel de Metz et décision du tribunal de Grande Instance de Thionville, Nelly a été placée dans une pouponnière et sa mère reconnue comme présentant un important syndrome de Münchhausen.

La mère de Nelly n'a pas voulu suivre la psychothérapie qui lui était proposée, et son autre fille lui a été retirée et restituée par la suite.

Nelly est rentrée dans sa famille à l'âge de 18 mois, elle était en parfaite santé et n'avait pas été à nouveau hospitalisée. Trois mois après son retour à domicile, les parents de nelly décident de quitter la région.

L'évolution de nelly se poursuit favorablement. Depuis qu'elle est retournée chez ses parents, elle n'a plus été admise à l'hôpital. Par

contre, sa mère est régulièrement hospitalisée et consulte pour elle-même de nombreux médecins .

Ce cas clinique montre les liens entre le syndrome de Münchhausen par procuration et le syndrome de Münchhausen, puisque la mère semble tendre vers ce dernier et en même temps développer un syndrome de Meadow sur son enfant. Au final, elle tend plus vers un syndrome de Münchhausen : en effet c'est elle qui est hospitalisée et non plus ses enfants.

Comme dans le cas n°1, il n'y a pas de preuve formelle de la culpabilité de la mère. Plusieurs signes sont pourtant présents :

- nombreuses hospitalisations
- mère très angoissée et affabulatrice qui refuse toute psychothérapie
- père souvent absent
- un demi-frère confié à la garde paternelle par décision de justice
- sœur aînée souvent hospitalisée
- régression des troubles après séparation
- syndrome de Münchhausen chez la mère

Le syndrome de Münchhausen par procuration est une forme de sévices à enfant très rare mais aussi très complexe. Le parent maltraitant est le plus souvent la mère. On peut alors se demander quelle est dans ce cas la nature de la relation mère/enfant. La sage-femme, dans l'exercice de sa profession, étant témoin privilégié de l'installation de cette relation, il apparaît qu'elle a un rôle à jouer tant dans la prévention que dans le dépistage.

Troisième partie :

PREVENTION DEPISTAGE :
ROLE DE LA SAGE FEMME.
DEVENIR DES ENFANTS ET
TRAITEMENT DU
MALTAITANT.

I. PREVENTION.

I.1.Relation mère/enfant pathologique.

La relation symbiotique entre la mère et l'enfant est un élément pivot du syndrome de Münchhausen par procuration. Après l'accouchement, la mère doit faire le deuil de l'unité fantasmatique mère/enfant, ce deuil est indispensable pour l'individualisation du nourrisson.

Dans le syndrome de Münchhausen par procuration, la mère semble utiliser l'enfant comme un prolongement d'elle-même et ne lui reconnaît pas d'individualité. Elle garde la toute puissance maternelle en maintenant l'unité fantasmatique mère/enfant. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer un tel comportement.

La mère peut être atteinte un syndrome de Münchhausen « simple » et le projeter sur son enfant.

La grossesse et l'accouchement peuvent faire surgir des troubles psychiatriques. La maîtrise de la vie de son enfant serait, pour la mère, une tentative de satisfaire en partie son besoin de dépendance. Elle utilise la procuration pour satisfaire ses propres besoins. Les pulsions agressives liées au rejet de sa propre mère, survenues au cours de son enfance, s'exprimeraient dans la nature sadique des comportements du syndrome de Münchhausen par procuration. L'immense amour que déploient ces mères ne serait en fait qu'une façade cachant leur agressivité primaire. Les relations symbiotiques entre l'enfant et sa mère seraient peut-être liées à un trouble de la relation de la mère à sa propre mère.

Selon le docteur Nicol, il s'agirait d'une identification projective²⁵. Il part du principe que, tout comme le nourrisson éprouve des sentiments ambivalents d'amour et de haine vis à vis de sa mère, celle-ci peut en faire autant. Elle peut projeter des sentiments contradictoires sur son propre enfant. L'angoisse liée à ce comportement peut être créée lors d'une grossesse difficile, d'un échec d'allaitement ou de problèmes de santé de l'enfant en période néonatale. La mère peut en vouloir à cet enfant car tout n'est pas parfait, tout n'est pas comme elle l'avait rêvé. Son enfant devient une menace pour elle parce qu'elle refuse inconsciemment d'accepter la part de haine qu'elle éprouve à son égard. Elle se sent agressée par son enfant nouveau-né et lui inflige des sévices mais elle est consciente de ses actes. Le problème est qu'elle ne perçoit pas la gravité de son comportement.

La Sage-femme est la première interlocutrice des parturientes et des accouchées, elle a donc un rôle important dans la prévention. Elle est également témoin de la relation mère/enfant et peut aider à son bon déroulement.

I.2.Rôle de la Sage-femme.

Pendant la grossesse, il existe une symbiose parfaite entre la mère et l'enfant. Le fœtus est complètement dépendant de sa mère. De plus la femme enceinte éveille l'intérêt de tous et on s'occupe beaucoup plus d'elle que lorsqu'elle n'était pas enceinte.

I.2.1.En salle de naissance.

Le moment de la naissance est très important dans la relation mère/enfant. L'enfant et sa mère vont enfin se rencontrer au bout de 9

²⁵ GUILLAUME I. : syndrome de munchausen par procuration : pathologie du lien mère-enfant, Ann psychiatriques, 1999, p.40

mois de vie commune, ils vont se regarder, se toucher, se sentir et la sage femme sera là avec eux. Son rôle sera de les accompagner dans cette rencontre, de répondre aux questions et de vérifier que tout se passe bien.

