URGENCES 2007
co-fondateurs

Chapitre 37

Syndrome de Münchausen par procuration

M.F. Le Heuzey

Décrit par Meadow en 1977 (1), le syndrome de Münchausen par procuration a fait l'objet de débats passionnels, en particulier dans les médias, avec des excès dans l'exagération comme dans le déni (2).

L'observation de Laurène, 2 ans 10 mois, est très illustrative : présentée par sa mère aux urgences d'un hôpital pédiatrique parisien le 6 mars pour hématurie récidivante, elle ne présente pas de signe clinique particulier à l'examen, sauf un albinisme avec atteinte oculaire ; son développement psychomoteur paraît en rapport avec l'âge ; la courbe de croissance est normale tant au niveau pondéral que statural, et il n'y pas d'altération de l'état général. L'examen des urines fait aux urgences ne révèle pas de sang mais l'enfant est hospitalisée pour examens complémentaires.

La lecture du carnet de santé est intéressante : diagnostic de l'albinisme à l'âge de 6 mois puis, à partir de l'âge de 8 mois : hospitalisation du 8 au 12 janvier pour hématémèse et rectorragie (hôpital n° 1), hospitalisation du 20 au 25 janvier et le 27 janvier pour hématémèse (hôpital n° 2), hospitalisation du 31 mars au 12 avril pour sang dans les couches (hôpital n° 1), hospitalisation en mai pour sang dans les couches (hôpital n° 2), hospitalisation du 23 au 30 juillet pour même motif (hôpital n° 3), hospitalisation du 10 au 11 août (hôpital n° 3), hospitalisation du 22 au 28 janvier (hôpital n° 3), hospitalisation du 6 au 9 janvier (hôpital n° 2), hospitalisation du 23 février au 3 mars (hôpital n° 2).

Au fil de ces hospitalisations, aucun saignement n'a été constaté lors des séjours, sauf une fois, alors que la mère était présente, dans l'hôpital n° 2. Les examens complémentaires ont été nombreux et, pour certains, répétés plusieurs fois :

Correspondance : Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Robert-Debré, Paris, France.

prélèvements sanguins et urinaires, multiples radios d'abdomen sans préparation, fibroscopies œsogastroduodénales, rectosigmoïdoscopie, anorectoscopie, transit gastroduodénal, échographie rénale et pelvienne, urographie intraveineuse, cysto-urétroscopie, vaginoscopie, scintigraphie, radio de squelette complet, etc.

La suspicion de syndrome de Münchausen par procuration a été évoquée par l'équipe médicale lors de la 6e hospitalisation, mais il n'y a pas eu de suite, car l'enfant n'a pas été revue pendant plusieurs mois et, lors d'une hospitalisation suivante, une tentative de phénotypage du sang dans les couches avait été proposée, mais un problème technique n'avait pas permis d'avoir le résultat.

Et d'autres examens de plus en plus sophistiqués se sont succédés.

Même lors de la dernière hospitalisation (hôpital n° 4), d'autres examens sont faits, tout aussi négatifs que les précédents ; certains ne peuvent pas être faits car « l'enfant pleure et se débat » (commentaire de l'étudiant hospitalier dans l'observation).

La perspective d'une ponction biopsie rénale n'aboutit pas car l'hypothèse d'un syndrome de Münchausen par procuration est évoqué et étayé. Dans le service hospitalier, la mère est très présente et paraît très à l'aise, peu anxieuse vis-à-vis du symptôme de sa fille. Elle s'occupe volontiers des autres enfants hospitalisés avec qui elle joue, et qu'elle accompagne aux ateliers éducatifs.

Le père est, en revanche, très absent, et il est difficile de le rencontrer.

L'assistante sociale, par les contacts avec les services sociaux et scolaires, apprend que le frère aîné de Laurène a été hospitalisé à plusieurs reprises pour suspicion de saignements digestifs et qu'un signalement judiciaire a été fait pour maltraitance. Une assistante sociale de secteur s'était d'ailleurs rendue plusieurs fois au domicile, et rapportait que la mère vivait dans l'obscurité.

Les médecins demandent l'intervention du psychiatre de liaison qui réalise les entretiens avec la mère. Celle-ci accepte ces entretiens. Elle se présente de façon très froide et sur la défensive. Elle reconnaît qu'elle battait son fils (elle voulait une fille) mais que maintenant « ça va mieux ». Elle parle positivement de sa fille et, si on l'interroge sur le symptôme, elle dit : « On se demande bien d'où ça vient ».

Elle travaille depuis un an dans un magasin qui vend des vêtements pour bébés.

