

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2015-2016

**Syndrome de Münchhausen par
procuration : évaluation des
connaissances des professionnels de
santé**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

HANNAUX Laura
Née le 27 août 1993 à Saverne

Directeur de mémoire : Dr. ASTRUC
Codirectrice de mémoire : Mme. VOILLEQUIN

Table des matières

I. Introduction.....	2
II. Matériel et méthodes.....	6
III. Résultats.....	8
A. Résultats de l'enquête.....	8
B. Résultats de la revue de la littérature.....	13
1. Articles faisant une revue de la littérature.....	13
a. Articles de Rosenberg et de Sheridan.....	13
b. Article de Feldman.....	16
2. Études sur le syndrome de Münchhausen par procuration.....	17
a. Études de Mc Clure et de Denny.....	17
b. Étude de Ferrara.....	20
IV. Discussion.....	23
A. Rappel de la problématique, limites et biais de l'étude.....	23
B. Discussion du questionnaire et de la revue de la littérature.....	23
1. Taux de réponses au questionnaire	23
2. Connaissance du syndrome et discussion de sa définition.....	24
3. Difficultés diagnostiques du syndrome et efficacité de l'intervention médicale.....	26
4. Caractéristiques du syndrome de Münchhausen par procuration : la victime et les symptômes feints.....	29
5. Le syndrome de Münchhausen par procuration dans le milieu de l'obstétrique.....	31
6. Importance de la connaissance du syndrome et caractéristiques de l'abuseur.....	32
7. L'apport de la preuve du diagnostic de syndrome de Münchhausen par procuration..	34
8. La prise en charge des personnes impliquées dans l'abus.....	36
V. Conclusion	38
VI. Bibliographie.....	40

Annexe I : Questionnaire du syndrome de Münchhausen par procuration distribué aux professionnels de santé

I. Introduction

La grossesse a toujours été une étape importante dans la vie d'une femme. C'est une période de grand bouleversement psychologique, la femme passant du statut de « fille de sa mère » à « mère » elle-même (1). Si pour la plupart des femmes ce changement se passe normalement, qu'en est-il des femmes ayant un trouble psychiatrique précédant la grossesse ? Quelles peuvent être les conséquences d'une telle pathologie dans l'établissement de la maternité ? Peut-on craindre pour la santé de l'enfant dans de telles situations ?

Lorsque une femme enceinte est atteinte d'une pathologie psychiatrique, et que celle-ci est connue des médecins, une prise en charge particulière peut être anticipée afin d'accueillir au mieux la grossesse et le futur bébé. Toute l'équipe soignante peut planifier la naissance et les jours suivants afin d'établir un lien mère-enfant le plus stable possible. Mais que se passe-t-il lorsque cette pathologie est ignorée du corps médical ? Existe-t-il des risques pour l'enfant ?

C'est en se posant toutes ces questions que nous avons découvert l'existence du syndrome de Münchhausen par procuration.

Le syndrome de Münchhausen par procuration est une forme de sévices à enfant qui prend place lorsqu'un parent, généralement la mère biologique, induit une maladie chez son enfant en créant des symptômes multiples et variés conduisant à la répétition d'explorations médicales (2). L'auteur de ces falsifications affirme ne pas connaître la cause de ces symptômes qui conduisent à des examens et traitements médicaux, contribuant eux-mêmes à la maltraitance (3).

Ce syndrome est intimement lié au syndrome de Münchhausen dit « simple ». Ce dernier a été défini par Asher en 1951 pour les cas où le patient induit, intentionnellement, chez lui des signes physiques ou psychiques d'une maladie, dans le but d'assumer le rôle de malade.

C'est en 1977 que le syndrome de Münchhausen par procuration fut décrit pour la première fois par le pédiatre britannique Roy Meadow. Il tient son nom du baron de Münchhausen, mercenaire allemand du XVIIIe siècle. Celui-ci était mythomane, et devint célèbre en racontant ses péripéties guerrières tout aussi héroïques qu'affabulées (4,5).

Depuis, dans la littérature anglaise, ce syndrome a changé plusieurs fois de nom : « Pediatric condition falsification », « Illness induction syndrome », « Munchausen syndrome by proxy », « Fabricated or induced illness » et finalement « Medical child abuse » (6).

Il est désormais classé dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cinquième édition (DSM-5), en tant que « Somatic Symptom and Related Disorders » (2), avec comme critères diagnostiques de recherche, les éléments suivants :

- Une falsification de signes ou de symptômes physiques ou psychiques, ou une production de blessures ou de maladies, chez quelqu'un, associée à une tromperie identifiée.
- L'auteur présente un individu aux autres personnes comme étant malade, handicapé, ou blessé.
- Le comportement trompeur de l'auteur est évident même en l'absence de gains extérieurs.
- Le comportement de l'abuseur n'est pas expliqué par une autre maladie mentale telle qu'un trouble délirant ou tout autre trouble psychotique.

Aujourd'hui ce syndrome est défini comme « une forme de maltraitance apparaissant lorsqu'un enfant reçoit des soins médicaux inutiles voire potentiellement blessants à la suite d'allégations, de signes ou de symptômes induits par le parent » (3). Ce dernier est de façon classique la mère biologique de l'enfant. Celle-ci exerce bien souvent une profession en lien avec l'enfance ou le milieu médical : infirmière, éducatrice de jeunes enfants, travailleuse sociale etc. Elle semble socialement isolée, le père étant souvent absent ou « transparent ». Cependant, elle est décrite comme une personne attentive, dévouée, très présente dans les soins. Elle est qualifiée par les professionnels de « mère admirable », mais il apparaît qu'elle soit peu inquiète et préoccupée par les douleurs subies par son enfant. Elle encourage les médecins aux explorations, et semble se complaire dans un univers médical qui d'habitude oppresse. De ce fait, une relation ambivalente de dépendance et d'hostilité se crée avec les soignants.

Aucun lien de cause à effet n'a pu être prouvé à ce jour, mais de fréquents antécédents d'événements traumatiques durant l'enfance ou la vie maritale (placement social, maltraitance, abus sexuel) sont retrouvés dans le profil des mères auteurs. De plus, les antécédents de troubles somatoformes sont un facteur de risque également retrouvés dans de telles situations (7).

Ce syndrome peut être retrouvé pour de très jeunes enfants et la mortalité pour les victimes de ce comportement est élevée : de 6 à 10% allant jusqu'à 33% dans les cas de suffocation et d'empoisonnement (7,8). Le syndrome de Münchhausen par procuration est assez rare, mais peut-être sous-estimé (4,9). Le diagnostic est, en effet, très difficile à poser car il est compliqué d'apporter la preuve de la maltraitance. De ce fait, l'âge moyen de l'enfant lors du diagnostic se situe environ entre 14 mois et 2 ans et demi. Seulement 25% des cas apparaissent pour des enfants âgés de plus de 6 ans. De plus, bien souvent la fratrie de l'enfant victime est également abusée : existence de nombreuses maladies inexplicables, décès survenus dans des circonstances mal élucidées, troubles comportementaux ou problèmes émotionnels etc. Tout ceci peut constituer des indices pour une éventuelle piste du syndrome de Münchhausen par procuration (3,8).

Nous nous sommes alors demandés : **quelles sont les connaissances du personnel soignant travaillant dans la petite enfance qui pourraient permettre de diagnostiquer le syndrome de Münchhausen par procuration ?**

Nous émettons les hypothèses suivantes : le syndrome de Münchhausen par procuration est mal connu des soignants. Le personnel soignant n'a pas reçu de formation sur ce syndrome. Une sensibilisation au syndrome de Münchhausen par procuration permettrait donc une meilleure vigilance face à certaines situations.

En effet, il nous semble important de connaître l'existence de cette pathologie. Bien que rare, mais avec des conséquences potentiellement dramatiques, il est important d'identifier les critères du syndrome. Le délai entre l'apparition des symptômes et le diagnostic représente un laps de temps important où l'enfant continue de subir des violences pouvant nuire à sa santé. Une meilleure connaissance du syndrome par le personnel soignant pourrait ainsi permettre

une prise en charge précoce, voire préventive, devant un état psychique fragile d'une mère, pouvant éventuellement conduire à ce comportement.

II. Matériel et méthodes

Pour répondre à notre problématique, nous avons élaboré un questionnaire composé de 16 questions que nous avons soumis au personnel soignant du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Hautepierre, ainsi qu'en Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Strasbourg. Nous nous sommes limités au CHU car c'est le centre de référence du Bas-Rhin en matière de pédiatrie. De plus, la PMI de Strasbourg recouvre une large zone et emploie un nombre important de personnes. Pour des questions d'organisation nous avons donc décidé de diffuser le questionnaire parmi ces deux structures.

Nous avons plus particulièrement ciblé :

- Les puéricultrices (DEP) et infirmières (IDE).
- Les pédiatres et les chirurgiens pédiatriques.

Toutes les professions autres que celles de la santé, en contact avec les jeunes enfants ont été exclues (exemple : les enseignant(e)s, les assistant(e)s maternel(le)s, les nourrices agréées, les auxiliaires puéricultrices...).

Nous avons diffusé notre questionnaire par mail via un lien Google formulaire à l'ensemble des IDE et DEP du pôle de pédiatrie de Hautepierre, ce qui représente 300 personnes. Ce questionnaire a également été distribué aux 49 pédiatres et chirurgiens pédiatriques de l'hôpital du 15 octobre au 15 décembre 2015.

Au sein de la PMI de Strasbourg, le questionnaire a été diffusé aux 65 membres du personnel : huit médecins, 56 DEP, une IDE.

Nous avons interrogé les différents professionnels sur leur milieu d'activité, le nombre d'années d'exercice, leurs connaissances du syndrome de Münchhausen par procuration, leur réaction face à ce comportement. Nous nous sommes intéressés au « comment » ont-ils connu ce syndrome, ainsi qu'aux éventuels cas rencontrés pendant leur activité. Nous les avons questionnés sur les personnes à prévenir si une telle situation se produisait et sur ce qui, selon eux, pourrait être un frein au diagnostic du syndrome.

Nous y avons également mis un cas clinique afin d'évaluer le niveau de connaissance de ce personnel sur le sujet, ainsi que leur attitude face à celui-ci.

Nous réalisons également une revue de la littérature afin de définir le syndrome de Münchhausen par procuration, ainsi que son diagnostic et sa prise en charge et de conforter ou non les résultats obtenus par le questionnaire. Pour cela, nous nous sommes servis des bases de données telles que PubMed, EM Premium, ainsi que le Cairn. Nous avons utilisé les mots-clés suivants :

- Syndrome de Münchhausen par procuration
- Munchausen syndrom by proxy
- Factitious disorder by proxy
- Peadiatric condition falsification
- Medical child abuse

Nous avons sélectionné 17 articles pour réaliser la revue de la littérature, tous écrits en anglais et datant de moins de 15 ans. Les articles choisis ont été sélectionnés à la lecture de leurs résumés, ainsi qu'à leur pertinence vis à vis du sujet (diagnostic du syndrome, épidémiologie, traitement). L'analyse détaillée de la bibliographie des articles choisis a contribué à la sélection de quelques articles, plus anciens, mais servant de référence pour le sujet.

Certains articles ont permis d'étayer la discussion, de comparer nos résultats à ceux de la littérature déjà existante tandis que d'autres ont plus été utilisés pour le chapitre « résultat » et son analyse.

