

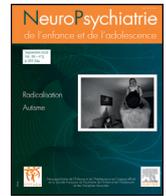


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Le syndrome de Munchausen partagé chez l'adolescent : un entre deux pour un continuum du syndrome de Munchausen par procuration au syndrome de Munchausen

Shared Munchausen syndrome in adolescents: An in-between for a continuum from Munchausen syndrome by proxy to Munchausen syndrome

E. Taupinard^{a,*}, P. Torres^a, D. Cohen^b

^a Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP, université Pierre-et-Marie Curie, 75013 Paris, France

^b Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CNRS UMR 8189, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP, université Pierre-et-Marie Curie, 75013 Paris, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Mesh: syndrome de Münchhausen par procuration
Troubles factices
Adolescent
Simulation
Maladie chronique

RÉSUMÉ

Objectifs. – Le syndrome de Munchausen par procuration est défini par la production de troubles factices sur un individu par un proche, engendrant un nomadisme médical et des prises en charges somatiques plus ou moins invasives. Les cas rapportés de victimes s'étendent de la période périnatale à l'âge adulte. L'existence de cas chez l'adolescent soulève la question de la participation, consciente ou inconsciente, de la victime au syndrome de Munchausen par procuration. L'objectif de cette étude est d'étudier le type de participation adolescente à ce syndrome.

Patients et méthodes. – Nous avons colligé une série de 8 cas hospitalisés dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de la Pitié Salpêtrière durant la période de 1994 à 2022. Ces patients ont été hospitalisés dans un contexte d'expression clinique complexe pour lequel le diagnostic de syndrome de Munchausen par procuration a été discuté. Nous avons étudié les différents aspects psychopathologiques de ces 8 cas à partir des dossiers médicaux (comptes-rendus d'hospitalisation, entretiens de patients, bilans psychologiques et psychomoteurs).

Résultats. – Nous avons décrit 8 cas d'enfants hospitalisés, entre 9 et 17 ans. Les symptômes fonctionnels étaient d'ordre psychiatriques et parfois somatiques. Les bénéfices secondaires étaient pour la plupart d'obtenir l'attention parentale, avec une amélioration constatée chez tous les patients lors de la séparation avec le proche. Nous avons étudié la participation du patient dans les différents cas décrits, et le degré de conscience de sa participation.

Discussion. – Ces différentes observations cliniques permettent de soulever une dimension systémique avec un système composé de l'auteur, du patient « victime » et du médecin suggérant une participation de chacun des membres au système. Les arguments psychopathologiques retrouvés sont l'amélioration à la séparation avec le proche, des dysfonctionnements systémiques, une organisation familiale autour de la relation à deux, la plupart du temps entre l'enfant et sa mère sans tiers et plus particulièrement sans figure paternelle, favorisant une interaction dyadique mère-enfant exclusive. L'ensemble des bénéfices secondaires à la production des troubles ont majoritairement pour fonction d'entretenir une relation « fusionnelle » avec le parent articulée autour de symptômes somatiques ou psychiatriques. Dans ces cas complexes, nous questionnons la participation de l'enfant ou de l'adolescent, cherchant à répondre aux attentes de son parent qui le voit comme un malade chronique, dans cette pathologie initialement induite par un membre de la famille. Devant les arguments systémiques retrouvés dans les observations, nous proposons le terme de syndrome de Munchausen « partagé » plutôt que « par procuration » dans les cas avec participation active ou passive et partiellement consciente de l'adolescent au subterfuge.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : estelle.taupinard@gmail.com (E. Taupinard).

Conclusion. – Cette série nous a donc conduits à privilégier une approche systémique en particulier chez les adolescents les plus âgés et à introduire le concept de syndrome de Munchausen partagé. Nous retrouvons des cas de syndrome de Munchausen par procuration notamment chez les patients les plus jeunes, des cas de Munchausen partagé, et des cas des patients s'auto-infligeant les lésions avec une participation consciente et active au tableau de Munchausen, il s'agit alors de patients plus âgés, faisant évoquer une évolution vers un Munchausen « classique ». Nous pouvons émettre l'hypothèse que les différents syndromes de Munchausen « par procuration », « partagé » ou « classique » se présentent comme un continuum en fonction de l'âge et de la maturité psychique.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Keywords:

Mesh term: Munchausen syndrome by proxy
Factitious disorders
Adolescent
Malingering
Chronic disease

Objectives. – Munchausen syndrome by proxy is defined by the production of factitious disorders on an individual by a close relative, generating a medical nomadism and more or less invasive somatic treatments. The reported cases of victims range from the perinatal period to adulthood. The existence of cases in adolescents raises the question of the victim's participation, conscious or unconscious, in Munchausen syndrome by proxy. The aim of this study was to investigate the type of adolescent involvement in this syndrome.

Patients and methods. – We collected a series of eight cases hospitalized in the Children and Adolescents Psychiatry Department of the Pitié Salpêtrière Hospital, from 1994 to 2022. These patients were hospitalized in a context of complex clinical expressions for which the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy was a possibility. We studied the different psychopathological aspects of these eight cases from the medical records (hospitalization reports, patient interviews, psychological and psychomotor assessments).

Results. – We described 8 cases of hospitalized children, aged between 9 and 17 years. Their functional symptoms were psychiatric and sometimes somatic. The additional benefits were, for the majority of them, to receive parental attention, with an improvement noted in all patients during the separation from the relative. We studied the patient's participation in the different cases described, and the awareness level of their own participation.

Discussion. – These different clinical observations enable us to outline a systemic dimension with a system composed of the perpetrator, the "victim" patient and the doctor suggesting a participation of each member in the system. The psychopathological arguments found are the improvement at the separation from the relative, systemic dysfunctions, a family organization around the relationship of two members, most often between the child and his mother without a third person and more particularly without a paternal figure, fostering an exclusive mother-child dyadic interaction. All of the benefits secondary to the production of the disorders are mainly aimed at maintaining a "fusional" relationship with the parent, based on somatic or psychiatric symptoms. In these complex cases, we question the participation of the child, seeking to meet the expectations of his parent who sees him as a chronic patient, in this pathology initially induced by a family member. In view of the systemic arguments, we propose the term "shared" rather than "by proxy" Munchausen syndrome in cases of active or passive and partially conscious participation of the adolescent in the subterfuge.

Conclusion. – This series has thus led us to favor a systemic approach especially in the older adolescents and to introduce the concept of shared Munchausen syndrome. We collected cases of Munchausen syndrome "by proxy", especially in younger patients, cases of "shared" Munchausen syndrome and cases of patients who self-inflict lesions with a conscious and active participation in the Munchausen syndrome suggesting an evolution towards a "classic" Munchausen syndrome. We can assume that the different syndromes of Munchausen "by proxy", "shared" or "classic" present themselves as a continuum according to age and psychic maturity.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le syndrome de Munchausen est défini en 1951 par Richard Aster [1]. Il caractérise un patient qui présente un trouble factice auto-induit pour lequel il consulte le corps médical, ce qui entraîne fréquemment une multitude d'examen complémentaires, interventions médicamenteuses et invasives inutiles. Ce trouble factice est corroboré par des récits, des lésions d'allure organique auto-infligées ou « preuves » biologiques : le patient simule alors des symptômes physiques ou induit des signes cliniques (lésions, modification de prélèvements biologiques) qui suggèrent certaines pathologies. Le syndrome de Lasthénie de Ferjol est un cas particulier de syndrome de Munchausen, décrit par Jean Bernard en 1972 [2,3], il s'agit d'une pathomimie dans laquelle le patient, généralement une femme en lien avec le milieu médical, provoque un saignement volontaire entraînant une anémie hypochrome.

Le syndrome de Munchausen by proxy ou par procuration a été initialement présenté par R. Meadow en 1977 [4]. Il s'agit d'une forme de syndrome de Munchausen où le trouble factice est induit sur un enfant, par un proche, en général un parent, engendrant de multiples consultations auprès des professionnels de santé (on parle de nomadisme médical) et des prises en charges médicales plus ou moins invasives pouvant aller jusqu'à des gestes chirurgicaux. En 1987, Rosenberg définit le syndrome de Munchausen par procuration comme une maladie simulée ou reproduite chez un enfant, la présentation pour les soins menant à de multiples procédures médicales, le déni par le parent de toute responsabilité et la régression des symptômes quand l'enfant est séparé de ses parents [5].

Depuis les premières parutions, la définition du syndrome de Munchausen par procuration a évolué, et a intégré le DSM-5 sous le terme de « trouble factice imposé à autrui » reposant sur quatre

Tableau 1
Types de falsification.

Types de falsification	Exemple
Production de fausses informations	Fournir des fausses informations concernant des symptômes et limitations d'activités actuelles de l'enfant ; son histoire médicale, ses résultats d'examen complémentaires, des recommandations ou des traitements antérieurs. Par exemple : dire que l'enfant présente des pertes de connaissances alors qu'il n'en fait pas et présenter des preuves médicales falsifiées étayant le diagnostic.
Retenir des informations	Ne pas fournir les informations pertinentes qui permettraient d'expliquer la présentation de l'enfant. Par exemple: ne pas informer le médecin que l'enfant présente des vomissements parce qu'un produit toxique vient de lui être administré.
Exagération	Fournir des informations cliniques basées sur un véritable symptôme, mais qui sont renforcées afin que l'enfant soit perçu comme plus gravement malade ou handicapé qu'il ne l'est réellement. Par exemple : déclarer des crises d'épilepsie plus fréquentes et/ou plus résistantes au traitement qu'elles ne le sont réellement.
Simulation	Modifier des échantillons biologiques ou des tests médicaux pour obtenir des résultats anormaux. Par exemple : fournir des échantillons d'urine contaminés, placer du sang dans un échantillon de selles de l'enfant, interférer avec un test diagnostique pour produire des résultats anormaux.
Négligence	Refuser des médicaments, des traitements spécifiques, un apport nutritif dans le but d'exacerber les symptômes. Par exemple : ne pas administrer les traitements contre l'épilepsie conformément à la prescription.
Induction de symptômes	Créer directement des symptômes ou déficiences. Par exemple : empoisonnement, asphyxie, privation de nourriture, infection volontaire de plaie.
L'entraînement	Manipuler une autre personne pour qu'elle réponde aux questions des professionnels de santé d'une manière qui corrobore les fausses allégations de l'agresseur. Les victimes peuvent être efficacement entraînées à collaborer (sciemment ou non) avec l'agresseur et à corroborer ses fausses affirmations. Par exemple : il peut s'agir d'un conjoint qui répète ce que l'agresseur lui a dit comme étant vrai, ou d'un enfant à qui l'on rappelle de signaler des symptômes spécifiques au médecin.

critères diagnostics, n'incluant aucune vision développementale ni de référence spécifique à l'enfant : A. Falsification de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques, ou induction de blessures ou de maladies chez autrui, associée à une tromperie identifiée. B. Le sujet fait passer une autre personne présente (la victime) pour malade, invalide ou blessée. C. Le comportement de tromperie est évident, même en l'absence de bénéfices externes objectivables. D. Le comportement n'est pas mieux expliqué par un autre trouble psychotique mental tel qu'un trouble délirant ou un autre trouble psychotique. (Nota Bene : le diagnostic s'applique au coupable et non à la victime).