Elle ne présente pas de signes psychopathologiques correspondant à une entité psychiatrique particulière, mais elle évoque une histoire de carence affective et de mauvais traitements dans l'enfance. Elle dit qu'elle était souvent battue, et lorsqu'elle était enfant « on ne l'emmenait jamais chez le médecin ».

Son couple est très fragile. Elle n'a pas voulu, dit-elle, se marier, pour ne pas avoir à divorcer. Le père des enfants est de plus en plus rarement à la maison, rentrant tous les soirs vers 2-3 heures et s'absentant souvent le week-end sous des prétextes divers.

Le diagnostic de syndrome de Münchausen par procuration paraît suffisamment étayé, et le signalement auprès du procureur est fait le 20 mars.

La mère accepte comme un soulagement l'annonce du diagnostic et le placement de sa fille et fait la demande d'un suivi psychothérapique.

Le père déclare, en parlant de sa compagne : « Ça ne m'étonne pas, je savais bien qu'elle était folle », mais il ne se préoccupe pas de l'avenir des enfants.

1. Syndrome de Münchausen par procuration

Le syndrome de Münchausen par procuration (3-5) est un trouble factice simulé et/ou induit par un parent. L'enfant est présenté de façon répétitive et persistante pour des soins médicaux qui conduisent à des examens médicaux et des explorations médico-chirurgicales multiples et répétées. Classiquement, les symptômes régressent lorsque l'enfant est séparé du parent responsable (mais ce signe n'est pas toujours vérifié).

Le parent en question est généralement la mère. Elle est souvent mère au foyer mais, lorsqu'elle exerce une profession, celle-ci est souvent en relation avec l'enfance : infirmière éducatrice de jeunes enfants, travailleuse sociale ou vendeuse de vêtements pour bébés dans notre observation. Elle n'est pas atteinte d'un trouble psychiatrique spécifiquement identifié (6), mais présente un insatiable appétit de contacts médicaux : la motivation est d'endosser le rôle de malade par procuration, comme le décrit Schreier (7), la motivation de ces femmes paraît être « un besoin pervers de se mettre dans une relation ambivalente de dépendance et d'hostilité avec les médecins ». Les antécédents de mauvais traitements dans l'enfance, le vécu actuel d'isolement social, voire de mauvais traitements conjugaux, sont habituels.

Cette définition correspond bien à notre observation : la mère, souffrant d'une carence affective précoce, avec maltraitance et le vécu d'absence de « visites médicales » dans son enfance, souille les couches de sa fille avec son propre sang. Elle consulte les équipes pédiatriques de quatre hôpitaux différents ; elle est écoutée par les médecins, les infirmières, elle s'intègre aux équipes soignantes auprès desquelles elle trouve plus de chaleur qu'auprès de son concubin, et tout cela grâce au symptôme de sa fille (et au prix des examens de plus en plus invasifs que celle ci doit subir...).

Dans le syndrome de Münchausen par procuration, les symptômes physiques les plus fréquents sont les saignements – hématurie en premier (8) –, les convulsions, les pertes de connaissance.

Il n'existe pas de règle pour le diagnostic et le management de ce problème en France. On peut néanmoins s'inspirer des propositions de Sanders (9) :

1) L'hospitalisation temps plein est nécessaire car l'identification du trouble n'est pas facile.

Tous les signes sont possibles et il peut exister une association entre une pathologie avérée et un trouble factice.

Le diagnostic est évoqué devant : des symptômes persistants avec des résultats de bilan incohérents. Les collègues disent : « Je n'ai jamais vu cela », « Ça n'a pas de sens ».

Dans les antécédents familiaux, il faut rechercher la notion de morts subites dans la fratrie, le fait que la mère possède des connaissances médicales ou une profession proche de l'enfance, et qu'elle ait elle-même des antécédents de troubles somatoformes.

En entretien, la mère fournit une abondance de détails, répond à la place de l'enfant, et peut même induire les symptômes pendant l'examen (dyspnée par exemple).

2) Le signalement ne se fait que si on a assez d'argument sinon on risque la sortie contre avis médical.

3) Si on évoque ce diagnostic, on constitue une équipe pluridisciplinaire.

4) La première réunion du groupe évalue les risques pour l'enfant.

Et en parallèle, on constitue un groupe de parole pour contrôler ses émotions.

5) Dans la procédure d'évaluation, il est important d'interroger l'autre parent et, si possible, d'autres membres de la famille.

On se procure les comptes rendus des consultations et des examens précédents. On se procure aussi les comptes rendus des hospitalisations de toute la famille (mais est-ce possible en France ?). On fait attention à ses écrits, en dissociant les symptômes décrits et les symptômes observés. On récolte les preuves par les moyens techniques : examens toxicologiques, recours à certains typages spécifiques (10, 11). L'interaction mère-enfant fait l'objet d'une observation spécifique par l'intermédiaire du personnel soignant et des psy. Les enregistrements vidéo (12) pourraient être une aide importante mais on se heurte à des difficultés techniques et éthiques.

