CARREFOUR DES PSYCHOTHÉRAPIES

Éric Binet

Le syndrome de Munchausen par procuration

Comprendre, évaluer et prendre en charge



- Vignettes cliniques et définitions
- Méthode et outils d'évaluation
- Approche transdiagnostique

+ EN LIGNE OFFERT

Vidéos et liens utiles
Bibliographie complète
Figures et tableaux

AFTD
ASSOCIATION FRANCOPHONE du TRAUMA et de la DISSOCIATION

deboeck SUPÉRIEUR

Le syndrome de Munchausen par procuration

Carrefour des psychothérapies

Collection dirigée par Édith Goldbeter-Merinfeld

Carrefour des psychothérapies est un véritable outil de formation pour les professionnels de la santé mentale.

Chacun pourra y découvrir :

- des **thérapies fondamentales ou innovantes** à la croisée de plusieurs champs psychothérapeutiques ;
- des **références théoriques** pour mieux comprendre les thérapies ou les problématiques rencontrées ;
- des **références de terrain** avec un focus pratique pour être directement opérationnel et efficace.

Celles-ci y sont développées par **les plus grands auteurs francophones et internationaux** ainsi que les jeunes talents et répondent à tous les besoins des professionnels.

CARREFOUR DES PSYCHOTHÉRAPIES

Éric Binet

Le syndrome de Munchausen par procuration

Comprendre, évaluer et prendre en charge

deboeck SUPÉRIEUR

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : **www.deboecksuperieur.com**

© De Boeck Supérieur s.a., 2024
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.
Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale, Paris : mars 2024
Bibliothèque royale de Belgique, Bruxelles : 2024/13647/031

ISSN : 1780-9517
ISBN : 978-2-8073-6173-7

Sommaire

Remerciements 9

Liste des abréviations 11

Introduction 13

PREMIÈRE PARTIE
Qu'est-ce que le syndrome de Munchausen par procuration ?

Chapitre 1 Apparition et actualité du SMPP 27

Chapitre 2 Le SMPP et les appellations multiples des violences médicales sur enfant 41

Chapitre 3 Aspects cliniques, diagnostics et prises en charge du SMPP 59

DEUXIÈME PARTIE
Les dimensions multiples du psychotraumatisme et de sa clinique

Chapitre 4 Le trauma simple et ses manifestations 101

Chapitre 5 Du concept de trauma complexe aux troubles dissociatifs 119

Chapitre 6 Conséquences du SMPP en tant que phénomène traumatique et dissociatif 139

TROISIÈME PARTIE
De l'approche analytique aux psychothérapies EMDR et ICV dans les cas de SMPP

Chapitre 7 Aspects psychopathologiques du SMPP 165

Chapitre 8 Approche psychodynamique du SMPP 187

Chapitre 9 Application du modèle TAI au SMPP en psychothérapie EMDR 207

Chapitre 10 L'utilisation de l'ICV dans le traitement du SMPP 223

Chaptire 11 Réflexion globale pour une synthèse des approches psychothérapiques du SMPP 237

Conclusion 255

Bibliographie centrée sur le SMPP 259

À propos de l'auteur 275

Table des figures 277

Table des tableaux 279

Les compléments numériques

Cet ouvrage offre des ressources complémentaires en ligne. Pour y accéder, rendez-vous sur le site de l'éditeur, à l'adresse suivante :

www.deboecksuperieur.com/site/361737

Vous y trouverez :

- la bibliographie complète ;
- les principaux tableaux et figures ;
- des liens et des vidéos utiles.

Remerciements

Je souhaiterais tout d'abord remercier mes collègues de la première heure, la Dre Brigitte Weigel, la Pre Gisèle Apter-Danon et la Dre Annick Le Nestour, qui ont œuvré à mes côtés pour mieux faire connaître le SMPP en France.

Je tiens également à exprimer toute ma gratitude aux patients, petits et grands, qui ont jalonné mon parcours professionnel, qui m'ont fait confiance et sans lesquels je n'aurais jamais appris à progresser.

« En utilisant son propre corps, puis celui de sa fille, elle avait bâti un petit décor de théâtre, dans lequel elle donnait sempiternellement la même pièce, celle de la maladie. Quand le décor s'est écroulé, je veux dire quand nous l'avons démasquée, elle a compris que les spectateurs bouderaient désormais son répertoire, mais elle n'a pas pour autant été capable de rejoindre le monde réel. C'est sur la scène de son délire qu'elle nous a fait ses adieux. Dans un flot de sang, fatal, volontaire, délibéré. »

Thierry Jonquet, *Moloch*, Coll. « Série Noire », Gallimard, 1998

Liste des abréviations

DDNOS : *Dissociative Disorder Not Otherwise Specified* (Trouble Dissociatif pas autrement spécifié)

DESNOS : *Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified* (Troubles de stress extrême non spécifiés ailleurs)

EMDR : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)

ESPT : État de Stress Post Traumatique (en anglais : PTSD – *Post Traumatic Stress Disorder*)

FEP : Falsification de l'État Pédiatrique (en anglais : PCF – *Pediatric Condition Falsification*)