L'épidémiologie du syndrome de Munchausen par procuration est limitée par plusieurs facteurs. La définition du trouble en lui-même est un premier obstacle puisqu'il existe, d'une part, une hétérogénéité de définitions dans la littérature, et d'autre part, la falsification, la supercherie et le nomadisme médical rendent le diagnostic difficile et donc minimisent les cas rapportés [6]. Par ailleurs, le syndrome de Munchausen par procuration a un grand polymorphisme de présentation et reste rare. Ainsi la prévalence du syndrome de Munchausen par procuration est difficile à évaluer et les cas très probablement sous-diagnostiqués et sous-estimés [7,8]. Dans la littérature actuelle, les cas de syndrome de Munchausen par procuration représenteraient 0,04% des cas de maltraitance chez les enfants [9].

L'auteur des troubles dans le syndrome de Munchausen par procuration est la plupart du temps la mère [10,11]. Il s'agit parfois de personnes en lien avec le système médical ou ayant une connaissance étendue de la présentation clinique du trouble. Abdurachid et Marques rapportent que 17 % des auteurs travaillent dans le milieu médical [8,11,12]. Dans certains cas, l'auteur des troubles présente lui-même un trouble factice, alors imposé à soi-même, ou bien un trouble somatoforme. L'auteur a parfois été lui-même victime d'un syndrome de Munchausen par procuration, suggérant une probable répétition d'allure transgénérationnelle du trouble [11,13,14]. Certains rapportent un fonctionnement systémique familial particulier.

Le DSM-5 apporte une précision sur l'auteur, caractérisant la supercherie/tromperie comme volontairement établie, tandis que d'autres considèrent une définition plus large avec des motivations et comportements divers plus ou moins conscients, plus proche de la réalité clinique [11,12,15].

Les premiers cas rapportés de trouble factice imposé à autrui décrivent des pathologies hémorragiques, des anomalies neurologiques, des éruptions cutanées, des fièvres ou encore des prélèvements urinaires anormaux [16]. De nombreuses manifestations sont depuis rapportées dans la littérature, allant de troubles organiques à psychiatriques : asthme, allergie, perte de conscience, hypoglycémies [13], trouble du spectre autistique [17], troubles psychiatriques (hallucinations, trouble de l'humeur, troubles du comportement) [8,18]. Les symptômes rapportés alarment le système médical et engendrent une situation d'urgence [19]. Les troubles induits peuvent être vastes et sont localisés sur un continuum s'étendant d'une négligence avec évitement du système médical à une induction active de lésions avec recherche de consultation [11,15].

L'*American Professional Society on the Abuse of Children* a réalisé une classification des différents types de Munchausen par procuration selon l'intervention de l'auteur [8] (Tableau 1). Les retentissements sont souvent sérieux : Meadow, en 1977, décrivait 2 décès parmi les 19 patients [16]. Abdurachid et Marques décrivent en 2020 dans une revue systématique de la littérature des 15 dernières années 12 % de décès au cours du devenir [8]. Concernant le profil des victimes, les cas rapportés s'étendent de la période périnatale à l'âge adulte. La majorité des cas sont rapportés dans l'enfance, Abdurachid et Marques retrouvent par exemple un âge médian de 5 ans [8], alors que très peu de cas adultes ont été décrits [8,20,21]. L'existence de cas chez l'adolescent et l'adulte soulève ainsi la question de la participation, consciente ou inconsciente, de la victime au syndrome de Munchausen par procuration.

En termes de psychopathologie, plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer ce syndrome. Elles se fondent sur les besoins fondamentaux au développement de l'enfant, la théorie de l'attachement et l'approche systémique. L'approche systémique décrit un système composé de l'auteur, de la « victime » et du médecin jouant chacun un rôle à part entière dans la production, la perpétration et la reconnaissance du trouble, ce qui suggère ainsi une participation de chacun des membres au système. Nous avons colligé une série de cas complexes au cours des 30 dernières années pour lesquels un syndrome de Munchausen par procuration a été discuté. Ces 8 enfants et adolescents hospitalisés dans un service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent nous ont conduit à privilégier une approche systémique en particulier chez les patients les

plus âgés et à introduire le concept de syndrome de Munchausen partagé.

2. Patients et méthodes

Nous avons colligé une série de 8 cas hospitalisés dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de la Pitié Salpêtrière durant la période de 1994 à 2022. Ces patients ont été hospitalisés dans un contexte d'expression clinique complexe pour lequel le diagnostic de syndrome de Munchausen par procuration a été discuté.

Nous avons étudié les différents aspects psychopathologiques de ces 8 cas à partir des dossiers médicaux (comptes-rendus d'hospitalisation, entretiens de patients, bilan psychologiques et psychomoteurs).

3. Étude de cas et résultats

Nous présentons ci-dessous les cas de ces 8 patients. Ils ont été anonymisés à des fins de préservation du secret médical.

3.1. Cas 1

B. est une patiente de 15 ans, hospitalisée à plusieurs reprises dans le service devant des conduites auto-agressives. Concernant son mode de vie, la patiente est la dernière d'une fratrie de quatre enfants. Son père est un ingénieur au statut d'homme brillant, peu présent au domicile. Sa mère est femme au foyer, elle s'est arrêté de travailler pour s'occuper de ses enfants. Selon ses enfants, elle cherche auprès d'eux une réassurance sur son statut social.

Concernant ses antécédents dans la période périnatale, la grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans particularité, le développement psychomoteur est normal. La patiente a été gardée par sa mère jusqu'à l'âge de 2 ans, on relève ensuite une angoisse de séparation. Elle présente comme antécédents médicaux des convulsions hyperthermiques à l'âge de 18 mois. Comme antécédents psychiatriques, on note un épisode traumatique suite à des abus sexuels intrafamiliaux (oncle puis frère), et plusieurs tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire.

Les symptômes qui conduisent à l'hospitalisation en psychiatrie commencent à l'âge de 14 ans. Ils se manifestent par des passages à l'acte auto-agressifs répétés, la patiente se scarifiant, provoquant des plaies, qu'elle cache et réouvre, puis recouvre avec de la lessive. Devant la découverte d'une anémie, elle rapporte se faire saigner et aimer voir couler son sang. L'hospitalisation en psychiatrie permet la résolution des passages à l'acte auto-agressif. Les bilans psychométriques réalisés lors de l'hospitalisation retrouvent un haut potentiel intellectuel. L'hospitalisation met en évidence des bénéfices aux symptômes fonctionnels, le bénéfice primaire est de soulager l'anxiété quand le bénéfice secondaire est de susciter l'intérêt familial.

Plusieurs éléments systémiques participent au tableau clinique. En effet, une amélioration rapide des symptômes et comportements auto-agressifs se produit à la séparation d'avec le milieu familial et une recrudescence est notée lors des permissions. La patiente rapporte elle-même se sentir soulagée à la séparation du milieu familial. On relève des interventions paradoxales de la part des parents, et principalement la mère de la patiente, qui manifestent une ambivalence, une banalisation et une rationalisation des difficultés de M. Le déni de la souffrance et de la pathologie de M. entraîne une surenchère des troubles. Ces troubles sont majorés par des mouvements de culpabilité chez la jeune patiente nourris par les multiples interdits émanant d'un père des parents qui prétendent fonctionner avec une grande souplesse. Le milieu médical interagit aussi en système avec la patiente et sa famille. L'hospitalisation

est, en effet, le lieu du clivage maternel (par exemple la mère refuse que la patiente consulte certains professionnels à l'hôpital). L'hospitalisation est également ponctuée de tentatives de mise en échec des soins par opposition familiale (par exemple, la famille s'oppose à ce que la patiente porte plainte contre son frère et son oncle, malgré le signalement réalisé).

Pour ce cas, le diagnostic retenu est celui de syndrome de Lasthénie de Ferjol devant les saignements auto-provoqués, s'inscrivant dans un fonctionnement familial pathologique, avec comme bénéfice secondaire pour la patiente une mobilisation de l'inquiétude parentale.

En post-hospitalisation sont proposés à la patiente et sa famille, une thérapie systémique, une thérapie personnelle et un projet de soin-étude en internat. Elle connaît une évolution plutôt satisfaisante même si la patiente fera une bouffée délirante aiguë à 27 ans, résolutive sous Halopéridol et Chlorpromazine.

3.2. Cas 2 et 3

B. et S. sont deux frères et sœurs jumeaux, hospitalisés en Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) dans le service à l'âge de 12 ans et demi pour suspicion de syndrome de Munchausen par procuration.

La constellation familiale se présente ainsi : une mère médecin généraliste d'origine canadienne anglophone, n'exerçant plus depuis la naissance de ses deux enfants, elle a une fille issue d'une première union vivant en Suisse; un père professeur de philosophie et écrivain d'origine anglaise, décrit comme souffrant d'un épisode dépressif et en retrait derrière sa femme. Le couple et les jumeaux sont arrivés en France alors que les jumeaux avaient 8 ans.

