



HAL
open science

Étude du syndrome de Münchhausen par procuration sur les animaux

Pauline Bellec

► **To cite this version:**

Pauline Bellec. Étude du syndrome de Münchhausen par procuration sur les animaux. Médecine vétérinaire et santé animale. 2023. dumas-04414424

HAL Id: dumas-04414424

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04414424v1>

Submitted on 24 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

Année 2023

ÉTUDE DU SYNDROME DE MUNCHAUSEN PAR PROCURATION SUR LES ANIMAUX

THÈSE

pour obtenir le diplôme d'État de

DOCTEUR VÉTÉRINAIRE

présentée et soutenue publiquement devant

la Faculté de Médecine de Créteil (UPEC)

le 10 novembre 2023

par

Pauline, Véronique, Pascale BAILLEUX-BELLEC

sous la direction de

Matthias KOHLHAUER

JURY

Président du jury :	M. Laurent TIRET	Professeur à l'EnvA
Directeur de thèse :	M. Matthias KOHLHAUER	Professeur à l'EnvA
Examinatrice :	Mme Caroline GILBERT	Professeur à l'EnvA

Liste des enseignants intervenant dans l'encadrement des thèses de Doctorat vétérinaire

Version juillet 2023



Liste des Professeurs et Maîtres de conférences titulaires de l'HDR

M	Adjou	Karim	Professeur	DPASP
M	Audigié	Fabrice	Professeur	DEPEC
M	Bellier	Sylvain	Professeur	DSBP
M	Blaga	Radu	Professeur	DSBP
M	Blot	Stéphane	Professeur	DEPEC
M	Boulouis	Henri-Jean	Professeur émérite	DSBP
Mme	Chahory	Sabine	Professeur	DEPEC
M	Chateau	Henry	Professeur	DSBP
Mme	Chetboul	Valérie	Professeur	DEPEC
Mme	Crevier-Denoix	Nathalie	Professeur	DSBP
M	Degueurce	Christophe	Professeur	DSBP
M	Denoix	Jean-Marie	Professeur	DEPEC
M	Desquilbet	Loïc	Professeur	DSBP
Mme	Dufour	Barbara	Professeur émérite	DPASP
M	Eloit	Marc	Professeur	DSBP
M	Fayolle	Pascal	Professeur émérite	DEPEC
M	Federighi	Michel	Professeur	DPASP
M	Fontbonne	Alain	Professeur	DEPEC
Mme	Gilbert	Caroline	Professeur	DSBP
M	Grandjean	Dominique	Professeur	DEPEC
Mme	Grimard-Ballif	Bénédicte	Professeur	DPASP
Mme	Haddad-Hoang Xuan	Nadia	Professeur	DPASP
M	Jouvion	Gregory	Professeur	DSBP
M	Kohlhauer	Matthias	Professeur	DSBP
Mme	Le Poder	Sophie	Professeur	DSBP
Mme	Le Roux	Delphine	Maître de conférences HDR	DSBP
M	Manassero	Mathieu	Professeur	DEPEC
Mme	Maurey-Guéneç	Christelle	Professeur	DEPEC
M	Millemann	Yves	Professeur	DPASP
Mme	Pilot-Storck	Fanny	Professeur	DSBP
M	Ponter	Andrew	Professeur	DPASP
Mme	Risco-Castillo	Véronica	Maître de conférences HDR	DSBP
Mme	Rivière	Julie	Maître de conférences HDR	DPASP
Mme	Robert	Céline	Professeur	DSBP
M	Tiret	Laurent	Professeur	DSBP
M	Tissier	Renaud	Professeur	DSBP
M	Verwaerde	Patrick	Professeur	DEPEC
Mme	Viateau	Véronique	Professeur	DEPEC

Liste des Maîtres de conférences et Ingénieurs de recherche DMV

M	Armé	Pascal	Maître de conférences	DPASP
Mme	Barassin	Isabelle	Maître de conférences	DPASP
Mme	Barbarino	Alix	Ingénieur de recherche (DMV)	DEPEC
Mme	Benckroun	Ghita	Maître de conférences	DEPEC
Mme	Bertoni	Lelia	Maître de conférences	DEPEC
M	Bolnot	Francois	Maître de conférences	DPASP
Mme	Canonne-Guibert	Morgane	Maître de conférences	DEPEC
Mme	Chevallier	Lucie	Maître de conférences	DSBP
Mme	Cochet-Faivre	Noëlle	Maître de conférences	DEPEC
Mme	Cordonnier-Lefort	Nathalie	Maître de conférences	DSBP
Mme	Coudry	Virginie	Ingénieur de recherche (DMV)	DEPEC
Mme	Crepeaux	Guillemette	Maître de conférences	DSBP
M	Crozet	Guillaume	Maître de conférences	DPASP
Mme	De Paula Reis	Alline	Maître de conférences	DPASP
M	Delsart	Maxime	Maître de conférences	DPASP
Mme	Denis	Marine	Ingénieur de recherche (DMV)	DPASP
M	Deshuillers	Pierre	Maître de conférences	DSBP
M	Gauthier	Michel	Maître de conférences associé	DPASP
Mme	Guérin	Virginie	Maître de conférences	DSBP
Mme	Guétin-Poirier	Valentine	Maître de conférences	DPASP
Mme	Jacquet	Sandrine	Ingénieur de recherche (DMV)	DEPEC
M	Kurtz	Maxime	Ingénieur de recherche (DMV)	DEPEC
Mme	Lagrée	Anne-Claire	Maître de conférences	DSBP
Mme	Le Dudal	Marine	Ingénieur de recherche (DMV)	DSBP
Mme	Legrand	Chantal	Maître de conférences associé	DSBP
M	Mammeri	Mohamed	Maître de conférences	DSBP
Mme	Manguin	Estelle	Maître de conférences	DEPEC
Mme	Marignac	Genevieve	Maître de conférences	DSBP
Mme	Marotto	Stéphanie	Ingénieur de recherche (DMV)	DEPEC
Mme	Maurice	Emeline	Ingénieur de recherche (DMV)	DEPEC
Mme	Mespoules-Rivière	Céline	Ingénieur de recherche (DMV)	DEPEC
Mme	Mtimet	Narjès	Maître de conférences	DPASP
M	Mortier	Jérémy	Maître de conférences associé	DEPEC
M	Nudelmann	Nicolas	Maître de conférences	DEPEC
M	Pignon	Charly	Ingénieur de recherche (DMV)	DEPEC
M	Polack	Bruno	Maître de conférences	DSBP
Mme	Quére	Émilie	Ingénieur de recherche (DMV)	DEPEC
Mme	Ravary-Plumioën	Bérangère	Ingénieur de recherche (DMV)	DPASP
M	Reyes-Gomez	Edouard	Maître de conférences	DSBP
Mme	Rose	Hélène	Maître de conférences associé	DSBP
M	Tanquerel	Ludovic	Maître de conférences	DEPEC

Remerciements

Au Président du Jury de cette thèse, M. Laurent TIRET, Professeur à l'EnvA, pour l'intérêt que vous avez porté au sujet et l'enthousiasme dont vous avez fait état à l'idée de présider ce jury et découvrir l'aboutissement de ce travail.

À M. Matthias KOHLHAUER, Professeur à l'EnvA, pour avoir accepté de superviser ce travail de longue haleine, pour votre disponibilité et la patience dont vous avez fait preuve. Je vous remercie également pour les commentaires que vous avez réalisés et pour la bienveillance que vous avez toujours montrée tout au long de mon parcours au sein de l'École Vétérinaire.

À Mme Caroline GILBERT, Professeur à l'EnvA, pour avoir accepté d'examiner ce travail d'aboutissement des Études Vétérinaires.

Au Docteur Mohammed EL OUKDI, psychiatre au sein du GHEF, pour vos éclairages précieux dans la compréhension du syndrome, pour vos conseils avisés en matière de littérature, ainsi que pour le temps que vous avez consacré à la révision du questionnaire et les commentaires que vous m'avez adressés.

À M. Marc VEILLY, secrétaire général de l'Ordre des Vétérinaires, pour avoir accepté de diffuser le questionnaire dans votre newsletter mensuelle.

À l'ensemble des vétérinaires qui se sont impliqués dans mon travail en prenant le temps de répondre au questionnaire.

À Maman, pour m'avoir introduite à cette pathologie et attisé ma curiosité sur le sujet au point de réaliser ma thèse de doctorat vétérinaire dessus. Merci pour ton soutien indéfectible et ta foi en moi tout au long de mes études.