Dans la majorité des cas dès que la femme voit son enfant, que l'on vient de poser sur son ventre, elle est comme transfigurée : elle regarde son enfant et elle l'aime. Mais tout n'est pas si simple, à la naissance la mère doit faire le deuil de sa grossesse, le deuil du bébé imaginaire et le deuil de l'unité fantasmatique mère/enfant, cela fait beaucoup de choses à réaliser. La sage-femme est là pour l'aider, elle va s'occuper du nouveau-né en l'appelant par son prénom et en lui parlant pour lui donner une place en tant qu'individu unique –comme le dit si bien la chanteuse Linda Le May : « ceux que l'on met au monde ne nous appartiennent pas » -. Au lieu de dire « le bébé » qui est plutôt un terme impersonnel, elle pourrait appeler l'enfant par son prénom « Thomas ,Camille... ».

La sage-femme va également mettre l'enfant dans les bras de son père. Ainsi elle montre à la mère que le père a un rôle à jouer dans la vie de cet enfant et que dorénavant, ils sont trois non plus deux. La sage-femme peut dire : « voilà une belle famille » ou « la famille s'agrandit ». c'est souvent elle qui fait la première photo de famille. Elle va aussi s'occuper de la mère, lui demander comment elle se sent, comment elle trouve son enfant.

Souvent, les mères disent : « ça fait bizarre de voir son ventre tout plat ». Elles montrent ainsi qu'elles commencent le deuil de leur grossesse. C'est donc un bon signe. Il est important d'expliquer aux femmes que l'utérus reste à l'ombilic après l'accouchement puis reprend sa taille normal en 12 jours. Cela peut leur permettre de réaliser que l'utérus est vide et que leur corps va redevenir comme avant. L'enfant est sorti, elles ne sont plus enceintes.

I.2.2. En suites de couches.

En suites de couches les mères reçoivent de nombreuses visites et la plupart des gens viennent voir le nouveau-né. La mère s'aperçoit qu'elle n'est plus le centre d'intérêt, elle se trouve laide avec son ventre encore gros et tout flasque. C'est une période difficile pendant laquelle la mère peut en vouloir à son enfant et avoir des difficultés à réaliser ses différents deuils. Elle a besoin de parler de ses angoisses, de ses peurs et de ses sentiments.

La sage-femme doit prendre le temps de s'asseoir près de ses patientes et de les écouter. Elle a un rôle diagnostic important ; si elle sent qu'une femme ne va pas bien, qu'elle est dans un état dépressif, elle doit faire intervenir un psychologue ou un psychiatre.

Mais la brièveté actuelle du séjour en maternité –moins de cinq jours– est un obstacle à ce travail d'accompagnement. Il est donc important de se mettre en relation avec le service de protection maternelle et infantile.

II. DEPISTAGE.

II.1.Obstacles juridiques et éthiques.

Lorsqu'une équipe pose le diagnostic de syndrome de Münchhausen par procuration ou le suspecte fortement, elle doit faire un signalement de maltraitance au procureur de la République. Celui-ci va saisir un juge des enfants qui a pour mission d'intervenir– art 375 du code civil– quand « il y a du danger, si la santé, la sécurité, la moralité, l'honneur ou les conditions d'éducation sont gravement compromises ». Dans le cas du

syndrome de Münchhausen par procuration, il est difficile pour le juge de prendre position, d'autant plus que ce syndrome est peu connu des tribunaux français. De plus, l'équipe médicale dispose de peu de preuves.

En France, lors du décès d'un nourrisson en apparente bonne santé, le certificat de décès est signé sans recherche de la cause réelle de la mort. De plus, 40% des morts subites du nourrisson ne sont pas vues dans un centre de référence où les investigations sont plus poussées. L'autopsie peut être réalisée avec une autorisation parentale ou par décision de justice. De ce fait, le nombre d'autopsies réalisées n'est guère élevé.

Aux Etats-Unis, la législation est différente. Un service spécialisé du F.B.I. (Federal Bureau of Investigations) est affecté au dépistage de la maltraitance, et en particulier du syndrome de Münchhausen par procuration. Les policiers et les magistrats connaissent très bien le syndrome. Pour tout décès, une enquête de routine est réalisée avec une autopsie et personne ne peut s'opposer à ces investigations. Le policier chargé de l'enquête reprend toute l'histoire de la famille et perquisitionne si nécessaire ; certains hôpitaux américains ont des chambres placées sous vidéo-surveillance.

Les premières expériences de vidéo-surveillance furent réalisées en 1983 et en 1987 par l'équipe du Dr Epstein , au Connecticut, avec l'accord de la Justice²⁶. Les caméras sont habilement dissimulées par les détecteurs de fumée. Lorsque qu'un cas de maltraitance est suspecté, on installe l'enfant dans une de ces chambres et un agent du F.B.I. surveille les allées et venues de la famille et du personnel. Ainsi on peut voir des mères étouffer leur nourrisson, ou encore souffler dans la sonde gastrique. Ces vidéos sont reçues comme preuve objective par les tribunaux de certains Etats américains, à la différence des juridictions françaises.

26 BODY LAWSON F, KABUTH B, SIBIRIL V, MONIN P, VIDAILHET M et al. La vidéo surveillance pour un diagnostic à tout prix. Compromis éthique ou technique essentielle.

Plusieurs questions d'ordre éthique se posent alors : peut-on filmer à leur insu des parents et rompre la relation de confiance que l'on a instaurée avec eux ? Peut-on regarder un parent étouffer son enfant sans intervenir immédiatement ? Les équipes médicales doivent-elles se transformer en brigades de polices ? En France la Loi prohibe de telles pratiques.

La relation entre l'équipe soignante et les parents est basée sur la confiance. Lors de l'hospitalisation d'un enfant, on écoute sa mère, car elle le connaît mieux que quiconque et elle pourra aider à la pose du diagnostic. Mais quand ces mères mentent et que le pronostic vital de l'enfant est mis en danger, on peut trouver une alternative technique pour pouvoir confronter la mère à ses actes et ainsi obtenir des aveux. La vidéo-surveillance pourrait être mise en place en France lors de forte suspicion ou de danger de mort, sur décision de justice (annexe 2). On pourrait ainsi éviter la mort de certains enfants comme dans le cas de Killian (page 47) que nous avons présenté.