ICV : Intégration du Cycle de la vie (en anglais : LI – *Lifespan Integration*)

LT : Ligne du Temps

MNN : Moi Nouveau-Né

PAN : Partie Apparemment Normale

ou **PANP** : Partie Apparemment Normale de la Personnalité

PE : Partie Émotionnelle

ou **PEP** : Partie Émotionnelle de la Personnalité

PTSD : *Post Traumatic Stress Disorder* (traduit en français par TSPT – Trouble de Stress Post Traumatique DSM-5)

SBA : Stimulations Bilatérales Alternées

SMPP : Syndrome de Munchausen Par Procuration (en anglais : MSBP – *Munchausen Syndrome By Proxy*)

SSPT : Syndrome de Stress Post Traumatique (classification CIM-10)

TAI : Traitement Adaptatif de l'Information (en anglais : AIP– *Adaptative Information Processing*)

TDAH : Trouble de Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TDI : Trouble Dissociatif de l'Identité (en anglais : DID – *Dissociative Identity Disorder*)

TDSP : Théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité

TFPP : Trouble Factice Par Procuration (en anglais : FDP – *Factitious Disorder by Proxy*)

TSPT : Trouble de Stress Post Traumatique (DSM et CIM-11)

TSPT-C : Trouble de Stress Post Traumatique Complexe (dans le DSM-5, en anglais C-PTSD)

TTD : Trouble Traumatique du Développement (en anglais : DTD – *Developmental Trauma Disorder*)

Introduction

Maltraitance intrafamiliale impliquant le corps médical, ce syndrome aux multiples définitions et aux critères diagnostiques le plus souvent méconnus des soignants a d'abord été connu sous l'appellation anglo-saxonne *Munchausen Syndrome By Proxy* ou « MSBP ». Ce n'est que bien plus tard qu'est apparu en français le vocable « Syndrome de Munchausen Par Procuration » ou « SMPP ». À cheval entre les sphères pédiatrique, psychiatrique et judiciaire, le SMPP ne cesse d'intriguer les professionnels de santé. Car, bien que ce trouble – où un parent induit ou allègue des symptômes à son enfant, le faisant passer pour malade – soit considéré comme rare, il s'avère que la majorité des soignants en pédiatrie reconnaissent en avoir déjà rencontré ou s'être questionnés au sujet de symptômes, rapportés ou constatés, restés inexpliqués. Mais ces suspicions demeurent le plus souvent lettre morte, les investigations diagnostiques ou les stratégies d'intervention à ce stade étant généralement inconnues des professionnels de santé. D'évaluation difficile, le SMPP peut alors conduire à des explorations médicales abusives des enfants, à leur hospitalisation répétitive et à des interventions chirurgicales injustifiées. Mais quelles peuvent être les motivations de ces parents dans cet enfermement morbide avec les soins ? Comment décrypter ces croyances parentales sur l'état de santé de leur enfant, leur inquiétude extrême, les amenant à le considérer comme malade ? Et, surtout, quels sont les signaux d'alerte de cette forme de violence aux premiers âges de la vie ? Comment intervenir stratégiquement au plus tôt pour protéger la santé de l'enfant ?

Si la forme la plus courante du SMPP consiste à présenter ou à rapporter de manière erronée les symptômes d'un enfant, faire état d'antécédents médicaux impressionnants avec des résultats d'analyse ou d'examens, des avis médicaux à son sujet, cette intention de tromper le personnel soignant évoque avant tout une difficulté des parents dans leur manière d'être en relation avec leur enfant. Et, malheureusement, à force de se répéter, ces conduites maltraitantes enferment toujours un peu plus l'enfant dans un univers traumatique à la fois physique et psychique. De fait, ce détournement du soin, et ce qu'il engendre, nous amènent à réinterroger une autre conséquence du SMPP : la notion de trauma d'un point de vue psychopathologique. À l'instar du SMPP et de ses multiples zones d'ombre, la notion de trauma ouvre-t-elle des questions trop vastes pour trouver une réponse définitive ? N'est-elle pas simplement un perpétuel recommencement, se traduisant par des certitudes que la clinique, en particulier dans les cas de SMPP, nous fait perdre aussitôt ? En témoigne

également la place qu'occupe cette notion de trauma dans la psychopathologie de l'enfant et de l'adulte, où elle est historiquement sujette à d'interminables querelles, d'innombrables classifications, de perpétuelles remises en question, que ce soit à propos de son expression symptomatique ou de son éthiopatogénie, comme des excès ou des minimisations diagnostiques qu'elle suscite. Une constante que l'on retrouve en miroir quand il est question de SMPP, avec tous les débats terminologiques qui l'entourent et qui ne cessent de réapparaître dans la littérature médicale. Quant à la question de la prise en charge en psychothérapie des traumatismes, ce livre ne suffirait pas à décrire toute la diversité des pratiques qui se sont renouvelées, multipliées ces dernières décennies.