III. Résultats

A. Résultats de l'enquête

Nous avons obtenu 50 réponses à notre questionnaire sur les deux mois où celui-ci a été diffusé. Le tableau I nous montre la répartition des réponses en fonction du secteur d'activité et de la profession.

Le taux de réponses pour les personnes de PMI s'élève à 31% (20 réponses) et celui pour les personnes travaillant au CHU est de 9% (30 réponses). Au sein de la PMI et du CHU, la catégorie professionnelle qui a donné le plus de réponses, est celle des médecins (62,5% de pédiatres de PMI ainsi que 35% de pédiatres et chirurgiens pédiatriques du CHU).

Tableau I: Nombre de personnel soignant ayant répondu au questionnaire en fonction du secteur d'activité (n=50)

	Pédiatres n(%)	Chirurgiens pédiatriques n(%)	DEP n(%)	IDE n(%)	Total n
PMI	5	0	15	0	20
CHU	13	4	10	3	30
Total	18 (36)	4 (8)	25 (50)	3 (6)	50

n : effectif , IDE : Infirmier Diplômé d'État, DEP : Diplômé d'État en Puériculture, PMI : Protection Maternelle et Infantile, CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Si pour la quasi totalité des personnes (98%), ce syndrome représente une forme de maltraitance pouvant conduire à de graves pathologies voire au décès de l'enfant, des disparités apparaissent sur l'efficacité de l'intervention du personnel soignant. En effet, 62% pensent que le corps médical permet d'arrêter cette forme de sévice.

Comme nous le voyons sur le tableau II, le syndrome de Münchhausen est plutôt bien connu des professionnels de santé interrogés, puisque 90% d'entre eux disent savoir à quoi il correspond. Il y a 8% d'entre eux en qui ont déjà entendu parler mais qui ne se rappellent plus exactement sa définition.

Tableau II : Connaissance du syndrome de Münchhausen par procuration en fonction de la profession et du secteur d'activité (n=50)

	Pédiatres		Chirurgiens pédiatriques		DEP		IDE	
	PMI n=5	CHU n=13	PMI n=0	CHU n=4	PMI n=15	CHU n=10	PMI n=0	CHU n=3
Connaissance du syndrome								
Oui (n=45)	5	12	0	4	14	8	0	2
Non (n=1)	0	0	0	0	0	0	0	1
Déjà entendu parler mais ne sait plus exactement ce que c'est (n=4)	0	1	0	0	1	2	0	0

n : effectif , IDE : Infirmier Diplômé d'État, DEP : Diplômé d'État en Puériculture, PMI : Protection Maternelle et Infantile, CHU : Centre Hospitalier Universitaire

La figure 1 nous informe que parmi les personnes qui disent connaître ce syndrome, la majorité (38%) est diplômée depuis 10 ans ou moins, et 26% ont une expérience professionnelle de plus de 11 ans mais de moins de 20 ans.

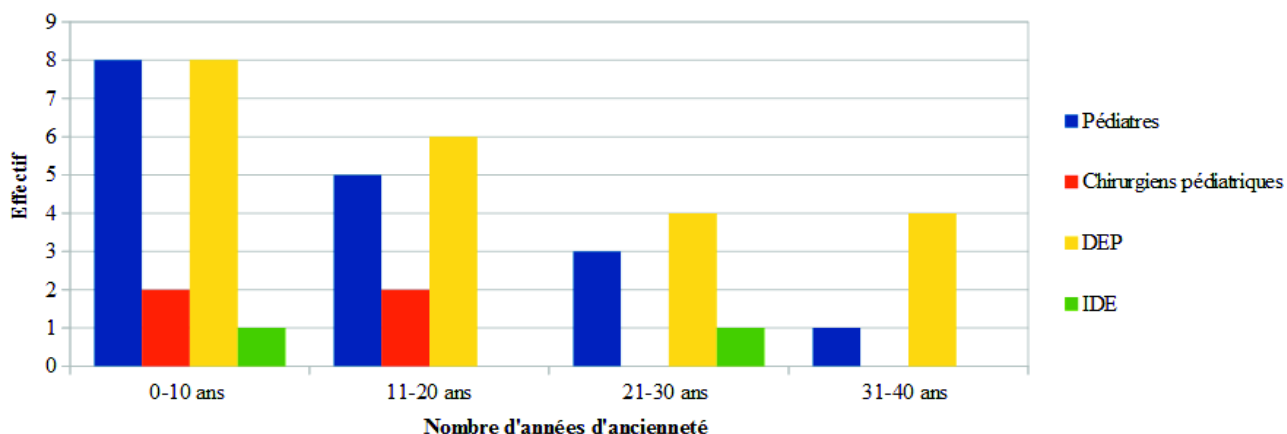


Figure 1 : Connaissance du syndrome de Münchhausen par procuration en fonction du nombre d'années d'ancienneté

Au vu de la figure 2, on note que pour plus de la moitié des personnes ayant répondu au questionnaire (54%), la découverte du syndrome de Münchhausen par procuration s'est faite lors de leur formation initiale ; 16% (correspondant à la catégorie « autres ») rapportent qu'ils ont pris connaissance de cette pathologie lors d'un cas rencontré pendant leur exercice professionnel. De plus, 10% avouent avoir découvert le syndrome lors de leur formation continue. Les 10% restants l'ont découvert grâce aux médias.

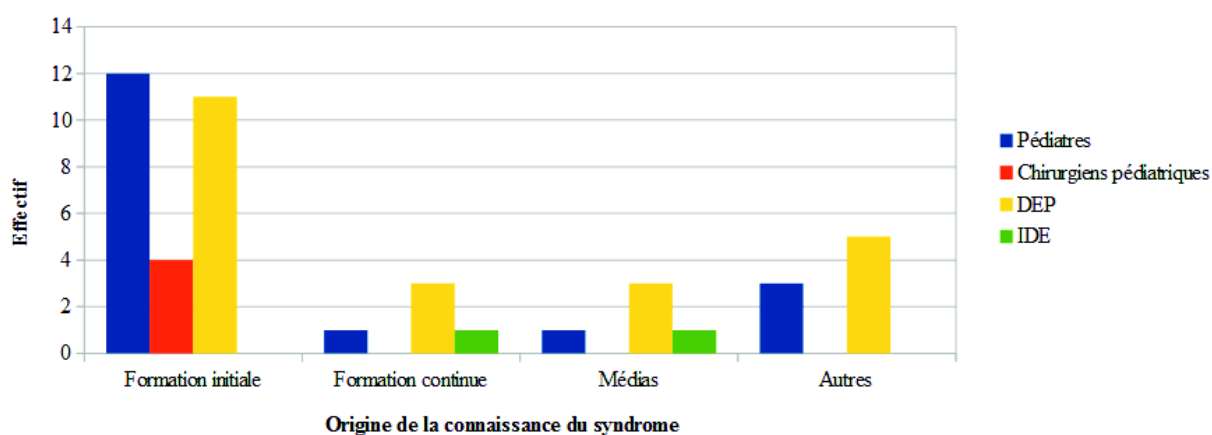


Figure 2 : Origine de la connaissance du syndrome de Münchhausen par procuration en fonction des professions

Il apparaît également que ce syndrome a déjà été rencontré par environ la moitié des personnes interrogées (48%) durant leur carrière. Beaucoup racontent des histoires d'injections d'insuline afin de simuler des malaises hypoglycémiques, des problèmes de constipation ou au contraire de lavements à répétition, ou encore des problèmes d'anorexie du nouveau-né. Les personnes décrivent une forte présence de la mère pendant les soins, une mère parfois fragile nécessitant un suivi psychologique, des symptômes disparaissant lors de l'hospitalisation, et des examens cliniques et paracliniques normaux. Il apparaît également un fort nomadisme de la part des parents dans le suivi de leur enfant.

Nous nous rendons compte grâce à la figure 3 que les pédiatres et les puéricultrices travaillant au sein du CHU préviennent préférentiellement un(e) de leur collègue en cas de doute sur un cas.

Les chirurgiens pédiatriques, tout comme les pédiatres de PMI, se tournent plutôt vers le psychologue ou psychiatre de la structure, ou encore vers les services sociaux. Les puéricultrices de PMI préviennent majoritairement leur supérieur. Pour 100% des infirmières du CHU ayant répondu au questionnaire, leurs doutes sont confiés en premier lieu au médecin du service s'occupant de l'enfant.

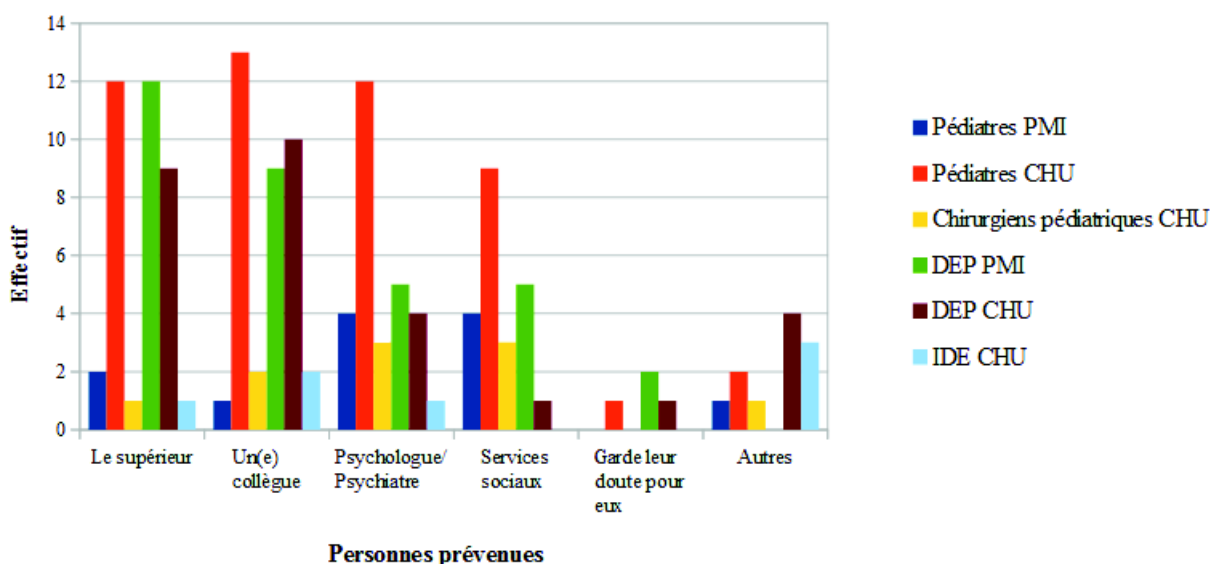


Figure 3: Personnes prévenues en fonction de la profession

La quasi totalité des personnes interrogées (98%) juge utile de connaître les caractéristiques de ce syndrome pour leur profession, et l'ensemble du personnel soignant estime qu'il n'est pas facile à diagnostiquer.

La figure 4 nous informe sur les difficultés de diagnostic estimées par les professionnels de santé ayant répondu au questionnaire.