Mais il ne faut pas que la Justice française copie la Justice américaine, pour laquelle le F.B.I., très présent dans les hôpitaux, en arrive à inculper des mères innocentes. On peut citer l'exemple de Julie Patrick , dont le fils Philip, atteint d'un rare trouble gastrique aux conséquences mortelles, est décédé faute de soins : en effet, le médecin consulté a posé trop rapidement – une demie heure ! – un diagnostic de syndrome de Münchhausen par procuration alors qu'il n'en avait jamais rencontré. La mère arrêtée, les soins ont été interrompus. L'enfant est mort et l'autopsie a révélé la vérité²⁷.

Se pose également le problème du rôle de l'équipe médicale car celle-ci n'est pas destinée à espionner les parents ou à les piéger. Les équipes ont d'ailleurs une certaine réticence quand le diagnostic est suspecté et

²⁷ Mothers against Munchhausen Syndrome by Proxy Allegations: <http://www.msbp.com>

qu'il leur est demandé de surveiller une mère qu'ils trouvent le plus souvent admirable.

Il n'y a pas que des obstacles juridiques et éthiques qui empêchent de poser le diagnostic.

II.2.Obstacles au diagnostique.

De nombreux obstacles reculent la pose du diagnostic. Ils entraînent un délai de diagnostic d'environ 14 mois.

Le syndrome de Münchhausen est méconnu d'une partie des médecins. Généralement les médecins hospitaliers sont bien informés mais pas les médecins traitants. De plus l'information est insuffisante dans les milieux sociaux et éducatifs.

Le diagnostic peut être suspecté très précocement mais en l'absence de preuve il n'est pas retenu.

Se pose également le problème de la confiance entre le parent et l'équipe médicale. On a du mal à incriminer une mère, à la croire capable de tels agissements. Les équipes ressentent un sentiment d'échec et de tromperie. Il est également difficile d'assumer le diagnostic quand on sait que l'on a été acteur de la maltraitance.

Un autre obstacle est la difficulté d'avoir une cohésion au sein de l'équipe car certains ne veulent pas y croire et refusent de jouer le rôle de détective.

Malheureusement le système d'hospitalisation mère/enfant facilite le maintien des sévices.

II.3. Stratégie de dépistage.

-Lorsque l'on suspecte un syndrome de Münchhausen par procuration plusieurs choses sont à faire :

-Hospitaliser l'enfant, si ce n'est pas déjà fait, pour arrêter les traitements inutiles et mettre fin à tout examen inutile.

-Il faut reprendre le dossier de l'enfant et son carnet de santé pour vérifier tous les éléments et notamment les hospitalisations et les consultations. Il est également important de prendre contact avec le médecin traitant pour vérifier les antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux de la mère, du père et de la fratrie.

-Une surveillance stricte de la mère est mise en place, le but étant de rechercher une corrélation temporelle entre les heures de présence et les symptômes observés.

-Prendre contact avec le père pour avoir sa version des faits et savoir ce que sa femme lui raconte.

-Garder tous les échantillons : sang, urines, selles.. dans un but médico-légal. Faire des recherches de toxiques et dans les cas d'hémorragie faire des phénotypages et groupages sanguins car le sang peut provenir de la mère.

Puis il faut procéder au test de séparation mère/enfant, sous un prétexte médical quelconque, afin de voir si les troubles disparaissent. Cette séparation est souvent l'unique moyen de confirmer le diagnostic. Ce test est *a priori* idéal mais il se fait en dernier recours.

Si l'enfant est en âge de parler, il faut s'entretenir avec lui sur sa maladie et les médicaments qu'il prend.

Lorsque le diagnostic se confirme, on signale l'enfant au Procureur de la République avant d'annoncer le diagnostic aux parents car il y a un risque de fuite ou de sortie contre avis médical. Puis on annonce le diagnostic aux parents, sans les accuser, en exposant clairement et simplement les faits, sans chercher des aveux (c'est le rôle de la justice). De plus, les mères avouent rarement.

Voici un tableau représentant « les méthodes de provocation des symptômes et stratégies d'investigations » réalisé par le Dr Body-Lawson en 1997 :

	METHODE DE SIMULATION/PRODUCTION	METHODES DIAGNOSTIQUES
Saignements	1)Intoxication aux anticoagulants (warfarine®). 2)Intoxication à la phénolphtaléine. 3)Sang d'origine exogène. 4)Exsanguination de l'enfant. 5)Addition d'autres substances.	1) Recherche de toxiques 2)Selles/couches positives 3)Phénotipage, marquage des érythrocytes au Cr 51
Convulsions	1)Faussement alléguées. 2)Intoxications (phénothiazines, imipramine, sel hydrocarbures). 3)Suffocation manuelle, pression des sinus carotidiens.	1)Vérification auprès de tiers si possible 2)Recherche de toxiques 3)Flagrant délit, marques sur la face, vidéo surveillance
Dépression du S.N.C	1)Intoxications(psychotropes, insuline,aspirine,barbituriques, , tricycliques…….) 2)Suffocation manuelle. 3)Absorption de somnifères.	1)Recherche de toxiques, analyse du type d'insuline, peptide 2) Flagrant délit, marques sur la face, vidéo 3) Recherche de toxiques
Apnées	1)Suffocation manuelle. 2)Intoxication aux psychotropes. 3)Faussement alléguées.	1) Flagrant délit, marques sur la face, vidéo 2) Recherche de toxiques 3)Admission à l'hôpital

Diarrhées	1)Intoxication aux laxatifs. 2)Intoxication au sel.	1) Selles/couches positives 2)Analyse du contenu gastrique
Vomissements	1)Intoxication à l'IPECA . 2)Faussement allégués	1) Recherche de toxiques 2) Admission à l'hôpital
Fièvres	1)Falsification de température ou de feuilles de surveillance. 2)Souillure des perfusions avec bactériémie.	1)Vérification répétées et notées 2)Germs multiples, flagrant délit
Eruptions cutanées	1)Intoxication. 2)Grattage. 3)Produits caustiques et Peinture.	1) Recherche de toxique 2)Diagnostic d'exclusion 3)Toxicologie, lavage

II.4. Rôle de la sage-femme.