Reflet du gouffre insondable du réel, parfois même de la confrontation à la mort, le trauma est une pierre angulaire des textes fondateurs de la théorie freudienne et de la pensée janetienne – sans pour autant le restreindre à ces deux champs théoriques –, et des modèles psychothérapiques qui s'en inspirent. Chacun rattache le trauma à deux pivots sémantiques distincts : le clivage du Moi et la dissociation. Car ce qui nous est donné à voir n'est pas l'origine du trauma, mais porte davantage sur les séquelles plus ou moins simples ou complexes, les manifestations aussi bien physiques que psychiques, qu'un traumatisme organise ou désorganise. Grâce aux nombreux disciples de Freud et de Janet, l'étude du trauma s'est prolongée et enrichie jusqu'à nos jours avec des apports continus au cœur des psychothérapies. La compréhension psychopathologique des symptômes traumatiques nous renvoie alors :

- soit – dans le clivage – à des échecs du système pare-excitation et des ruptures de la cohésion du Moi ;
- soit – dans les processus dissociatifs – à des ratés que l'on décrit aujourd'hui neurophysiologiquement comme des sur-activations ou des sous-activations de zones cérébrales aboutissant, pour reprendre un terme de Janet, à un « rétrécissement du champ de la conscience ».

Les traitements envisagés varient en fonction de ces hypothèses, le plus souvent isolément les unes des autres. Ainsi, ces dernières décennies dans les pays francophones, différents courants théoriques se sont développés autour de la notion de trauma, parfois en s'opposant, mais le plus souvent en s'ignorant, au détriment des patients. Faut-il s'enfermer dans un point de vue, n'en reconnaître qu'un et un seul comme légitime, acceptable ? Est-il constructif d'envisager une approche comme étant forcément concurrente de l'autre, voire la contestation même de sa légitimité ? Ce serait un piège, en particulier quand il est question du traitement des personnes souffrant de troubles factices, imposés à eux-mêmes ou à autrui.

Le point de vue sur la psychopathologie et le débat épistémologique ici défendus seront ceux de la transdisciplinarité. En effet, il ne fait aucun doute que le SMPP interroge les professionnels de santé à un double niveau, celui d'une réflexion phénoménologique de la souffrance sous deux aspects, en soi non restrictifs :

- son enracinement dans la vie psychique ;
- et l'omniprésence du corps.

C'est donc à un travail descriptif de ces expériences de souffrance – à la fois indicibles et perceptibles physiquement et psychiquement – que l'étude du SMPP nous invite. Une forme d'odyssée phénoménologique de l'épreuve de la douleur, de l'expérience vécue, mais aussi des niveaux de déstructuration de la conscience et du monde qui se révèlent à nous, et se réfèrent à différents niveaux de réalité, différents niveaux de subjectivité.

DÉFINITION

La **phénoménologie** : la phénoménologie s'entend ici comme une étude de la manière dont les individus donnent un sens à leurs expériences vécues (Bryman, 2016) face à leur vulnérabilité.

DÉFINITION

Le **mal de l'être** : Lévinas définit le « mal de l'être » dans le trauma par l'absence de la subjectivité, donc de la conscience. « L'horreur est, en quelque sorte, un mouvement qui va dépouiller la conscience de sa subjectivité même » (Levinas, 1998, p. 98).

Ce dépouillement face à l'épreuve de l'horreur, comme nous allons le voir, peut prendre plusieurs formes, surgir dans plusieurs dimensions de l'existence des victimes et des auteurs du SMPP. Le travail de psychothérapeute auprès de personnes marquées par ces souffrances nous fait bien souvent prendre conscience, lors de covisions ou de supervisions individuelles ou en groupe, à quel point, à leur contact, nous pouvons aussi être atteints dans notre propre subjectivité, au-delà de nos référentiels théoriques.

PRATIQUE SPÉCIFIQUE

La subjectivité bloquée des professionnels

Lors de formations en protection de l'enfance avec des professionnels de terrain, on a pu constater que l'étude de cas de SMPP est suffisamment perturbante pour paralyser l'accès aux savoirs théoriques jusqu'à, parfois, ne plus pouvoir interroger nos conceptions théoriques. Cette subjectivité bloquée risque alors de conduire nombre de cliniciens dans une problématique qu'ils ignorent, le plus souvent en abordant une pathologie sans réaliser qu'ils la perçoivent uniquement selon la façon dont le patient parle de ses symptômes, les exprime.

Sa capacité même de clinicien (ou de travailleur social, de magistrat) de penser cette maltraitance peut en être à ce point bloquée qu'elle en altère sa mission professionnelle ; par exemple, en ne tenant compte que d'un versant du danger du SMPP (le danger physique ou le danger psychique), avec le risque de ne pas se rendre compte qu'il n'en discerne, retienne ou comprenne finalement qu'une partie…