6) Les résultats sont discutés en synthèse.

7) Et si la suspicion est suffisante, le signalement est fait.

8) L'information du parent est faite.

Le groupe décide si l'information est faite à un parent ou aux deux. Les services de protection de l'enfance sont prévenus. Vis-à-vis de la mère, la conduite va être différente en fonction de son attitude : déni ou aveu.

9) Faire un staff de débriefing et continuer la prise en charge qui comprend le traitement de l'enfant, la prise en charge des parents, parfois de la fratrie. En parallèle, il faut aussi toujours penser à protéger les médecins et l'hôpital.

Cas particulier (13)

Lorsque le symptôme allégué est comportemental ou psychiatrique, le tableau est moins connu, cette forme est sous-diagnostiquée et, probablement à tort, les pédopsychiatres semblent faire moins de signalement dans ce cas...

Le diagnostic est peut-être moins difficile à faire que dans les formes physiques, et les explorations sont généralement moins invasives. Pourtant, le handicap vécu par l'enfant peut être lourd : être hospitalisé en service de psychiatrie infantile ou vivre avec des autistes quand on ne souffre pas de pathologie psychiatrique, ne peut pas laisser indemne. Sans parler du risque qu'un médecin zélé ne prescrive un neuroleptique...

2. Les diagnostics différentiels (14-17)

• *Les symptômes allégués ou créés pour obtenir des bénéfices, comme dans les procédures de divorce :* par exemple, la mère allègue des sévices sexuels de la part du père, puis elle crée les lésions génitales sur sa fillette.

• *Les maltraitances physiques non reconnues, la malnutrition et le nanisme psychosocial :* mais, dans ces cas, les parents, évasifs sur l'explication des lésions ou de la sous-alimentation, ne sont pas très avides de contacts médicaux, bien au contraire. De même, dans le syndrome de Cosette où un enfant est exploité à des fins ancillaires, les parents ne recherchent pas les contacts avec les services médico-sociaux.

• *Les maltraitances psychologiques* (dévalorisation, insultes, privation affective etc.) ne s'accompagnent pas d'une recherche forcenée de contacts avec psychiatres et psychologues.

• *Le syndrome de la mascarade :* la mère n'envoie pas son enfant à l'école de manière prolongée ou répétitive sous prétexte qu'il est malade, pour l'avoir près d'elle ; le but est pour la mère de se garder son enfant pour elle seule mais il n'y a pas quête d'examens médicaux excessifs.

• *Le vagabondage médical :* des parents très anxieux et toujours insatisfaits multiplient les consultations et les avis médicaux pour une affection réelle de leur enfant, que cette affection soit somatique ou psychiatrique ; mais, dans ce cas, ils ne retournent pas plusieurs fois au même endroit.

• *Les mères schizophrènes* dont l'idée délirante est que leur enfant est malade. Elles ne recherchent pas un rôle de malade, elles sont effectivement malades.

• *Les parents qui exagèrent le handicap ou la maladie réelle de leur enfant pour en tirer des bénéfices financiers :* relogement, allocation d'éducation spéciale, etc.

Un diagnostic particulier, à la fois diagnostic différentiel et diagnostic d'intrication, est celui du syndrome de Münchausen [décrit par Asher en 1951 (18)] ou trouble factice de l'enfant lui-même.

Sur 48 cas de troubles factices répertoriés par Medline (19), 42 étaient réalisés par le jeune de façon indépendante : fièvre, diabète, purpura, infections sont les troubles principaux. Le petit nombre de cas répertoriés est à mettre en relation avec le retard au diagnostic ; le diagnostic est en fait plus souvent à l'âge adulte... Certains cas sont à la limite : c'est l'enfant qui falsifie les symptômes mais c'est un parent, la mère qui « coache ».

Le diagnostic différentiel essentiel est bien entendu une affection authentique et non factice. Généralement, la recherche d'une étiologie organique conduit les médecins à la répétition des explorations paramédicales avant de mettre en cause les parents. Pourtant, il arrive que le diagnostic de Münchausen par procuration soit évoqué par excès comme dans un cas que nous avons rencontré de syndrome de vomissements cycliques (20).

3. Évolution

L'évolution des cas de syndrome de Münchausen par procuration est mal connue, même si certaines victimes ont publié la description de leur propre calvaire (21). L'évolution physique est liée aux lésions induites par la mère et malheureusement aussi par le corps médical (pancréatectomie) (22).