À Florent, pour ton aide précieuse, ta patience infinie et ton soutien tout au long de l'élaboration de cette thèse peu importe mes humeurs.

À Sandrine, pour avoir pris sur ton temps libre afin de m'expliquer les rudiments des logiciels que j'ai dû utiliser.

À Charlotte, pour ton intérêt et pour avoir tout fait pour me faciliter la vie lors de l'écriture de ce manuscrit.

À Papa et Renan, pour vos nombreux témoignages de soutien de près ou de loin, et d'intérêt pour ce travail de longue haleine.

À Monette et au reste de la famille, pour votre soutien ainsi que vos questions et votre écoute qui m'ont permis de travailler ma façon d'expliquer et présenter ce travail.

À Anitha, qui me suit dans mes pérégrinations vétérinaires depuis le commencement et n'a jamais manqué de me changer les idées et me faire rire. Merci de ton soutien sans faille.

À Camille, Léa-Marie, Luna et Mê-Linh, vous que l'École m'a permis de découvrir et avec qui j'ai pu me forger des souvenirs impérissables. A nos discussions, débats et fous rires. Merci pour ces années inoubliables et les prochaines à venir.

À Floriane, pour tout ce que tu as fait pour moi.

À Michel, Séverine, Julie, Anthony, Adeline, merci de m'avoir fait découvrir le métier, de m'avoir tutorée en stage, de m'avoir fait pratiquer et de m'avoir guidée. Merci de m'avoir aidée à prendre confiance en moi au fur et à mesure.

À l'ensemble des Écuries, vous êtes géniaux.

Table des matières

Liste des figures.....	3
Liste des tableaux.....	4
Liste des abréviations.....	5
Introduction.....	7
Première partie : Connaissances scientifiques du Syndrome de Munchausen.....	9
1. Syndrome de Munchausen.....	9
A. <i>Origine syndrome de Munchausen</i>	9
a. Histoire des troubles factices.....	9
De la caractérisation du syndrome par Asher à nos jours.....	12
b. 12.....	
c. Comprendre avec un cas : Stewart McIlroy.....	14
B. <i>Étiologie</i>	15
C. <i>Épidémiologie</i>	15
a. Prévalence.....	15
b. Genre.....	16
c. Classe d'âge.....	16
d. Autres caractéristiques.....	16
D. <i>Pathophysiologie</i>	17
E. <i>Commémoratifs et examen physique</i>	17
a. Symptômes rapportés.....	17
b. Signes cliniques.....	19
F. <i>Comportement</i>	19
G. <i>Diagnostic différentiel</i>	20
a. Trouble hypochondriaque.....	21
b. Trouble psychotique.....	21
c. Trouble somatoforme.....	22
d. Trouble de conversion.....	22
e. Autres pathologies.....	23
H. <i>Traitement</i>	24
I. <i>Les risques</i>	25
2. Le Syndrome de Munchausen par procuration.....	26
A. <i>Définition</i>	26
B. <i>Présentation du syndrome</i>	27
a. Étiologie.....	28
b. Épidémiologie.....	28
c. Commémoratifs et examen physique.....	29
d. Diagnostic différentiel.....	33
e. Traitement : comment agir et comment réagir ?.....	35
C. <i>Un exemple documenté : le cas de Dee Dee et Gypsy Rose Blanchard</i>	35
Deuxième partie : L'occurrence du syndrome de Munchausen dans le milieu vétérinaire ...	39
1. Introduction : littérature.....	39
A. <i>Description du syndrome dans le milieu vétérinaire</i>	39
a. L'animal comme substitut.....	39
Le propriétaire comme perpétrateur.....	39
b. 39.....	
c. Le vétérinaire comme outil.....	39
B. <i>Première étude d'importance sur le sujet : Munro et Thrusfield, 2001</i>	40
C. <i>La version vétérinaire du syndrome dans la littérature</i>	43
2. Observation personnelle : le cas d'une jument Trotteur Français.....	43
A. <i>Présentation</i>	43
B. <i>Anamnèse et commémoratifs</i>	43
C. <i>Examen clinique</i>	44

D. <i>Évolution</i>	44
E. <i>Discussion</i>	45
3. Élaboration d'un questionnaire à destination des vétérinaires	45
A. <i>Construction du questionnaire</i>	46
Introduction au questionnaire et évaluation de la connaissance des répondants sur le sujet	46
a. 46	
b. Explications générales et critères supposés par les répondants	46
c. Critères de la littérature	47
d. Description détaillée d'un cas et attitude du vétérinaire répondant.....	48
B. <i>Analyses des résultats</i>	50
4. Discussion : que peut-on en tirer ?	62
A. <i>Conclusions préliminaires sur le questionnaire</i>	62
B. <i>Les limites du questionnaire</i>	62
Conclusion	65
Liste des références bibliographiques	67
Annexe 1	71

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme croisant la présence de la maladie, la croyance en la maladie et la présence de tromperie (d'après <i>Feldman et Yates, 2018</i>).....	21
Figure 2 : Distinction entre troubles factices et troubles psychotiques (d'après <i>Feldman et Yates, 2018</i>).....	22
Figure 3 : Position des troubles psychosomatiques par rapport aux troubles factices (d'après <i>Feldman et Yates, 2018</i>).....	23
Figure 4 : Ensembles des affections du diagnostic différentiel du syndrome de Munchausen (d'après <i>Feldman et Yates, 2018</i>).....	24
Figure 5 : Un exemple de brûlure de briquet sur un enfant victime de SMpP (d'après <i>Babu et al.</i>)	34
Figure 6 : Répartition des vétérinaires répondants selon leurs spécialités	50
Figure 7 : Connaissance du syndrome selon les tranches d'âge des vétérinaires répondants	51
Figure 8 : Répartition des espèces parmi les cas rapportés par les vétérinaires.....	53
Figure 9 : Mention des retours fréquents en consultation selon la distinction des cas	56
Figure 10 : Répartition des réactions des vétérinaires lors du retour de l'animal en consultation ..	57
Figure 11 : État de l'animal décrit par le vétérinaire après son examen	58

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des moyens de simulation.....	10
Tableau 2 : Arguments cliniques évocateurs du syndrome de Munchausen (<i>d'après Fénelon, 1998</i>)	19
Tableau 3 : Nature et occurrence des symptômes observés dans l'étude de Roy Meadow (1982)	29
Tableau 4 : Diversité de la thérapie médicamenteuse reçue par une victime de Munchausen par procuration (<i>d'après Meadow, 1982</i>)	31
Tableau 5 : Signaux d'alerte de syndrome de Munchausen par procuration d'après la littérature .	32
Tableau 6 : Caractéristiques des neuf cas décrits dans l'étude de Munro et Thrusfield (<i>tableau issu de Munro et al.</i>)	41
Tableau 7 : Critères de la littérature fournis au cours du questionnaire.....	47
Tableau 8 : Films et séries à l'origine d'une connaissance du syndrome (d'après le questionnaire)	52
Tableau 9 : Exemples de classification des réponses obtenues dans le questionnaire	55
Tableau 10 : Genre des propriétaires des animaux décrits dans le questionnaire	56
Tableau 11 : Récapitulatif des attitudes observées par les vétérinaires lorsque l'animal est en bon état général (selon la distinction des cas)	58
Tableau 12 : Récapitulatif des attitudes observées par les vétérinaires lorsque l'animal est souffrant général (selon la distinction des cas)	60
Tableau 13 : Problèmes personnels évoqués par les propriétaires en consultation.....	62
Tableau 7 : Critères de la littérature fournis au cours du questionnaire.....	72

Liste des abréviations

SM : Syndrome de Munchausen

SMpP : Syndrome de Munchausen par Procuration

NAC : Nouveaux Animaux de Compagnie

BEG : Bon État Général

NAI : Non Accidental Injuries (« Blessures non accidentelles »)

Introduction

Le syndrome de Munchausen par procuration, aussi nommé « trouble factice imposé à autrui » est un trouble psychiatrique rare s'apparentant à une forme de maltraitance. Il se caractérise par la fabrication volontaire de symptômes médicaux envers un individu placé sous son autorité, dans l'optique d'attirer l'attention sur soi en se faisant passer pour une personne dévouée auprès d'autrui. Cette psychopathologie assez singulière ayant commencé à intéresser les théoriciens à partir du XX^e siècle et la littérature scientifique en décrit les aspects épidémiologiques et cliniques qui le façonnent.