Il semble envisageable de sortir des « clivages » de certains discours d'écoles, des divergences méthodologiques et théoriques et de trouver un réel intérêt clinique à enrichir mutuellement nos réflexions cliniques, nos pratiques. Depuis les conceptualisations premières de Freud et de Janet, ces expériences de souffrance – l'événement à sa source et les phénomènes observés – ont été nommées de plusieurs manières,

jusqu'à parler depuis peu de « syndrome post-traumatique » (Pedinielli, 2015), tandis que les tenants de la pensée janetienne, en partie rassemblés autour de la Théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité (TDSP), font référence à des Parties Émotionnelle (PE) ou des Parties Apparemment Normales (PAN) (Van der Hart, 2006)… Mais ces termes recouvrent-ils les mêmes phénomènes ? Parlent-ils des mêmes effets d'apparition et de ruptures ? Actuellement, en distinguant les conséquences traumatiques à court, moyen ou long terme, de nouveaux repères épistémologiques occupent le devant de la scène, privilégiant une conception à double niveau du trauma avec le *distinguo* fait entre les traumas simples (dits de type 1) – correspondant à des événements traumatiques isolés – et les traumas désignés comme complexes (dits de type 2) – relevant d'événements traumatiques chroniques, datant le plus souvent de la toute petite enfance (Herman, 1992 ; Pelcovitz, 1997 ; Van der Kolk, 2005). Ce deuxième aspect de la traumatisation est sans doute encore celui qui passe le plus inaperçu auprès des professionnels de santé. Or différentes formes d'altération de la personnalité, somatiques, péri ou post-traumatiques spécifiques d'un trauma complexe ont la particularité d'être observables dans les cas de Syndrome de Munchausen Par Procuration (SMPP), aussi bien du côté des parents que des enfants victimes « par procuration ».

Notons en préambule que cette forme de violence intrafamiliale n'est plus unanimement appelée ainsi aujourd'hui (mais l'a-t-elle déjà été par le passé ?). Est-ce que les termes de « Abus Médical de l'enfant », de « Falsification de l'État Pédiatrique » ou de « Trouble factice imposé à autrui » seraient plus justes ? Ou pires ? Ce point sera discuté plus loin. En attendant, il semble préférable – faute de mieux – de garder l'appellation de SMPP, car, même si elle peut présenter des inconvénients, son usage demeure indiscutablement dans la littérature internationale depuis la fin des années 1970.

Mais c'est aussi dire que rompre avec l'horreur, pour s'engager dans l'accompagnement d'un rétablissement, suppose peut-être tout autant de facettes et de parcours différents pour s'en affranchir. Dans tous les cas, on peut partir du premier postulat que plusieurs modèles thérapeutiques, bien que différents, peuvent montrer de réelles compatibilité et efficacité dans le traitement des traumas complexes, pour autant que l'empathie du thérapeute n'en soit pas exclue. De fait, il est ici difficile de souscrire aux principes simplificateurs justifiant que telle ou telle psychothérapie est « valable et nécessaire » (comme on peut le dire des TCC) et d'autres pas. Il ne suffit pas d'appliquer tel ou tel protocole – et c'est ce qui fonde notre deuxième postulat –, mais bien qu'une rencontre initie cette interaction thérapeutique dans cet espace thérapeutique, sans que l'on puisse mettre de côté la dimension intersubjective qui l'accompagne. Cette observation du transfert et du contre-transfert est, de ce point de vue, incontestablement vérifiable dans les cas de SMPP, sans qu'il soit nécessaire que le processus thérapeutique aboutisse, comme en analyse, à une « névrose de transfert ».

À la lumière de la complexité des symptômes traumatiques dans les cas de SMPP, une hypothèse centrale se dessine : la sévérité de la symptomatologie post-traumatique,

en particulier dans les traumas complexes, a pour caractéristique de mettre les professionnels de santé face à un éclatement de la subjectivité des victimes/auteurs – au risque d'en être eux-mêmes atteints – et nécessite donc une plurisubjectivité de leur part, n'hésitant ni à s'inspirer de plusieurs théories ni à recourir à des approches thérapeutiques multidimensionnelles.

Cette hypothèse fait donc le pari de la trans et de l'interdisciplinarité, elle plaide pour une coexistence et une pluralité des connaissances, des épistémologies. Elle repose sur l'idée que celui dont son unité n'est plus, ne pourra pas retrouver une unité interne par l'exclusion, la division. Ainsi, les traumas complexes nous inviteraient à une trans et interdisciplinarité, car là où clivage et dissociation apparaissent, une seule théorie ne pourrait suffire à en cerner toutes les facettes. Il importe en effet de comprendre comment la diversité des phénomènes traumatiques peut avoir un fondement qui passe aussi bien par des hypothèses psychodynamiques que par des hypothèses cognitives, neurophysiologiques.

Avant d'aborder cet aspect de la prise en charge psychologique des victimes/auteurs du SMPP, une présentation générale du Syndrome de Munchausen Par Procuration s'avère nécessaire. Cette **première partie** est organisée en trois chapitres :

- le premier sera l'occasion d'effectuer une revue de la littérature historique de ce syndrome et des derniers développements et controverses récents à son sujet ;
- le deuxième chapitre comparera les différentes définitions et appellations, en soulignant les risques de confusions diagnostiques ;
- le troisième chapitre portera sur les différents critères diagnostiques médicaux et psychopathologiques du SMPP, les variables relatives à sa morbi-mortalité ainsi que les conduites recommandées.