Concernant les antécédents obstétricaux, la grossesse est secondaire à une fécondation in vitro. Il s'agit d'une grossesse gémellaire hétérozygote qui s'est compliquée d'une menace d'accouchement prématuré au deuxième trimestre et d'un diabète gestationnel insulino-requérant. L'accouchement s'est déroulé sans complications à 37 semaines d'aménorrhée. Les jumeaux présentent un développement psychomoteur normal sur le plan de la motricité et du langage lors de la première année de vie.

Le premier jumeau B. est une fille et présente plusieurs antécédents psychiatriques. B. est décrite comme un bébé très exigeant, pleurant beaucoup, n'aimant pas être prise dans les bras. On retrouve un trouble de l'attachement anxieux insécure qui s'est traduit initialement par des difficultés d'interaction parents-bébé, puis dans l'enfance par de l'anxiété de séparation, des crises d'angoisse et de colère, parfois des moments dépressifs et des difficultés d'apprentissage (non détaillées). Un bilan est réalisé à l'âge de 6 ans au Canada et retrouve un déficit de l'attention avec hyperactivité et un trouble de la coordination. Les troubles sont qualifiés de mineurs. Un traitement par méthylphénidate est néanmoins instauré à l'issue des bilans. Ce traitement aurait provoqué selon la mère une explosion des symptômes. À son arrivée en France, B. est suivie par une psychologue clinicienne mais on note un arrêt brusque des consultations. Elle est suivie ensuite sur internet par un psychiatre qui prescrit successivement de la rispéridone, de la lamotrigine, du méthylphénidate à libération prolongée et de la fluoxétine suivant les indications symptomatiques décrites par mail par la mère. Sur le plan médical, un épisode d'hypothyroïdie et de perturbation biologique du bilan hépatique est relevé après une instauration à l'initiative de la mère de 3 comprimés de téralithe LP 400 mg d'emblée.

Le second jumeau S. est un garçon qui présente comme antécédents psychiatriques une première instauration de rispéridone à l'âge de 9 ans avec ajout rapide de fluoxétine puis lamotrigine pour une symptomatologie mal définie. À l'âge de 10 ans, une hospitalisation de 6 semaines en pédopsychiatrie permet l'arrêt de toute thérapie et conclut à des difficultés importantes de séparation

et d'individuation. À la suite de cette hospitalisation, un autre psychiatre consulté en ville conclut à un trouble bipolaire et instaure un traitement par valproate de sodium et téralithe. La même année, un autre psychiatre ajoute de la sertraline et du méthylphénidate et propose de diminuer le téralithe devant une atteinte thyroïdienne, diminution refusée par les parents. Aucun antécédent somatique n'est relevé.

Après un passage aux urgences d'un hôpital de province, les jumeaux sont, devant la suspicion de syndrome de Munchausen par procuration, hospitalisés en OPP alors qu'ils ont 12 ans et demi. La mère rapporte alors une symptomatologie du registre psychiatrique chez les deux jumeaux. Selon elle, sa fille présente un trouble bipolaire depuis l'âge de 6 ans. En effet la mère rapporte des troubles du comportement anciens, une labilité thymique permanente avec des « crises de rage » pouvant durer des heures, des crises d'angoisse avec des hallucinations visuelles et des idées suicidaires, des difficultés d'apprentissage (non détaillées) et une dyspraxie. Le garçon présente, depuis l'âge de 9 ans, selon les dires de sa mère, des crises clastiques, troubles du comportement de type opposition, une irritabilité, une agressivité vis-à-vis de sa sœur, une alternance entre crises de « rage » et des épisodes dépressifs ainsi qu'un trouble de l'attention étiqueté trouble bipolaire par la mère.

L'hospitalisation est l'occasion d'arrêter l'ensemble des traitements des jumeaux. On note pour les deux une amélioration à la séparation. Concernant B., aucun élément n'est retrouvé en faveur d'un trouble bipolaire ni d'une hyperactivité. Des manifestations anxieuses sont relevées, qui s'améliorent en cours d'hospitalisation. Concernant S., une amélioration rapide de la tristesse perçue initialement est notée en cours d'hospitalisation, aucun autre symptôme n'est retrouvé y compris à l'arrêt des traitements (aucun signe de dépression, aucun signe en faveur d'un trouble bipolaire).

L'hospitalisation en pédopsychiatrie a été l'occasion de réaliser des bilans psychologiques, permettant l'étude du fonctionnement psychique des adolescents et l'évaluation du retentissement psychologique de la situation. Pour B., le WISC IV retrouve un indice de compréhension verbale (ICV) à 101, un indice de raisonnement perceptif (IRP) à 99, un indice de mémoire de travail (IMT) à 103, un Indice de vitesse de traitement (IVT) à 59 permettant de discuter un déficit attentionnel ou un trouble de la vitesse de traitement cognitif qui ne pourra pas être précisé lors de l'hospitalisation. Des tests projectifs (Rorschach et TAT) sont réalisés, concluant que le refuge défensif, dans un monde imaginaire magnifié, apparaît comme un moyen de se soustraire à des conflits inélabores. Ces défenses apparaissent très coûteuses et peuvent mettre à mal les capacités d'adaptation sociale; par ailleurs celles-ci ne permettent pas de faire l'économie d'angoisses dépressives patentées. La centration narcissique autour de l'axe corporel et l'investissement de la verticalité apparaissent comme autant de moyens de se rassembler que de garantir une image de soi bien fragile.

Dans le service sont notés d'autres retentissements psychiques tels qu'une anxiété de séparation, un trouble de l'attachement précoce ayant évolué en trouble anxieux et des épisodes dissociatifs contemporains de manifestations anxieuses paroxystiques.

Pour S., le WISC IV retrouve un ICV à 122, un IRP à 114, un IMT à 100, un IVT à 76. Des tests projectifs sont aussi réalisés, concluant que R. apparaît dans une grande souffrance psychique tant ses angoisses de mort sont importantes. La fragilité des assises narcissiques de ce jeune garçon est majeure, mais l'investissement du fonctionnel intellectuel lui permet de maintenir son sentiment d'exister.

Le psychologue rapporte un discours « étonnamment » cru lors du passage des tests projectifs. Par ailleurs, au cours de l'hospitalisation sont notés dans le service d'autres retentissements psychiques : difficulté face aux conflits qui provoquent une culpabilité, une anxiété et des angoisses d'abandon.

L'hospitalisation permet également d'étudier les bénéfices secondaires aux symptômes rapportés qui peuvent être pour R. de recevoir l'attention de ses parents, très portés sur sa sœur jumelle et pour B. de recevoir l'attention parentale dans un contexte de rivalité gémellaire et de sentiment d'infériorité (notamment vis à vis des résultats scolaires).

Les arguments cliniques pour un syndrome de Munchausen par procuration dans ces deux cas sont les suivants. Pour les deux enfants, un nomadisme médical est noté avec de multiples consultations à l'initiative de la mère auprès de médecins généralistes, psychiatres, neuropédiatres, psychomotriciens, orthophonistes avec un relevé très précis de notes médicales consignées par la mère. S'y ajoutent des prescriptions négociées par la mère de près de 15 spécialités différentes de neuroleptiques avec escalade thérapeutique et échappement aux traitements selon la mère. Certains traitements sont donnés à l'initiative de la mère avec un réel risque vital, comme l'introduction d'émblée de 3 comprimés de Téralithe 400 mg LP, prescrit initialement pour le garçon, à la fille avec des retentissements cliniques et biologiques (surdosage de lithium engendrant une hypothyroïdie et des perturbations du bilan hépatique). De plus, les parents, et principalement la mère, sont à l'origine de multiples clivages entre les professionnels de santé. Enfin, pour les deux enfants, aucun symptôme décrit n'est retrouvé par les professionnels lors de leurs observations directes (professeurs à l'école, médecins, psychologues). On note pour S. une bonne scolarité en dépit des troubles décrits.

Les arguments systémiques pour un syndrome de Munchausen par procuration sont les suivants. Pour les jumeaux une amélioration rapide est notée à la séparation du milieu familial et malgré l'arrêt de tout traitement psychotrope. Aucun symptôme rapporté par la mère n'est retrouvé au cours de l'hospitalisation et dans aucun des bilans psychologiques en dehors de l'anxiété. Le tiers principal auteur est la mère et dans une moindre mesure le père qui bien qu'au second plan accepte et soutient les démarches de sa femme. On note de nombreuses interventions paradoxales, par exemple l'introduction du TERALITHE d'émblée à 3 comprimés entraînant un surdosage (alors que la mère est médecin généraliste donc « sachant ») ou le refus d'hospitalisation, malgré la demande de soins permanente, au point de mobiliser les médias pour dénoncer les soins. En effet, la famille a fait intervenir des journalistes sur l'hôpital afin d'exprimer publiquement leur désaccord avec l'hospitalisation de leurs enfants. Cette mobilisation des médias a provoqué une sortie anticipée d'hospitalisation et a empêché d'évaluer précisément les difficultés d'apprentissage de B.

La dynamique familiale montre des modalités particulières d'interaction au sein de la famille. En effet, B. dans la petite enfance était un bébé qui acceptait mal d'être bercée, d'être prise dans les bras, ce qui mettait légitimement en difficulté les parents dans l'accompagnement de leur fille, mais la plaçait également dans une position qui focalisait l'attention. Le cercle vicieux interactif décrit initialement avec B. est ensuite décrit par S. qui lors de son arrivée en France aurait souhaité bénéficier d'autant d'attention que sa sœur. Les symptômes prennent alors une grande importance dans l'interaction parents-enfants (et soignant) engendrant une nécessité pour les parents de trouver une réponse permettant de soulager leurs enfants. Le symptôme devient la valeur communicationnelle et la dynamique pathologique, ignorée par parents et enfants, permet la répétition dans la surenchère des troubles. On relève aussi une participation active du système médical souvent pris à parti par les parents et notamment la mère, avec multiples interventions, clivage, surenchère de prescription des psychotropes.