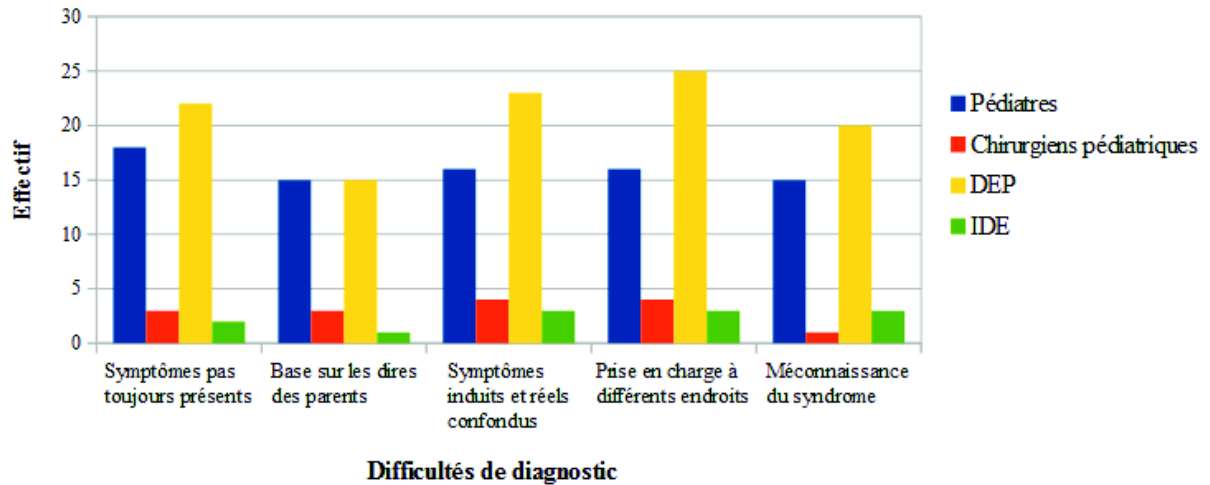


Figure 4 : Difficultés de diagnostic en fonction de la profession

Il apparaît que pour 96% des personnes interrogées, la plus grande difficulté réside dans le nomadisme de la prise en charge de l'enfant. La confusion possible entre symptômes induits et symptômes réels représente à 92% la deuxième difficulté qui peut retarder le diagnostic. Vient ensuite à 90% l'absence des symptômes lors de l'évaluation médicale. Pour 78% la méconnaissance du syndrome de la part de l'équipe soignante représente une difficulté de diagnostic. Enfin pour 68% une des difficultés retardant le diagnostic du syndrome de Münchhausen par procuration est le fait que le personnel soignant se base plus sur les dires des parents que sur leurs propres observations de l'enfant.

Enfin, le cas clinique mis à la fin du questionnaire relève du syndrome de Münchhausen par procuration pour 88% des personnes. Les signes leur faisant évoquer cette pathologie sont pour la plupart : une mère ressentie comme psychiquement fragile et cependant très présente autour de l'équipe soignante, de nombreuses hospitalisations de l'enfant, des examens médicaux strictement normaux, ainsi que des symptômes n'apparaissant que lors de la présence de la mère.

B. Résultats de la revue de la littérature

Nous avons utilisé six articles afin de procéder à la revue de la littérature des résultats. Ces derniers ont tous essayé de faire un point sur le syndrome de Münchhausen par procuration soit par l'analyse de la littérature, soit par des études. Ces études ont essayé de préciser l'épidémiologie du syndrome dans certains pays, ou plus particulièrement dans certaines cliniques. D'autres articles ont eu pour but de faire un bilan de la littérature existante sur ce syndrome.

1. Articles faisant une revue de la littérature

Nous étudierons d'abord les articles de Rosenberg et Sheridan, puis celui de Feldman. Les deux premiers utilisent des études d'origine anglophones aussi bien qu'européennes, tandis que Feldman s'attache à n'utiliser que de la littérature non anglophone.

a. Articles de Rosenberg et de Sheridan

Rosenberg est le premier à initier une revue de la littérature sur le syndrome de Münchhausen par procuration (4). Il donne une définition de celui-ci en quatre points :

- 1) Maladie chez l'enfant, simulée et/ou produite par un parent ou quelqu'un qui s'en occupe.
- 2) Présentation de l'enfant pour une évaluation médicale et des soins, souvent de manière persistante, conduisant à de multiples procédures médicales.
- 3) L'auteur nie connaître l'étiologie de la maladie de l'enfant.
- 4) Les signes et symptômes aigus de l'enfant disparaissent lorsque celui-ci est séparé de l'auteur.

Par l'analyse de la littérature de 1966 à 1987, il trouve ainsi que ce syndrome est perpétré chez 46% de filles et chez 45% de garçons. Le sexe de la victime n'est pas indiqué dans les 9% restants. Sheridan fait le même exercice quelques années plus tard, en 1995, afin d'obtenir des

chiffres plus récents (10). Il trouve une prévalence de 52% de garçons victimes et 48% de filles. La figure 5 permet de comparer les résultats des deux auteurs sur l'âge moyen de l'enfant lors du diagnostic ainsi que sur le temps entre l'apparition des premiers symptômes et le moment où le diagnostic est fait.

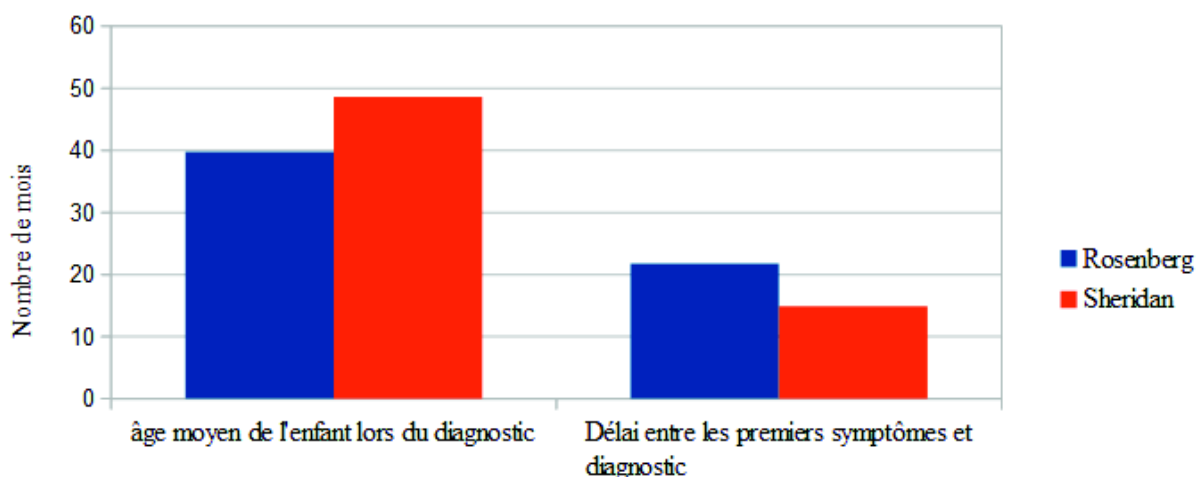


Figure 5 : Comparaison des résultats obtenus par Rosenberg et Sheridan

Sheridan étudie une caractéristique que Rosenberg n'a pas considérée : l'origine ethnique de l'auteur. Il apparaît que celle-ci n'est renseignée que dans 7,3% des cas publiés.

Pour ces deux auteurs, la morbidité à court et long terme due directement à ce syndrome ainsi que la mortalité sont étudiées. La figure 6 permet de faire la comparaison des résultats obtenus par chacun d'eux. Rosenberg affirme que, si les mères ne sont responsables que de 75% de la morbidité des enfants victimes, elles induisent 100% de celle-ci en utilisant les professionnels de santé dans l'exécution de ce syndrome. De plus, il rajoute que les enfants victimes ont tendance à adopter ces symptômes comme étant authentiques et à croire réellement qu'ils sont malades.

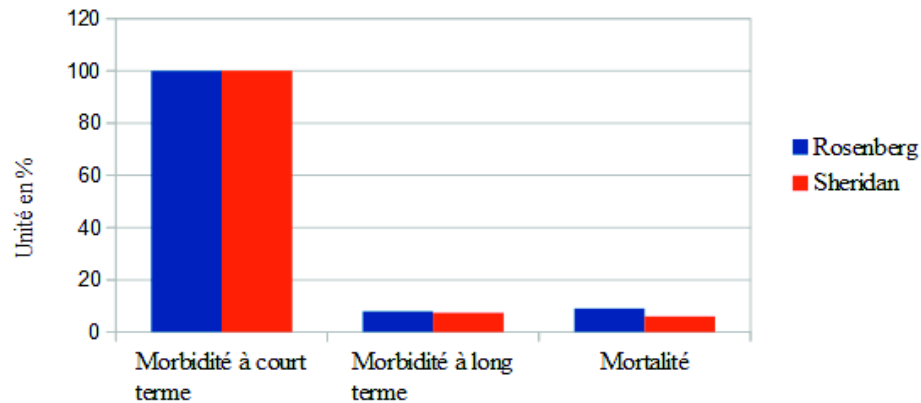


Figure 6 : Morbidité et mortalité selon Rosenberg et Sheridan

Les deux auteurs s'accordent à dire que les enfants décédés des suites du syndrome sont tous âgés de moins de trois ans et que la cause la plus commune de décès est la mort par apnée. Les autres symptômes les plus courants, d'après eux, pour le syndrome de Münchhausen par procuration sont : les saignements, les crises convulsives, les dépressions du système nerveux central, les diarrhées, les vomissements, et la fièvre. Sheridan nous informe que les méthodes les plus utilisées pour feindre des symptômes sont par ordre décroissant : la suffocation, l'administration de drogues ainsi que l'empoisonnement.

Si pour les deux auteurs, la mère biologique constitue dans la majorité des cas (98%) le responsable de la tromperie, Sheridan remarque que le père devient lui aussi de plus en plus impliqué. Il note une différence entre les deux sexes puisqu'il apparaît que si les mères abusent équitablement les filles et les garçons, les pères eux, ont tendance à abuser plus facilement leur fils.

Il ressort de ces deux revues de la littérature que les mères coupables sont souvent très intéressées par les professions de santé, en exercent même certaines fois, et possèdent un savoir médical assez développé. Elles se complaisent dans un univers hospitalier qui normalement oppresse. Leur relation avec leur mari est décrite comme « pauvre », le père étant souvent absent ou peu impliqué dans la vie de famille. Elles sont victimes de dépression pour la plupart ou diagnostiquées comme ayant des troubles de la personnalité. En manque d'attention, elles souffrent d'indifférences ou de carences affectives. Des histoires d'abus dans leur enfance ou dans leur relation avec le partenaire peuvent être retrouvées.

Cependant, Rosenberg nuance ce propos en déclarant que l'origine de ce comportement varie d'auteur en auteur.

