

Le syndrome de Münchausen par procuration

Munchausen by proxy syndrome

A. Depauw, G. Loas et M. Delhayé

Service de Psychiatrie, Hôpital Erasme, ULB

RESUME

Le syndrome de Münchausen par procuration (SMPP) a été décrit pour la première fois en 1977 par un pédiatre anglais du nom de Meadow.

Le diagnostic de SMPP est extrêmement compliqué à poser étant donné le conflit éthique auquel il renvoie les intervenants et la difficulté à mettre en évidence les preuves incriminantes. Ses implications tant d'un point de vue médical, psychologique que juridique questionnent et interpellent tous les soignants qui y sont confrontés.

Cet article va vous exposer le cas d'un jeune homme de 16 ans alité depuis un an et demi et pour qui le diagnostic différentiel d'une forme atypique du syndrome de Münchausen par procuration a finalement été posé, à la suite d'une hospitalisation dans une unité de psychiatrie infanto-juvénile.

Ce cas clinique sera ensuite discuté dans le cadre d'une revue de la littérature sur le SMPP.

Rev Med Brux 2015 ; 36 : 152-7

ABSTRACT

The Munchausen syndrome by proxy (MSBP) was first described in 1977 by the English paediatrician Roy Meadow.

The MSBP is an extremely complicated diagnosis because of the difficulty in finding the incriminating evidence of its existence and because of the ethical issue it raises for caregivers. Its implications from a medical, psychological and legal point of view raise difficult questions for any professional confronted to it.

In this article we will first present the case of a 16-year-old teenager who had been bedridden in hospital for a year, before an atypical form of MSBP was finally diagnosed, after a stay in a child and adolescent psychiatry unit.

We will then discuss this case in light of a literature review on the MSBP.

Rev Med Brux 2015 ; 36 : 152-7

Key words : Munchausen syndrome by proxy, child maltreatment, parental alienation

INTRODUCTION

Dans le DSM-IV TR¹ (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux), le syndrome de Münchausen simple ainsi que le syndrome de Münchausen par procuration appartiennent aux troubles factices. Le terme " factice " désigne " ce qui est faux, artificiel ".

Le syndrome de Münchausen par procuration (SMPP)²⁻⁴ a été décrit pour la première fois en 1977 par un pédiatre anglais du nom de Meadow. En 1985, Rosenberg propose d'en rassembler les critères^{5,6} :

- une maladie simulée et/ou produite délibérément par un parent sur son enfant ;
- une investigation médicale répétée dans l'intention

- d'une reconnaissance pour le bien-être de l'enfant ;
- un déni du parent quant à l'origine des symptômes ;
- un amendement de la symptomatologie présentée par l'enfant lorsqu'il est séparé du parent concerné.

En 2000, Meadow rajoute un 5^e critère⁷ :

- un besoin d'assurer un rôle de malade par procuration, de recherche d'attention chez l'abuseur, qui permet de différencier le trouble des autres formes de troubles factices.

La prévalence du SMPP n'est pas bien connue. Son incidence est estimée à 0,4/100.000 chez les enfants âgés de moins de 16 ans et 0,2/100.000 chez les enfants de moins d'un an. Le *sex ratio* est de 1⁸.

Le SMPP est une maltraitance, où le pronostic vital de l'enfant peut être engagé.

La difficulté du SMPP se situe dans deux registres³. Premièrement, il existe un trouble de la relation parent-enfant et deuxièmement un trouble de la relation médecin-malade, où les professionnels de la santé prescrivent des soins médicaux à outrance pour essayer de comprendre de quoi souffre l'enfant, avant de percevoir qu'on se trouve dans le cadre d'une maladie factice, dont les symptômes sont induits par les parents et/ou l'enfant.

Nous aimerions vous présenter une forme atypique du SMPP, où l'enfant concerné est un jeune adolescent de 16 ans. Nous réaliserons ensuite une revue de littérature sur la question du SMPP, avec pour objectif de mettre en évidence les éléments cliniques qui doivent alerter l'intervenant de première ligne.