Concernant la participation des jumeaux au syndrome de Munchausen, B. semble adhérer totalement aux dires de sa mère, et rapporte savoir « qu'on accuse [sa] mère de [les] empoisonner mais que c'est pour [son] bien ». Elle craint des conduites auto et hétéro-agressives à l'arrêt des traitements, « sans mes médicaments je me

suiciderai ». S. quant à lui montre d'une part une adhésion au moins partielle aux dires de sa mère (« je suis quelqu'un de dangereux », « j'ai fait des choses très graves », « je peux me montrer méchant envers ma mère et ma sœur ») mais donne des exemples peu concordants. Il se montre ambivalent face à la prise de traitements, qu'il rapporte préférer arrêter malgré sa crainte de recrudescence symptomatique. D'autre part, il peut aussi affirmer après quelques semaines « qu'il n'a rien à faire à l'hôpital et que c'est sa mère qui devrait être soignée ». Devant la médiatisation de l'affaire, l'OPP est levée après 6 semaines et les jumeaux rentrent au domicile parental avec préconisation de thérapie familiale, ils seront perdus de vue.

Au total, le cas de B. est un tableau de Munchausen par procuration. Le diagnostic est posé devant une symptomatologie bruyante rapportée par les parents et affirmée par B. pourtant non retrouvée lors de l'hospitalisation et même à l'arrêt de tous les traitements. L'amélioration à la séparation des troubles psychiatriques séquentiels au Munchausen par procuration telle que l'anxiété est un argument important à un fonctionnement systémique. L'aspect « par procuration » est argumenté par l'absence de critique des troubles et aucune conscience de participation aux symptômes de la patiente.

Le cas de S. se rapproche davantage d'un tableau de Munchausen partagé. Le diagnostic est posé devant une symptomatologie bruyante rapportée par les parents, affirmée par S. et non retrouvée lors de l'hospitalisation et à l'arrêt de tous les traitements. Un argument important à un fonctionnement systémique est l'amélioration immédiate à la séparation d'avec les parents. L'aspect « partagé » peut être argumenté par une ébauche de critique du patient, ce qui souligne une conscience partielle des troubles et ainsi une participation active au système du Munchausen partagé représenté ainsi par trois instances : les parents (et ici particulièrement la mère), le système médical et le patient.

3.3. Cas 4

L. est une adolescente de 15 ans, hospitalisée à plusieurs reprises dans le service pour un syndrome de Munchausen par procuration. L. originaire du Mali vit avec sa mère aide-soignante et son frère. Les parents sont séparés depuis les 3 ans de L. et son père vit au Mali. Concernant les antécédents familiaux on note une drépanocytose chez le père et le frère, imposant de nombreuses hospitalisations pour crises vaso-occlusives.

Dans les antécédents personnels, on relève de nombreuses hospitalisations depuis l'âge de 9 ans et des passages aux urgences devant des douleurs abdominales, des malaises à répétition, des pyélonéphrites, des douleurs thoraciques, des manifestations anaphylactiques et des plaies surinfectées. Au total, on compte 20 hospitalisations courtes en service de pédiatrie générale et spécialisée (hors pédopsychiatrie) et 21 passages aux urgences, usant parfois de fausses identités de 2014 à 2018.

Dans cette observation, de nombreux arguments renforcent le diagnostic de syndrome de Munchausen. En effet, devant les douleurs abdominales et malaises à répétition de multiples examens cliniques, biologiques et radiologiques sont réalisés et reviennent normaux. Les manifestations anaphylactiques, qui conduisent parfois à des prises en charges urgentes invasives, ne retrouvent pas d'étiologie médicale. Le comportement de supercherie est mis en évidence lors de l'hospitalisation dans le service. La patiente est retrouvée cachée dans le service, s'injectant à l'aide d'un cathon du sérum physiologique dans les yeux afin de mimer un œdème suggérant une pathologie d'une réaction allergique. Enfin, les prélèvements réalisés sur la plaie surinfectée retrouvent la présence de flore fécale, et la patiente est retrouvée en hospitalisation urinant sur la plaie.

Plusieurs éléments systémiques participent au tableau et suggèrent l'existence d'un syndrome de Munchausen partagé. Une amélioration est notée à la séparation d'avec le milieu familial, au cours des hospitalisations principalement, avec une recrudescence des symptômes au retour des permissions. Des interventions et des discours paradoxaux sont relevés chez la mère (travaillant dans le milieu hospitalier) qui banalise les troubles. Elle présente un discours flou, poly-médique sa fille, et refuse les hospitalisations imposant des OPP. La mère décrit des phénomènes vaudous émanant du père de la patiente, concomitants à l'origine des troubles, qui rendraient sa fille malade dans le but de l'atteindre. La patiente fait de nombreuses révélations inquiétantes quant à de mauvais traitements subis au domicile, elle rapporte notamment suspecter un projet de voyage en Afrique pour l'exciser. Elle explique simuler sa symptomatologie pour être hospitalisée et quitter le logement familial.

Ainsi, dans cette observation, on relève une participation active de la patiente à la production de symptômes factices et auto-infligés, avec des arguments systémiques forts puisque le tableau s'inscrit dans une dynamique familiale ponctuée d'interventions paradoxales de la mère, avec une amélioration des symptômes à la séparation du milieu familial. Ces différents éléments permettent de poser le diagnostic de syndrome de Munchausen partagé, et peuvent faire discuter un syndrome de Munchausen à part entière caractérisé par sa précocité.

3.4. Cas 5

J. est une adolescente de 12 ans, hospitalisée suite à la demande de sa mère pour « crises de rage ». J. est fille unique, elle n'a rencontré son père qu'une seule fois et vit avec sa mère et sa grand-mère. Les professionnels de santé qui ont précédemment rencontré la dyade notent un fonctionnement en « autarcie ». La grossesse s'est déroulée sans particularité, mais on note la présence d'un liquide méconial à l'accouchement. Dans la période périnatale, J. présente un reflux gastro-œsophagien et des coliques importantes.

La patiente présente comme antécédent psychiatrique un suivi au CMMP par un pédopsychiatre dans un contexte de difficultés scolaires. Elle présente plusieurs antécédents somatiques : une amygdalotomie, un nodule sur une corde vocale et laryngites à répétition qui ont nécessité une prise en charge en orthophonie pour extinction de voix, une hospitalisation pour brûlure et de nombreuses explorations à la recherche de la maladie d'Ehlers-Danlos. Ces explorations font suite à une asthénie et des douleurs articulaires chroniques bien que l'avis médical le plus récent conclut qu'il n'y a pas suffisamment d'arguments pour poser un diagnostic de pathologie du tissu conjonctif. Dans les antécédents familiaux rapportés par la mère on retrouve un syndrome d'Ehlers-Danlos chez la mère et la grand-mère, un suicide par pendaison chez une tante maternelle et des antécédents de trouble bipolaire et de schizophrénie au deuxième degré.

Le premier contact avec le service se fait en ambulatoire car des évaluations sont réalisées au centre référent maladies rares devant l'asthénie et les douleurs articulaires chroniques. Le bilan orthophonique retrouve un bon niveau de langage oral et des difficultés à l'écrit s'inscrivant dans un tableau plus global de difficultés attentionnelles. Le bilan psychométrique retrouve au WISC V une ICV à 113, une IVS à 108, une IRF à 97, une IMT à 103, une IVT à 89 et un QI à 106. La TEA-Ch retrouve des capacités d'attention visuelles sélectives correctes, des plus faibles capacités d'attention soutenue et un déficit en contrôle attentionnel. Le bilan psychomoteur retrouve des difficultés praxiques de structuration et d'adaptation à l'espace pouvant être expliquées par des problématiques attentionnelles. Le bilan psychomoteur retrouve des sous-basements sensorimoteurs bien établis avec quelques fragilités dans la régu-

lation tonique. On note également des fragilités dans les acquis mathématiques et spatiaux.

La patiente est hospitalisée dans le service à l'âge de 12 ans dans les suites d'une information préoccupante émise par son pédopsychiatre faisant part d'une « ambiance d'hyper médicalisation » et pour investigation des troubles du registre psychiatrique rapportés par la mère et jusque-là constatés par aucun médecin. En effet, la mère rapporte des troubles du comportement chez sa fille depuis l'âge de 2 ans, à type d'agressivité physique et verbale à son encontre, qu'elle met en lien avec une personnalité multiple et une maladie d'Ehlers-Danlos encore non diagnostiquée. Ceci entraîne de nombreux aménagements dans la vie quotidienne comme des adaptations scolaires du fait de douleurs chroniques, une adaptation des cours avec aide de vie scolaire (AVS) et une restriction de participation à certaines activités physiques.

À l'arrivée en hospitalisation et lors des entretiens familiaux en présence de la mère, la patiente confirme verbalement les troubles rapportés. Cependant aucun d'entre eux n'est observé en hospitalisation et donc à la séparation d'avec sa mère. Concernant les troubles rattachés au syndrome d'Ehlers-Danlos tels que les douleurs articulaires, ils ne sont pas constatés non plus, même lors de pratiques sportives pendant les activités du service.

L'hospitalisation en pédopsychiatrie a permis l'étude du fonctionnement psychique de la patiente et l'évaluation d'un probable retentissement psychologique du tableau décrit. Le bénéfice secondaire retrouvé aux troubles de la patiente est l'entretien de la relation fusionnelle avec la mère, articulé autour d'un même diagnostic (syndrome d'Ehlers-Danlos diagnostiqué chez les femmes de la famille sur plusieurs générations). Les symptômes permettent une relation privilégiée autour de la maladie. On relève de multiples consultations médicales et examens complémentaires réalisées pour J. et sa mère, autour de symptômes décrits comme envahissants bien que rarement objectivés, ceci motive une information préoccupante qui a été réalisée par un des intervenants mentionnant une « ambiance d'hyper médicalisation ». D'autres bénéfices secondaires peuvent être retrouvés à ces symptômes comme des adaptations scolaires autour des douleurs chroniques (autorisation de prendre l'ascenseur, adaptations des cours).