Même si elle en demeure peu décrite, il existe une version vétérinaire de ce syndrome, nommée syndrome de Munchausen par procuration sur les animaux et où le propriétaire interfère volontairement avec la santé de son animal, toujours dans l'intention de susciter l'attention sur sa personne.

Bien que rare et actuellement encore peu décrit, ce syndrome représente un certain défi pour les vétérinaires qui s'y retrouvent confrontés, du fait de l'intervention systématique du propriétaire d'un animal au cours d'une consultation qui viennent à parasiter l'analyse de l'anamnèse par le vétérinaire. Même s'il est peu fréquent, ce phénomène est probablement très peu pris en compte par les vétérinaires en raison d'une méconnaissance de son existence. L'objectif du présent document est donc de décrire ce syndrome au travers de l'étude de ses causes, ses présentations caractéristiques pour en sensibiliser la profession vétérinaire. Une partie du manuscrit sera constituée de la présentation qu'ont les vétérinaires sur le sujet et les réactions qu'ils seraient susceptibles de présenter s'ils venaient à être confrontés à un cas. Un questionnaire recensant leur connaissance sur le sujet, ainsi que les cas qu'ils souhaitent partager sera élaboré et envoyé aux vétérinaires afin de recueillir leur expérience.

Première partie : Connaissances scientifiques du Syndrome de Munchausen

Le terme de Munchausen n'émerge qu'à partir du XX^e et s'inspire d'histoires ayant eu cours au XVII^e siècle. Rudolph Erich Raspe (1737-1794) était un universitaire allemand du XVIII^e siècle ayant un goût prononcé pour l'art, la littérature et la science. Après avoir publié un ouvrage de géologie volcanique (Raspe, 1763), il traduit les travaux de Leibniz de façon posthume. Il commence à se faire un nom dans le domaine littéraire. A trente ans, il devient conseiller puis est nommé professeur d'antiquités et conservateur des collections de Frédéric II. Il entre en 1769 dans la Royal Society de Londres et dépense son argent dans divers domaines, ce qui finit par amener des créanciers à récupérer leur dû. Pour s'en sortir, il vend une partie des pièces puisées dans les collections dont il a la charge en tant que conservateur. Lorsqu'il est rappelé à Kassel en 1775 pour réaliser l'inventaire des collections dans lesquelles il s'est servi, il avoue son méfait et est exclu définitivement de la Royal Society de Londres. Il perd alors toutes les opportunités littéraires qui s'offraient à lui.

Plus tard, il se tourne vers la métallurgie et commence à écrire les Aventures du Baron Munchausen (Raspe, 2012). Le héros de ces histoires est étroitement inspiré du véritable baron Karl Friedrich Hieronymus von Münchhausen (aussi orthographié Münchhausen) ayant vécu de 1720 à 1797. Soldat ayant servi dans l'armée Russe contre les Turcs, il se retire en 1760 dans son domaine pour profiter de sa retraite. C'est alors qu'il commence à raconter les récits de ses exploits de guerre, de son fantastique passé et d'autres extraordinaires quoique invraisemblables accomplissements. C'est ainsi que Raspe conte des histoires rocambolesques comme un voyage du Baron sur la Lune, avec un boulet de canon comme moyen de transport.

1. Syndrome de Munchausen

Il est déjà arrivé à la majorité des gens, notamment les enfants, d'exagérer un trait de maladie effectivement présente, comme un état fébrile ou nauséeux afin de susciter l'attention de leur entourage momentanément. Une catégorie d'individus souffre d'un besoin pathologique de susciter l'attention ou la compassion de l'entourage au travers de la maladie, ce besoin allant jusqu'à la fabrication de maladie. Il s'agit d'un trouble psychopathologique nommé Syndrome de Munchausen.

A. Origine du syndrome de Munchausen

a. Histoire des troubles factices

Le syndrome de Munchausen (SM) fait partie des troubles factices, c'est-à-dire un trouble où le patient inflige des dommages d'importance clinique à son organisme, sans intention directe de suicide (Gieler et Eckhardt-Henn, 2004), et dont la découverte est antérieure à la médecine moderne. En effet, Galien de Pergame, éminent médecin et chirurgien de la Grèce Antique (129-199) et considéré comme le père de la Médecine et de la Pharmacie modernes écrivait déjà sur la

détection des troubles factices chez certains de ses patients : « *Comment identifier ceux qui feignent la maladie* » (London medical gazette, 1836).

Les troubles factices se caractérisent par la simulation ou la fabrication des symptômes pour lesquels le patient vient consulter. Par exemple, l'un des patients décrits par Galien frotte une feuille de thapsie sur son genou afin d'entraîner une inflammation cutanée sévère et lui évite ainsi le voyage qu'il était censé réaliser au côté de son maître.

Quelques écrits du XVI^e siècle, comme *Des monstres et prodiges* (Paré, 1971) ou *De iis qui morbum simulant deprehendis liber* (*Découvrez un livre sur ceux qui prétendent être malades*) (SILVATICUS, 1595) relatent d'actes de simulation de maladies et des moyens de confondre ceux qui s'y essaient.

Ce type de trouble n'a pas particulièrement intéressé les théoriciens et scientifiques avant le XIX^e voire le XX^e siècle.

Le trouble factice est à distinguer de la simulation, ce qui n'est pas chose aisée, même pour un praticien aguerri. C'est Hector Gavin, médecin écossais du XIX^e siècle qui est le premier à réaliser une étude différenciant les deux en 1844. Il a catégorisé les différents moyens utilisés par les soldats et marins pour simuler une affection comme le montre le tableau 1 (Gavin, 1844).

Tableau 1 : Caractéristiques des moyens de simulation

Moyen	Caractéristiques
Maladies feintes ou purement fictives	Si prétendues : reposent sur un mensonge Si simulées : reposent sur la création de symptômes
Maladies exagérées	Exagération des symptômes présents
Maladies factices*	Entièrement produites par le patient ou avec son concours
Maladies aggravées	Présence de maladie mais accentuation intentionnelle des symptômes par l'action du patient.

*Ici, « factice » est utilisé dans le sens descriptif : du latin *factitius*, issu de *facere* (« faire, fabriquer »), et qui est donc créé artificiellement.

Si dans les deux cas, les patients usent d'une panoplie variée de comportements reposant sur la dissimulation, Gavin observe à l'époque que certains soldats ne recherchent pas d'avantage particulier mais présentent une « inexplicable satisfaction à tromper leurs officiers, camarades et médecins ».

C'est la motivation derrière la tromperie qui permet de distinguer la simulation du trouble factice.

Dans le cas d'un simulateur, la tromperie est motivée par le désir d'en tirer un avantage : échapper à une obligation en étant malade, recevoir une compensation financière...

Dans le cas d'un patient atteint de trouble factice, la tromperie se produit même en l'absence d'incitation externe : il n'y a pas de but apparent. C'est une action compulsive, le patient ne peut pas se contrôler. Gavin évoque ainsi une « perversion de la raison ».

Plusieurs auteurs commencent ensuite à s'intéresser à cette catégorie de personnes qui mentent pour le plaisir de parvenir à tromper les professionnels du domaine. Dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences*, l'auteur dépeint ces individus comme suit : « L'orgueil, la vanité, le désir d'appeler l'attention par une maladie extraordinaire, le besoin de tromper, l'art pour l'art comme on l'a dit, se retrouvent dans la simulation. Certaines personnes, des femmes hystériques surtout, cherchent à induire en erreur, avec la conscience de la fraude, et en déployant la ténacité, l'habileté la plus consommée, uniquement pour le désir de tromper ».

Dans *A manual of instructions for enlisting and discharging soldiers : with special reference to the medical examination of recruits, and the detection of disqualifying and feigned diseases* (Bartholow, 1863), l'auteur reporte les moyens de distinction entre une maladie véritable et une maladie alléguée. A titre d'exemple, au sujet de la surdité (affection la plus simulée par les soldats souhaitant être exemptés de service militaire), Bartholow met l'accent sur le fait que le sourd véritable aura un volume vocal plus élevé que celui qui le prétend (qui exagérera simplement la baisse d'audition).

En 1905, Ernest Dupré, alors médecin chef de l'infirmerie spéciale de la préfecture de police, publie un traité intitulé *La mythomanie : étude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbide* (Dupré, 1905). Il y définit la mythomanie comme « une tendance pathologique plus ou moins volontaire et consciente au mensonge et à la création de fables imaginaires ». Dans cet ouvrage sont décrits les présentations cliniques qui sont associées à la mythomanie. Parmi elles sont retrouvées l'altération de vérité (par son exagération, atténuation, déformation de faits réels ou additions de faits imaginaires), le mensonge, la simulation et la fabulation fantastique aussi appelée *pseudologia fantastica* par le psychiatre Anton Delbrück en 1891 (Garlipp, 2016).