La **deuxième partie**, composée de trois chapitres, est dédiée à une présentation générale de la psychopathologie du trauma à partir de la distinction existante actuellement entre les traumas dits « simples » et les traumas dits « complexes ». Les chapitres 4 et 5 s'intéresseront aux développements conceptuels de l'un et de l'autre, aux classifications actuelles et à leurs indicateurs épidémiologiques, comme aux fonctions neurophysiologiques qui les soutiennent. Penser le psychotraumatisme nous amènera, dans le sixième chapitre, à repérer comment les processus dissociatifs peuvent être au cœur des traumas complexes. Dans une perspective phénoménologique, nous envisagerons la nécessité d'investiguer sous différents niveaux les processus psychopathologiques observés dans les cas de SMPP. En considérant comment il est possible de les appréhender par une approche holistique, à la fois multidimensionnelle et transdiagnostique, nous proposerons des hypothèses aptes à mieux comprendre les différentes stratégies thérapeutiques susceptibles d'être utilisées dans les cas de psychotraumatismes.

La **dernière partie**, divisée en cinq chapitres, sera consacrée aux différentes approches psychothérapiques qu'il est possible d'employer dans les cas de SMPP :

- le septième examinera les profils parentaux auteurs de SMPP comme ceux des enfants victimes, leur devenir ;
- le huitième chapitre s'intéressera à l'approche psychodynamique du SMPP, à la fois à travers la vision théorique du clivage et à travers la compréhension des effets transférentiels et contre-transférentiels. Ce chapitre sera aussi l'occasion de décrire les séquelles des deuils pathologiques présents dans les populations auteures du SMPP ;
- le neuvième chapitre présentera l'intérêt de l'approche EMDR face aux désorganisations traumatiques, en particulier pour les victimes du SMPP. Encore en pleine évolution, l'utilisation de l'EMDR suppose également des ajustements nécessaires aux patients dans les cas de SMPP ;
- le dixième chapitre aura pour objectif d'aborder les troubles de l'attachement en envisageant combien ils sont indissociables des psychotraumatismes repérés dans les cas de SMPP. Dans cette optique, une fois présentée, nous verrons comment la psychothérapie Intégration du Cycle de la Vie (ICV) s'inscrit sur une voie thérapeutique innovante en participant à une réparation des troubles de l'attachement. Ces deux derniers chapitres sur l'EMDR et l'ICV seront l'occasion de comprendre comment clivage et dissociation peuvent être revisités et intégrés dans une perspective neuropsychologique développementale, comme les travaux d'A. Schore (2012) nous y invitent depuis une trentaine d'années en partant d'un positionnement psychodynamique ;
- plus globalement, dans le onzième chapitre, nous verrons comment favoriser une réflexion épistémologique se nourrissant de pluridisciplinarité et d'interdisciplinarité. L'entrecroisement entre le clivage et la dissociation – bien que périlleux, car il rapproche deux hypothèses historiquement opposées – sera en particulier étudié. Ce que nous défendrons comme compréhension des traumas complexes, c'est la réciprocité existante entre ces deux modèles théoriques, pour autant qu'y soit associée une phénoménalité du clivage et de la dissociation. Cet essai clinique n'a pas d'autre prétention que d'œuvrer à une meilleure compréhension des traumas complexes, des multiples niveaux de subjectivité bouleversés vécus par chaque enfant victime du SMPP, de ses troubles dissociatifs chronicisés, comme ceux de ses parents initiateurs de ce trouble.



FOCUS **Pour une approche thérapeutique multidimensionnelle**

Pouvoir penser une approche thérapeutique multidimensionnelle en créant des ponts entre diverses disciplines et méthodologies n'est pas une utopie : c'est le but de ce livre d'y contribuer.

PREMIÈRE PARTIE

Qu'est-ce que le syndrome de Munchausen par procuration ?

Préambule

Le terme « Syndrome de Münchhausen Par Procuration » (SMPP) a émergé à la fin des années 1970, marquant officiellement la reconnaissance d'une symptomatologie située à la confluence de la pédiatrie, de la psychopathologie et de la protection de l'enfance, le tout conceptualisé à travers une appellation empruntée à la littérature. Avant cela, la nosographie ne couvrait que les adultes qui, délibérément et de manière récurrente, simulaient ou provoquaient des symptômes pour se présenter comme malades. Ce n'est qu'en 1951 qu'un médecin américain du nom d'Asher décida d'employer le nom du personnage fictif, le baron de Münchhausen, pour caractériser le profil clinique de trois patients adultes manifestant une errance médicale et chirurgicale. Par la suite, à la fin des années 1970, d'autres professionnels de la santé, y compris le pédiatre néphrologue Meadow, ont identifié des comportements similaires. Cependant, cette fois, ils étaient observés chez des parents, principalement des mères, qui imposaient les mêmes schémas pathologiques à leurs enfants, allant même jusqu'à les soumettre à des examens et des traitements médicaux inutiles et potentiellement nocifs. Durant les décennies suivantes, cette forme inédite de maltraitance a gagné en visibilité dans les pays anglo-saxons – dans les années 1980 –, puis en France – dans les années 1990. L'intérêt pour ce phénomène est allé croissant, au point d'être intégré dans une œuvre cinématographique du réalisateur Spielberg[1] en 1999 (la scène en question, cependant, n'a pas été pleinement comprise par le public français, contrairement au public américain, déjà familiarisé avec le sujet grâce à une couverture médiatique mêlant sensationnalisme douteux et simplifications caricaturales). Par la suite, cette thématique a été explorée dans diverses séries télévisées américaines (*Dr House*[2], par exemple) ou françaises (*RIS*[3], *Profilage*[4]). De nombreux téléfilms, comme *The Good Mother*[5], se sont également inspirés de cette problématique, la plupart du temps basés sur des faits authentiques.