Comme elle est la première interlocutrice de ces mères la sage-femme peut repérer quelques signes anormaux et faire intervenir un psychiatre.

Une mère qui refuse catégoriquement d'être séparée de son enfant, pour un examen, un soin ou une toilette, a peut-être des difficultés à faire le deuil de l'unité fantasmatique mère/enfant. Il faut surveiller son comportement.

De même, une mère qui demande sans cesse que son enfant soit vu par le pédiatre et non l'interne en pédiatrie peut aussi être un signe d'appel. Comme on l'a vu dans le chapitre (page 40) relatif au désir de consultation des parents, l'inquiétude est normale mais jusqu'à un certain point. Une mère a tout à fait le droit d'être inquiète pour la santé de son nouveau-né mais si elle l'est en permanence il vaut mieux faire intervenir un psychiatre ou un psychologue.

Le fait d'inventer des antécédents familiaux peut également être un signe d'appel. Par exemple, si on retrouve des antécédents de luxation de hanche dans la famille on va faire une échographie au nouveau-né. Ainsi le corps médical réalise des examens inutiles parce que la mère l'a induit en erreur. Il est donc important de rencontrer le père et de discuter avec lui des antécédents familiaux. En maternité, il est rare que l'on ne rencontre pas les pères, ce n'est pas le cas dans le cadre de la protection maternelle et infantile.

La sage-femme de P.M.I a également un rôle à jouer dans le dépistage des maltraitances et notamment du syndrome de Münchhausen par procuration. Elle se rend souvent à domicile accompagnée d'une puéricultrice et elles peuvent rencontrer des mères qui sont incapables de se rappeler le poids de naissance de leur enfant ou l'âge auquel il a fait ses premiers pas, mais qui peuvent décrire toutes les maladies et symptômes que leur enfant ait pu avoir. De même tous les enfants de la fratrie ont des problèmes de santé : l'un va chez l'orthophoniste et l'autre chez le kinésithérapeute et c'est souvent le puîné qui est touché par le syndrome de Münchhausen par procuration.

La sage-femme a un rôle diagnostic très important, elle ne doit pas soupçonner toutes les mères mais rester vigilante et faire intervenir les psychiatres et pédo-psychiatres quand elle sent qu'une relation mère enfant ne se passe pas bien.

III. DEVENIR DES ENFANTS.

III.1. Décisions de justice.

Le juge des enfants doit choisir entre une mesure d' A.E.M.O (Action éducative en milieu ouvert) ou un placement.

Lorsqu'il s'agit d'un nouveau-né le juge demande souvent une mesure d'investigation pluridisciplinaire qui a pour objectif d'appréhender la relation mère/enfant. Quand cette phase d'instruction est terminée, le juge doit se prononcer sur l'existence de danger et mettre en place une mesure d'A.E.M.O ou un placement.

L'A.E.M.O est définie par le Code Civil comme le fait « d'apporter aide et conseil à la famille afin de surmonter les difficultés matérielles ou morales qu'elle rencontre...(Elle peut) être assortie d'obligations particulières, telles que celle de fréquenter régulièrement un établissement sanitaire ou d'éducation ordinaire ou spécialisé ». Il s'agit donc d'une relation d'aide qui n'est pas soumise à une obligation de résultats et elle ne peut pas toujours faire cesser le danger.

Le juge peut décider de placer l'enfant chez l'autre parent, à un tiers ou à un service spécialisé. Dans le cas des nouveau-nés, ils vont en pouponnière avant d'être placés.

Dans une étude sur les décisions prises par la Justice, Rosenberg en 1987 trouve sur 117 cas²⁸ :

- 60% de placement
- 23% d'A.E.M.O
- 9% de décès
- 5% de fuite avant mesure de justice
- 3% de devenirs inconnus

Dans le cas du syndrome de Münchhausen par procuration la meilleure des solutions est bien évidemment le placement car une mesure d'A.E.M.O. n'empêchera pas la mère de continuer. On remarque un taux important de décès du fait du délai de diagnostic qui est en moyenne de 14 mois. Cette étude nous montre également qu'il faut faire le signalement avant de prévenir les parents pour éviter leur fuite.

Au niveau des condamnations, il trouve :

²⁸ GUILLAUME I : Syndrome de munchhausen par procuration. Mémoire de D.E.S de psychiatrie, 1997.

- 87% de cas où l'on a pas de donné sur la décision
- 8% de condamnation pour tentative d'infanticide
- 5% de non lieu

On remarque que l'on a très peu de données sur le devenir judiciaire de ces mères maltraitantes. Cela peut être dû à de longues expertises et au manque de preuves.

Toutes les études réalisées sur les décisions prises par la Justice de 1977 à 1997 donnent approximativement les mêmes chiffres²⁹. On remarque ainsi que la justice a peu évolué face au syndrome de Münchhausen par procuration.

III.2. Conséquences psychiques.

Les études sur le devenir psychique des enfants victimes de syndrome de Münchhausen par procuration sont peu fréquentes du fait de circonstances particulières de cette maltraitance, du milieu familial peu accessible et du placement souvent lointain des enfants.