La fabulation fantastique est une forme différenciée de mythomanie, pouvant elle-même être distinguée en trois formes : la mythomanie vaniteuse, maligne et perverse. La mythomanie maligne est celle des mystificateurs et des praticiens de l'accusation d'autrui (ou hétéro-accusation) telles que la calomnie ou la dénonciation. Les mythomanes pervers ont des motivations lubriques, cupides (notamment les escrocs) ou errantes (les vagabonds, parmi d'autres). La mythomanie vaniteuse prend forme par des « hâbleries fantastiques », une auto-accusation criminelle ou des simulations variées telles que des attentats ou des maladies. D'après Dupré, cette dernière se manifeste « par la mise en œuvre de [...] fausses maladies avec simulation de lésions extérieures et des troubles organiques ». Ce genre de simulation a vocation à attirer l'attention de l'entourage, attiser sa curiosité et susciter la compassion.

En 1908, Dieulafoy fait part de l'histoire d'un homme consultant pour des escarres et plaies récidivantes depuis plus de deux ans au niveau des membres (Abelhauser, 1999). Ayant consulté une myriade de spécialistes au sujet de ses lésions cutanées, plusieurs diagnostics sont posés mais aucun traitement n'endigé cette maladie qui le ronge. Finalement amputé d'une partie de son bras gauche, de nouvelles lésions continuent d'apparaître sur les jambes. Dieulafoy est alors persuadé que cet homme est à l'origine de ses propres maux et induit ses lésions au moyen de potasse caustique. Accompagné du directeur de l'hôpital, il confronte donc son patient qui dans un premier temps « nie avec un tel accent de sincérité qu'ils en sont tous émus » mais ne tarde pas à faire ses aveux.

Ce cas est singulier. Le patient a menti pendant plusieurs années, ce qui en fait un mythomane voire un mythomane vaniteux si l'on en croit la classification de Dupré.

Il est à noter que, bien que les deux hommes aient été contemporains et ayant décrit des situations comparables, Dieulafoy n'a jamais référence aux travaux de Dupré dans la description de ce cas.

Dieulafoy souhaite caractériser cette association du mensonge à l'acte délibéré de création de signes cliniques. Avec l'aide de l'écrivain Paul Bourget, il introduit donc le terme de « pathomimie », du latin *pathos* signifiant « maladie » et *mimie* signifiant « simuler » pour caractériser la pathologie d'un patient qui se crée volontairement des symptômes ou une maladie. Il les distingue en deux catégories : ceux qui trouvent leur plaisir dans le mensonge sur la maladie et ceux qui y trouvent un avantage certain.

b. De la caractérisation du syndrome par Asher à nos jours

C'est en 1951 que Richard Asher publie dans le journal *The Lancet* trois cas cliniques illustratifs de patients ayant apparemment beaucoup voyagé et également beaucoup menti (Asher, 1951). C'est dans ce même article qu'il propose le nom de Munchausen pour le syndrome, du fait des histoires rocambolesques que se forgent les patients pour justifier les symptômes qu'ils ont eux-mêmes façonnés.

Asher décrit le patient type comme « une personne admise à l'hôpital souffrant d'une maladie aigue corroborée par une histoire dramatique mais néanmoins plausible ». Il y a distingué trois variétés cliniques :

- le type abdominal aigu, : symptômes abdominaux pouvant laisser croire à une atteinte d'un organe abdominal et dont les patients se servent pour justifier les prises en charge chirurgicales. Le terme « *laparotomiphilia migrans* » est introduit et fait référence à des patients qui ont été opérés si souvent qu'ils développent des adhérences intrapéritonéales.
- le type hémorragique : patients atteints d'hémoptysie, d'hématémèse, d'hématurie.
- le type neurologique : patients atteints de céphalées, pertes de conscience, crises d'épilepsie. Ce sont les présentations les plus fréquemment rencontrées actuellement.

Après introduction de ce terme, il est possible de rapprocher les histoires médicales des patients atteints de Munchausen des « hâbleries fantastiques » des mythomanes vaniteux de Dupré ainsi que leur comportement auto-accusateur ici vis-à-vis de la maladie (par l'allégation de maladie) qu'ils justifient en se forgeant des preuves médicales.

En plus de nommer le syndrome, Asher réunit les caractéristiques qui forgent le syndrome :

- des allégations de maladies aigues mais spectaculaires (supportées par le mensonge).
- des hospitalisations nombreuses, requérant beaucoup de recherches : les maladies sont incompréhensibles, les médecins n'ont « jamais vu de pareil cas ».
- des pérégrinations d'hôpital en hôpital, qui se soldent souvent par une fuite du patient.

Il attire l'attention sur l'apparente absence de sens du comportement de mensonge contrairement au simulateur qui a un objectif précis en tête. Le « Munchausenien » cherche la compassion et la déconvenue des médecins sur son cas « atypique et compliqué », laquelle le maintiendra dans son lit d'hôpital. Il veut expérimenter le rôle du patient dans son intégralité.

Par cette description étayée d'exemples, Asher permet à de nombreux praticiens de mettre un nom sur le trouble dont souffrent certains de leurs patients. En 1967, une soixantaine de cas est

référéncée et met en lumière la facilité de production de preuves factices pouvant interférer avec les procédures diagnostiques.

NB : au cours des traductions des écrits de Raspe, le nom de *Münchhausen* perd un « h » ainsi que le tréma pour devenir *Munchausen*. Asher gardera l'orthographe modifiée de la sorte lorsqu'il nommera le syndrome (Fénelon *et al.*, 1998).

Le terme de trouble factice n'apparaît dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* qu'à partir de la troisième édition (DSM-III), en 1980.

Le trouble y est répertorié comme une présentation de symptômes physiques ou psychologiques produits par le sujet et sous contrôle de sa volonté, ce qui est à différencier de l'hystérie où le sujet n'a aucun contrôle. Là encore est visible la complexité du diagnostic : qui peut prétendre savoir si quelqu'un a le contrôle ou non ?

Gilles Fénelon met d'ailleurs l'accent sur le fait que la capacité de simuler une maladie sans être découvert demande un certain jugement et capacité intellectuelle certaine qui suggère le contrôle. Toutefois, il est possible de considérer que le caractère compulsif du comportement et des actes qui s'ensuivent restreignent la notion de « volonté » à l'état pure. La dissimulation est volontaire car le sujet le fait délibérément, mais il n'a pas de contrôle sur cette pulsion.

Dans la version révisée du DSM-III (American Psychiatric Association et American Psychiatric Association. Work Group to Revise DSM-III, 1987), la définition est agrémentée du terme d'intentionnalité : la production de symptômes est intentionnelle mais l'intention est obscure (le but est de jouer le rôle du malade sans de raison particulière dans cette définition). Le syndrome de Munchausen est finalement distingué de la simulation dans ce volume comme « un trouble factice où des symptômes physiques sont produits et conduisent à des hospitalisations multiples ». La quatrième version garde la distinction en faisant allusion au syndrome de Munchausen dans le groupe avec signes et symptômes à *prédominance* physique (ce qui n'exclut plus totalement certains symptômes psychologiques).

Le trouble factice en général regroupe les caractéristiques suivantes :

- la production ou l'imitation intentionnelle de signes ou symptômes physiques ou psychologiques.
- il n'y a pas de motif extérieur (financier, légal...) apparent outre la volonté de jouer le rôle du malade.

Cependant, cette désignation ne permet pas de différencier les menteurs d'Asher des pathomimes de Dieulafoy, or l'épidémiologie et la présentation de ces deux maladies sont différentes. Les individus souffrant de syndrome de Munchausen sont donc simplement nommés altérateurs car ils altèrent leur histoire médicale en plus de leur intégrité physique.

Asher écrit que les troubles factices dont fait partie le syndrome de Munchausen n'existent que lorsqu'il y a un rapport patient-médecin car ces troubles prennent corps dans les structures hospitalières. C'est là que le patient est hébergé, reçoit les soins et reçoit toutes les attentions relatives aux investigations. Ce genre de trouble n'est donc pas objectivable avant la présentation en clinique ou à l'hôpital.

c. Comprendre avec un cas : Stewart McIlroy

Stewart McIlroy naît en 1915 dans le Comté de Donegal, en Irlande (Pallis et Bamji, 1979). Il y a peu de détails sur sa jeunesse, hormis qu'il en passe une partie en prison. A l'aube de ses trente ans, il est admis plusieurs fois au sein du City Hospital de Belfast en raison d'une blessure au genou gauche qui ne guérit pas. Quelques années après, il est transféré de la HM Prison de Belfast au Purdysburn Mental Hospital où il restera cinq ans.