1. Nous faisons ici référence à la scène du *Sixième sens* (1999) dans laquelle le personnage principal, un petit garçon de 8 ans, hanté par des personnes mortes, arrive dans une maison endeuillée où une petite fille décédée l'emmène voir une bande de surveillance vidéo enregistrée à l'insu de sa mère, qui montre cette dernière en train de mettre du poison dans sa soupe.
2. Le cas de Jonah, www.lienmini.fr/61737-jonah
3. Saison 3 de *RIS police scientifique* (épisode 9 : QI 149)
4. Saison 7 de *Profilage* (épisode 3, 2015)
5. *The Good Mother*, téléfilm américain réalisé par Richard Gabai, diffusé en 2013 sur Lifetime.

Cette description clinique d'adultes ayant réussi à piéger la sphère médicale remonte en réalité aux travaux de Dieulafoy au XIXe et à sa découverte des pathomimies.



DÉFINITION

La **pathomimie** : pour rappel, l'appellation « pathomimie » – ayant pour double étymologie grecque *pathos* et *miméomaï* (« je simule ») – se définit comme « un état morbide voisin de la mythomanie, caractérisée par le besoin qu'éprouvent ceux qui en sont atteints de simuler une maladie, parfois même au prix d'une automutilation » (Garnier *et al.*, 1995).

Plutôt que de parler de Syndrome de Munchausen Par Procuration ou SMPP, n'aurait-il pas alors été préférable d'évoquer une « pathomimie parentale » ou « par procuration » ? Ou encore un « syndrome de Dieulafoy par procuration » ? Sans aucun doute, nous verrons plus loin combien le choix de « Munchausen[6] » a pu être inadéquat, et historiquement inexact, décrédibilisant du même coup une entité syndromique atypique, grave, voire mortelle. Encore eut-il fallu que des cliniciens francophones écrivent régulièrement sur ces cas cliniques, ce qui fut et demeure rarement le cas, vu le peu de publications en comparaison aux pays anglo-saxons. Même si de récentes publications francophones (Taupinard, 2023) témoignent néanmoins d'un intérêt constant pour le SMPP.

Sur le plan universitaire en France, par exemple, 14 thèses en médecine ont traité du SMPP à partir de 1990 avec 12 thèses en médecine générale (Menegault, 1990 ; Paulet, 1991 ; Abbou, 1992 ; Sonnois, 1993 ; Plas, 1995 ; Haiter, 1996 ; Body Lawson, 1997 ; Messica, 2000 ; Dauver, 2001 ; Lizak, 2002 ; Benhamou, 2002 ; Bertrand, 2008) et deux en psychiatrie (Rung, 2003 ; Elie-Lefevre Nouard, 2016). Alors qu'en psychologie, seules deux thèses semblent actuellement y faire directement référence (Kessaci, 2013 ; Binet, 2018). Enfin, on recense de très nombreux mémoires de fin d'études sur le SMPP par des étudiants infirmiers ou, plus rarement, sages-femmes, comme celui de Colin (2002) qui explore son existence dans le champ de la périnatalité. Dans l'ensemble, ces mémoires reflètent bien l'état de la littérature sur cette forme de maltraitance : une approche essentiellement casuistique avec des études de cas et des revues de la littérature médicale. En effet, l'épidémiologie de ce syndrome manque de bases solides et d'études cohérentes sur le traitement psychologique des parents auteurs du SMPP, comme des enfants victimes. Peut-être est-ce lié au fait que les patients atteints ou souffrant du SMPP, lorsqu'ils sont diagnostiqués, n'acceptent pas ce diagnostic et refusent de suivre un traitement ? Parfois même, ils refusent de répondre à des questionnaires ou y répondent de façon délibérément faussée (Ozdemir, 2015). Tout cela constitue indubitablement un obstacle de taille à la réalisation d'études épidémiologiques ou cliniques pour établir des modalités thérapeutiques qui fassent consensus. Car si la majorité de ces patients n'adhèrent pas,

6. L'orthographe française et allemande de « Münchhausen » n'étant pas retenue dans la littérature internationale, nous avons choisi d'utiliser le standard anglo-saxon « Munchausen ».

ne coopèrent pas dans le cadre des traitements qui leur sont proposés, il est illusoire d'attendre leur participation à des études psychopathologiques, épidémiologiques ou des essais cliniques. Cette limitation dans les recherches repose sur les spécificités et les zones d'ombre du SMPP qui lui donnent cette place si particulière dans le champ de la santé, de la psychopathologie et de la protection de l'enfance.