Les deux scientifiques retrouvent un taux environ égal à 50% de production active de symptômes tandis que 25% ne font que les simuler. Les 25% restants font les deux. Il apparaît également que la production de symptômes a lieu la plupart du temps lors de l'hospitalisation de l'enfant. Rosenberg note un taux qui s'élève à 70% de production de symptômes durant le séjour à l'hôpital contre 48,8% pour Sheridan. Ainsi, si le syndrome de Münchhausen par procuration n'est pas suspecté, il se révèle que l'hospitalisation fait alors encourir un danger à l'enfant, tandis que si celui-ci est soupçonné, l'hôpital est alors la place adaptée pour l'enfant. La preuve du diagnostic est difficile à apporter pour les deux auteurs, mais ces derniers s'accordent à dire que lorsque la victime possède des frères et sœurs, ceux-ci sont également souvent abusés. Rosenberg affirme que si le syndrome est considéré, le diagnostic sera fait rapidement, et que la non-considération du syndrome constitue le plus grand obstacle au diagnostic. Sheridan rajoute qu'une résolution apparaît souvent lorsque l'enfant est séparé de la mère, et qu'une confirmation du diagnostic peut parfois être faite avec l'aide de vidéos surveillance ou avec les aveux de la mère.

b. Article de Feldman

Nous apprenons par Feldman que les pays ayant une littérature des plus riches sur le sujet, sont les États-Unis, l'Australie, le Royaume-Uni ainsi que la Nouvelle-Zélande (11). En analysant la littérature émergeant d'autres pays, nous apprenons que c'est à partir du milieu/fin des années 80 qu'apparaît le syndrome de Münchhausen par procuration dans les revues européennes. En tout, celui-ci a trouvé 59 articles de 24 pays décrivant 122 cas en neuf langues différentes. Très peu de cas ont été retrouvés dans des pays tels que la Chine, l'Inde ou encore le Pakistan, mais il apparaît que l'auteur ait eu un accès limité à cette bibliographie. En analysant les publications de pays non anglophones, Feldman a voulu créer un sommaire et fournir une plate-forme de discussion sur le sujet dans le monde entier. Il en ressort que le syndrome de Münchhausen par procuration serait similaire à travers le monde et que la mère est dans la majorité des cas l'auteure de la tromperie. Le père ou les grands parents sont retrouvés dans de rares cas.

Il y a 26% des enfants de moins de trois ans qui sont touchés ainsi que 52% des enfants âgés de trois à 13 ans. Il en ressort que bien souvent il existe plus d'un enfant abusé dans une même fratrie, mais que les filles et les garçons étaient équitablement touchés. Les méthodes principalement utilisées pour feindre une maladie sont : les saignements induits, l'administration de substances blessantes, le rapport de fausses crises convulsives, ainsi que la falsification ou l'induction de fièvre ou de retard de croissance.

L'apnée induite est retrouvée comme étant le symptôme le plus couramment utilisé aux États-Unis et au Royaume-Uni, mais celui-ci ne ressort pas dans la littérature étudiée par Feldman. Les variantes psychologiques ou comportementales du syndrome de Münchhausen par procuration par feinte ou induction sont rarement rapportées dans les publications anglaises. Au contraire, il apparaît que les diagnostics de parents souffrant d'une pathologie psychiatrique ou psychopathologique soient vus comme étiologiques dans le monde entier.

Enfin, la possibilité que la médecine moderne ait joué un rôle dans la perpétration du syndrome de Münchhausen par procuration a été soulevée à la fois par les auteurs de l'Ouest et par les praticiens des pays en voie de développement.

2. Études sur le syndrome de Münchhausen par procuration

Nous avons retenu trois articles ayant mené des études afin de déterminer la prévalence et l'épidémiologie du syndrome de Münchhausen par procuration dans différents pays. Nous parlerons d'abord des études de Mc Clure et Denny puisque les objectifs de leurs études sont assez similaires : établir l'incidence du syndrome dans des pays différents pour des enfants de moins de 16 ans. Nous nous intéresserons ensuite à l'étude menée par Ferrara et son équipe en Italie.

a. Études de Mc Clure et de Denny

Mc Clure est le premier à faire une étude prospective au Royaume-Uni et en Irlande de septembre 1992 à août 1994. Il s'intéresse aux cas diagnostiqués ou suspectés chez des enfants de moins de 16 ans. Les cas sont reportés par un consultant au British Paediatric Association

Surveillance Unit (BPASU). Un retour est fait aux pédiatres ayant déclaré un cas afin d'obtenir de plus amples informations. Le but est de déterminer si ces cas relèvent des cas de suffocation ou d'empoisonnement non accidentels seuls ou associés avec un syndrome de Münchhausen par procuration. Le syndrome de Münchhausen par procuration est défini comme « tout enfant présenté à un docteur avec une maladie fabriquée par un adulte ». L'empoisonnement et la suffocation non accidentels sont définis tels que « tout enfant empoisonné, étouffé ou asphyxié délibérément par un adulte » (12).

Denny fait un exercice similaire en Nouvelle-Zélande à l'aide d'une étude rétrospective de mai à août 1999. Son objectif est de reporter l'incidence du syndrome, des empoisonnements et suffocations non accidentels en Nouvelle-Zélande pour les enfants de moins de 16 ans, et d'en décrire l'épidémiologie pour cette population. Pour cela, il utilise l'envoi d'e-mail à tous les pédiatres de Nouvelle-Zélande et leur donne la définition du syndrome de Münchhausen par procuration suivante : « tout enfant présenté aux docteurs, souvent ou répétitivement, avec une maladie ou un handicap fabriqués par un adulte et dans le bénéfice de celui-ci ». Seuls les enfants de moins de 16 ans vus dans les 12 mois précédents l'étude sont retenus. Ceux-ci doivent avoir été référés à la protection de l'enfance ou à la police, ou avoir été hautement suspectés comme étant victimes du syndrome ou d'empoisonnement, suffocation non accidentels. De plus, une échelle en dix points du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders quatrième édition (DSM-IV) est utilisée afin d'évaluer le taux de morbidité lié à la maltraitance, et une autre échelle en quatre points pour catégoriser le degré de fabrication de l'auteur. Un suivi téléphonique est alors organisé avec les pédiatres ayant déclaré un cas afin de vérifier que les cas en question datent bien de moins d'un an (13).

Mc Clure trouve un taux annuel du syndrome de Münchhausen par procuration de 0,5/100000 enfants de moins de 16 ans, ce qui correspond à peu près à un enfant abusé par an. Ce taux comporte les cas d'empoisonnement et de suffocation non accidentels. En excluant ces derniers le taux se réduit à 0,4/100 000 enfants de moins de 16 ans. Denny, lui, retrouve un taux de 2,0/100 000 enfants de moins de 16 ans (en incluant les cas d'empoisonnement et de suffocation non accidentels). En excluant les cas non référés à la police ou au service de protection de l'enfance il obtient 1,2/100 000 enfants. Les deux auteurs s'accordent à dire que la majorité (plus de 65%) des enfants abusés étaient âgés de moins de cinq ans. Mc Clure

rajoute qu'il existe un pic du syndrome lors de la première année de vie de l'enfant. L'âge moyen de la victime lors du diagnostic est, selon Denny, de 2,7 ans. Le délai diagnostic varie de sept mois pour les cas référés aux autorités compétentes jusqu'à 23 mois pour ceux non référés. Les deux auteurs établissent que la mère est le suspect principal. Le premier déclare que les filles et les garçons sont abusés équitablement, et que si elle existe, la fratrie de la victime est souvent également touchée. Il rajoute qu'il n'y a pas de pic d'incidence suivant la saison de l'année mais trouve cependant des taux du syndrome plus élevés dans la région du Yorkshire (0,8/100 000 enfants de moins de 16 ans). Il déclare que l'enfant est présenté aux professionnels de santé pour un problème médical aigu dans 72% des cas (appel d'urgence, présentation aux urgences de l'hôpital). Il précise que l'auteur a différents moyens de tromper l'équipe soignante. Ce dernier peut raconter uniquement de fausses histoires de maladie, il peut en plus fabriquer des symptômes, ou encore infliger de surcroît de la violence physique à l'enfant. Dans 13% des cas l'enfant était déjà enregistré sur le registre de protection de l'enfance. Pour 85% des praticiens interrogés lors de son étude, Mc Clure trouve que ceux-ci pensent leur diagnostic correct à plus de 90% d'autant plus si l'enfant est connu des services de protection ou lorsque la vidéo surveillance a été utilisée. Les anticonvulsivants sont les poisons à être les plus utilisés, juste devant les opiacés. Denny déclare que le symptôme le plus courant dans les cas de Münchhausen par procuration est la feinte de la crise convulsive. Enfin pour Mc Clure le traitement instauré chez l'enfant est inapproprié dans 93% des cas étudiés.

Denny relève que le taux de prévalence de son étude (2,0/100 000 enfants de moins de 16 ans), est environ trois fois plus élevé que celui de Mc Clure (0,5/100 000). Il rajoute que cette différence peut s'expliquer par plusieurs choses notamment par l'existence de biais due au caractère rétrospectif de l'étude, ou encore par la possibilité qu'un même cas soit compté deux fois (car reporté par plusieurs pédiatres en charge de l'affaire). Cependant, il nuance ses propos en déclarant que la majorité des cas relevés n'ont pas eu de conséquences sévères (quelques difficultés à l'école ou dans la vie quotidienne). De plus, il s'agit bien souvent du degré le moins grave de la tromperie : l'invention d'une histoire.

Mc Clure affirme que son taux de prévalence est plutôt sous estimé, en comparaison avec toutes les autres études épidémiologiques. Il rajoute que ce syndrome touche surtout des enfants d'âge préscolaire, et que le taux de handicap dans la population des enfants abusés est

plus élevé que dans le reste de la population. Il rapporte également que si le syndrome de Münchhausen par procuration apparaît souvent isolément, ce n'est pas le cas pour les empoisonnements et les suffocations non accidentels qui sont rarement seuls. Il n'explique pas vraiment la différence de prévalence du syndrome retrouvée par région mais émet plusieurs hypothèses. Soit celle-ci existe vraiment, soit les pédiatres sont moins prêts à reporter des cas dans certaines régions, soit au contraire certaines régions regorgent de pédiatres très sensibilisés à cette pathologie (et donc plus enclin à reporter des cas). Enfin la possibilité d'un taux diagnostic plus bas dans des régions à forte concentration de médecins est évoquée.

Enfin Mc Clure déclare que le haut degré de certitude des pédiatres est inattendu et significatif car il apparaît que ceux-ci ne déclarent les cas que lorsqu'il existe une très forte probabilité d'abus. Il rajoute également que l'enfant souffre réellement des interventions médicales non nécessaires et que cela peut avoir des conséquences psychologiques sur ce dernier.

b. Étude de Ferrara

A Rome, une étude est menée par Ferrara et son équipe afin de déterminer la prévalence des troubles somatoformes (ou dit factices ou pathomimiques), du syndrome de Münchhausen dit « simple » et du syndrome de Münchhausen par procuration dans une population pédiatrique d'une clinique (8). Les auteurs définissent les troubles somatoformes comme la production intentionnelle ou la simulation de symptômes et de maladies, autant physiques que psychiques, dont l'objectif est d'assumer le rôle de malade. C'est cet objectif qui distingue les troubles somatoformes de la simple simulation où il peut exister un gain secondaire au rôle de patient (louper le travail, obtenir des aides etc). De plus, dans les troubles factices la dissimulation est active est intentionnelle contrairement à la simple simulation. Le syndrome de Münchhausen dit « simple » constitue la forme la plus sévère et la plus dramatique de ces troubles pathomimiques. Typiquement ce syndrome est caractérisé par une histoire de nombreuses consultations externes ou d'hospitalisations, dans différentes villes possibles, avec des symptômes peu évidents. Ceux-ci peuvent devenir de plus en plus sévères ou changer à la suite de résultats de tests négatifs, ou après le commencement d'un traitement. La personne atteinte de ce syndrome possède généralement une connaissance approfondie du vocabulaire médical, et une volonté ou un désir de pratiquer toujours plus de tests médicaux, voire

d'opérations.

Ce syndrome peut se pratiquer sur soi-même ou dans certains cas sur un enfant : il est alors appelé le syndrome de Münchhausen par procuration et l'auteur est souvent un parent. Cette pathologie est associée à un fort taux de mortalité, de morbidité, et d'abus de la fratrie s'il en existe une.