En 1954, il se rend au Charing Cross Hospital de Londres pour un pneumothorax gauche survenu, selon ses dires, lors de la réduction d'une luxation de l'épaule sous anesthésie dans un autre hôpital londonien. Au cours de cette année ont commencé à se développer des symptômes à caractère neurologique. Leur présentation est dramatique : céphalées récurrentes, raideur du cou, photophobie et hémiplégie du côté gauche. Des hémorragies subarachnoïdiennes lui sont diagnostiquées à de nombreuses reprises mais les multiples ponctions lombaires réalisées ultérieurement reviennent systématiquement dans les normes.

Au cours des sept années suivantes, McIlroy est référé plusieurs fois dans des services psychiatriques. Pendant cette même période, il développe des signes évocateurs de syringomyélie, une maladie détruisant progressivement la substance grise puis blanche de la moelle épinière. A nouveau, aucun des examens complémentaires effectués ne confirme ce diagnostic.

En 1961, après avoir présenté différents épisodes de dysphagie, dysphonie et des troubles respiratoires aigus lui ayant valu une opération de trachéotomie d'urgence, il obtient une trachéotomie permanente.

En 1965, il présente pour la première fois des symptômes de douleur abdominale aigue (qui rappellent le type « abdominal » décrit par Asher). Ceux-là lui ouvriront les portes de nombreux hôpitaux qui performeront plusieurs examens invasifs tels que des examens barytés du transit, des lavements, ainsi qu'au moins quatre laparotomies dans le but de trouver la source de la douleur rapportée, en vain. Ayant acquis une solide expérience hospitalière, il se met à faire part de douleurs à la poitrine. Associées à des épisodes d'hémi-parésie ou de syndrome abdominal aigu, elles le font admettre en urgence à plusieurs reprises. Finalement, en 1975, à la suite d'une entrée pour douleur à la poitrine, McIlroy déclenche une rétention urinaire qui se résout à la suite d'une prostatectomie transurétrale.

En 1976, la fixation d'une fracture fémorale par des broches se révèle infructueuse et McIlroy subit une arthroplastie bilatérale de la hanche.

Après quelques admissions supplémentaires au sein d'hôpitaux irlandais, McIlroy disparaît.

Au cours de ses pérégrinations, le très nomade McIlroy s'est rendu dans au moins soixante-huit hôpitaux différents où deux-cent-sept admissions ont pu être documentées. Au cours de l'enquête retraçant son périple, il est apparu qu'il a, à de nombreuses reprises, orienté les médecins sur les pathologies qu'il prétendait avoir, en présentant subitement les signes essentiels recherchés par les médecins. Il est sorti contre avis médical 133 fois sur l'ensemble des admissions, lorsque des suspicions émergeaient. Enfin, il a utilisé de 22 noms et au moins 8 prénoms différents lors de ces admissions.

B. Étiologie

L'étiologie de cette maladie psychiatrique est inconnue, cependant, il existe des facteurs psychosociaux qui sont fréquemment retrouvés chez les patients. Des traumatismes tels que la perte d'un être cher, un historique d'agression qui seraient passées inaperçues peuvent également faire partie des facteurs favorisant l'occurrence de ce syndrome.

Dans son mémoire de fin d'études en maïeutique, Aurélie Colin rapporte qu'Henderson rapproche en 1974 les troubles factices des mécanismes de coping qui seraient intégrés pendant l'enfance. Dans ce cas, le patient atteint de trouble factice s'identifie à une personne qui a autrefois présenté les symptômes que le patient simule. Le sujet base ainsi la construction des symptômes sur ce qu'il a pu observer.

Par la suite, Kaplan postule en 1994 que l'hospitalisation permet aux patients de vivre une « relation idéale de parent à enfant qui leur a manqué ». Un manque d'attention prolongé, notamment pendant l'enfance si les parents étaient inattentifs peut donc être prédisposant. Les patients étudiés par Kaplan et son équipe ont notamment souffert de maltraitance durant leur enfance et ils observent chez eux un entourage amical et familial restreint. Une fois exposé à l'hôpital, ce dernier devient un havre de paix et un idéal d'attention pour ces patients.

Eisendrath ajoute deux ans plus tard que ce trouble factice donne au patient une impression de contrôle au patient, contrôle dont il a pu manquer pendant l'enfance.

La conjoncture actuelle postule que les patients souffrant de ce trouble mettent en place cette imposture médicale dans l'objectif de se retrouver au centre de l'attention du personnel hospitalier, comblant ainsi le manque d'attention dont ils souffrent dans le domaine privé. De plus, la fabrication consciente de leurs symptômes leur donne l'équivalent d'un ascendant sur le médecin qui lui, cherche parfois longuement ce qui peut bien causer un tel mal chez ses patients !

C. Épidémiologie

a. Prévalence

Le syndrome de Munchausen fait partie des troubles factices lesquels sont des troubles rares. Une étude révèle qu'un tel diagnostic n'a été posé que sur 0,8% des patients d'une unité psychiatrique ayant accueilli 1288 patients sur une année (Sutherland et Rodin, 1990).

Plus récemment, Fliege et son équipe ont examiné les études réalisées jusqu'alors et ont cherché à expliquer de telles disparités (Fliege *et al.*, 2002). Il y dénombre trois problématiques : les moyens de diagnostic de trouble factice diffèrent d'une étude à l'autre, il n'y a pas de comparaison avec un groupe témoin et la clandestinité inhérente aux comportements d'autodestruction a tendance à sous-estimer le nombre diagnostics. Ces derniers mettent au point un questionnaire diffusé à 26 médecins indépendants et 83 praticiens seniors spécialisés en médecine interne, chirurgie, neurologie et dermatologie. Il y est demandé la prévalence estimée des personnes souffrant de troubles factices au cours d'une année dans leur établissement. Cette dernière est en moyenne d'1,3% mais à nouveau, l'intervalle est très large et varie entre 0,0001% et 15% selon les réponses (Fliege *et al.*, 2007). La prévalence moyenne est considérée comparable avec les prévalences antérieurement établies.

A noter qu'il est probablement sous-diagnostiqué en raison de la présentation clinique non spécifique et des précautions prises par ceux qui en souffrent et ne veulent pas être découverts.

b. Genre

Dans la quatrième édition du DMV, il est écrit que les hommes sont plus sujets au syndrome de Munchausen que les femmes. Cependant, de nombreux articles statuent le contraire tels que ceux rédigés par Reich en 1983, Sutherland en 1990, Yates en 2016 ou plus récemment dans une série de cas étudiés par Bérar et son équipe en 2021. Le critère de l'individu masculin a été abandonné dans la cinquième version du DSM.

Le Docteur Le Flahec différencie un modèle féminin et un modèle masculin dans son mémoire de spécialité (Prangère, 1999).

Le modèle féminin rassemble en majorité des femmes présentant des troubles de la personnalité ou des troubles somatoformes, d'apparence normale. Les symptômes qu'elles présentent sont aigus et ces dernières font preuve d'une grande théâtralité dans le récit de leur histoire. Le regard des autres revêt une importance capitale et ces patientes font preuve d'une dépendance affective marquée vis-à-vis du médecin tandis que le reste de leurs relations est pauvre voire inexistant. Leurs demandes sont impulsives, frénétiques et en cas de refus, des comportements de vexation ou des menaces d'intenter à leur vie peuvent survenir. Sont également notées une inconstance des plaintes par rapport à leur état et des revendications servant uniquement le but d'obtenir des investigations plus poussées.

Le modèle masculin est un modèle autodestructeur marqué. Le caractère autodestructeur de ce modèle passe justement par la simulation de maladies. Il commence par un long récit très étayé de l'historique médical, soutenu par la présentation de « preuves » telles que des cicatrices de laparotomies antérieures. Les abdomens bardés de cicatrices sont d'ailleurs déjà mentionnés par Asher en 1951. Comportementalement, ces patients sont très exigeants et instables émotionnellement : une infime frustration peut révéler soudainement un personnage extrêmement colérique, voire brutal. Contrairement aux femmes, ils sont décrits comme des individus dont la demande médicale doit être satisfaite immédiatement. Le cas écheant, c'est le caractère explosif qui ressort, verbalement ou par une fuite brutale, irréfléchie et « faisant grand bruit ».

c. Classe d'âge

Ce syndrome touche principalement des adultes. Ces derniers sont pour la plupart assez jeunes, avec un âge moyen se situant autour de 40 ans pour la gent masculine et de 30 ans pour la gent féminine (Prangère, 1999).