Le diagnostic de syndrome de Munchausen par procuration est posé lorsque J. a 12 ans. Plusieurs arguments systémiques pour un syndrome de Munchausen par procuration étayent le diagnostic. D'une part, une amélioration spectaculaire à la séparation est notée dans le service, aucune douleur en lien avec le syndrome d'Ehlers-Danlos n'est retrouvée tant au repos que lors des activités sportives. En outre, J. ne présente aucun trouble du comportement. D'autre part, plusieurs interventions paradoxales sont soulevées lors d'entretiens avec la mère, notamment une ambivalence aux soins avec demande d'aide puis mise en échec du système médical.

On note également que J. participe au tableau par un discours plaqué, en tenant des propos adultomorphes, en rapportant la conviction d'être atteinte d'une maladie, en expliquant souffrir de douleurs articulaires et de difficultés à réfléchir, « il faut qu'on trouve ce que j'ai », et cela bien qu'aucune restriction de participation aux activités du service ne soit relevée.

Le cas de cette patiente pourrait être considéré comme un tableau de syndrome de Munchausen « partagé ». Le diagnostic est retenu devant une symptomatologie bruyante et envahissante décrite par la mère et la fille, jamais retrouvée lors des consultations ni de l'hospitalisation et qui s'intègre dans un système familial dysfonctionnel articulé autour de la maladie. L'aspect « partagé » est justifié par une participation active de la patiente à la description des troubles en présence de sa mère et d'amélioration rapide à la séparation d'avec cette dernière. En post-hospitalisation est préconisé un projet soin-étude en internat thérapeutique afin de soutenir la séparation du milieu familial ayant permis l'amélioration.

3.5. Cas 6

V. est un garçon de 9 ans, hospitalisé dans le service pour menaces suicidaires et tristesse de l'humeur rapportées par sa mère et sa grand-mère. Il est le seul enfant du couple. Les parents se sont séparés peu après sa naissance. Il n'a pas vu son père depuis l'âge de 2 ans. Il vit avec sa mère et sa grand-mère, il est décrit comme un enfant solitaire ayant des difficultés à engager des relations amicales. Sa mère est travailleuse sociale auprès de populations précaires mais est en incapacité longue durée depuis 10 ans, soit un an avant la naissance de son fils. Comme antécédents familiaux notables, on note un syndrome d'Ehlers-Danlos rapportés chez la mère et la grand-mère.

La grossesse a été ponctuée d'un diabète gestationnel non insulino-requérant et d'un traumatisme abdominal en fin de grossesse avec notion d'hématome rétro-placentaire de gravité minime. L'accouchement s'est déroulé par césarienne programmée à 37SA+3j, dans le contexte de syndrome d'Ehlers-Danlos maternel. Le patient présente comme antécédent allergique, un eczéma, de l'asthme et une rhinite allergique avec notion d'intolérance au lactose et gluten avec régime d'éviction précoce malgré des tests allergiques négatifs (régime arrêté dans l'enfance).

Il est aussi suivi pour une maladie d'Ehlers-Danlos, dont le diagnostic est discuté entre divers médecins. Il est suivi de façon biannuelle pour une myopie. Sur le plan digestif, la mère rapporte une notion d'hémorragie digestive à l'âge de 7 ans, nous retrouvons une consultation aux urgences pour sang dans les selles selon les dires maternelles, où aucune investigation complémentaire n'a été réalisée. Sur le plan urologique, on note un phimosis opéré à l'âge de 18 mois, une colite néphrétique à l'âge de 6 mois avec suivi urologique au décours avec conseil de stimulation mictionnelle. Sur le plan neurologique, il existe un doute sur des pertes de contact avec chute dans l'enfance, sans aucune anomalie retrouvée à l'examen clinique, à l'électro-encéphalogramme, et à la polysomnographie. Un calendrier sommeil est proposé qui ne sera pas tenu. Selon les neurologues, l'examen clinique n'orienterait pas vers une maladie génétique en particulier qui nécessiterait d'approfondir les tests génétiques, mais ils prescrivent une étude pangénomique sur puce à ADN et recherche de X fragile. Les résultats de ces examens s'avèrent finalement normaux. Sur le plan ORL on relève une étude des potentiels acoustiques à l'âge de 3 ans normal et un audiogramme à l'âge de 4 ans normal également. En fin, au plan psychiatrique, on retrouve un suivi multiple de psychologues et pédopsychiatres ainsi qu'un suivi en orthophonie et en psychomotricité.

V. est hospitalisé à l'âge de 9 ans devant un fléchissement thymique avec menaces suicidaires rapportées par la mère et la grand-mère. Lors de l'hospitalisation, on note une amélioration thymique à la séparation, une disparition progressive des douleurs articulaires malgré la pratique d'activités sportives et une amélioration à sa capacité à s'intégrer en groupe malgré la description d'un enfant très solitaire.

L'hospitalisation est l'occasion de réaliser des bilans psychologiques. Le WISC IV montre que V. possède des capacités intellectuelles de bonne qualité bien que hétérogènes, qui ne permettent pas de valider un QI total. Le passage à l'écrit semble coûteux pour lui ; ses difficultés d'ordre graphique le pénalisent dans son exécution. V. montre cependant de bonnes capacités de raisonnement et de construction mentale. Le bilan projectif montre que malgré une tentative de la part de V. de mettre en place des mécanismes de défense, ceux-ci ne sont pas assez solides et finissent par s'effondrer. Il ne semble pas pouvoir bénéficier de ses capacités cognitives pour parer à la désorganisation de sa pensée face à l'émergence de ses conflits interpersonnels. Un travail de médiation corporelle est proposé afin de l'aider à ressentir ses

limites et à aborder une représentation de lui-même qui ne soit pas malade et fragile. L'hospitalisation est également l'occasion d'étudier le bénéfice secondaire aux troubles qui est l'entretien de la relation fusionnelle avec sa mère, autour du symptôme et de la maladie d'Ehlers-Danlos, modalité d'interaction principale présente aussi chez la grand-mère.

Le diagnostic de syndrome de Munchausen par procuration est posé dans le service alors que V. a 9 ans, devant le nomadisme médical majeur, avec multiples troubles rapportés par la mère, issue d'un milieu soignant, non retrouvés ni expliqués par les médecins consultés. En effet on relève de multiples consultations à la recherche du diagnostic du syndrome d'Ehlers-Danlos ainsi que de multiples consultations en neurologie, en urologie et en ophtalmologie qui concluent généralement à un état de santé normal.

Dans ce cas plusieurs arguments systémiques pour un syndrome de Munchausen par procuration étayent le diagnostic. On note en premier lieu, une amélioration thymique à la séparation et l'absence de symptômes physiques, même lors d'activités sportives pratiquées dans le service. On retrouve des interventions paradoxales de la part de la mère. Par exemple, celle-ci met en place pour son fils un régime d'éviction strict (végétarien, sans lactose et sans gluten) devant des symptômes allergiques (rhinite allergique, asthme et eczéma) et ce sans aucun argument médical bien qu'elle accumule les animaux de compagnie (7 chiens et chats) qui aggravent les symptômes allergiques de V. La figure du père est absente du tableau, favorisant l'interaction en dyade mère-fils de façon exclusive. On relève l'intervention du système médical par de multiples explorations parfois très poussées et de multiples contradictions entre les différents intervenants.

V. quant à lui, participe au tableau en répétant les dires de sa mère au travers de propos adultomorphes peu incarnés. Quand on le questionne sur ses craintes, il rapporte ne pas comprendre certains propos qu'il formule. Il présente une certaine conscience du trouble et peut verbaliser sa lassitude quant à la multiplicité des différentes prises en charges dont il bénéficie en ambulatoire, et qui engendrent une grande fatigue physique et psychique. Cette participation semi-consciente du patient au tableau systémique permet de parler de syndrome de Munchausen « partagé », autour de la maladie d'Ehlers-Danlos, vécu comme un fardeau partagé avec sa mère et sa grand-mère, posant la question d'une transmission transgénérationnelle des troubles.

3.6. Cas 7

A. est un adolescent de 15 ans se déplaçant en fauteuil roulant, suivi dans un premier temps à l'hôpital de jour du service. Il est l'aîné d'une fratrie de 3, les parents sont séparés et il vit avec sa mère. La grossesse, l'accouchement et le développement psychomoteur sont sans particularités. Un œdème de Quincke est rapporté par la mère à l'âge de 6 mois devant une allergie aux protéines de lait de vache (dialertest négatif) et à l'œuf entier (test positif) imposant selon la mère une éviction totale et une reprise d'alimentation normale à l'âge de 2 ans ½ sans complications.

A. présente depuis l'âge de 5 ans une symptomatologie digestive avec insuffisance d'apport alimentaire et stagnation staturopondérale. À l'âge de 5 ans, il est proposé d'enrichir l'alimentation et de mettre en place un suivi psychologique. À l'âge de 8 ans, un bilan d'organicité est effectué. Il ne retrouve pas d'étiologie. Le compte rendu d'hospitalisation note à l'époque l'absence de symptôme digestif mais un désintérêt alimentaire. À l'âge de 10 et 12 ans, deux nouveaux bilans d'organicités sont réalisés, ne retrouvant rien de particulier. En revanche la carence d'apport a pour conséquences un déficit minéral osseux significatif et un retard de croissance de 2 ans imposant une gastrostomie jusqu'à la fin de la puberté. Aucun argument en faveur d'une anorexie mentale n'est retrouvé dans le dossier du patient.