Cette étude se déroule de novembre 2007 à mars 2010 et au total, 751 patients ont été recrutés. Les deux premières pathologies sont définies selon les critères du DSM-IV. La notion de chronicité et de nomadisme est spécifique au syndrome de Münchhausen, et les cas sont exclus s'ils présentaient un gain secondaire ou qu'une explication médicale était plausible. Le syndrome de Münchhausen par procuration est défini selon les critères de Rosenberg.

Il en résulte que 1,8% des patients présentent des troubles somatoformes et que 21,4% de ceux-ci souffrent du syndrome de Münchhausen simple. La falsification dure entre un mois et deux ans, et la méthode la plus utilisée est la feinte de fièvre (à 57,1%). Viennent ensuite les douleurs abdominales chroniques (28,5%), puis les lombalgies et les vertiges (à 0,07% chacun). Tous les patients utilisent la simulation soit en racontant de fausses histoires soit en falsifiant les tests (exemple : manipulation du thermomètre). Enfin le syndrome de Münchhausen par procuration est identifié pour quatre des 751 patients (0,53%). Toutes les victimes sont des filles âgées de huit à 13 ans. La durée moyenne entre l'apparition des symptômes et le diagnostic est de 10,3 mois. Dans la majorité des cas (75%) la mère est l'auteure de la tromperie.

Ferrara précise qu'il n'existe pas de données précises disponibles sur les troubles somatoformes dans la littérature pédiatrique. Bien que ceux-ci débutent souvent à un jeune âge, à ce jour seul des cas d'enfants ou d'adolescents ont été reportés.

Il n'existe pas de preuves pouvant suggérer l'efficacité d'un traitement par rapport à un autre pour les troubles factices et le syndrome de Münchhausen, mais la méthode la plus utilisée est celle dite « d'une confrontation non punitive ». Cette dernière consiste à expliquer que la clinique ne colle pas avec les résultats des tests. Elle est de manière générale associée à l'intervention d'une psychothérapie. En ce qui concerne le syndrome de Münchhausen par

procuration, l'incidence est de 0,4/100 000 enfants de moins de 16 ans, et que le taux de mortalité varie de 6 à 10% (atteignant parfois 33% en cas d'empoisonnement et de suffocation non accidentels). L'âge de l'enfant au diagnostic varie de 14,9 mois à 21,8 mois. Il est donc essentiel de protéger l'enfant en premier lieu, puis d'aider psychologiquement l'auteur pour comprendre comment il blesse son enfant, et de l'aider à gérer son anxiété, son stress etc. Le problème de la garde de l'enfant dépend de la sévérité du cas et de la réponse de l'auteur au traitement.

Le taux de prévalence des troubles somatoformes ainsi que du syndrome de Münchhausen de cette étude est plus élevé que celui de précédentes études. Dans l'étude de Ferrera, toutes les victimes du syndrome de Münchhausen par procuration sont persuadées d'être malades, et sont donc pleinement consentantes pour pratiquer des tests complémentaires. Le faux report de symptômes concerne surtout les douleurs abdominales chroniques, la fièvre ou encore les difficultés à la marche. Il apparaît que dans cette étude, aucun auteur de ce syndrome n'ait d'intérêt particulier pour le milieu médical, et que le délai diagnostic soit assez court par rapport aux autres études (10,3 mois versus 21,8 mois).

IV. Discussion

A. Limites et biais de l'étude

Au début de ce travail, nous nous demandions quelles étaient les connaissances du personnel soignant travaillant dans la petite enfance qui permettraient de diagnostiquer le syndrome de Münchhausen par procuration. Nous émettions les hypothèses que ce syndrome était peu connu du personnel soignant et qu'une sensibilisation à celui-ci permettrait donc une meilleure vigilance. Pour répondre à cette question nous avons créé et distribué un questionnaire, et nous avons procédé à une revue de la littérature en complément.

Le fait que le questionnaire ait été conçu représente un point faible dans ce travail car il n'a pas pu être validé et rendu conforme par les organismes compétents. De plus, il n'a été diffusé qu'au sein d'une seule ville, ce qui est peu représentatif de la population générale. Les résultats obtenus ne peuvent donc pas être généralisables. Nous pouvons également noter un biais de sélection lié au fait que ceux qui connaissent le syndrome ont probablement plus répondu que ceux qui ne le connaissaient pas. Cependant, la documentation très riche sur le sujet permet de nuancer les résultats, et donc d'apporter une certaine vision critique à notre travail.

Nous allons donc discuter des résultats obtenus par le questionnaire et les confronter avec ceux de la revue de la littérature.

B. Discussion du questionnaire et de la revue de la littérature

1. Taux de réponses au questionnaire

Nous avons pu noter que le taux de réponses au questionnaire était beaucoup plus élevé au sein de la PMI que pour le CHU de Strasbourg. Cela peut, peut-être, s'expliquer par le fait que les professionnels de santé au sein de la PMI sont beaucoup plus amenés à consulter leur boîte

mail du fait du travail en réseau que ceux du CHU. En effet, à l'hôpital presque tous les professionnels sont présents sur place, la communication se fait alors sûrement plus par voie orale que par voie écrite. Cependant, le questionnaire a été diffusé à un plus grand nombre de personnes au CHU qu'en PMI, le risque de non réponse est donc augmenté.

2. Connaissance du syndrome et discussion de sa définition

Il ressort de ce questionnaire que le syndrome de Münchhausen par procuration est plutôt bien connu par le personnel soignant puisque 90% des personnes ayant répondu disent savoir à quoi il correspond. Cependant, la définition du syndrome était donnée dans l'énoncé d'une question. Nous pouvons nous demander si cela ne représente pas un biais dans le fort taux de réponses positives, puisque la personne aura peut-être vu cette définition avant de répondre à la question. Nous avons pu remarquer à travers notre revue de la littérature que la définition de ce syndrome était un vrai problème.

En effet, le syndrome de Münchhausen par procuration est une pathologie complexe. Elle a d'ailleurs changé plusieurs fois de nom notamment dans la littérature anglophone : Munchausen syndrom by proxy, factitious disorder by proxy, fabricated or induced illness, paediatric condition falsification ou encore medical child abuse. En France, plusieurs noms ont également été proposés : syndrome de Münchhausen par délégation, troubles pathomimiques ou plus récemment syndrome de Polle (14).

D'une manière générale, la notion de « procuration » fait polémique et divise. Cela donne l'impression d'un consentement de la victime pour subir la tromperie. Plusieurs auteurs ont donc essayé de donner la définition la plus précise possible afin de caractériser ce syndrome le plus objectivement. Aujourd'hui, celui-ci est défini par le DSM-V comme « un trouble factice imposé à quelqu'un d'autre que soi ».

Cette définition diffère quelque peu de celle que Rosenberg avait fourni en 1987. En effet, celui-ci ne parle pas d'une éventuelle maladie de l'abuseur pouvant expliquer son attitude. De plus, il rajoute le fait que les symptômes de l'enfant diminuent voir disparaissent lors de la séparation d'avec l'auteur. Sa définition exclut donc spécifiquement les abus physiques et

sexuels isolés, ainsi que les retards de croissance non biologiques.

La définition du DSM-V offre également une nouvelle notion : celle d'une feinte de signes psychiques chez l'enfant. En effet, l'abuseur peut faire croire que l'enfant est atteint d'une maladie psychiatrique en falsifiant ou en produisant chez lui des signes évocateurs d'une telle pathologie notamment dans le cas de troubles autistiques (2,14,15). Rosenberg n'a pas pris cette possibilité en compte, et n'a recensé que les cas de « tromperie somatique », ce qui peut potentiellement modifier les résultats obtenus dans les études. En effet, Mc Clure et Denny ont réalisé un exercice similaire afin de déterminer le taux de prévalence du syndrome dans des pays différents (le Royaume-Uni et l'Irlande pour le premier et la Nouvelle-Zélande pour le deuxième). Cependant, Mc Clure et Denny n'ont pas utilisé les mêmes critères de définition que Rosenberg. Pour leurs études, le syndrome de Münchhausen par procuration était défini comme « tout enfant présenté aux médecins, souvent ou répétitivement, avec une maladie ou un handicap fabriqué par un adulte et dans le bénéfice de cet adulte ». Cette définition est bien plus évasive que celle de Rosenberg. Elle apporte moins de précisions sur les cas. Ainsi, nous pouvons nous demander si certains cas inclus dans les études de Mc Clure et Denny l'auraient été avec la définition de Rosenberg, et si les chiffres auraient été différents. En effet, pour pouvoir comparer les résultats entre eux, il est important de savoir si les critères utilisés pour définir le syndrome sont les mêmes dans les différentes études.

Comme nous le voyons, les définitions sont nombreuses et apportent toutes des notions nouvelles sur la pathologie. En effet, certains auteurs accordent une grande importance à la motivation de l'auteur afin d'établir le diagnostic (16,17), quand d'autres affirment que celle-ci est dérisoire (3,6). De plus, certains vont même jusqu'à décrire les trois types de cliniques différentes afin de définir ce syndrome. Il existe en effet, les « active inducers » qui induisent les symptômes par des injections de substances ou en créant des blessures. Les « doctors addicts » eux, se présentent à de nombreux docteurs parfois en variant les symptômes, et enfin les « help seekers » qui consultent uniquement dans le but de recevoir de l'attention, et des soins (9). L'intervention des professionnels de santé tient donc une place primordiale dans cette pathologie. Elle constitue la troisième entité de ce syndrome (avec l'enfant et l'abuseur) et peut également participer à la maltraitance (2).

3. Difficultés diagnostiques du syndrome et efficacité de l'intervention médicale

Il apparaît que toutes les personnes ayant répondu au questionnaire, ne sont pas d'accord sur l'efficacité de l'intervention de l'équipe soignante, puisque plus de la moitié pense que celle-ci stoppe la maltraitance, alors que le reste pense qu'au contraire, les explorations médicales y participent. Nous pouvons nous demander si cette divergence est réelle ou si elle est due à une compréhension différente de la question. En effet, nous demandions si pour la personne interrogée « ce syndrome est une forme de sévices à enfant stoppé par l'intervention du personnel soignant », or aucune notion de temps n'a été précisée. La question peut alors être comprise telle que seule l'intervention d'une équipe qualifiée peut mettre fin au drame (dans ce cas la réponse serait oui), ou à l'inverse que dès lors qu'il y a des explorations médicales plus poussées, cela stoppe immédiatement la maltraitance (dans ce cas la réponse serait non). Ici la clarté des questions posées peut être considérée comme un biais dans les réponses.

De plus, le syndrome de Münchhausen par procuration est une pathologie très difficile à diagnostiquer et cela pour plusieurs raisons. Les signes et les symptômes sont souvent rapportés par le parent, et ne sont pas toujours présents lors de l'évaluation clinique. Ils ne sont pas forcément cohérents avec la physiologie normale de la maladie incriminée et peuvent se surajouter à une maladie authentique pré-existante chez l'enfant. Dans certains cas, l'enfant croit même réellement être malade. Les symptômes créés par l'auteur peuvent alors se confondre avec de réels symptômes chez l'enfant. Il est alors difficile pour le soignant de les différencier et cela peut participer au retard diagnostique.