Les cas rapportés chez les enfants et adolescents ne correspondent souvent pas vraiment à la description faite par Asher, et s'apparentent plus à de la simulation.

d. Autres caractéristiques

Ce sont des patients qui peuvent avoir été malades dans l'enfance et qui gardent en souvenir la façon dont ils ont été traités à l'hôpital, et l'attention qui leur a été portée lors de leurs séjours hospitaliers. Ce sont des individus souvent solitaires pouvant présenter un comportement antisocial associés à un trouble de la personnalité limite (« *borderline* »). Ce sont également des personnes qui rencontrent des difficultés à garder un emploi (Sousa Filho *et al.*, 2017).

Ces patients peuvent faire partie (ou avoir fait partie) du corps médical ou avoir un entourage proche qui en fait partie. Ils ne se prétendent cependant pas ouvertement médecins car ce mensonge ne pourrait pas être maintenu très longtemps. Il arrive qu'ils déclarent avoir un médecin parmi leurs amis ou dans leur famille. Il se font ainsi passer pour ledit médecin en téléphonant dans les services où ils sont hospitalisés pour donner des « directives » relatives à la prise en charge ou simplement « prendre des nouvelles du patient ».

Quand ils n'exercent pas dans le domaine médical, certains se façonnent une carrière valorisante. Ainsi, certains patients prétendent avoir été pilotes de chasse et vu leurs amis mourir devant eux tandis que d'autres ont travaillé avec d'illustres noms de la science.

La mobilité dans l'espace a également une grande place dans cette mascarade. Les voyages et déplacements professionnels s'inscrivent facilement dans un mensonge et suffisent à expliquer les trous dans la biographie ainsi que l'absence d'entourage fixe. L'altérateur n'est pas ancré dans un foyer, mais dans les différentes structures dans lesquelles il échoue. On parle de « nomadisme médical ».

En dehors des antécédents médicaux, l'historique familial a une grande importance, notamment s'il est tragique car il suscite la compassion. La mort brutale d'un proche ou le diagnostic d'une maladie grave dans la famille peuvent justifier d'un état dépressif, d'une dégradation de l'état du patient lors d'une hospitalisation ou motiver une sortie contre avis médical.

D. Pathophysiologie

La présentation clinique de ce syndrome repose sur la fabrication de symptômes, cependant il n'y a pas de lésion physique ou de dysfonctionnement organique qui sont spécifiquement associés à ce syndrome. Ce trouble étant lié à des facteurs comportementaux et psychologiques, ce sont donc des mécanismes émotionnels et psychologiques qui conduisent le patient à provoquer et/ou simuler ses symptômes médicaux.

A ce jour, il est avéré que le besoin intense d'attention et de sympathie constitue la pierre angulaire de ce trouble. Le patient ne désire qu'une chose : obtenir le statut de « malade », qui lui permet de vivre une histoire. Cette histoire peut être inventée de toutes pièces ou se baser sur un fond de vérité sur lequel le patient change certaines versions. Ce type de patient ayant tendance à se promener d'un hôpital à un autre, les histoires racontées peuvent varier d'un établissement à l'autre.

Il est extrêmement difficile de proposer des schémas psychologiques classiques de ce syndrome car il est nécessaire d'étudier un grand nombre de cas pour aboutir à ce genre de conclusions. Encore aujourd'hui, les médecins sont confrontés à la réticence des patients à accepter de mettre des mots sur leur trouble, ce qui ne facilite pas l'étude de ce dernier.

E. Commémoratifs et examen physique

a. Symptômes rapportés

Le patient arrive usuellement en condition d'urgence : son arrivée est remarquée. La présentation clinique décrite est toujours alarmante et vise à attirer immédiatement l'attention du personnel soignant. C'est cette tactique que Fénelon désigne astucieusement par « l'appel du symptôme » (Fénelon *et al.*, 1998) . Dans un tel contexte, la bonne foi du patient n'est pas remise en question, et l'organisation bien huilée des soins médicaux de premier ordre est mise en place.

La classification des présentations cliniques qu'Asher propose (cf. I.A.b.) est aujourd'hui trop restrictive car il en a été répertorié de nombreuses autres. Elle donne cependant un bon aperçu de ce qu'il était déjà possible d'observer à l'époque. En 1983, Reich et Goltfried classent l'origine des symptômes de troubles factices selon quatre groupes : l'auto-induction d'infections, la falsification de maladie, l'entretien de plaies chroniques et la prise (cachée) de médicaments.

Afin de susciter l'intérêt sans éveiller la suspicion, le symptôme présenté doit être spectaculaire (hématurie ou hémoptysie falsifiées par le patient, cicatrice, fièvre après réchauffement du thermomètre...). Idéalement, il doit se produire devant le praticien tout en étant non vérifiable par le clinicien (céphalée, douleur au ventre) ou pouvoir s'être vraisemblablement produit antérieurement sans laisser de trace au moment de l'examen (hypoglycémie, crise d'épilepsie). Le symptôme présenté oriente vers un diagnostic en particulier, lequel va nécessiter des examens spécifiques. Ainsi, le plus important demeure la vraisemblance de l'atteinte et l'impossibilité de vérifier dans l'immédiat.

Certains patients vont rendre compte de leur état avec une précision formidable, parfois de la façon dont la maladie est décrite dans les livres de médecine. Ce faisant, le discours du patient est ne suit pas un schéma symptomatique débouchant sur un diagnostic différentiel mais un schéma nosologique.

C'est d'ailleurs ce que rapporte Gilles Fénelon (Fénelon *et al.*, 1998) au sujet d'une patiente qui rendait compte d'une myasthénie avec des termes médicaux très précis, ainsi que l'enchaînement des symptômes qu'elle aurait subis. En réalité, elle gardait un livre sur la maladie rangé dans sa table de nuit.

Les connaissances médicales font également suite aux expériences personnelles, familiales voire aux observations faites en milieu hospitalier. Les patients peuvent aller jusqu'à interroger des personnes souffrantes à l'hôpital ou dans des groupes de soutien. Aujourd'hui, la foule d'informations médicales mise à disposition sur internet permet également aux altérateurs de parfaire leurs histoires.

Sont répertoriés dans le Tableau 2 les arguments cliniques en faveur du syndrome de Munchausen, d'après Gilles Fénelon et plusieurs éléments de la bibliographie.

Tableau 2 : Arguments cliniques évocateurs du syndrome de Munchausen (d'après Fénelon, 1998)

Arguments cliniques évocateurs du syndrome de Munchausen
Présentation spectaculaire, en urgence
Histoire médicale non convaincante, présentant des failles ou des trous
Connaissances médicales inhabituelles
Antécédents médicaux nombreux mais flous ou impossibles à confirmer
Nombreux voyages, métier inhabituel ou en relation avec la médecine, détails biographiques invraisemblables
Deuil(s) récent(s) parfois en série
Absence d'entourage, de visiteurs, famille non joignable, médecin traitant introuvable ou non joignable
Demandes de renseignements sur le patient uniquement téléphoniques
Tendance à entrer en conflit avec les soignants
Demandes répétées d'analgésiques ou de psychotropes
Sortie du service à l'improviste

b. Signes cliniques

L'examen clinique est curieusement dans les normes : le personnel soignant en est le premier surpris car généralement aucune anomalie relative aux problèmes rapportés par le patient n'est retrouvée lors de l'examen. C'est ainsi que sont initiés les examens complémentaires tels que les prélèvements sanguins, les examens d'imagerie ou d'autres plus invasifs.

Si le patient présente une pathomimie cutanée, comme c'est le cas dans les rapports de Dieulafoy, il va attirer l'attention sur ses lésions et sur leur singularité.

Le patient va favoriser l'apparition d'infections et ce, par des moyens parfois très pervers. Le docteur Feldman fait le rapport d'une jeune femme hospitalisée plusieurs fois pour septicémie. Afin de provoquer des symptômes de sepsis, elle s'injectait par voie intraveineuse du sérum physiologique mélangé à des résidus fécaux (Feldman et Yates, 2018). Il est également décrit des patients qui usent de substances psychoactives pour simuler un état abattu ou ralenti (Sousa Filho *et al.*, 2017).