A. présente d'autre part une symptomatologie neurologique caractérisée comme une myopathie congénitale « bénigne » à expression clinique bruyante se manifestant par un trouble des fonctions exécutives, une lenteur graphique, une fatigue, un déficit moteur léger proximal, distal et facial. Un large bilan étiologique est réalisé et revient normal : électro-myogramme normal, IRM des membres supérieurs normale, Ac anti-Rach/MUSK négatifs, résultats génétiques pour la dystrophie myotonique de Steinert et FSH négatifs, numération formule sanguine et bilan thyroïdien normaux, force musculaire et examen neuromusculaire normaux, test de marche normal, absence de scoliose, examen cardiorespiratoire normal sans hypercapnie nocturne ni hyperréactivité bronchique. Une biopsie musculaire retrouve une myopathie congénitale à cores centraux, non étiquetée avec des tests génétiques négatifs. Le bilan conclut que le tableau clinique non sévère peut être dû à la sous-sollicitation des muscles. Au total, on retrouve une discordance entre le diagnostic de myopathie congénitale bénigne et la symptomatologie rapportée par la mère. Une hospitalisation à temps plein est donc proposée devant un début d'amélioration clinique puis une stagnation.

Le diagnostic de syndrome de Munchausen par procuration peut être porté devant un nomadisme médical et de multiples consultations (avec plus de 30 professionnels de santé rencontrés), une discordance entre le diagnostic d'une myopathie congénitale bénigne et une symptomatologie bruyante, une poursuite des explorations avec des soins invasifs peu en accord avec les préconisations et diagnostics médicaux. Dans ce cas, plusieurs arguments systémiques sont relevés. On note une amélioration lente à la séparation, une participation active de la mère dans la demande de soin avec des interventions paradoxales, notamment une « belle indifférence » face au diagnostic de myopathie noté comme « trop bien accueilli ». On note également une participation médicale au système avec des interventions paradoxales de poursuite des explorations et des soins invasifs malgré des discordances avec les premiers résultats et la clinique. A. semble résigné et se laisse faire passivement. Pour ce cas, une discussion frontière entre trouble fonctionnel et trouble factice peut être envisagée. Pour le trouble factice (ou syndrome de Munchausen) on peut là encore le considérer comme partagé, la participation de A. étant de notre point de vue inconsciente. À la sortie d'hospitalisation, A. sera de nouveau orienté vers la structure d'hôpital de jour du service.

3.7. Cas 8

H. est une patiente de 17 ans hospitalisée dans le service pour suite de prise en charge dans un contexte de multiples tentatives de suicide et passages à l'acte auto-agressifs dans le cadre de trait de personnalité état limite comorbide d'un syndrome d'Ehlers-Danlos. H. est la 3^e d'une fratrie de 5 sœurs. Son père est banquier, sa mère est médecin oncologue à l'hôpital, à mi-temps pour accompagner sa fille dans les démarches de soin. Ses 3 sœurs aînées ont un parcours scolaire caractérisé comme brillant, toutes en grandes écoles d'ingénieur ou de commerce. Sa sœur cadette est scolarisée au collège et a pour projet de poursuivre ses études à Londres. H. est en classe de terminale section générale. Elle souhaite s'orienter vers l'ergothérapie, la kinésithérapie ou la médecine autour notamment de la rééducation sportive. Elle avait comme projet initial de s'engager dans l'armée de terre (comme plusieurs membres de sa famille) et voulait intégrer les jeunes sapeurs-pompiers, ce qui n'a pu aboutir du fait de multiples luxations d'épaule.

Concernant les antécédents obstétricaux, la grossesse était désirée, sans complication ni prise de toxiques. L'accouchement s'est déroulé par césarienne programmée, sans complication. Le développement psychomoteur de H. est marqué par des difficultés relevées par les parents sur la motricité fine, sans anomalie par ailleurs. Une dysorthographe (avec déficit du stock lexical ortho-

graphique et mauvaise maîtrise de l'analyse grammaticale des phrases) est diagnostiquée à l'âge de 11 ans devant des difficultés en orthographe relevées par les enseignants et les parents.

H. a comme antécédents médicaux quatre épisodes de bronchiolites dans l'enfance dont deux ont nécessité une hospitalisation ainsi qu'un traitement de fond par flixotide jusqu'à l'âge de 2 ans, un astigmatisme détecté sur strabisme en grande section et la notion de rhume de hanche en CM2 et en 6^e d'une durée de 4 semaines chacun pris en charge avec décharge par béquille et traitement anti-inflammatoire. La patiente a un suivi cardiologique pour une hypertension artérielle essentielle, associée à des extrasystoles auriculaires, diagnostiquée à l'âge de 14 ans et traitée par bisoprolol.

Elle est aussi suivie pour un syndrome d'Ehlers-Danlos de forme hypermobile à prédominance articulaire diagnostiqué sur arguments cliniques alors qu'elle avait 15 ans. Elle présente de multiples épisodes de contractures douloureuses et des luxations récidivantes de l'épaule gauche du fait de l'hyperlaxité qui ont conduit à trois interventions chirurgicales pour stabilisation de l'articulation. Dans les suites de la première opération, la patiente manifeste une paralysie quasi-totale et perte de sensibilité du bras gauche pendant six mois sans étiologie organique retrouvée. Devant ce tableau elle est hospitalisée dans une clinique de rééducation où un diagnostic de syndrome de Munchausen par procuration est évoqué.

Sur le plan psychiatrique, la patiente manifeste des premiers symptômes à l'âge de 14 ans motivant depuis plus de dix hospitalisations sur des unités pédopsychiatriques et sur son secteur adulte suite à des passages à l'acte suicidaire (intoxication médicamenteuse volontaire, scarifications, pendaison, défenestration) et quatre hospitalisations sur une unité de 72 h pour les mêmes raisons. Un bilan psychologique (Entretien clinique, Rorschach, TAT) est réalisé lors d'une hospitalisation alors que H. est âgée de 17 ans et retrouve une importante fragilité narcissique qui génère un vécu de vulnérabilité et d'échec, éprouvant tant dans la sphère scolaire que relationnelle avec ses pairs. Dans ce contexte, H. semble très dépendante de l'étayage trouvé dans sa relation à son image maternelle pour se rassurer ; mais cette situation la met en grande difficulté pour s'affirmer et traiter les mouvements internes parfois très forts qui la traversent dans la relation. De plus, elle peine particulièrement à envisager son devenir adulte à travers l'investissement de projets de réalisation personnelle autonomes et différenciés.

H. est hospitalisée dans le service dans le relais de prise en charge d'une hospitalisation sur son secteur adulte en condition d'isolement. Lors de son hospitalisation, H. a un bon contact avec l'équipe, elle est dans la demande de lien et à la recherche d'attention. Son discours est centré sur sa pathologie somatique. Les symptômes fonctionnels rapportés par H. lors de l'hospitalisation sont de deux types. Elle présente d'une part des symptômes organiques divers (des crises de dystonie, des épisodes de pseudo-luxation, des rectorragies) durant lesquels elle sollicite un étayage disproportionné (de multiples consultations aux urgences générales, des avis de spécialistes, des traitements antalgiques crescendo, des imageries et des examens invasifs) sans étiologie organique retrouvée. Elle manifeste d'autre part des conduites auto-agressives sans intentionnalité suicidaire réelle (une tentative de strangulation, une tentative de noyade lors d'une sortie piscine, des ingestions diverses de corps étrangers : trombone, petite cuillère, visse, clous, trombone, aiguilles à coudre, porte-clé) nécessitant la plupart du temps une imagerie (radiographie ou scanner) ainsi que l'extraction du corps étranger par endoscopie sous anesthésie générale.

Un bilan psychomoteur est réalisé en cours d'hospitalisation et met en avant des troubles visuo-spatiaux qui mettent en difficulté la patiente dans la manipulation d'objets et le geste graphique. Toutefois, c'est surtout la composante visuelle qui est impactée et

pas tant la gestuelle où l'on retrouve une bonne qualité graphique notamment dans l'écriture. Le trouble visuo-spatial semble porté par la présence d'un trouble neuro-visuel. La composante visuo-spatiale étant impactée, celle-ci ne peut suffisamment aider à la compensation proprioceptive. En raison des difficultés proprioceptives, on retrouve une difficulté d'ajustement tonico-postural et de recrutement du tonus d'action. Toutefois, pour avoir observé H. dans les activités sportives et dans un cadre ludique, elle peut montrer de meilleures capacités d'ajustement tonique. En ce qui concerne l'image du corps, on note une fragilité des enveloppes psychocorporelles et une absence de solidité interne. La tendance à l'hypotonie, l'axe corporel fragile et la faible tonalité de sa voix rejoignent cette idée d'un soi fragile et d'une fragilité intérieure. Ceci peut s'expliquer par son vécu corporel, un corps qu'elle peut peu maîtriser et lui apparaissant de fait comme fragile. De plus, le trouble visuo-spatial favorise une tendance à l'affaissement de l'axe pour mieux voir les objets que H. tient en main. L'hospitalisation est l'occasion d'étudier le principal bénéfice secondaire à ces différents symptômes qui est de recevoir l'attention de son entourage familial ou soignant. Pour la première fois, la patiente rapporte une conscience des troubles et une participation active expliquant notamment mimer certains symptômes pour attirer l'attention, elle précise que cela se produit lors de raptus anxieux et épisodes de dépersonnalisation.

Le diagnostic retenu pour cette patiente lors de l'hospitalisation est un état-limite avec des conduites très importantes de pathomimie, la patiente étant en quête d'attention majeure, qu'elle sollicite via les symptômes organiques et les conduites auto-agressives. Dans cette observation, des arguments systémiques sont retrouvés. Même si les hospitalisations précédentes n'avaient pas permis d'amélioration, la symptomatologie s'amende quelque peu lors de l'éloignement du milieu familial de cette hospitalisation et une recrudescence des passages à l'acte auto-agressifs se produit lors de permissions. Des interventions paradoxales sont relevées à travers une ambivalence des parents aux soins (ayant motivé une information préoccupante par les équipes précédentes), des sorties contre avis médical demandées par les parents et ce malgré une préoccupation parentale et notamment une mobilisation maternelle importante autour des troubles. Les entretiens familiaux mettent en évidence une dynamique familiale complexe, réorganisée autour de la position « d'enfant malade » de H. au sein de la famille. Une thérapie familiale a d'ailleurs été proposée à la famille mais n'a pas été poursuivie dans le temps.