Epstein a remarqué que la personnalité de l'enfant est touchée par la séparation³⁰. Il est angoissé car la surprotection maternelle a disparu et craint d'être abandonné. Le nourrisson refuse de s'alimenter, il se replie sur lui-même. L'enfant d'âge préscolaire devient irritable, insomniaque, ne veut plus aller à l'école et se plaint de douleurs abdominales.

En 1989 Sigal M, Gelkeff, M et Meadow R décrivent la persistance de symptômes, après séparation, chez des enfants ayant une épilepsie factice³¹. Par amour pour leur mère, ces enfants étaient intimement convaincus d'être malades et devenaient incapables d'aller à l'école, de

²⁹ BODY LAWSON Festus, Une forme particulière de sévices à enfant : le syndrome de munchausen par procuration.-p146.Th : med.Nancy 1 :1997, n°111.

³⁰ GUILLAUME I : Syndrome de munchhausen par procuration. Mémoire de D.E.S de psychiatrie,1997

³¹ BODY LAWSON Festus, Une forme particulière de sévices à enfant : le syndrome de munchausen par procuration.Th : med.Nancy 1 :1997, n°111.

travailler ou même de marcher. Ces enfants continuent d'aller à l'hôpital alors qu'il sont en parfaite santé. Ils risquent de développer, à l'âge adulte, un syndrome de Münchhausen. On assiste alors à une répétition transgénérationnelle des comportements pathomimiques. Le risque est d'autant plus grand que l'âge moyen de diagnostic est de 7 ans (les extrêmes retrouvés allant de 8 jours à 21 ans). Donc la maladie factice devient chronique.

Les Anglo-saxons parlent de « copyng process » car plus la maladie est chronique plus elle impose au malade de la développer. Ils ajoutent une notion de choix entre le rejet -vivre contre la maladie-, l'aliénation -vivre pour sa maladie- et l'assomption -vivre avec la maladie-.

III.3. Mortalité et morbidité.

III.3.1. Mortalité.

Dans le syndrome de Münchhausen par procuration le risque vital est en jeu, à très court terme.

Le taux de mortalité est de 8 à 10%³². Il est lié aux troubles induits par la mère et aux investigations médicales. Certains auteurs américains évaluent le taux de mortalité à 15-20%.

Dans 20% des cas de décès, le diagnostic aurait été donné sans que s'en suive un placement de l'enfant³².

Dans 30 à 50% des cas de syndrome de Münchhausen par procuration le pronostic vital serait en jeu³².

³² BODY LAWSON Festus, Une forme particulière de sévices à enfant : le syndrome de munchausen par procuration. Th : med.Nancy 1 :1997, n°111.

III.3.2. Morbidité.

A court terme, dans 77% des cas, elle est due aux parents et à l'équipe médicale. Dans 23% des cas elle est consécutive aux investigations médicales (ponctions lombaires, biopsies, endoscopies...) et à des traitements inadaptés (anticonvulsivants, transfusions...).

A long terme 8 à 10% des enfants ont des séquelles organiques dues aux interventions mutilantes, des séquelles neurologiques avec des retards mentaux, néphropathies, gastropathies, infections chroniques telles que le sida.

IV.TRAITEMENT DU PARENT MALTRAITANT.

Il est important d'essayer de mettre en place un suivi psychiatrique des parents avant de leurs annoncer le diagnostic. Pour R Meadow, l'intervention précoce du psychiatre permet une meilleure prise en charge lors de l'annonce de la maltraitance et évite les échecs des propositions thérapeutiques. Ainsi les parents continuent leurs consultations avec leur psychiatre dans un climat de confiance.

L'intrusion du psychiatre après l'annonce du diagnostic entraîne une sorte d'alliance psychiatre/patient contre l'équipe médicale. De plus ces mères ont souvent une certaine réticence à se faire suivre car elles dénie leurs problèmes psychiatriques.

L'évaluation psychiatrique des mères a un but diagnostic et thérapeutique mais elle est très difficile à réaliser.

Si ces mères acceptent d'être suivies, le rôle du psychiatre sera de leur faire prendre conscience des conséquences de leur actes et éviter toute récurrence.

Les cas de réussite de traitement par la psychothérapie sont très rares. On peut noter que les services sociaux sont en règle générale mieux acceptés.

Le syndrome de Münchhausen par procuration est une pathologie de la relation mère/enfant et la sage-femme joue un rôle dans le bon établissement de cette relation. Ainsi elle peut prévenir et essayer de dépister cette forme complexe de maltraitance pour éviter que le pire arrive. Le taux de mortalité de ce syndrome est élevé et l'avenir de ces enfants sera toujours marqué par les sévices qu'ils ont subis.

CONCLUSION

Pour bien comprendre le syndrome de Münchhausen par procuration il faut déjà connaître le syndrome simple. Tous deux sont extrêmement liés.

Le syndrome de Meadow est une forme rare et complexe de maltraitance à enfant. Sa particularité la plus surprenante est le fait que se soit la mère elle-même qui inflige les sévices à son propre enfant, alors qu'en apparence elle est une mère très attentive, voire exemplaire. Elle se livre à une véritable tromperie du corps médical qui malgré lui va participer aux sévices par des traitements inadaptés.

Il existe de nombreux obstacles au diagnostic ; en France, ils sont notamment juridiques puisque la Justice française connaît peu cette forme de maltraitance. Un moyen de lutte pourrait être la vidéo-surveillance, mais le contexte juridique rend actuellement impossible son utilisation qui est contraire aux libertés individuelles fondamentales.

Le syndrome de Münchhausen par procuration est également une pathologie de la relation mère / enfant, ce qui implique que la sage-femme, qui connaît bien cette relation du fait de l'exercice de sa profession, a un rôle à jouer, tant au niveau du dépistage qu'à celui de la prévention des troubles occasionnés par le syndrome.