F. Comportement

Au sein de l'hôpital, le patient se montre très organisé : s'il est déjà venu, il se souvient du nom du personnel soignant, il prend soin de son confort notamment pour occuper ses longues journées. Il recherche la présence des médecins s'occupant de son cas et tâche de susciter leur intérêt en

agrémentant son histoire médicale de nouveaux détails, souvent inquiétants. Il accepte tous les examens qui lui sont proposés voire demande certaines interventions qui ne sont pas nécessaires. Il attend du personnel infirmier de la compassion et que ce dernier s'intéresse à ce qui le touche.

Sa prétendue pathologie est le moyen qu'il utilise pour tromper les médecins. Parvenir à tromper les personnes « expertes » dans le domaine est une forme de consécration, laquelle lui donne le moyen de supplanter les experts. Cette finalité fait écho à la mythomanie vaniteuse mentionnée plus haut. Le patient tire les ficelles et manipule un individu souvent représenté comme faisant partie d'une élite.

Après les investigations médicales qui se révèlent infructueuses, la facticité de la maladie peut être suspectée par les médecins. Un interrogatoire plus poussé peut également les mettre sur la piste de la fraude. Le patient, alors confronté à ses mensonges, devient agressif ou violent, il nie ce dont il est accusé. Il provoque alors sa sortie de l'hôpital, contre avis médical ou non, en s'enfuyant ou en usant d'arguments variés (urgence familiale, déplacement obligatoire dans le cadre du travail...). Cette sortie est fracassante, et l'étape suivante consiste à culpabiliser les intervenants qui n'ont pas « su traiter la maladie ».

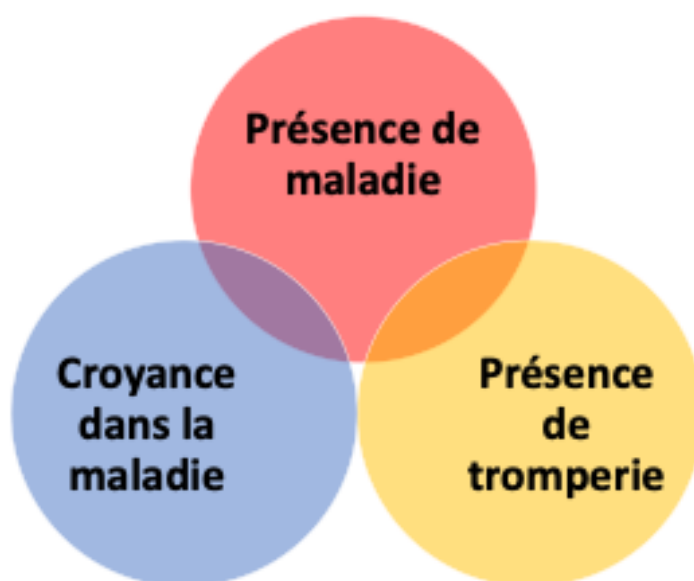
Certains patients appellent l'hôpital après leur séjour en se faisant passer pour le médecin traitant, pour informer l'hôpital que la patient a fait une rechute qui le plonge dans un état critique et justifie un retour à l'hôpital. D'autres appels annoncent la mort du patient, du moins sous l'identité qu'il a présenté dans l'hôpital en question. La mise en échec du corps médical est ainsi aboutie et une nouvelle supercherie peut alors se mettre en place dans une autre structure, ou auprès de nouveaux praticiens.

G. Diagnostic différentiel

Les maladies des domaines psychologique et psychiatrique sont par essence assez difficiles à appréhender.

L'une des clés de différenciation entre ces maladies d'apparente similarité repose sur le point suivant : le patient est-il conscient de ce qu'il a fait ? Pour mentir, il faut avoir conscience que ce que l'on raconte n'est pas la vérité, autrement, il ne s'agit plus d'un mensonge mais d'une « erreur ». De manière plus imagée, il est possible de réaliser un diagramme superposant la « croyance en la maladie », la « présence de la maladie » et la « présence de tromperie ». Ce dernier est présenté dans la Figure 1.

Figure 1 : Diagramme croisant la présence de la maladie, la croyance en la maladie et la présence de tromperie (d'après Feldman et Yates, 2018)



a. Trouble hypochondriaque

Un patient atteint de trouble d'anxiété de la maladie aussi nommé hypochondrie pense honnêtement qu'il souffre d'une maladie mais il n'a pas conscience que cela est faux. L'hypochondrie est caractérisée par une inquiétude excessive portée sur les implications possibles des symptômes. Ainsi, une douleur à la gorge classique en hiver peut être synonyme de cancer potentiel, ce qui motive des consultations médicales très fréquentes en raison du stress généré par ces symptômes. Plus rarement, il peut y avoir un évitement des soins, avec un patient qui se renferme sur lui-même.

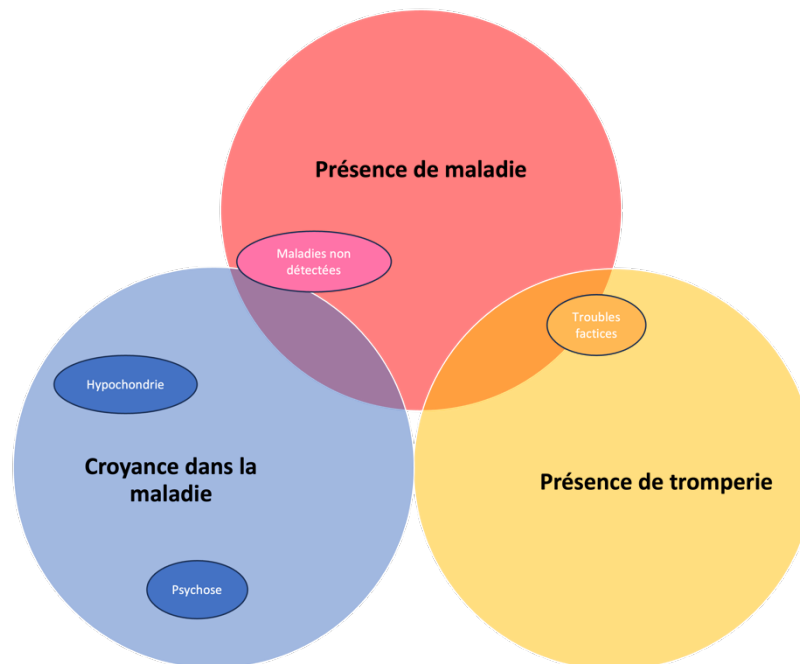
b. Trouble psychotique

Un patient présentant des troubles psychotiques n'a de même pas conscience de la fausseté de ses propos. La sphère médicale désigne par le terme « troubles psychotiques » le fait de présenter une perte de contact partielle ou totale avec la réalité. Les patients expérimentent des hallucinations, visuelles ou auditives qui peuvent les persuader qu'ils sont atteints d'un mal. Ils en sont intimement persuadés et présentent des signes de détresse lorsqu'ils ne sont pas crus. Le syndrome d'Ekblom aussi appelé délire de parasitose est un exemple de trouble psychotique (Berhili *et al.*, 2016). Les patients sont convaincus que des parasites se développent au sein de leur peau et les « voient » s'y déplacer. Parfois, ils apportent des « preuves » (sous la forme de lésions de grattage ou de squames) pour justifier ce qu'ils allèguent mais ces patients sont de bonne foi, contrairement aux Munchauseniens.

Dans ces deux situations, les patients n'ont pas les affections qu'ils clament avoir mais ils en sont pourtant persuadés. Le patient atteint de trouble factice qui présente des signes de maladie sait qu'il est à l'origine de ces signes mais prétendra le contraire.

Le trouble factice, la psychose et l'hypochondrie se placent ainsi sur le diagramme comme sur la Figure 2 ci-après.