VIGNETTE CLINIQUE

T. est un adolescent de 16 ans, d'origine vietnamienne, adopté à l'âge de 3,5 mois.

Monsieur et Madame expliquent leur démarche d'adoption par de nombreux essais infructueux pour avoir un enfant biologique. T. est enfant unique.

Ils sont allés chercher T. au Vietnam dans un orphelinat et ne possèdent pas beaucoup d'informations sur les parents biologiques.

A l'anamnèse, la maman décrit un bébé avec lequel elle va rapidement développer une relation fusionnelle, ce que le père confirme.

T. est hospitalisé dans une unité de médecine interne à la demande de son médecin généraliste, suite à une dégradation de son état général, qui s'aggrave depuis deux ans.

On note dans les antécédents du patient, au niveau de la petite enfance, une légère carence alimentaire dans les premiers mois de vie, très vite régularisée à son arrivée en Belgique. Sa courbe staturo-pondérale et son développement psychomoteur sont dans les limites de la normale.

Au niveau familial, le père est absent car très pris par son travail et par les problèmes de santé de ses propres parents. Monsieur est d'origine belge et est employé dans une société. Madame est d'origine française et est venue vivre en Belgique quand elle a rencontré Monsieur. Elle n'a pas de formation particulière. Elle ne travaille pas depuis l'adoption.

Pendant l'anamnèse, Madame reproche beaucoup à Monsieur son absence et explique à quel point ses beaux-parents sont envahissants ; Monsieur doit tout faire pour eux. D'ailleurs, nous dit-elle, T. a exactement le même sentiment qu'elle.

A 9 ans, T. commence à présenter des problèmes moteurs avec des pertes d'équilibre. Les parents consultent plusieurs spécialistes qui préconisent une activité physique plus importante. Aucune amélioration n'est observée. Une mise au point somatique est réalisée ; aucun problème n'est détecté si ce n'est une légère scoliose.

Ces difficultés motrices s'aggravent jusqu'en 2009. T. a 13 ans, et se déplace en chaise roulante sur l'exigence de ses parents.

T. se rend à l'école en chaise roulante. L'école a aménagé la classe au rez-de-chaussée pour qu'il puisse suivre les cours.

A la suite d'un deuxième bilan organique réalisé en 2010 (IRM cérébrale, EMG, écho cœur, examen neuro, mise au point génétique, biopsie au niveau de la peau, examen rhumato, dosage sanguins complet...) pour lequel il a été hospitalisé et qui reviendra également négatif ; T. passe de la chaise au lit et reste constamment alité. Il s'isole socialement et ne fréquente plus du tout l'école. Ses seuls interlocuteurs sont ses parents.

A son arrivée dans notre unité, T. communique avec nous en gémissant, il est cachectique. Sa mère prend la place de médiateur pour nous transmettre ce qu'il ressent mais finalement, elle parle principalement d'elle-même. Il ne nous est pas possible de nous adresser directement à T., que ce soit verbalement ou dans la gestion des soins du quotidien, notamment lors des mobilisations préventives. T. se cache derrière ses coussins dès qu'une personne extérieure à sa famille essaye de lui adresser la parole. La maman coupe toute tentative de contact avec T. en prenant la parole et en ramenant tout à elle.

Madame se montre très collaborante, elle prévient toutes les demandes de son fils, se renseigne sur les examens qu'il va devoir réaliser pour qu'on puisse trouver de quoi il souffre.

Un bilan pluridisciplinaire est réalisé. Il reviendra à nouveau négatif au niveau physique ; sur le versant psychologique, une hospitalisation mère-enfant est nécessaire dans un premier temps pour permettre une observation clinique et établir une relation de confiance.

Cette observation nous a permis de mettre en évidence une relation fusionnelle entre T. et sa maman. Cette dynamique laisse peu de place au père, ou à un tiers. Il s'agit d'une famille nucléaire repliée sur elle-même et qui perçoit le monde extérieur comme une agression.

Au moment de l'anamnèse, la maman nous explique le début de vie de T. Il est gardé durant ses deux premières années de vie par elle-même. Il présente des angoisses de séparation majeures lors de son entrée en maternelle ainsi que des difficultés alimentaires. Madame vient dîner avec lui et lui apporte

ses tartines car il n'aime qu'une sorte de pain. Madame le décrit comme un petit garçon très intelligent mais ayant peu d'interactions avec les enfants de son âge et étant toujours collé à elle.