Même si le syndrome de Münchhausen par procuration est une forme de maltraitance très rare, il convient de toujours l'avoir à l'esprit sans pour autant accuser toutes les mères légitimement soucieuses du bien-être de leur enfant, comme c'est parfois le cas aux Etats-Unis.

Glossaire

F.B.I : Federal Bureau of Investigations : service de police des Etats-Unis à compétence fédérale.

Nanisme psychosocial : forme rare de sévices à enfant. Cette maltraitance affective peut provoquer chez l'enfant de graves conséquences sur le développement physique et psychologique. L'enfant présente un nanisme dit d'origine psychosociale.

P.M.I. : protection maternelle et infantile : service qui dépend du département ; il est géré par le conseil général. Ses trois missions essentielles sont la planification familiale, la maternité et l'enfance.

Bibliographie

Articles de périodiques :

BELLON Laurence.

Le juge et le nouveau-né.

Les dossiers de l'obstétrique, 1996, n°242, p 33-38.

BENASSOULLI P, PHILIPPE H-J.

Métrorragies au cours du troisième trimestre révélatrices d'un syndrome de Münchausen.

Journal.gyneco.obst.biol.reprod, 2001, n°30, p 473-475.

BOCQUET N, BOILEAU P, CASTANET M, GAUTIER I et al.

Le syndrome de munchausen par procuration.

Arch.Pédiatr, 1997, n°4, p 770-778.

BODY LAWSON F, KABUTH B, SIBIRIL V, MONIN P, VIDAILHET M et al

La vidéo surveillance pour un diagnostic a tout prix. Compromis éthique ou technique essentielle.

CASTSAROSC C, DUBOIS C.

Soigner les enfants « impossibles ».

Le monde de l'éducation, 2001, n°291, p 72-73.

FOURDRINIER T.

La parole du juge.

Soins. Pédiatrie. puériculture, 1997, n°179, p 33-34.

GUILLAUME I.

Syndrome de Munchhausen par procuration : pathologie du lien mère-enfant.

Ann psychiatriques, 1999, p.40

GIRODET D.

Prévention et prise en charge précoce. Le point de vue d'un pédiatre en maternité.

Les dossiers de l'obstétrique, 1996, n°242, p11-17.

KJIRI K, AJAMIEH A, HANSENNE M, ANSSEAU M.

Le cas clinique du mois : un cas de syndrome de munchausen (trouble factice).

Revue psychiatrique de Liège, 1996, n°23, p20-21.

KREBS M, BOUDEN A, LÔO H, OLIE J-P.

Le syndrome de Münchhausen par procuration entre deux adultes.

La presse médical, 1996, 25 n°12, p583-586.

LE NESTOUR A, BINET E.

Le syndrome de Münchhausen par procuration.

Enfance et Psy.post-scriptum, 1998, n°7, p 135-143.

LIMOSIN F, ADES J.

Maladie de Behcet et psychose maniaco-dépressive factices : un cas de syndrome de Münchausen.

La presse médical, 1999, 28 n°27, p 1460-1462.

MAUGARD E.

Syndrome de Munchhausen par procuration : « Penser l'impensable ».

OGIER M.

Un Psy à la maternité.

Vie de famille, 2000, n°29.

VINVILLE-LOEB B, OLIVIER N, LAUQUIN P, BAILLY D.

Le syndrome de Münchhausen par procuration.

Journal de pédiatrie et de puériculture, 2001, n°2, p97-103.

Thèses :

BODY LAWSON F.

Une forme particulière de sévices à enfants : Le syndrome de Münchhausen par procuration.(syndrome de Meadow).

Th : Med : Nancy I : 1997 ; n°111, 175 p.

ABBOU H.

Le syndrome de Münchhausen par procuration : trouble factice chronique et forme extrême de maltraitance chez l'enfant.

Th : Med : Paris VI : 1992.

Mémoires :

DEPAS Y.

Le nanisme psychosocial ou la souffrance d'un enfant rejeté.

Mémoire: diplôme de Sages-Femmes : Nancy I : 1999, 104 p.

GUILLAUME I.

Syndrome de munchhausen par procuration.

Mémoire : D.E.S de psychiatrie :1997.

Ouvrages :

FENELON Gilles.

Le syndrome de munchausen.

Paris : Presses Universitaires de France, 1998.-128p.

GUEDENEY A, ALLILAIRE J-F.

Interventions psychologiques en périnatalité.

Paris : Masson, 2001.-249p.

ISRAEL L.

Le médecin face au malade.

Bruxelles :Pierre Mardaga, 1968.-320p.

MAZET P, STOLERU S.

Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant.-2^e ed.

Paris : Masson, 2000.-307p.

Vidéo :

TEDOLDI M, GOLBERNIE G.

Emission Envoyé Spécial du 18 novembre 1999. Reportage :

« Meurtrières par amour ». Durée : 50 minutes.

GILLIAM T.

Les aventures du BARON de MUNCHHAUSEN

Angleterre – Allemagne. 1998. Durée : 126 min.

Internet :

ASHER R.

AsherMeadown ; Internet, 1997.

ashermeadow.com.

Communiqué de la société Française de pédiatrie.

Nourrissons, des morts subites parfois suspectes. L'information est effrayante.

[http : //www.afpa.org/sfp-especial.html](http://www.afpa.org/sfp-especial.html).

DOUCHAIN F.

Munchausen par procuration : assez mais pas trop.

<http://perso.wanadoo.fr/fr.douchain/abstract/munchausen.html>.

FELDMAN M

Munchausen syndrome, factitious discord, Munchausen by proxy.2001

Dr.marc feldman.com.

Forum : "le syndrome de Munchausen",7 décembre 1999.

<http://www.sciences et avenir.com/archives/munchausen.html>.

Les aventures du baron de Münchhausen.

<http://www.utc.fr/macret/cine/realisateurs/gilliam/aventure.htm>.

Les fabuleuses aventures du légendaire baron de Münchhausen.