Le médecin doit alors se poser les trois questions suivantes dans l'évaluation d'un cas suspecté (3):

- L'histoire racontée, les signes et les symptômes de la maladie sont-ils crédibles ?
- L'enfant reçoit-il, inutilement, des soins blessants ou potentiellement blessants ?
- Si oui, qui suscite les évaluations et traitements ?

Il ressort du questionnaire que, pour tous les professionnels de santé, ce syndrome n'est pas facile à diagnostiquer. La plus grande difficulté est représentée par le nomadisme, qui existe bien souvent, dans la prise en charge de l'enfant. Le professionnel de santé n'a donc pas forcément l'histoire médicale complète du patient, et il est donc plus compliqué de suspecter

la pathologie précocement. En effet, le praticien recherche fréquemment une étiologie médicale aux symptômes, ce qui est tout à fait normal surtout lors de premières consultations. La suspicion du syndrome ne se faisant bien souvent qu'après de nombreuses explorations médicales vaines. Les professionnels de santé estiment également que la confusion possible entre symptômes induits par le parent et symptômes réels de l'enfant représente une difficulté majeure. En effet, la victime de la maltraitance peut présenter de réelles pathologies qui se distinguent alors mal de celles feintes. Il est alors difficile pour le personnel de traiter uniquement les « réelles » maladies sans être délétère en voulant traiter celles qui sont simulées par l'auteur de la tromperie. De plus, une des sournoiseries de ce syndrome est que dans certains cas l'abus prend place à la suite de l'existence d'une maladie authentique et que celle-ci n'empêche pas l'exagération ou la falsification d'autres symptômes.

La méconnaissance du syndrome ne vient qu'en quatrième position dans le classement des difficultés. Cela signifierait donc que cette pathologie est plutôt considérée par le personnel et qu'elle n'est pas si rare que cela. Elle pourrait même être sous-estimée. Ceci est confirmé par l'article du Journal Pediatrics qui affirme que même si cette pathologie est rare, un professionnel de santé en rencontrerait malgré tout un cas durant sa carrière. Cette forme de maltraitance est alors sûrement sous-estimée ou sous-reconnue.

Enfin, les praticiens auraient tendance à se baser plus sur les dires des parents que sur les symptômes effectivement observés, ce qui représenterait aussi une difficulté au diagnostic. Cela peut s'expliquer notamment par le fait que tous les symptômes ne sont pas présents lors de l'évaluation médicale et qu'il est ainsi compliqué de faire la part des choses pour le médecin entre les symptômes factices et ceux bien présents. Plusieurs auteurs ont tenté de pallier à cela en créant des lignes de conduite.

Il apparaît ensuite que la majorité des personnes (38%) connaissant ce syndrome soit diplômée depuis 10 ans maximum. De plus, pour plus de la moitié des personnes, la découverte du syndrome s'est faite lors de leur formation initiale. Nous pouvons donc penser que les études étant plus récentes, ces personnes se souviennent mieux de la définition de ce syndrome qu'ils auraient appris durant leur cursus scolaire. Cependant, le fait que les études soient plus récentes pour ces personnes peut représenter un biais. En effet, les jeunes diplômés sont peut être plus enclin à répondre aux questionnaires d'étudiants puisqu'ils ont eux-mêmes

dû passer une thèse. Une certaine notion de « solidarité » pourrait entrer en compte.

Seulement 10% disent avoir pris connaissance de ce syndrome lors de leur formation continue. Nous pouvons nous demander si la cause est une connaissance antérieure (lors de la formation initiale notamment) ou parce que ce syndrome n'est pas abordé lors des journées de formation continue ou même les deux.

De plus, on note que 16% ont découvert l'existence du syndrome lors de leur exercice professionnel. Celui-ci n'est donc pas si rare, et l'on peut se demander si le diagnostic d'une telle pathologie n'est pas retardé lorsque le professionnel de santé n'a pas connaissance de son existence, ce qui nous renvoie donc à notre problématique et au fait qu'une sensibilisation à ce syndrome permet sûrement une meilleure vigilance et donc un diagnostic plus précoce.

En effet, le délai diagnostique est assez long, et varie selon les études. Tandis que Sheridan et Rosenberg trouvent des durées de diagnostic assez similaires (entre 14 et 21 mois), Ferrara lui retrouve un délai plus court que les deux auteurs précédents (10,3 mois en moyenne). Ceci peut s'expliquer notamment par le fait que dans l'étude de ce dernier, le diagnostic était fait par un expert du sujet, avec l'aide d'une équipe multidisciplinaire entraînée, et consciente de l'existence de ce syndrome. En effet, pour Ferrara et son équipe, être conscient de la possibilité du diagnostic de cette pathologie, et surtout ne pas le nier, est la première étape pour établir un tel diagnostic. Ainsi à l'aide d'une analyse prudente de l'histoire médicale et d'une observation du comportement de l'auteur, le diagnostic pourra être posé le plus tôt possible et la maltraitance pourra donc être stoppée. Aujourd'hui la moyenne de 21,8 mois est donnée pour chiffrer le temps entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic (2).

Au contraire, il apparaît que pour 88% des personnes interrogées le cas clinique présent en fin du questionnaire représentait bien un cas de syndrome de Münchhausen par procuration. Cependant nous pouvons nous demander si toutes les autres questions posées précédemment n'ont pas orienté le choix de cette réponse. De plus, beaucoup nous ont fait la remarque que ce cas ne reflétait pas forcément la réalité car tout est rarement aussi tranché, et qu'il est plus difficile sur le terrain, de nommer clairement ce syndrome sur un cas.

4. Caractéristiques du syndrome de Münchhausen par procuration : la victime et les symptômes feints

Comme nous le voyons sur la figure 7, nous retrouvons que les victimes de ce syndrome sont souvent de jeunes enfants d'âge préscolaire, généralement de moins de cinq ans.

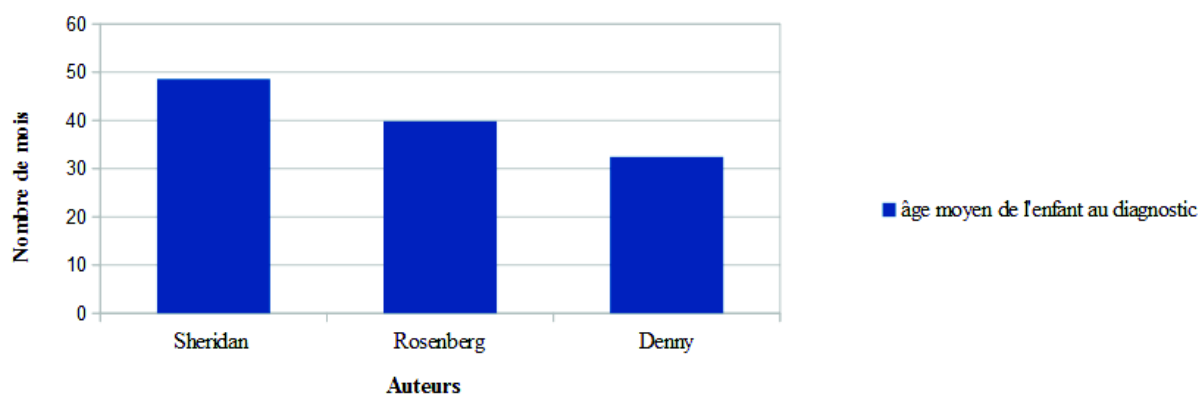


Figure 7: Comparaison de l'âge moyen de l'enfant lors du diagnostic selon Sheridan, Rosenberg et Denny

Si les taux de Sheridan et Rosenberg sont comparables, celui obtenu par Denny est légèrement plus bas. Ainsi aujourd'hui les auteurs préfèrent donner une fourchette de temps : entre 14 mois et 2,7 années (3).

De plus, nous avons vu que ce syndrome était responsable de 100% de morbidité à court terme. Cette morbidité est majoritairement due aux falsifications créées par l'abuseur, mais les professionnels de santé jouent également un rôle. Ainsi les conséquences de cet abus peuvent être sérieuses, et même durer dans le temps. Ceci est confirmé par plusieurs autres articles qui soulignent bien le potentiel danger de cette pathologie pour la santé de l'enfant, qu'il s'agisse d'une forme grave (où le parent induit directement des symptômes) ou d'une forme moins grave (où le parent se contente de raconter de fausses histoires) (2,3,15). En effet, les investigations et traitements médicaux instigués par l'équipe soignante peuvent être blessants voire handicapants pour l'enfant aussi bien physiquement que psychologiquement. Ainsi cette pathologie est à l'origine de plus de 7% de morbidité « à long terme ». Celle-ci est définie comme une douleur et/ou une maladie provoquant un défigurement, ou un handicap permanent. Elle peut s'apparenter à une dysfonction gastro-intestinale, à de sérieux problèmes

psychiatriques, ou encore à une paralysie faciale (4,10).

De plus, il apparaît que l'enfant ne soit pas en totale sécurité une fois hospitalisé. En effet, Rosenberg et Sheridan nous apprennent que l'abuseur peut produire entre 50 et 70% des symptômes au sein de l'hôpital même. Certains articles rapportent des cas de mères injectant de l'insuline à leurs enfants pour faire croire à un malaise hypoglycémique, ou encore des cas où la mère contamine les urines de sa fille avec ses propres menstruations pour faire croire à un problème urologique ou rénal. Un cas d'hyponatrémie provoquée par l'administration de suppositoire ou encore via des sondes gastriques a également été décrit (5,17). Dans une situation, comme dans l'autre, que l'auteur se contente de falsifier les résultats, de décrire de faux symptômes ou d'injecter lui-même des substances, il en découle des examens et traitements médicaux pour l'enfant qui participent à la maltraitance.

Dans certains cas, le syndrome de Münchhausen par procuration peut même causer le décès de l'enfant. En effet, cette pathologie est à l'origine de presque 10% de mortalité comme nous l'avons vu dans nos résultats et comme le confirme de nombreux articles sur le sujet (3,4,7,9).

Les conséquences de ce syndrome peuvent être dramatiques, c'est pourquoi il est important de connaître ses caractéristiques afin de pouvoir en faire le diagnostic le plus tôt possible. Comme nous l'apprennent Rosenberg et Sheridan, les décès surviennent majoritairement dans les cas d'apnée prolongée. Feldman nuance cette affirmation en rajoutant que l'apnée induite est le symptôme feint le plus courant aux États-Unis et au Royaume-Uni mais qu'il n'est pas retrouvé dans la littérature européenne. Ceci peut s'expliquer par le fait que les deux pays anglophones utilisent beaucoup les moniteurs respiratoires. Les mères sont donc extrêmement sensibilisées aux problèmes des arrêts respiratoires chez le nouveau-né et le nourrisson. De plus, la différence entre arrêt respiratoire forcé et une mort subite est très complexe à faire. Ceci pourrait expliquer que les femmes américaines et britanniques feignent le plus souvent l'apnée respiratoire.

Les autres symptômes les plus couramment simulés, aussi bien dans les pays européens qu'anglophones, sont les saignements, les crises convulsives, les dépressions du système nerveux central, les diarrhées, les vomissements et la fièvre. Ainsi les services hospitaliers les plus fréquentés par les victimes de ce syndrome sont : le service d'hématologie, de neurologie, de pneumologie, de dermatologie et de gastro-entérologie (4).