Depuis l'alitement de T., c'est-à-dire depuis deux ans, la maman s'occupe de lui comme d'un tout petit enfant car il n'est plus capable de rien faire : elle lui donne à manger, le lave, le tourne toutes les vingt minutes, et ce même la nuit, le papa le porte pour se rendre aux toilettes ou pour pouvoir prendre son bain.

La maman pense que tous les médecins ou paramédicaux consultés sont incompetents puisqu'aucun n'a pu l'aider. Les parents ne se sentent compris que par leur médecin généraliste. Cependant, ils mentent à ce dernier en disant que T. est suivi d'un point de vue psychologique.

Le médecin généraliste réitère sa demande pour que T. soit suivi de manière régulière étant donné sa dégradation. Les parents consultent alors un organisme qui propose un coaching individuel pour T. Cet organisme signifie également aux parents son inquiétude quant à l'état de santé de T. Monsieur et Madame décident de mettre fin au suivi.

Ce ne sera que sous la menace d'une plainte de ces intervenants, qu'une hospitalisation pourra être réalisée avec l'aide du médecin généraliste.

Nous remarquons, lors des manipulations qu'effectue la maman, une certaine agressivité physique : pour replacer T. convenablement dans le lit, elle le couche en position fœtale et enfonce un coussin dans son ventre avec ses poings pour pouvoir bien le mettre dit-elle. Face à de tels comportements, nous pourrions évoquer le risque de maltraitance en présence des parents. De manière générale, on constate une agressivité latente chez cette maman qui nous fait craindre un passage à l'acte vis-à-vis de son fils.

Avant de pouvoir entamer un travail psychothérapeutique, il s'avérait nécessaire d'acter une séparation entre T. et sa mère pour nous permettre d'observer T. en dehors de son contexte relationnel habituel et obtenir des éléments sur son fonctionnement individuel. Cette séparation et la remise en cause de leur interaction fut très mal vécue par la maman, ce qu'elle exprima par de l'agressivité vis-à-vis de l'équipe soignante, qu'elle disqualifia de manière importante. Nous observerons alors une décompensation psychique de la maman qui justifia son hospitalisation dans le service de psychiatrie pour une durée d'un mois. Par ailleurs, des visites des parents étaient maintenues au rythme d'une par semaine lors des entretiens de famille. Malgré les difficultés induites par la séparation mère-enfant, nous avons remarqué que cette mise à distance permet à T. de faire des progrès notables tant sur le plan psychique que moteur. Il peut enfin s'autoriser à grandir et à devenir plus autonome (se brosser les dents, faire ses tartines, ...). T. fréquenta également l'école à l'hôpital où il nous montrera des

ressources inestimables. Les professeurs nous transmettent que malgré une déscolarisation de plus d'un an, il est capable de suivre les cours et de comprendre ce qui lui est enseigné.

T. bénéficie d'une revalidation kinésithérapeutique quotidienne ainsi que de nombreux soins avec l'ergothérapeute et avec les différents intervenants de l'équipe pluridisciplinaire.

Malgré l'ébauche d'une réflexion propre et d'un questionnement sur sa construction identitaire et la dynamique familiale dans laquelle il a vécu, T. se trouve dans un choix impossible quant à sa place dans la famille, puisque sa loyauté vis-à-vis d'elle l'empêche de se construire.

Cependant, après 7 mois d'hospitalisation, T. peut commencer à prendre du plaisir à certaines activités et à établir une relation ludique avec certains autres jeunes. Il est dans l'interaction avec le personnel soignant. Il commence également à se questionner et à remettre en question la dynamique familiale et les conséquences qu'elle a eues sur son état de santé.

La présence d'un tiers nous semblant nécessaire entre T. et sa famille d'une part, ainsi qu'entre l'équipe soignante et la famille, nous avons sollicité l'aide du service d'aide à la jeunesse (SAJ).

Cela fait maintenant un an que T. est hospitalisé.