<http://www.afca.asso.fr/animag/gen/fabuleuses.htm>.

Le syndrome de Munchhausen par procuration.

<http://discopsy.free.fr/dossiers/munchausen.htm>.

M.AM.A.

Mothers. Against. Münchhausen by proxy allegations.

<http://www.msbp.com>.

Mort subite du nourrisson.

http://www.doctissimo.fr/html/sante/encyclopedie/sa_1996_mort_subite.html.

POREAUX Michel.

Types de maltraitements.

http://michel.poreaux.free.fr/nadia/types_de.htm.

SZOKE Andrei.

Troubles factices/Syndrome de Munchausen avec manifestations cliniques, 2000.

http://perso.club-internet.fr/andreisz/index_fr.html

TABLE DES MATIERES

Remerciements	Page 3
Sommaire	Page 4
Préface	Page 6
Introduction	Page 8
 <u>Première partie</u> : HISTORIQUE ET APPROCHE CLINIQUE DU SYNDROME DE MUNCHHAUSEN.	 Page 10
 I. DECOUVERTE DU SYNDROME DE MUNCHHAUSEN.	 Page 11
I.1.Premières descriptions.	Page 11
I.1.1. Hector GAVIN en 1843.	Page 11
I.1.2. Ernest DUPRE en 1905.	Page 12
I.1.3. Georges DIEULAFOY en 1908.	Page 13
I.2.Comment Richard ASHER a donné à ce syndrome le nom d'un personnage fictif.	Page 14
I.2.1. Histoire du Baron Karl Freidrich Hieronymus von Münchhausen.	Page 14
I.2.2. Asher et l'essor du syndrome de Münchhausen.	Page 15
 II.DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE.	 Page 16
II.1. Définition.	Page 16
II.2. Epidémiologie.	Page 16
 III.ETIOLOGIES.	 Page 18
III.1. Henderson en 1974.	Page 18

III.2. Kaplan en 1994.	Page 18
III.3. Eisendrath en 1996.	Page 19
IV.CRITERES DIAGNOSTIQUES.	Page 19
IV.1. Les symptômes.	Page 19
IV.2. Caractéristiques communes.	Page 21
IV.3. Fausses allégations.	Page 22
V.EVOLUTION, PRONOSTIC ET TRAITEMENT.	Page 26
V.1. Evolution et pronostic.	Page 26
V.2. Traitement.	Page 26
VI.CAS DE LA FEMME ENCEINTE.	Page 28

Deuxième partie : SYNDROME DE MUNCHHAUSEN PAR PROCURATION. Page 31

I.DEFINITION ET MANIFESTATIONS CLINIQUES.	Page 32
I.1.Definition et ambiguïté du mot « procuration ».	Page 32
I.2.Signes d'appel.	Page 34
I.3.Exemples de maladies par procuration.	Page 35
I.3.1. Symptômes neurologiques.	Page 35
I.3.2. Symptômes cardio-respiratoires.	Page 35
I.3.3. Symptômes hématologiques.	Page 35
I.3.4. Symptômes digestifs.	Page 36
I.3.5 Symptômes métaboliques.	Page 36
I.3.6. Symptômes infectieux.	Page 36

II.CARACTERISTIQUE SOCIOLOGIQUE ET PSYCHOLOGIQUE DU PARENT MALTRAITANT.

Page 38

II.1.Condition familiale et sociale.

Page 38

II.2.Profil psychiatrique du maltraitant.

Page 39

III.3.Desir de consultation par Eminson et Postlethwaite.

Page 40

III.FORMES CLINIQUES.

Page 42

III.1.Help seekers.

Page 43

III.2.Active inducers.

Page 43

III.3.Doctor addicts.

Page 44

IV.ETUDE DE CAS.

Page 45

IV.1. Cas clinique n°1.

Page 45

IV.2. Cas clinique n°2.

Page 47

Troisième partie : PREVENTION, DEPISTAGE : ROLE DE LA SAGE-FEMME. DEVENIR DES ENFANTS ET TRAITEMENT DU MALTRAITANT.

Page 51

I.PREVENTION.

Page 52

I.1Pathologie de la relation mère / enfant.

Page 52

I.2.Rôle de la sage-femme.

Page 53

I.2.1.En salle de naissance.

Page 53

I.2.2. En suites de couches.

Page 55

II.DEPISTAGE.	Page 55
II.1.Obstacles juridiques et éthiques.	Page 55
II.2.Obstacles aux diagnostic.	Page 58
II.3.Stratégie de dépistage.	Page 58
II.4.Rôle de la Sage-femme.	Page 61
III.DEVENIR DES ENFANTS.	Page 62
III.1.Décisions de justice.	Page 62
III.2.Conséquences psychiques.	Page 64
III.3.Mortalité et morbidité.	Page 65
III.3.1. Mortalité.	Page 65
III.3.2. Morbidité.	Page 66
IV.TRAITEMENT DU PARENT MALTRAITANT.	Page 66
Conclusion	Page 68
Glossaire	Page 70
Bibliographie	Page 71
Table des matières	Page 77
Annexes	Page 81

ANNEXES

ANNEXE N°1

Cas présenté par N. Bocquet

Nicolas, né en 1980, est le deuxième enfant de parents non consanguins. Son père est militaire et sa mère agent hospitalier. A 3 ans et demi, au décours d'une diarrhée aiguë banale apparaît une constipation. Les six mois suivants, cette constipation s'aggrave et s'accompagne d'un cortège de manifestations neurologiques conduisant à de multiples explorations. Devant leur normalité, le diagnostic de pseudo-obstruction chronique intestinale est évoqué. Entre 4 et 6 ans, des occlusions répétées conduisent à une nutrition entérale à débit continu, une iléostomie, puis une nutrition parentale continue.