5. Le syndrome de Münchhausen par procuration dans le milieu de l'obstétrique

Il est également important de savoir que ces dernières années, les services de gynécologie et d'obstétrique sont de plus en plus concernés par le syndrome de Münchhausen par procuration. En effet, même si cette pathologie se rencontre peu dans ce domaine, et reste encore assez méconnue, il apparaît que le phénomène devient de plus en plus fréquent. Nous avons effectivement vu que les victimes de ce syndrome étaient très jeunes, mais dans certains cas, celles-ci ne sont même pas encore nées. Ainsi, la femme peut déjà simuler des problèmes médicaux pendant sa grossesse afin d'attirer l'attention.

Il se trouve que le travail est assez facile à feindre. Les symptômes les plus couramment simulés peuvent donc être : la rupture prématurée des membranes, la diminution des mouvements fœtaux actifs, l'hémorragie antepartum, la grossesse ectopique ou encore le travail prématuré (18,19). Il en résulte fréquemment des naissances prématurées, plus souvent dues à la décision des médecins qu'à la simulation des symptômes elle-même. Plusieurs cas cliniques ont déjà été reportés : une femme de 44 ans simulant de nombreux symptômes lors de ses grossesses. Elle prenait notamment des suppositoires de prostaglandines afin de provoquer des contractions, elle rompait sa poche des eaux à l'aide de ses ongles, ou simulait encore des problèmes urologiques en s'introduisant un cintre dans l'urètre. Cela a eu pour conséquences des accouchements prématurés, des saignements induits entraînant des transfusions sanguines pour elle-même, des problèmes de paralysie cérébrale pour l'enfant né, ou encore le décès de l'enfant (18) .

Une autre femme de 30 ans, sixième geste, falsifiait de faux rapports échographiques afin de faire croire à un problème de croissance fœtale. Elle changeait régulièrement de centre de soins : elle a donc consulté six hôpitaux dans trois états utilisant deux noms différents durant sa grossesse (19).

Les auteurs notent que le premier but recherché par les femmes est d'attirer l'attention des médecins sur elles. Elles veulent qu'on s'occupe plus d'elles durant la grossesse, que du futur enfant à naître.

Le diagnostic de syndrome de Münchhausen par procuration est très difficile à faire pour une femme enceinte. En effet, il est incompatible avec cette période de la vie décrite comme « le meilleur moment de la vie d'une femme ». Les soignants s'imaginent qu'il est impensable de

faire du mal à son enfant, surtout lorsque celui-ci est encore « en nous ». Cependant ce syndrome existe bien, et peut provoquer de terribles dégâts, aussi bien après, qu'avant la naissance. Il est donc très important pour les professionnels de santé prenant en charge des femmes enceintes d'être alertes par rapport à ce syndrome, notamment dans les cas d'antécédents inexplicables et répétés d'accouchements prématurés, de rupture prématurée des membranes, ou de fausses couches. En effet, il semblerait que le taux de récurrence, au fur et à mesure des grossesses, soit assez important. La vigilance de l'équipe soignante doit donc être élevée lors de la prise en charge d'une femme ayant des antécédents de syndrome de Münchhausen par procuration. Plusieurs articles soulèvent le fait que si elle existe, la fratrie de l'enfant est bien souvent également abusée. De nombreuses histoires de maladies similaires à la victime, des problèmes comportementaux ou émotionnels voire même de morts inexplicables sont retrouvées (2,3,15).

6. Importance de la connaissance du syndrome et caractéristiques de l'abuseur

Il ressort du questionnaire que, si les caractéristiques de ce syndrome sont connues pour 90% des personnes interrogées, la quasi totalité de celles-ci (98%) juge utile de les connaître pour leur métier. Cela reflète bien que tous ont conscience des conséquences dévastatrices que peut avoir cette pathologie, et qu'il est donc primordial d'en avoir entendu parler durant son apprentissage .

Cependant, il n'existe pas de profil type d'auteurs souffrant du syndrome de Münchhausen par procuration, mais de nombreux articles décrivent les caractéristiques principales les plus souvent retrouvées. L'abuseur est presque toujours la mère biologique de l'enfant. Dans certains cas, d'autres personnes comme les grands parents, la mère adoptive ou encore le père peuvent être retrouvés comme étant les responsables de l'abus (2-4,7,10-12). Sheridan nous apprend, en plus, que si les mères abusent autant leurs garçons que leurs filles, ce n'est pas le cas des pères auteurs. En effet, ceux-ci ont tendance à victimiser préférentiellement leurs fils. Il souligne également le fait que même s'il reste rare que l'auteur soit quelqu'un d'autre que la mère, le père est de plus en plus incriminé dans cette pathologie (10).

Ces mères auteurs sont souvent décrites comme étant très impliquées durant l'hospitalisation de leur enfant. Elles sont perçues comme des mères modèles, très fusionnelles avec leur

enfant. Elles sont souvent directement en lien avec une profession médicale, ou possèdent un savoir dans ce domaine assez conséquent. Il apparaît qu'elles ont un besoin perpétuel d'attirer l'attention des médecins sur elles afin d'être reconnues comme un parent dévoué pour l'enfant malade. La place de « mères admirables » qu'elles obtiennent, leur offre alors un statut légitime dans la société. Elles ressentent le besoin de contrôler, de manipuler les figures d'autorités qu'elles perçoivent comme puissantes, et utilisent ainsi la simulation de symptômes. Il apparaît bien souvent que lorsque la mère est l'auteure, le père lui est absent de la vie de famille, ou du moins très peu impliqué. Il est alors représenté comme étant un père « transparent ».

Les mères responsables sont fréquemment décrites comme se complaisant dans un univers hospitalier qui oppresse normalement (9). Elles paraissent étonnamment peu inquiètes des effets indésirables des traitements subis par l'enfant. Ces femmes ont souvent des antécédents de dépression, ou de troubles de la personnalité (personnalité dite borderline). Elles sont souvent elles-mêmes victimes de troubles somatoformes et peuvent avoir été abusées dans leur enfance. En effet, certains auteurs évoquent la possibilité de transmission transgénérationnelle de la maltraitance (2,20). Selon Shaw, une histoire d'abus dans leur enfance, ou avec leur conjoint est retrouvée chez 22% des mères souffrant de troubles somatoformes. La notion d'attachement insécure est également retrouvée pour qualifier le profil des mères auteures (7).

Quelque fois des histoires de violences conjugales peuvent être retrouvées, et d'une manière générale la relation avec leur mari est souvent décrite comme « pauvre ».

Plusieurs cas cliniques décrivent des femmes correspondant à ces critères. C'est le cas d'une femme de 32 ans, mariée à 15 ans à un homme, et vivant avec celui-ci et sa belle-mère diabétique. Cette femme sera mère de sept enfants au total dont six mourront. Après des années d'investigations, et de « nomadisme hospitalier », elle a admis avoir injecté l'insuline de sa belle-mère à ses enfants afin de faire croire à des problèmes hypoglycémiques. Elle contaminait également les urines de sa fille avec ses propres menstruations pour fabriquer un symptôme urologique. Elle a même révélé s'injecter de l'insuline à elle-même afin d'endosser le rôle de malade auprès des médecins. Dans une interview, cette dernière a avoué entretenir une relation tendue avec sa belle-mère, et avoir utilisé son insuline dans les moments de stress, pour l'injecter à ses enfants et à elle-même, aussi bien au domicile qu'à l'hôpital. Elle confie avoir fait cela notamment dans le but de sortir de chez elle et aussi pour attirer

l'attention de son mari qui n'était pas très présent pour elle.

Grâce à ce cas, nous pouvons encore une fois de plus nous rendre compte que ce syndrome peut avoir des conséquences dramatiques, aussi bien par la simulation de symptômes que par les investigations médicales qui en découlent.

7. L'apport de la preuve du diagnostic de syndrome de Münchhausen par procuration

Nous avons ainsi vu que le diagnostic de ce syndrome est très difficile à faire, car il est compliqué d'apporter la preuve de l'abus. Comme nous l'apprend Mc Clure, les médecins ne confient leurs doutes que lorsqu'ils sont quasi sûrs du diagnostic. Plusieurs choses peuvent aider à prouver le syndrome de Münchhausen par procuration. Si le flagrant délit reste la preuve la plus incontestable, il est assez rarement utilisé. Ainsi Kucuker propose par exemple de différencier l'insuline injectée d'un problème insulinique endogène par la mesure du taux d'insuline dans le plasma et celle du taux de la C-peptide pendant la période hypoglycémique (17).

De plus, l'aide de vidéos de surveillance peut être utilisée. Cependant ces dernières créent beaucoup de polémiques. En effet, leur utilisation a été controversée, certains argumentant qu'elles représentent un « piège », en envahissant le droit des parents à la vie privée. Quelques personnes répondent à cet argument en affirmant que l'intimité n'est de toute manière pas garantie à l'hôpital, puisque les soignants peuvent entrer à tout moment dans la chambre sans prévenir. D'autres rajoutent que leur interprétation peut être difficile et qu'un parent peut être faussement accusé d'abuser de son enfant à cause des vidéos surveillance. Les autres inconvénients des vidéos surveillance sont leur prix, le besoin de surveillance en temps réel afin d'éviter toutes blessures à l'enfant et le risque de dommages supplémentaires à l'enfant même avec une surveillance étroite.

Cependant, les vidéos surveillance peuvent s'avérer très utiles aussi bien pour affirmer ou réfuter un diagnostic du syndrome de Münchhausen par procuration. En effet, dans certains cas celles-ci peuvent montrer que l'enfant a un réel problème médical, ou au contraire que l'enfant est victime d'abus de la part d'un proche. C'est ainsi qu'elles ont parfois permis de

détecter des cas d'étouffements, de fractures intentionnellement provoquées, d'administration de poison ou encore d'injection en intra-veineux de substances blessantes. De plus, certains parents au départ très attentifs envers leur enfant ont été surpris à ignorer complètement celui-ci lorsque personne ne regardait.

En outre, les vidéos surveillance permettent de montrer si l'abus est prémédité ou non, et s'il apparaît à la suite de provocations ou non. Dans tous les cas, il est assez clair que leur utilisation au sein de l'hôpital doit être régie par un protocole stricte. Celui-ci doit inclure la méthode utilisée pour la surveillance continue, un entraînement pour les observateurs et surveillants et un plan d'intervention rapide si un risque est observé pour l'enfant (3,6).

Dans les articles étudiés, la méthode recommandée est celle de la « confrontation non punitive ». Ferrera recommande en effet, d'expliquer calmement à l'auteur que la clinique n'est pas compatible avec les résultats des tests obtenus. Il est important de discuter avec lui, afin de savoir pourquoi il fait cela, et comment il simule les symptômes (8,16). En effet, dans certains cas le diagnostic peut également se faire avec les aveux de l'auteur (10).

Cependant, l'important est bien évidemment d'assurer la sécurité de l'enfant lorsqu'un diagnostic de syndrome de Münchhausen par procuration est posé ou même suspecté (2). Pour cela, il est conseillé de prévenir les autorités compétentes telles que la police ou le service de protection des enfants. Le problème de la garde de l'enfant dépendra de la sévérité du cas. En effet, une mère hyper anxieuse qui a trop insisté pour donner des soins à son enfant, pourra se voir maintenir sa garde, si celle-ci coopère avec les médecins afin de se soigner. Au contraire, une mère qui a tenté plusieurs fois d'étouffer son enfant se verra enlever la garde de celui-ci afin de garantir sa sécurité (6).