Avant d'ouvrir la discussion, nous nous permettons de transmettre une information complémentaire ; quand nous avons voulu décrire cette situation clinique, nous avons demandé l'autorisation à T. et ses parents de pouvoir raconter leur histoire de façon anonyme dans une revue scientifique ; ce qu'ils ont accepté. En faisant cette démarche, 1 an après, nous avons pu revoir T. et ses parents. Il est maintenant sorti d'hospitalisation et est retourné chez ses parents car aucune structure adéquate n'a été trouvée. Le SAJ est toujours présent, T. bénéficie d'un suivi individuel ainsi que chacun de ses deux parents. Le suivi familial continue également. T. ne marche pas encore mais, nous dit-il, pense bientôt pouvoir y arriver avec l'aide intensive des kinés qu'il voit tous les jours. T. tient seul assis dans sa chaise, sans coussins, il peut se déplacer de façon autonome. T. a repris une scolarité dans une structure intermédiaire.

DISCUSSION

Notre situation a suscité beaucoup d'interrogations quant aux diagnostics. Dans un premier temps, il était indispensable d'exclure une cause organique. La seconde hypothèse était la conversion hystérique, diagnostic qui a été écarté suite à l'évaluation du fonctionnement individuel et familial. De même, nous avons exclu le syndrome de mascarade, qui est un syndrome où le parent maintient l'enfant sous sa dépendance, en l'empêchant par exemple de fréquenter l'école, sous prétexte d'une maladie qu'il ne

présente pas réellement, étant donné la réelle dégradation physique du jeune. Enfin, nous n'avons pas relevé d'arguments en faveur d'un trouble des conduites alimentaires.

Le SMPP suscite de nombreuses controverses. En effet, il est difficilement imaginable qu'un parent rende volontairement malade son enfant ou l'empêche de se développer.

Les caractéristiques psychopathologiques d'un parent inducteur d'un SMPP sont encore peu claires³.

Selon Fenelon⁹, les parents peuvent avoir subi des carences affectives durant leur enfance. Pour d'autres, un contact précoce et réconfortant avec la médecine, qui aurait procuré aux sujets l'attention et la reconnaissance qu'ils attendaient, serait prépondérant. Citons également l'hypothèse faite par Fénelon que ce syndrome serait une manière de se défendre contre des émergences anxieuse et dépressives.

Comme notre situation clinique le montre, dans un premier temps, la mère est décrite par le corps médical comme une "bonne mère", aimante, dévouée, présente 24 h sur 24 auprès de son enfant. Bien souvent, le parent est très à l'aise dans le monde médical et peut aller jusqu'à diriger les investigations^{3,10}.

Dans 30 % des cas de SMPP décrits¹⁰, la profession de la mère est en lien avec une fonction soignante.

La mère semble moins inquiète que l'équipe soignante au sujet de l'état de l'enfant et par rapport à la gravité des actes médicaux mis en œuvre. Lorsque les doutes commencent à apparaître au sein de l'équipe médicale, le parent se montre agressif et entre en conflit. Nous constatons que la littérature n'apporte pas un grand éclairage sur le fonctionnement et le rôle du père dans ce type de problématique.

On peut comprendre la relation mère-enfant³, comme une impossibilité pour la mère d'accepter l'autonomie progressive de son enfant, qui ne peut donc pas progresser dans son processus de séparation/individuation. La possessivité à l'égard de l'enfant est telle, qu'il n'a pas d'existence propre. Cette description théorique nous ramène à notre situation clinique, où en effet T. n'a pas d'existence propre. Sa régression nous fait penser à celle d'un nourrisson dépendant de sa mère pour survivre.

Dans les formes graves, le parent porte son attention à l'enfant en termes de préoccupations organiques, jusqu'à parler comme s'il ressentait à la place de l'enfant, sans trop se soucier de la dimension psycho-affective. L'enfant est le réceptacle de projection de la mère, c'est-à-dire que celle-ci projette ses souffrances psychiques au travers de symptômes physiques de son enfant qu'elle a elle-même provoqués. Le corps, malade, de l'enfant devient le seul moyen d'existence aux yeux de son parent. De même, ce corps

devient un moyen de communication pour la mère elle-même à l'égard de l'extérieur.