Plusieurs septicémies ont rapportées à une cholécystite et une cholécystectomie est effectuée. Au cours des hospitalisations la mère, très présente, collabore avec l'équipe soignante et semble à l'écoute de son enfant. A six ans, devant un épisode infectieux à iélus complet, une recherche de toxiques met en évidence un barbiturique d'action intermédiaire et de la noramidopyrine. Pour limiter et surveiller les visites, Nicolas est alors admis en réanimation, où on assiste à une amélioration clinique rapide. Après transfert dans le service de pédiatrie, les symptômes récidivent et des toxiques sont de nouveau trouvés. L'équipe médicale est alors convaincue d'une intoxication endogène par la mère.

Après signalement aux autorités judiciaires, la mère reconnaît l'intoxication chronique de son fils par des suppositoires d'Optalidon® et les septicémies provoquées par l'injection d'eau de bocal de poisson dans son cathéter. Les experts psychiatres ne trouvent pas de trouble de la personnalité chez cette femme. Au total, sur une période d'errance diagnostique de 2 ans et demi, Nicolas aura été hospitalisé 12 mois au cours de 23 hospitalisations ; et il aura subi huit anesthésies générales et 27 explorations invasives. La mère est condamnée à deux ans de prison par la Cour d'Assises. Quatre ans après le dénouement de cette affaire, les parents changent de région et ont un nouvel enfant. Ce nourrisson est hospitalisé à 11 mois pour hypotrophie et apathie. Après quelques mois et un contact avec les médecins qui avaient suivi Nicolas, une intoxication par L-thyroxine est mise en évidence. La mère est condamnée à huit ans d'emprisonnement.

ANNEXE N°2

LA VIDEO SURVEILLANCE POUR UN DIAGNOSTIC A TOUT PRIX
COMPROMIS ETHIQUE OU TECHNIQUE ESSENTIELLE
BODY LAWSON F.* , KABUTH B. , SIBIRIL V.*** , MONIN P.**** , VIDAILHET M.***** ,**
VIDAILHET C.*****

RESUME

La production de signes ou de symptômes, chez une autre personne que ce sujet lui-même, personne dont le sujet a la charge, est désignée sous le terme de « syndrome de Münchhausen par procuration ». Dans sa forme active, les symptômes provoqués par le parent, le plus souvent la mère, sont délibérés et spectaculaires. Ces mères particulièrement calmes face au danger encouru par leur enfant, enjouées et coopérantes avec les médecins, participent aux soins avec un dévouement sans limites au dessus de tout soupçon. Ce sont les situations les plus fréquemment rapportées dans la littérature. Ces « Actives Inducers » ou inducteurs actifs et directs, véritables « prototypes » du sévices par délégation, continuent à perpétrer leurs méfaits dans la chambre de leur enfant, entraînant ainsi de véritables infanticides au sein même du service hospitalier. Il a été suggéré, dans certains pays anglo-saxons, et même utilisé avec l'accord préalable de la justice, d'avoir recours à une vidéo-surveillance, preuve de diagnostic formel de la suspicion médicale.

Une telle méthode représente-t-elle un abus de confiance de l'équipe de santé, vis-à-vis des parents et de l'enfant ? Une alternative technique essentielle à la confrontation avec le parent abuseur ? Un compromis éthique utile et nécessaire à la sauvegarde d'un enfant que l'on sait pertinemment en danger de mort ? La médecine doit-elle se mettre en position d'enquêteur (problème des sévices à enfant en général) ?

TROIS IMPLICATIONS

1. Des examens complémentaires ne sont à faire qu'après un examen clinique complet d'un patient.
2. L'essentiel de la pratique médicale est dans la relation à son patient et non à la maladie.

* Assistant-Chef de Clinique - Service de pédopsychiatrie - Hôpital d'Enfants - 54511 VANDOEUVRE-LES-NANCY CEDEX

** praticien hospitalier

*** praticien hospitalier

**** Professeur de pédiatrie – Chef de service – Hôpital d'enfants de Vandoeuvre les Nancy

***** Professeur de pédiatrie – Chef de service – Hôpital d'enfants de Vandoeuvre les Nancy

***** Professeur de pédopsychiatrie – Chef de service – Hôpital d'enfants de Vandoeuvre les Nancy

3. Tout le corps médical (médecins, psychiatres, psychologues, infirmiers) doivent travailler dans le même sens pour éviter un clivage.

TROIS LIMITATIONS A L'ETUDE

1. La vidéo-surveillance met en cause l'éthique de travail du médecin.
2. Cette technique n'est pas honnête et franche, elle met d'emblée une suspicion dans la relation médecin-malade.
3. La justice n'est pas toujours pas prête à nous croire sur parole quand nous signalons de telles situations cliniques.



Mademoiselle COLIN Aurélie

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme de Sage-femme
Promotion 1998-2002

ECOLE DE SAGES-FEMMES Albert FRUHINSHOLZ

10, rue du docteur Heydenreich

54 000 NANCY

INTITULE : Le syndrome de Münchhausen par procuration.

THEME : Une forme de maltraitance à enfant très complexe.

MOTS CLEFS : maltraitance, syndrome de Münchhausen par procuration,
Sage-femme, prévention, dépistage, relation mère/enfant.

RESUME : Le syndrome de Münchhausen par procuration est une forme de maltraitance à enfant, aussi rare que complexe. Il s'agit du cas de mères qui provoquent une pathologie à leur enfant et leur font subir des examens et traitements inopportuns.

Ce mémoire traite des éléments constitutifs de ce syndrome et des moyens de dépistage en France.

Il a également pour but de faire connaître ce syndrome au monde obstétrical et en particulier aux Sages-femmes, qui ont un rôle à jouer dans la prévention et le dépistage des maltraitances. En effet, il s'agit d'une pathologie de la relation mère/enfant dont la Sage-femme est le premier témoin.