On note également une participation active du milieu médical à ce tableau, avec une escalade diagnostique et thérapeutique mais également via des mouvements de rejets de certains professionnels provoqués par une atmosphère de conflit autour des soins (mise en échec du système médical par la patiente et/ou sa famille) venant renforcer le vécu abandonnique rapporté par la patiente.

Au total, le cas de cette patiente est une pathomimie, ou syndrome de Munchausen « classique » dans un contexte de pathologie organique authentique chez une adolescente intriquée à une pathologie familiale complexe. Une suite de prise en charge est prévue sur une unité de post-aigue et un soin étude en vue de maintenir la scolarité et une séparation avec le milieu familial.

4. Discussion

Ces différentes observations cliniques mettent en évidence une dimension systémique dans plusieurs cas de Munchausen par procuration chez l'enfant et l'adolescent (cas 3, 4, 5, 6, 7 et 8) [22,23]. Cette hypothèse est corroborée par l'existence de plusieurs arguments systémiques que nous avons colligé dans le [Tableau 2](#). En effet, dans l'ensemble des cas une amélioration est toujours notée à la séparation avec le proche, et ce même lorsque les patients s'auto-

Tableau 2
 Récapitulatif des cas et arguments systémiques.

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5	Cas 6	Cas 7	Cas 8
Sexe	F	F	G	F	F	G	G	F
Âge de début des symptômes	14 ans	6 ans	9 ans	9 ans	2 ans	3 ans	5 ans	10 ans
Âge au diagnostic	15 ans	12 ans 1/2	12 ans 1/2		12 ans	9 ans	15 ans	18 ans
Symptômes fonctionnels	Psychiatrique	Psychiatrique	Psychiatrique	Somatique	Psychiatrique	Psychiatrique	Psychiatrique	Psychiatrique
Bénéfices secondaires	Attention parentale	Attention parentale	Attention parentale	Mise à distance familiale	Entretien mère/fille	Entretien relation mère/fils		Attention familiale
Amélioration à la séparation	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Proche à l'origine des troubles	Mère	Mère	Mère	Mère	Mère	Mère	Mère	Non
Participation du patient	Active	Non	Partielle	Active	Active	Partielle	Partielle	Active
Conscience interne de la participation du patient	Oui	Non	Partielle	Oui	Partielle	Partielle	Partielle	Oui
Participation du système médical	Active	Active	Active	Active	Active	Active	Active	Active

induisent les lésions (cas 1, 4 et 8). On note du reste, le plus souvent, une recrudescence des troubles auto-induits ou des symptômes psychiatriques au retour à domicile ou lors des permissions. De plus, l'ensemble des bénéfices secondaires sont d'aspect relationnel et ont majoritairement pour fonction d'entretenir la relation au tiers, plaçant le patient au centre de l'attention parentale (cas 1, 2, 3 et 8) ou bien lui permettant d'entretenir une relation 'fusionnelle' articulée autour de symptômes somatiques (cas 5 et 7). Dans l'ensemble des tableaux, on note des dysfonctionnements systémiques et généralement une organisation familiale autour d'une relation à deux, la plupart du temps entre l'enfant/adolescent et sa mère sans tiers et plus particulièrement sans figure paternelle, favorisant une interaction dyadique mère-enfant exclusive.

Dans ces différents cas complexes, est-ce un membre de la famille qui induit la pathologie chez l'enfant, ou est-ce l'enfant ou l'adolescent qui cherche à répondre aux attentes de son parent qui le voit comme un malade chronique ? Souvent, la plainte fonctionnelle vient répondre aux questions, demandes, ou attentes du parent vis-à-vis de l'enfant. En effet, dans ces cas de syndrome de Munchausen par procuration, nous pouvons imaginer que l'enfant ou l'adolescent prend la place d'un malade chronique, entretenue par son entourage familial. Certains ont d'authentiques pathologies qu'ils amplifient ou miment après la période aiguë.

Les capacités d'ajustement et d'adaptation de l'enfant ou adolescent à une maladie chronique sont présentées dans le modèle intégratif écologique de Wallander et Varni [24]. Ce modèle prend en compte différents facteurs principaux dont les paramètres liés à la maladie, la dépendance fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne, les facteurs de stress psychosociaux, les facteurs de résilience ou de protection, les caractéristiques personnelles, les facteurs socio-écologiques et les facteurs de gestion du stress. Ils sont importants tant pour l'ajustement de l'enfant que celui de ses proches. Ce modèle peut être étoffé par les aspects développementaux et psychoaffectifs autour de la maladie chronique. En effet, devant la persistance de la maladie, l'enfant ou l'adolescent aménage des défenses que l'on peut répartir selon trois registres : celui de l'opposition, celui de la soumission et de l'inhibition, celui de la sublimation et de la collaboration [25].

Dans le cas du syndrome de Munchausen par procuration, où la maladie chronique est instaurée par un proche, nous pouvons émettre l'hypothèse de la mise en place d'une défense du registre de la soumission et de l'inhibition, où la maladie peut s'accompagner d'un vécu dépressif (cas 2, 3, 6 et 7) dans lequel intervient la blessure narcissique (cas 2, 3 et 6), souvent sous la forme de honte envers le corps (cas 6). Cette vision écologique permet de rendre compte de la complexité des interactions autour des conséquences

de la maladie chronique d'un enfant ou adolescent dans une famille. Cette articulation familiale autour de la maladie chronique du jeune patient vient corroborer l'hypothèse systémique dans le syndrome de Munchausen par procuration.

L'approche systémique développée ci-dessus permet d'introduire la notion de syndrome de Munchausen partagé. Dans notre série, pour une patiente, on ne retrouve pas de participation même passive au tableau clinique rapporté par les proches, le syndrome de Munchausen est alors par procuration (cas 2). Par contre son jumeau (cas 3) a bien conscience de la situation familiale. Chez d'autres, on retrouve une ambivalence, avec des patients qui rapportent initialement les troubles énoncés par leur proche puis témoignent en cours d'hospitalisation de leurs difficultés et d'une certaine participation consciente, active ou passive, aux troubles. On retrouve, dans ces différents cas, un dysfonctionnement systémique, s'articulant autour de la maladie, permettant d'introduire le concept de Munchausen « partagé » plutôt que « par procuration » devant la participation active ou passive et partiellement consciente de l'adolescent au subterfuge. Enfin dans les cas des patients qui s'auto-infligent les lésions (cas 1 et 4) on retrouve une participation consciente et active au tableau de Munchausen, il s'agit alors de patients plus âgés, faisant évoquer une évolution vers un Munchausen « classique » comme pour le cas 8.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que les différents tableaux se présentent comme un continuum en fonction de l'âge (Fig. 1). Le syndrome de Munchausen par procuration chez le nourrisson ou jeune enfant ne requiert pas de participation de l'enfant. Celui-ci est victime des distorsions psychopathologiques de l'adulte [26]. Chez le préadolescent et l'adolescent, nous proposons d'utiliser la terminologie de syndrome de Munchausen partagé au sens d'une participation « semi » consciente active ou passive de l'enfant ou de l'adolescent. Enfin, le syndrome de Munchausen avec conscience et production active de troubles factices est possible mais nécessite une certaine maturité que l'on commence à rencontrer à l'adolescence. Dans les référentiels actuels la pathomimie est classée dans les troubles à symptomatologie somatique tels que l'hypocondrie, la conversion ou trouble neurologique fonctionnel et les facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales. Les mouvements psychoaffectifs impliqués dans les troubles somatoformes nécessitent une certaine maturité, on note notamment l'augmentation de symptômes convertifs autour de l'âge de 11-12 ans, puis à partir de 14-15 ans se rencontrent davantage des symptomatologies qui se rapprochent de celle de l'adulte [25,27]. Le cas 8 présenté ci-dessus vient appuyer ce propos puisqu'il s'agit d'un syndrome de Munchausen « classique » débuté autour de l'âge

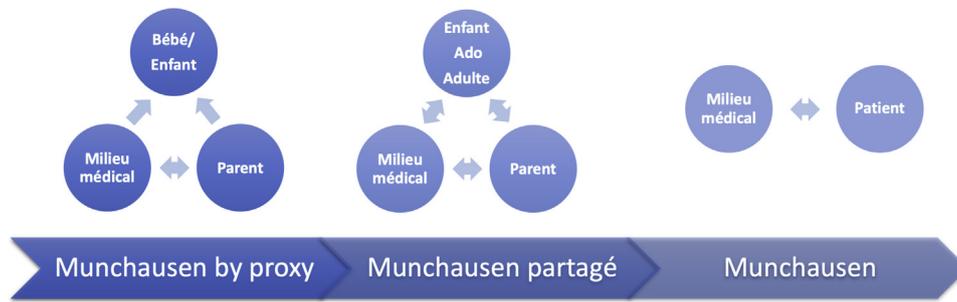


Fig. 1. Dynamique des interactions dans le continuum des troubles factices.

de 15 ans avec une véritable pathomimie survenue après une intervention chirurgicale.

Plusieurs auteurs ont souligné que la répétition de sévices psychologiques ou physiques chez l'enfant induit une modification de son fonctionnement psychique [6,26,28,29]. Quand ces sévices sont répétés sur l'enfant en vue de recevoir l'attention du système médical, on peut émettre l'hypothèse que cela induit une modification de la dynamique d'interaction familiale, articulée alors autour du symptôme. Le symptôme devient alors une modalité interactionnelle privilégiée entre l'enfant et son proche, médié par le système médical et le corps de l'enfant devient un « corps-objet » permettant la production des symptômes physiques et psychiques [29,30]. Le temps important dédié aux symptômes (consultations multiples, errance ou nomadisme médical, hospitalisations parfois longues et répétées) a un retentissement important sur la vie quotidienne de l'enfant, modifiant le mésosystème de l'enfant (absentéisme scolaire, limitation des interactions de l'enfant avec ses pairs). Bronfenbrenner dans son modèle écologique du développement humain propose de caractériser l'environnement influençant le développement de l'enfant comme des systèmes en interactions bidirectionnelles. Dans ce modèle, le mésosystème est un groupe de microsystèmes en interrelation par l'intermédiaire d'échanges et de communications. Dans les cas de syndrome de Munchausen par procuration présentés ci-dessus, les microsystèmes décrits sont principalement le système familial et le système médical dont l'interaction est supportée par les échanges autour des symptômes de l'enfant ou de l'adolescent [31-33].