La mère inductrice de SMPP^{10,11} présente généralement une structure de personnalité psychotique ou "limite". Dans d'autres cas, on retrouve des personnalités à traits hystériques et surtout passifs-dépendants. Un fond dépressif est presque toujours présent, pouvant entraîner des tentatives de suicide, mais il est parfois dissimulé derrière un comportement pervers.

Comme illustré par le cas clinique, cette omniprésence maternelle rendra difficile toute manifestation d'autonomie de l'enfant, qui pourra être vécue comme une menace mais rendra également très difficile la place que peut trouver le père. Emmanuel de Becker fait l'hypothèse que la mère utilise son lien avec l'enfant pour combler l'absence physique et affective de son conjoint³.

L'intervention thérapeutique consistera à essayer de remobiliser le père, l'aider à se faire une place auprès de son enfant, dans la relation mère-enfant et dans son couple pour qu'il puisse jouer son rôle de tiers et permettre à la mère de progressivement se distancer de son fils pour refaire couple avec son mari.

Dans notre situation clinique, on pourrait faire l'hypothèse, que le temps s'est figé, pour ne jamais permettre l'autonomie de ses membres et ainsi éviter la question de la possible séparation, au prix du sacrifice de la liberté individuelle et de la santé de l'enfant. On peut s'interroger sur l'exclusion du père dans la relation et la colère ressentie par la mère sur sa non-possibilité d'avoir des enfants. Quel rôle joue l'adoption dans la genèse de cette psychopathologie familiale ? L'impossibilité pour le couple d'avoir des enfants a-t-elle un lien avec la colère de la mère à l'égard du père, et la distance affective ressentie entre les conjoints, distance qui empêche le père de jouer son rôle de tiers dans la relation mère-enfant. Le désir de vouloir garder T. dans une relation indifférenciée, tel un bébé de quelques mois, a-t-il pour la mère un lien avec sa propre impossibilité à expérimenter une grossesse ?

En 1986, trois formes cliniques de SMPP sont décrites dans la littérature selon les comportements parentaux pathologiques suivants^{3,12} :

- les inducteurs actifs (*active inducers*) : ces parents provoquent directement sur l'enfant des symptômes graves mettant sa santé et sa vie en danger ;
- les dépendants aux médecins (*doctor addicts*) : ces parents sont à la recherche d'une attention médicale soutenue, d'un diagnostic ainsi que d'un traitement pour une maladie qui n'existe pas chez l'enfant mais dont ils sont intimement convaincus. Ils falsifient l'histoire clinique de l'enfant, inventent des symptômes ;
- les demandeurs d'aide (*help seekers*) : les comportements parentaux que rencontrent les médecins se rapprochent ici de ceux des parents

en consultation dite normale. Ils sont décrits comme angoissés, éprouvant des difficultés à assumer leur rôle de parent. Ils altèrent les symptômes chez l'enfant afin d'attirer l'attention du corps médical.

Une interrogation majeure est le devenir des enfants subissant un Münchausen par procuration ?

L'enfant réagira en fonction de son âge, de sa personnalité, de son environnement plus global⁹.

Les enfants victimes de parent inducteur d'un syndrome de Münchausen développent des traits particuliers de personnalité¹³. Dans le lien avec un parent perturbé et en souffrance, ils s'identifient à la pathologie qu'ils sont obligés d'exprimer. Ils intègrent des comportements qui illustrent le rôle qu'ils doivent tenir vis-à-vis des médecins et des soignants.

Souvent isolés des autres enfants, ils subissent un renforcement positif dans l'exercice de leur rôle de malade. Les conséquences les plus souvent rapportées en termes de perturbations psychoaffectives concernent des symptômes d'hyperactivité, d'opposition, voire des difficultés à supporter les frustrations et les séparations. Ils présentent généralement des angoisses de séparation majeures dues à la relation de grande proximité avec la mère.

De plus, l'enfant vit une relation perturbée à son corps, ce qui peut perturber son intégrité corporelle, ainsi qu'une difficulté à distinguer un corps sain d'un corps malade.