L'évolution selon les prise en charge est aussi mal connue, compte tenu qu'il est difficile de faire des groupes contrôles (23, 24). Le travail de Berg et Jones (25) montre que, sous certaines conditions, la réunification familiale est possible, sous réserve d'un intense suivi familial. En effet, les risques de nouveau trouble induit sont possibles sur l'enfant lui-même (17 % des cas). L'abus sur un frère ou une sœur paraît aussi important (40 à 50 % des cas).

Au total, le syndrome de Münchausen par procuration doit être connu des pédiatres, car tous les cas montrent « qu'il faut y penser » et qu'il serait souhaitable que l'on puisse avoir accès plus facilement aux dossiers des enfants qui vont d'hôpital en hôpital, d'un service d'urgence à un autre, etc.

Références bibliographiques

1. Meadow R. Muchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. Lancet 1977 ; 2 : 343-5.
2. Le Heuzey MF. Syndrome de Münchausen par procuration. Nervure 2003 ; 16 : 20-3.
3. Bocquet N, Boileau P, Castanet M, et al. Le syndrome de Münchausen par procuration. Arch Pediatr 1997 ; 4 : 770-8.
4. Foreman DM. Detecting fabricated or induced illness in children. BMJ 2005 ; 331 : 978-9.
5. Meadow R. False allegations of abuse and Munchausen syndrome by proxy. Arch Dis Child 1993 ; 68 : 444-7.

6. Adshead G, Bluglass K. Attachment representations in mothers with abnormal illness behaviour by proxy. BMJ 2005 ; 187 : 328-33.
7. Schreier H. Munchausen by proxy defined. Pediatrics 2002 ; 110 (5) : 985-8.
8. Haddad E, Lapeyraque AL, de Pontual L, et al. Clinical Quiz. Loin pain haematuria syndrome. Pediatr Nephrol 2002 ; 17 (3) : 217-9.
9. Sanders MJ. Hospital protocol for the evaluation of Munchausen by proxy. Clin Child Psychol Psychiatr 1999 ; 4 (3) : 379-91.
10. Hoorntje TM, Langerak W, Sreeram N. Munchausen' syndrome by proxy identified with an implantable electrocardiographic recorder. N Engl J Med 1999 ; 4 : 341 (19) : 1478-9.
11. Monteiro C, Trindade E, Monteiro F, et al. Blood group-antigen profile predicted by molecular biology in Munchausen syndrome by proxy translational research. 2004 ; 144 : 6319.
12. Foreman DM. Detecting fabricated or induced illness in children. BMJ 2005 ; 331 : 978-9.
13. Schreier H. Factitious disorder by proxy in which the presenting problem is behavioral or psychiatric. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000 ; 39 (5) : 668-70.
14. Ayoub CC, Alexander R, Beck D, et al. Position paper: definitional issues in Munchausen by proxy. Child Maltreat 2002 ; 7 (2) : 105-11.
15. Marcus A, Ammermann C, Klein M, Schmidt MH. Munchausen syndrome by proxy and factitious illness: symptomatology, parent-child interaction and psychopathology of the parents. Eur Child Adolesc Psy 1995 ; 4 : 4 : 229-36.
16. Meadow R. What is, and what is not «Munchausen syndrome by proxy?» Arch Dis Child 1995 ; 72 (6) : 534-8.
17. Pankratz. Persistent problems with the Munchausen syndrome by proxy label. Jam Acad Psychiatry Law 2006 ; 34 : 1 : 90-5.
18. Asher R. Munchausen's syndrome. Lancet 1951 ; 1 : 339-41.
19. Libow JA. Child and adolescent illness falsification. Pediatrics 2000 ; 105 (2) : 336-42.
20. Faucher S, Le Heuzey MF, Rouyer V, Mouren-Simeoni MC. À propos du syndrome des vomissements cycliques. Arch Pediatr 2003 ; 10 (4) : 385-91.
21. Bryk M, Siegel PT. My mother caused my illness: the story of a survivor of Munchausen by proxy syndrome. Pediatrics 1997 ; 100 : 1-7.
22. Giurgea I, Ulinski T, Touati G, et al. Factitious hyperinsulinism leading to pancreatectomy: severe forms of Munchausen syndrome by proxy. Pediatrics 2005 ; 116 : 1 : el45-8.
23. Davis P, McClure RJ, Rolfe K, et al. Procedures, placement and risks of further abuse after Munchausen by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. Arch Dis Child 1998 ; 78 (3) : 217-21.
24. Schreier H, Ricci LR. Follow up of a case of Munchausen by proxy syndrome. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002 ; 41 (12) : 1395-6.
25. Berg B, Jones DP. Outcome of psychiatric intervention in factitious illness by proxy (Munchausen's syndrome by proxy). Arch Dis Child 1999 ; 81 (6) : 465-72.