Par ailleurs, on remarque dans plusieurs des cas présentés ci-dessus une répétition d'allure transgénérationnelle des troubles, s'intégrant dans la notion de continuum supposant que certains patients présentant un syndrome de Munchausen peuvent répéter les troubles sur leurs proches (enfants, personne âgée...) [26,34-36]. Dans notre série de cas, deux sur huit ont répété les troubles (cas 5 et 6). Dans la littérature actuelle, l'approche transgénérationnelle est expliquée sur un abord psychodynamique. Certains font l'hypothèse que l'enfant victime d'un syndrome de Munchausen par procuration n'a pu acquérir un Moi suffisant pour s'individualiser ni avoir accès à la symbolisation. Ce défaut de symbolisation serait alors transmis de génération en génération [36].

De plus, on constate que 3 des 8 cas présentés dans la série ci-dessus présentent un syndrome d'Ehlers-Danlos caractérisé ou supposé. Le syndrome d'Ehlers-Danlos est une maladie héréditaire du tissu conjonctif caractérisée par une hyperlaxité articulaire, une hyperélasticité cutanée et la fragilité des tissus conjonctifs. Il existe de nombreux sous-groupes à expressions cliniques et variations génétiques hétérogènes. Seule la forme « hypermobile » ne nécessite pas l'identification d'un variant génétique [37] et les 3 cas présentés ci-dessus présentent cette forme « hypermobile », avec pour au moins un d'entre eux un diagnostic formel. Bien que l'échantillon soit de petite taille et peu représentatif, nous pouvons questionner l'existence d'un lien entre le syndrome de Munchausen (« classique » ou par procuration) et le syndrome d'Ehlers-Danlos.

Plusieurs hypothèses pourraient être avancées, comme un déficit proprioceptif dans le syndrome d'Ehlers-Danlos provoquant une atteinte du schéma corporel [38].

Enfin, dans ces différentes observations, plusieurs patients présentent des pathologies chroniques bien réelles. Nous pouvons émettre l'hypothèse que celles-ci peuvent faire le lit de l'émergence du syndrome de Munchausen, comme par exemple la douleur chronique [39]. Cependant, la littérature actuelle ne décrit pas précisément l'épidémiologie des maladies chroniques les plus souvent associées au syndrome de Munchausen et elles restent à caractériser.

La prise en charge de ces différents types de syndrome de Munchausen, au vu de la participation systémique importante, repose sur la séparation du milieu familial (ou le tiers impliqué dans les troubles) et la proposition d'une thérapie familiale [6,40]. L'évolution de ces enfants et adolescents impliqués dans ces syndromes de Munchausen par procuration ou partagé reste encore à définir, les études restant difficiles à conduire compte tenu de l'échappement au système médical lors que le « subterfuge » est révélé. L'évolution peut être celle des enfants victimes de maltraitance avec leur lot de conséquences sur le développement cérébral, le retentissement sur la santé physique, un risque de troubles des conduites sociales, un impact sur l'éducation et emploi, un retentissement psychologique (troubles du comportement, troubles dépressifs, état de stress post-traumatique, trouble de la personnalité, conduites auto-agressives, addictions) [28].

5. Conclusion

Cette série de cas nous a conduits à privilégier une approche systémique en particulier chez les adolescents les plus âgés et à introduire le concept de syndrome de Munchausen partagé.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que les différents syndromes de Munchausen « par procuration », « partagé » ou « classique » se présentent comme un continuum en fonction de l'âge et de la maturité psychique.

Financement

Pas de financement.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet* 1951;257(6650):339-41.
- [2] Bernard J. Lasthénie de Ferjol, Marie de Saint-Vallier, Emilie de Tourville or the novelist and anemia. *Nouv Rev Fr Hematol* 1982;24(1):43-4.
- [3] Karamanou M, Androutsos G. Lasthénie de Ferjol syndrome: a rare disease with fascinating history. *Intern Med J* 2010;40(5):381-2.

- [4] Meadow R. Munchausen syndrome by proxy the hinterland of child abuse. *Lancet* 1977;310(8033):343-5.
- [5] Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 1987;11(4):547-63.
- [6] Ayoub CC, Alexander R, Beck D, Bursch B, Feldman KW, Libow J, et al. Position paper: definitional issues in Munchausen by proxy: APSAC task-force on Munchausen by proxy: definitions working group. *Child Maltreat* 2002;7(2):105-11.
- [7] Schreier HA. Factitious presentation of psychiatric disorder: when is it Munchausen by proxy? *Child Psychol Psychiatry Rev* 1997;2(3):108-15.
- [8] Abdurrachid N, Marques JG. Munchausen syndrome by proxy (MSBP): a review regarding perpetrators of factitious disorder imposed on another (FDIA). *CNS Spectr*. undefined/ed;1-11.
- [9] Sadock B, Sadock V, Ruiz P, Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry behavioral science/clinical psychiatry. Lippincott Williams&Wilkins; 2015.
- [10] Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl* 2003;27(4):431-51.
- [11] Bass C, Glaser D. Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *Lancet* 2014;383(9926):1412-21.
- [12] Yates G, Bass C. The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) - a systematic review of 796 cases. *Child Abuse Negl* 2017;72:45-53.
- [13] Kucuker H, Demir T, Oral R. Pediatric condition falsification (Munchausen syndrome by Proxy) as a continuum of maternal factitious disorder (Munchausen syndrome). *Pediatr Diabetes* 2010;11(8):572-8.
- [14] Decherf G. Syndrome de Münchhausen par procuration (SMPP) ou la symbolisation transgénérationnelle par procuration (STPP). *Divan Fam* 2001;7(2):167-78.
- [15] Eminson M, Postlethwaite RJ. Munchausen syndrome by proxy abuse: a practical approach. Oxford; Boston: Butterworth-Heinemann; 2000.
- [16] Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1982;57(2):92-8.
- [17] Tatu L, Aybek S, Bogousslavsky J. Munchausen syndrome and the wide spectrum of factitious disorders. *Front Neurol Neurosci* 2018;42:81-6.
- [18] Schreier HA. Factitious disorder by proxy in which the presenting problem is behavioral or psychiatric. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(5):668-70.
- [19] Rosenberg DA. Munchausen Syndrome by Proxy: medical diagnostic criteria. *Child Abuse Negl* 2003;27(4):421-30.
- [20] Krebs MO, Bouden A, Loo H, Olié JP. [Münchhausen syndrome by proxy between two adults]. *Presse Med Paris Fr* 1983 1996;25(12):583-6.
- [21] Deimel GW, Burton MC, Raza SS, Lehman JS, Lapid MI, Bostwick JM. Munchausen syndrome by proxy: an adult dyad. *Psychosomatics* 2012;53(3):294-9.
- [22] Janofsky JS. Munchausen syndrome in a mother and daughter: an unusual presentation of folie à deux. *J Nerv Ment Dis* 1986;174(6):368-70.
- [23] Awadallah N, Vaughan A, Franco K, Munir F, Sharaby N, Goldfarb J. Munchausen by proxy: a case, chart series, and literature review of older victims. *Child Abuse Negl* 2005;29(8):931-41.
- [24] Wallander JL, Varni JW. Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *J Child Psychol Psychiatry* 1998;39(1):29-46.
- [25] Marcelli D, Cohen D. *Enfance et psychopathologie*. Masson. 836 pages.
- [26] Bouden A, Krebs MO, Loo H, Olié J. Le syndrome de Münchhausen par procuration : un défi à la médecine. *Presse Medecine*; 1996.
- [27] Freud A, Widlöcher D. Le normal et le pathologique chez l'enfant : estimations du développement. Gallimard; 1968.
- [28] Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2014;62(5):299-312.
- [29] de Becker E. Le syndrome de Munchausen par procuration : état de la question. *Enfances Psy* 2006;31(2):134-47.
- [30] Depauw A. Le syndrome de Münchhausen par procuration. *Rev Med Brux* 2015;6.
- [31] Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Harvard University Press; 1979.
- [32] Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Dev Psychol* 1986;22(6):723-42.
- [33] Absil G, Vandoorne C, Demarteau M. Bronfenbrenner, écologie du développement humain. *Réflexion et action pour la promotion de la santé*. 2012;.
- [34] Adsheed G, Buglass K. A vicious circle: transgenerational attachment representations in a case of factitious illness by proxy. *Attach Hum Dev* 2001;3(1):77-95.
- [35] Binet É. Chapitre 41. Syndrome de Munchausen Par Procuration (SMPP) et EMDR [Internet]. *Pratique de la psychothérapie EMDR*. Dunod; 2019 [cited 2020 Dec 15]. Available from: <https://www.cairn.info/pratique-de-la-psychotherapie-emdr-9782100801497-page-469.htm>.
- [36] Roudot-Granaux C, Wolf-Fedida M. Le silence de mort du syndrome de Münchhausen par procuration. *Clin Méditerranéennes* 2014;1(89):91-104.
- [37] Malfait F, Francomano C, Byers P, Belmont J, Berglund B, Black J, et al. The 2017 international classification of the Ehlers-Danlos syndromes. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2017;175(1):8-26.
- [38] Clayton HA, Jones SAH, Henriques DYP. Proprioceptive precision is impaired in Ehlers-Danlos syndrome. *SpringerPlus* 2015;4:323.
- [39] Fishbain DA, Goldberg M, Rosomoff RS, Rosomoff HL. More Munchausen with chronic pain. *Clin J Pain* 1991;7(3):237-44.
- [40] Abeln B, Love R. An overview of Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy. *Nurs Clin North Am* 2018;53(3):375-84.