Dans certains cas la séparation de l'auteur présumé et de l'enfant peut être utilisée afin de confirmer ou infirmer le diagnostic de syndrome de Münchhausen par procuration. En effet, si les symptômes ne disparaissent pas durant cette période de séparation, l'on peut affirmer de manière assez sûre que ceux-ci n'étaient pas fabriqués. Pour cela, la période de séparation doit être suffisamment longue afin de déterminer s'il y a un quelconque changement chez l'enfant, en maintenant autant que possible les mêmes conditions qu'avant (3).

Cependant, il faut être très prudent dans ce genre d'affaires. S'il est, effectivement, assez facile

pour le juge de séparer l'enfant de sa mère (même sans évaluation psychiatrique de celle-ci), il est très difficile de réunir à nouveau les deux.

Pankratz nous apprend en effet, que la falsification vient soit de simples erreurs, soit d'une conduite psychodynamique complexe. C'est alors au clinicien d'évaluer ceci et de minimiser les risques pour l'enfant. Selon lui, les mères donnent souvent de fausses informations sur l'histoire médicale de leur enfant, et disent ce qu'elles croient vrai au moment présent. Cela ne provoquerait pas de danger imminent pour la santé de l'enfant, du moins pas au point de prévenir immédiatement la protection de l'enfance (16). Ainsi beaucoup d'articles recommandent l'évaluation du cas par une équipe multidisciplinaire afin de gérer au mieux ces situations (2,3,8,16). Une évaluation compréhensive est recommandée, mais Pankratz souligne le fait que le diagnostic de syndrome de Münchhausen par procuration détourne souvent la gestion du cas vers une bataille juridique controversée (16).

8. La prise en charge des personnes impliquées dans l'abus

L'important lors d'une telle situation est de planifier la prise en charge future de l'auteur, de l'enfant, de la fratrie si elle existe ainsi que du conjoint. En effet, l'enfant a besoin de quelqu'un qui lui explique les actions de l'auteur, et qui lui donne des raisons de la séparation d'avec celui-ci. Ils ont également besoin de soutien psychologique et affectif pour les aider dans la possible perte de relation avec le parent coupable. Ceci n'est évidemment possible que si l'enfant est en âge de parler.

La famille de la victime doit également être aidée dans cette étape difficile de sa vie. En effet, les frères et sœurs de l'enfant abusé ont souvent été négligés par le parent coupable, trop focalisé sur l'enfant « malade ». Ils se sentent souvent exclus, ou énervés surtout si l'auteur quitte la famille. Ils ont besoin de quelqu'un qui leur explique ce qu'il se passe, et qui les aide à surmonter cette souffrance afin de reconstruire une vie de famille sereine. Dans le cas où l'abuseur est la mère, il est également important de ne pas oublier d'aider le père. Il peut se sentir coupable de ne pas s'être rendu compte de l'abus, ou encore de son soutien à la mère. Il a besoin de soutien supplémentaire afin d'assumer le rôle de responsable principal de la famille, surtout s'il a été écarté par sa compagne, de l'éducation de ses enfants durant des années (2,6).

Enfin, il est primordial de traiter l'auteur de l'abus. En effet, après la découverte d'un tel syndrome, l'abuseur peut se sentir honteux, éprouver un sentiment de culpabilité si fort que parfois il ressent des envies de suicide. Lorsque ces émotions sont totalement absentes chez l'auteur, sa capacité à mentaliser les effets des blessures sur l'enfant doit être questionnée et explorée. Ainsi dans tous les cas, il est fortement recommandé que le responsable des falsifications suive une psychothérapie, afin d'éviter le taux de récidivisme (2,3,8).

On en conclut que si le diagnostic n'est pas facile à apporter pour cette pathologie, la prise en charge des personnes impliquées et leurs traitements ne sont pas non plus évidents et restent complexes à définir.

V. Conclusion

Au début de ce travail, nous nous demandions quelles étaient les connaissances du personnel soignant travaillant dans la petite enfance qui pourraient permettre de diagnostiquer le syndrome de Münchhausen par procuration.

Nous émettions les hypothèses que cette pathologie était mal connue des soignants par manque de formation sur le sujet. Nous pensions alors qu'une sensibilisation à ce syndrome permettrait une meilleure vigilance face à certaines situations.

Comme nous l'avons vu, le syndrome de Münchhausen par procuration est une pathologie psychiatrique assez complexe. En effet, plusieurs auteurs ont tenté d'apporter une définition la plus précise possible, afin d'expliquer le plus clairement à quoi il correspond.

Nous avons vu que certaines notions font polémique, et tous ne sont pas d'accord sur certains aspects de ce syndrome notamment son nom lui-même ou encore le rôle de l'équipe médicale dans la maltraitance. Cette pathologie regroupe effectivement trois entités : l'auteur, l'enfant victime et le personnel soignant. Si l'abuseur est le responsable principal de la morbidité provoquée à l'enfant, les soignants peuvent également y participer, en investiguant notamment des examens et traitements potentiellement blessants.

Le syndrome de Münchhausen par procuration est plutôt récent, puisqu'il a été décrit pour la première fois en 1977. Cependant, nous nous sommes rendus compte, à travers notre étude, que le personnel soignant semble le connaître plutôt bien, notamment grâce à sa formation initiale. En effet, ce ne serait pas réellement la méconnaissance du syndrome qui retarderait son diagnostic, mais plutôt le fort taux de nomadisme dans la prise en charge de l'enfant, ou encore la confusion possible entre maladie fabriquée et maladie authentique de la victime. Apporter la preuve de l'abus reste donc très compliqué.

De plus, à ce jour, il n'existe pas de « profil type » de personne pouvant être atteinte de ce syndrome, mais plusieurs cas cliniques ont permis de décrire certains signaux d'alerte pouvant faire penser à cette pathologie.

Ainsi, si le syndrome de Münchhausen par procuration reste assez rare, il semblerait qu'il soit sous-estimé par les professionnels de santé. En effet, nous avons vu qu'il n'est pas évident d'imaginer qu'une mère puisse blesser intentionnellement son enfant dans le seul but

d'endosser le rôle de « malade par procuration ». Les soignants ne l'envisagent alors pas souvent et cela retarde les prises en charge et traitements de personnes impliquées dans l'abus.

Certes, il est important pour les professionnels de santé de ne pas stigmatiser toutes les mères un peu trop attentionnées ou fusionnelles avec leur enfant malade. Il faut cependant qu'ils gardent en tête les caractéristiques de cette pathologie afin de pouvoir l'évoquer lorsque les résultats de tests ou lorsque aucune autre maladie ne correspondent aux symptômes de l'enfant.

Il existe ainsi des auteurs ayant écrit des « lignes de conduite » à avoir afin de pouvoir diagnostiquer ce syndrome le plus rapidement possible : regarder les notes détaillées du personnel et non pas que les comptes rendus, contacter d'autres médecins afin d'obtenir des informations précises sur les antécédents de l'enfant, préciser si les symptômes ont été rapportés par les parents ou effectivement observés par le soignant etc (2,3).

De plus, nous avons vu que ce syndrome touche de très jeunes enfants, et peut avoir de terribles conséquences. Il peut mener jusqu'à la mort de l'enfant. Nous avons également vu que la fratrie de la victime, si elle existe, était bien souvent abusée. Ce syndrome est également une pathologie de la relation « mère-enfant ». Il peut aussi toucher des femmes enceintes et parfois le maintien de la grossesse est mis en jeu. Cette pathologie concerne donc autant les soignants du monde pédiatrique que ceux du milieu d'obstétrique et de gynécologie, notamment les sages-femmes. En effet, celles-ci sont souvent les premières interlocutrices des femmes enceintes, et ont donc un rôle important à jouer, dans le dépistage d'une telle pathologie. De plus, les sages-femmes travaillent beaucoup en réseau avec les différents professionnels de santé, ce qui permet de suivre l'histoire de l'enfant et de la mère le plus en détails possible. Ceci pourrait être une des solutions pour pallier à la difficulté du nomadisme dans la prise en charge, et permettrait donc un diagnostic plus précoce. Les sages-femmes ont donc une place privilégiée auprès des femmes pour détecter une telle pathologie, aussi bien par l'analyse de la relation mère-enfant, que par le développement du suivi multidisciplinaire de l'enfant grâce au réseau périnatal.

VI. Bibliographie

1. Darves-Bornoz JM, Gaillard P, Degiovanni A †. Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant. *Encycl Méd Chir* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS), Gynécologie-Obstétrique, 5-046-A-10, Psychiatrie. 2001, 7 p.
2. Bass C, Glaser D. Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *Lancet*. 2014 Apr 25;383(9926):1412-21.
3. Flaherty EG, MacMillan HL, Neglect C on CAA. Caregiver-Fabricated Illness in a Child: A Manifestation of Child Maltreatment. *Pediatrics*. 2013. Sept ; 132(3):590-7.
4. Rosenberg DA. Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl*. Jan 1987;11(4):547-63
5. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy : the hinterland of child. *Lancet*. 1977 Aug 13;310(8033):343-5.
6. Stirling J, Neglect and the C on CA and. Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Treatment of Child Abuse in a Medical Setting. *Pediatrics*. 2007 May;119(5):1026-30.
7. Shaw RJ, Dayal S, Hartman JK, DeMaso DR. Factitious disorder by proxy: pediatric condition falsification. *Harv Rev Psychiatry*. 2008 Jul-Aug;16(4):215-24.
8. Ferrara P, Vitelli O, Bottaro G, Gatto A, Liberatore P, Binetti P, et al. Factitious disorders and Münchausen syndrome The tip of the iceberg. *J Child Health Care*. 2013 Dec;17(4):366-74.
9. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management. *Dtsch Arzteblatt Int*. 2010 Apr;107(13):231-40.
10. Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl*. 2003 Apr;27(4):431-51.
11. Feldman MD, Brown RMA. Munchausen by Proxy in an international context. *Child Abuse Negl*. 2002 May;26(5):509-24.
12. McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child*. 1996 Jul;75(1):57-61.
13. Denny S, Grant C, Pinnock R. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy in New Zealand. *J Paediatr Child Health*. 2001 Jun 1;37(3):240-3.
14. Le Heuzet MF, Mouren MC. Le syndrome de Münchhausen par procuration. *Arch Pediatr* 2008 Jan ;15(1) :85-8.

15. Ayoub CC, Alexander R, Beck D, Bursch B, Feldman KW, Libow J, et al. Position Paper: Definitional Issues in Munchausen by Proxy APSAC Taskforce on Munchausen by Proxy, Definitions Working Group. *Child Maltreat*. 2002 Jan 5;7(2):105-11.
16. Pankratz L. Persistent Problems With the Munchausen Syndrome by Proxy Label. *J Am Acad Psychiatry Law Online*. 2006 Jan 1;34(1):90-5.
17. Kucuker H, Demir T, Resmiye O. Pediatric condition falsification (Munchausen syndrome by Proxy) as a continuum of maternal factitious disorder (Munchausen syndrome). *Pediatr Diabetes*. 2010 Dec 1;11(8):572-8.
18. Feldman MD, Hamilton JC. Serial factitious disorder and Munchausen by proxy in pregnancy. *Int J Clin Pract*. 2006 Dec 1;60(12):1675-8.
19. Jones TW, Delplanche ML, Davies NP, Rose CH. Factitious Disorder by Proxy Simulating Fetal Growth Restriction. *Obstet Gynecol*. 2015 Mar;125(3):732-4.
20. Consoli SG. Troubles factices chez l'enfant. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Encyclopédie Pratique de Médecine*, 8-0925, 1998, 3 p.