Au niveau international, la littérature sur le SMPP se développe toujours, en particulier dans des pays considérés jusque-là *a priori* peu ou pas concernés par ce phénomène. Feldman et Brown (2002) avaient mis en évidence un total de 129 cas de SMPP dans 24 pays différents en excluant l'Australie, le Canada, la Nouvelle-Zélande, l'Ukraine et les États-Unis (c'est-à-dire, les pays plus « publiants »). Depuis leur étude, cette base de données s'est élargie avec des publications venant de Turquie (Akpinar, 2021 ; Ozdemir, 2013, 2015, 2020 ; Yurteri Tiryaki, 2017 ; Akin, 2016), Arabie Saoudite (Alkhattabi, 2023 ; Arabi, 2023), Inde (Gupta, 2022 ; Unal, 2017 ; Raj, 2019 ; Mantan, 2015 ; Narang, 2012), Corée (Kim, 2021), Brésil (Sousa Filho, 2017), Pakistan (Ali, 2015), Pologne (Olczak-Kowalczyk, 2015 ; Berent, 2010), Serbie (Jovanovic, 2005), Roumanie (Pacurar, 2015), Zambie (Mwaba, 2022), confirmant une internationalisation de cette maltraitance, probablement liée à l'émergence d'une technicité et d'un savoir médical qui sont de plus en plus accessibles et mondialisés. Aussi n'est-ce par un hasard si l'apparition d'internet a également été à l'origine d'une nouvelle forme de SMPP « virtuelle », décrite initialement par Feldman en 1998 et qui reste toujours d'actualité (Witney, 2015) : ces mères inventent des « troubles factices virtuels » (McCulloch, 2011) avec des formes minimes où, sur différents blogs, elles cherchent simplement à attirer l'attention, le soutien d'autres parents, des « groupes de soutien virtuels ». Mais ces échanges sur des blogs cachent parfois des formes plus sévères de parents relatant l'escalade de la gravité des maladies de leur enfant, quitte à parler de son entrée en soins palliatifs, à chercher des dons en ligne pour ses frais de santé (Brown, 2014). Débordant du cadre du SMPP, ce phénomène clinique et virtuel se retrouve tout autant dans des cas de syndrome de Munchausen (Pulman, 2012).

Si ce syndrome est connu depuis plus d'un quart de siècle, le diagnostic médical du SMPP reste actuellement incertain pour plusieurs raisons.

- **La première s'explique de façon évidente par le manque de formation initiale et continue** à son sujet en faculté de médecine comme dans les hôpitaux. Les soignants en ont le plus souvent une vision caricaturale, faussée et manifestement altérée dans leur rapport contre-transférentiel aux familles frappées de déni, voire de rejet agressif. Leur formation initiale ne les prépare pas au fait qu'un parent puisse leur mentir sur l'état de santé de son enfant ou même manipuler le corps médical. La récente thèse de psychiatrie d'Elie-Lefebvre Nouard (2016) est à cet égard assez explicite, suffisamment pour y revenir plus longuement par la suite (Chapitre 3 : Aspects cliniques, diagnostics et prises en charge du SMPP).

- **Deuxièmement, la majorité de la littérature envisage le SMPP de façon restreinte**, principalement avec des présentations de symptômes médicalement inexpliqués, alors que ce syndrome regroupe également toutes les situations en amont où les symptomatologies sont alors seulement alléguées, déclarées, affirmées.
- Et **troisièmement, son étiologie ainsi que les éléments de suspicion sont malheureusement innombrables**, à l'image de toutes les pathologies pédiatriques recensées (plus d'une centaine à ce jour).



FOCUS **Impact de la dispersion nosologique sur le SMPP**

Cette forme d'éparpillement nosologique influe certainement sur le caractère sous-diagnostiqué du SMPP par les professionnels de santé et, hélas, probablement aussi sur le manque de connaissances de sa (co-)morbidité et de sa mortalité.

Enfin, le concept de SMPP n'est toujours pas bien perçu par l'ensemble de la communauté scientifique, suscitant encore une forme d'incrédulité. Quelques détracteurs convaincus, nord-américains (Mart, 2002), arrivent à remettre en question l'existence même de cette forme de maltraitance intrafamiliale, la jugeant comme une « simple théorie surdiagnostiquée », dénigrant délibérément du même coup les centaines d'articles parus dans des revues médicales et les travaux du FBI depuis 1995 (la détective Artinsgtall ayant même écrit sur le sujet un livre en 1998) (Chiczewski, 2003).