Chez ces enfants victimes d'un Münchausen par procuration, les étapes d'élaboration de la construction du soi s'appuyant entre autres sur la sensorialité et sur l'expérience physique, sont affectées par un vécu corporel abîmé^{3,14}. En effet, dans le SMPP, le parent n'accorde aucune place au hasard de la maladie étant donné qu'il produit les symptômes, de même qu'il ne laisse pas de place à un tiers dans la mesure où il suggère lui-même les examens médicaux et qu'il contrôle ce qui est lié au corps de l'enfant.

Quel que soit son âge, l'enfant est pris dans la dynamique parentale au point qu'il peut parfois co-participer au discours " délirant », se l'approprier sans avoir les compétences cognitives et affectives pour s'en dégager. Apparaît alors le phénomène de " folie à deux ", lorsqu'il y a impossibilité pour l'enfant de se différencier psychiquement de l'autre¹⁵.

Par ailleurs, l'enfant plus âgé peut devenir " complice " de son parent si aucun tiers ne vient le dégager de ce type de relation indifférenciée (absence du père par exemple), d'autant plus qu'il ne souhaite pas perdre l'affection de celui-ci. Pour l'enfant, trahir ce parent en divulguant, c'est risquer de se faire abandonner et d'être rejeté. Une angoisse d'abandon le conduit alors à tromper, lui aussi, le corps médical.

Les travaux de Bools en 1993 sur le devenir

d'enfants victimes du SMPP indiquent un pronostic très sévère. Différentes études vont plus loin en estimant que même lorsque l'enfant est séparé de sa mère, celui-ci présente des troubles psychologiques graves. Le tout n'est donc pas de mettre l'enfant à l'abri, mais bien de développer un canevas d'accompagnement spécifique.

Nous relevons aussi dans ce syndrome l'importance des intervenants médicaux, qui y assurent un rôle actif par les investigations répétées qui sont suscitées par les inquiétudes transmises par les parents. L'absence d'éléments objectifs peut entraîner des mises au point sans fin.

QUAND PENSER A UN SMPP ET QUE PROPOSER ?

Selon J. Labbé¹⁶, il existe une série de signes qui doivent faire penser à un SMPP. Lorsqu'un enfant présente une maladie longue et inexplicquée, jamais vue auparavant, des symptômes seulement en présence de la mère ou encore des symptômes et signes inappropriés ou incompatibles. S'il y a un écart entre l'histoire rapportée et les signes objectifs, une longue liste de médicaments et/ou d'aliments auxquels l'enfant serait allergique, des consultations médicales répétées pour une variété de problèmes, des évaluations médicales multiples sans diagnostic, des nombreuses hospitalisations, des traitements infructueux ou mal tolérés, d'autres membres de la famille avec une maladie rare ou une mort inexplicquée et pour terminer une mère moins inquiète que les médecins concernant la condition de l'enfant.

Selon l'*American Academy of Pediatrics*, deux éléments sont obligatoires pour le diagnostic : un dommage actuel ou potentiel par des soins médicaux inutiles et un responsable de l'enfant à l'origine de cet état de fait¹⁷.

Bien que le syndrome de Münchausen par procuration soit considéré comme une forme particulière de mauvais traitement à l'enfant, les cas suspectés (ou supputés) sont rapportés tardivement aux équipes spécialisées, en raison d'un manque d'informations concernant le syndrome auprès de nombreux intervenants³.

Habituellement, plusieurs professionnels ont déjà été impliqués sans connaître l'existence des différentes démarches réalisées par ailleurs.

Un des enjeux consiste à arrêter le cycle répétitif par la mise en place entre autres d'un cadre d'intervention.

De nombreux auteurs indiquent qu'il est nécessaire d'interpeller les instances judiciaires protectionnelles.

A ce jour, personne ne peut prétendre détenir le canevas thérapeutique standardisé pour les syndromes de Münchausen par procuration. Cependant il semble

qu'il faille mettre en place une intervention pluridisciplinaire, c'est-à-dire médico-psycho-socio-juridique.

CONCLUSION

Cette situation clinique a interpellé toute l'équipe soignante. Poser le diagnostic de maltraitance sans se tromper est difficile.