Au-delà de ces problématiques, il semble essentiel de préciser d'emblée que le SMPP, bien qu'intéressant la psychiatrie et la psychopathologie, est bien au départ un diagnostic médical (« somatique »), mais le poser implique bien souvent des soignants qu'ils aient également des notions et une expérience en psychopathologie. Toutes les définitions et les critères diagnostiques qui suivront ne reposent donc pas, en première instance, sur des hypothèses psychopathologiques, mais bien sur des investigations diagnostiques médicales. Cependant, les hypothèses psychopathologiques participent également à sa reconnaissance, elles peuvent même en faciliter le diagnostic. Pour mieux le comprendre, il suffit de considérer la place du SMPP dans la littérature internationale : il couvre la quasi-totalité des revues de spécialités médicales pédiatriques, et de façon minime les revues psychiatriques ou de sciences humaines. Néanmoins, renforcer cette dichotomie ne semble pas pertinent. Pour bien saisir les caractéristiques du SMPP, son approche doit être polyaxiale, médicale et psychopathologique.

Avant d'aborder plus précisément les aspects cliniques du SMPP, nous chercherons à éclaircir plusieurs interrogations :

- Le terme « Syndrome de Münchhausen Par Procuration » est-il vraiment adéquat pour décrire les manifestations cliniques associées ?
- Comment peut-on justifier le manque de reconnaissance du SMPP, son estimation potentiellement erronée ou même sa remise en question ?
- Comment le SMPP s'insère-t-il à l'intersection de la pédiatrie, de la psychiatrie et du domaine juridique ?
- Y a-t-il des recommandations spécifiques concernant la détection, la confirmation diagnostique et la gestion médico-légale du SMPP ?

Chapitre 1

Apparition et actualité du SMPP

> *« (…) il me fallait un courage surhumain pour être capable de faire ça, il me fallait toutes mes dernières petites forces pour faire quoi que ce soit d'autre qu'attendre l'accalmie sans nausée, falsifier l'ordonnance du lendemain et aller, maigre et cassée, jouer la comédie à la pharmacie. »*
>
> *Rien de grave*, Justine Lévy, Stock, 2004.

Bien que l'on ne puisse pas précisément identifier quand les médecins ont commencé à être dupés au cours de l'histoire humaine, il est clair que ce n'est qu'au XIXe siècle qu'ils ont commencé à documenter et étudier de tels comportements. Cependant, l'art a décrit ces comportements bien avant la science. Par exemple, Molière y a fait allusion dans son œuvre *L'Avare*[7] en 1668 :

> Valère : Il faut demander un délai et feindre une maladie.
>
> Élise : Mais on découvrira la feinte si on appelle le médecin.
>
> Valère : Vous moquez-vous ? Y connaissent-ils quelque chose ? Allez, allez, avec eux vous pouvez trouver quelque mal qu'il vous plaira ; ils trouveront des raisons pour vous dire d'où cela vient.

Bien avant la reconnaissance médicale des troubles factices, Molière avait déjà souligné la place singulière que la société accordait à la maladie et au rôle du médecin. Dans plusieurs de ses pièces, il mettait en lumière la position du malade qui offre certains avantages sociaux et une attention particulière. Ainsi, dans *Le Malade imaginaire*, le protagoniste simule des symptômes pour bénéficier de la compassion et des soins. Cet attrait pour le rôle du malade s'est accru avec l'introduction de l'État-providence, où la

7. Acte 1, scène VIII.

Tout ce qu'il faut savoir pour détecter et traiter ce syndrome insidieux

Forme de maltraitance intrafamiliale, le syndrome de Munchausen par procuration (SMPP) amène un parent à exagérer ou provoquer des problèmes de santé sérieux chez son enfant, souvent en bas âge, dans un désir d'attirer l'attention ou la compassion. Dans près de 10 % des cas, ce comportement mène au décès de l'enfant.

Bien qu'il n'existe pas de portrait-type de ce syndrome, ce qui le rend d'ailleurs si complexe à détecter, l'errance médicale dont l'enfant fait les frais est caractéristique du SMPP. La sphère médicale, par sa méconnaissance du trouble, devient le bras armé du parent.

En effet, si de plus en plus de cas sont signalés aujourd'hui, peu de professionnels connaissent réellement cette pathologie et sont outillés pour l'identifier et la traiter. Ainsi, ce livre les aide à :

- **comprendre le SMPP dans sa complexité ;**
- **découvrir des outils de détection et d'évaluation pour mieux le repérer ;**
- **prendre en charge enfants et parents via différentes approches psychothérapeutiques (psychodynamique, EMDR et ICV).**

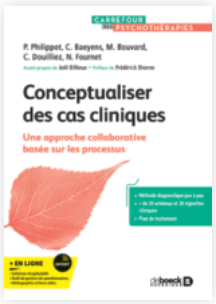


Éric Binet est psychologue clinicien, président de l'Association Francophone du Trauma et de la Dissociation (AFTD), maître de conférences à l'École de Psychologues Praticiens à Paris, équipe Vulnérabilité, Capabilité et Rétablissement. Il est également chargé de cours à l'Université de Lorraine et de Côte d'Azur, à l'Université Paris Descartes et Sorbonne Université.

À télécharger :
- Vidéos et liens utiles
- Bibliographie complète
- Figures et tableaux

DANS LA MÊME COLLECTION





Prix : 32,90 €

ISBN : 978-2-8073-6173-7

9 782807 361737

deboeck SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com