Comment faire face à ce malaise éprouvé devant une situation d'enfant en souffrance dont l'origine semble appartenir aux attitudes et aux propos inadéquats du parent sans refaire de multiples examens pour être sûr qu'on ne se trompe pas.

La vignette clinique nous montre le nombre de pérégrinations de soignant en soignant qu'a subies T., ainsi que la multiplication des examens réalisés.

Le médecin traitant a pu au fil des années rassembler les informations et a pu à un moment donné évoquer la distorsion de la relation mère-enfant et c'est seulement sous la menace d'un xième organisme consulté que T. a pu entrer en hospitalisation.

L'évolution de T. nous permet de dire qu'il faut pouvoir intervenir rapidement en tenant compte de la dynamique familiale pour que l'enfant ne perde pas sa place dans sa famille et surtout qu'il puisse reprendre son développement tant psycho-cognitif que moteur avant de présenter des séquelles irréversibles.

Il faut pouvoir s'interroger sur le cadre à mettre en place sans entrer à notre tour dans une forme de maltraitance institutionnelle.

Nous pensons effectivement que l'introduction d'un tiers est indispensable pour pouvoir travailler avec l'enfant et sa famille. Cet exemple clinique original et gravissime illustre à quel point le SMPP est un diagnostic complexe et à quel point la prise en charge holistique du patient est importante.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association : DSM-IV-TR Critères diagnostiques (Washington DC 2000). Traduction française : Guelfi JD *et al.* Paris, Masson, 2004 : 384
2. Eliacheff C : Le syndrome de Münchausen par procuration psychique. *Figures de la Psychanalyse* 2005 ; 12 : 149-64

3. de Becker E : Le syndrome de Münchausen par procuration : état de la question. *Enfance et Psy* 2006 ; 31 : 134-47
4. Sigal M, Gelkopf M, Meadow R : Munchausen by proxy syndrome : the triad of abuse, self-abuse, and deception. *Compr Psychiatry* 1989 ; 30 : 527-33
5. Rosenberg DA : Munchausen Syndrome by proxy : medical diagnostic criteria. *Child Abuse Negl* 2003 ; 27 : 421-30
6. Rosenberg DA : Web of Deceit : a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 1987 ; 11 : 547-63
7. Meadow R : The dangerousness of parents who have abnormal illness behaviour. *Child Abuse Rev* 2000 ; 9 : 62-7
8. Lieder HS, Irving SY, Mauricio R, Graf JM : Munchausen syndrome by proxy : a case report. *AACN Clin Issues* 2005 ; 16 : 178-84
9. Fenelon G : Le syndrome de Münchausen. Paris, PUF, 1998
10. Dauver S : Actualité du syndrome de Münchausen par procuration. Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine, Université de Caen, France, 2001
11. Bouden A, Krebs MO, Loo H, Olie JP : Le syndrome de Münchausen par procuration : un défi à la médecine. *Presse Med* 1996 ; 25 : 567-9
12. Libow J, Schreier H : Three forms of factitious illness in children : when is it Munchausen Syndrome by proxy ? *Am J Orthopsychiatry* 1986 ; 56 : 602-11
13. Haesevoets YH : Regard pluriel sur la maltraitance des enfants. Bruxelles, Kluwer, 2003
14. Winicott DW : L'enfant et sa famille : les premières relations. Paris, Payot, 1991
15. Gunter M : Induction, identification or folie à deux ? Psychodynamics and genesis of Munchausen syndrom by proxy and false allegations of sexual abuse in adolescents. *Med Law* 1998 ; 17 : 359-79
16. Labbé J : Quand la réalité dépasse la fiction : le syndrome de Münchausen par procuration. Québec, Université de Laval, 2009
17. Stirling J and the Committee on Child Abuse and Neglect : Beyond Munchausen syndrome by proxy : identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics* 2007 ; 119 : 1026-30

Correspondance et tirés à part :

A. DEPAUW
Hôpital Erasme
Service de Psychiatrie
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles
E-mail : aviva.depauw@ulb.ac.be

Travail reçu le 9 février 2014 ; accepté dans sa version définitive le 16 mai 2014.