Figure 2 : Distinction entre troubles factices et troubles psychotiques (d'après Feldman et Yates, 2018)



c. Trouble somatoforme

Le trouble somatoforme consiste en des plaintes physiques persistantes et associées à des pensées excessives ou inadaptées ainsi que des comportements et sentiments liés à ces symptômes. La somatisation est l'expression de symptômes mentaux se présentant comme des symptômes physiques. Dans ce trouble, les symptômes ne sont pas produits intentionnellement ni feints mais peuvent parfois accompagner une maladie avérée. Le patient atteint pense souffrir d'une maladie physique (et non d'un trouble mental) et fait pression sur le corps médical pour obtenir des examens complémentaires et des traitements, et ce même si les résultats reviennent négatifs. Cela rappelle la présentation des troubles factices dans leur ensemble mais dans le cas d'un syndrome de Munchausen (trouble factice imposé à soi-même), le patient sait que sa maladie est construite et fabrique ses symptômes pour obtenir ces examens. Le patient somatoforme peut également changer de médecin si ce dernier ne va pas dans le même sens que lui concernant la maladie. Le trouble somatoforme se distingue du trouble d'anxiété de la maladie car les symptômes physiques sont dans ce second cas absents ou minimes.

d. Trouble de conversion

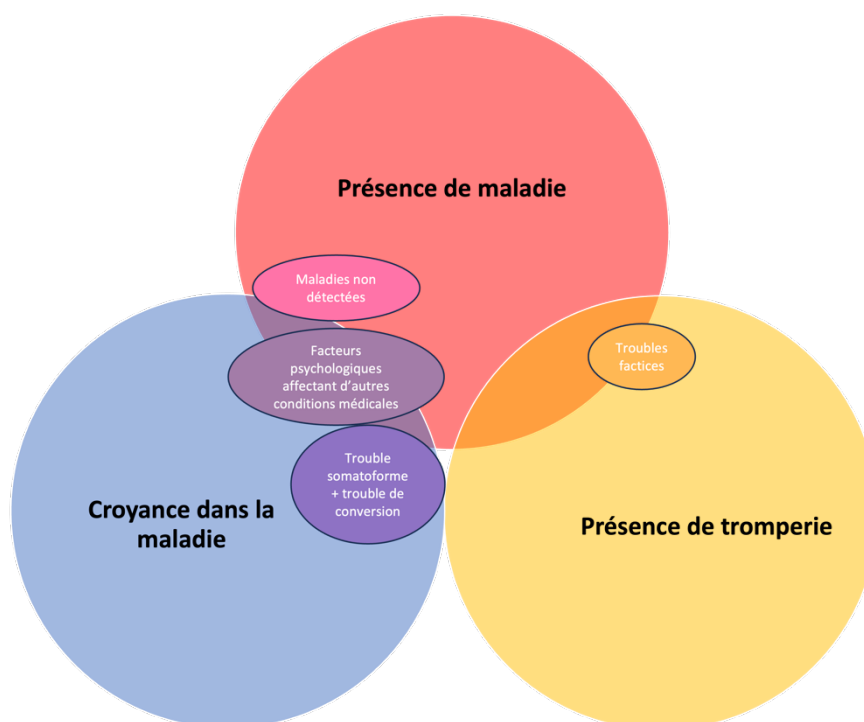
Le trouble de conversion (aussi nommé trouble fonctionnel symptomatique neurologique) se caractérise par la production inconsciente ou involontaire d'un ou plusieurs symptômes ou déficits neurologiques touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensorielles (maaises, convulsions, difficulté à parler, paralysie...). La symptomatologie n'est pas compatible avec une maladie neurologique ou d'autres mécanismes physiopathologiques. Par exemple, un patient peut se

retrouver incapable de réaliser une flexion plantaire lorsqu'il se trouve en décubitus mais sera capable de se maintenir sur la pointe des pieds en station debout. Il n'y a pas de tromperie.

Comme il a été établi plusieurs fois dans cette première partie, le trouble factice diffère de la simulation par la motivation qui dirige le patient. Dans les deux cas, les patients créent leur maladie (ou l'inventent) et font intervenir la dissimulation et la tromperie pour rendre la situation crédible. Toutefois, le simulateur ment car il est motivé par une raison extérieure qui lui est profitable. Un individu qui présente une addiction aux narcotiques et qui prétend souffrir de douleurs importantes afin de se voir délivrer des antalgiques est un exemple de simulateur. Celui qui arrive à l'hôpital blessé et prétend s'être fait heurter par une voiture dans le but d'être indemnisé par l'assurance en est un autre. Les domaines militaires et judiciaires font partie de ceux où la simulation est fréquemment retrouvée.

Le patient atteint de trouble factice se prétend malade par attrait du statut de malade qui lui permet de satisfaire son besoin d'attention. La distinction entre les troubles psychosomatiques (troubles somatoforme et de conversion) et les troubles factices est imagée dans la Figure 3.

Figure 3 : Position des troubles psychosomatiques par rapport aux troubles factices (d'après Feldman et Yates, 2018)



e. Autres pathologies

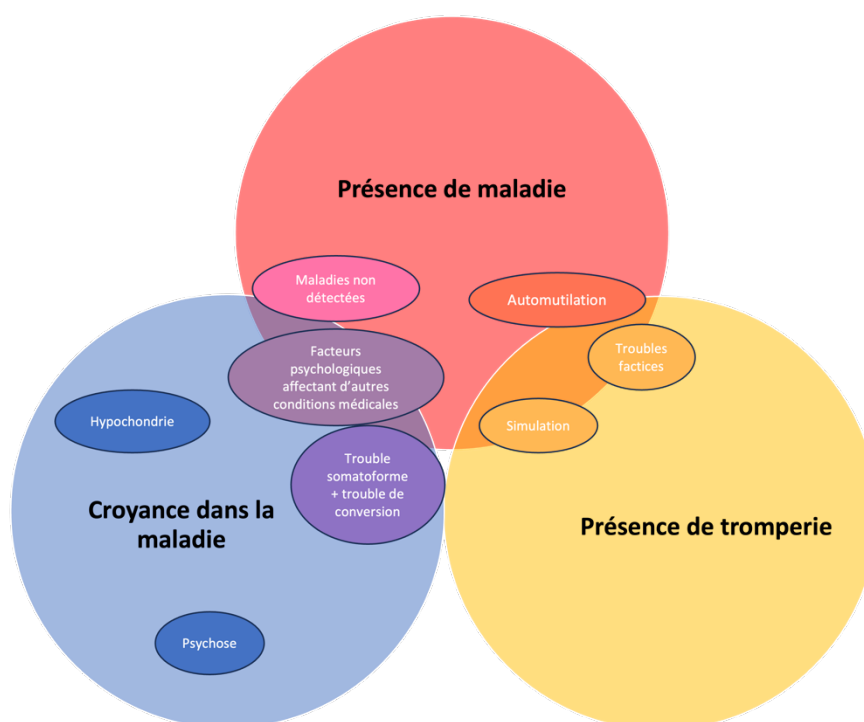
Dans les situations suivantes, le mensonge intervient pour tromper le médecin mais aucunement dans l'objectif d'obtenir un quelconque avantage ou se faire hospitaliser.

L'automutilation : Dans ces cas-là, la consultation médicale ainsi que l'anamnèse mensongère servent à dissimuler le comportement automutilateur. Dans l'automutilation, il n'y a pas recherche du statut de malade mais il peut s'agir d'une forme d'appel au secours.

Les différents abus : Lors d'abus physique (maltraitance), les patients ont tendance à revenir plusieurs fois dans les services hospitaliers (voire changer de structure régulièrement pour ne pas éveiller les soupçons) ce qui peut rappeler la mobilité des « Munchauseniens ». Cependant, à l'inverse de ces derniers, ils ne cherchent pas à attirer l'attention (et préfèrent passer inaperçus), ni à jouer le rôle du malade. Les motifs de consultations sont peu diversifiés : il s'agit le plus souvent de blessures ou fractures. Le mensonge intervient ici dans la justification des symptômes présentés : les abusés se diront « maladroits » ou qu'ils sont « tombés dans les escaliers ». Ils mentent par honte ou par peur mais jamais pour obtenir le rôle de patient.

L'ensemble des affections du diagnostic différentiel est implémenté dans le diagramme présenté en Figure 1, ce qui donne un format visuel plus aisé à comprendre en Figure 4 ci-dessous.

Figure 4 : Ensembles des affections du diagnostic différentiel du syndrome de Munchausen (d'après Feldman et Yates, 2018)



Même si le travail réalisé dans cette thèse semble inciter à mettre en doute les dires des patients, il ne faut pas oublier que des accidents singuliers peuvent survenir dans la vie quotidienne et que tout individu est susceptible de dissimuler la vérité par peur du jugement d'autrui ou par honte. Même s'il est probablement sous-diagnostiqué, il est important de rappeler que le trouble factice est un trouble rare et par conséquent, le syndrome de Munchausen également. Il faut donc exercer son esprit critique dans chaque situation afin de ne pas porter de fausses accusations à tort.

H. Traitement

Une maladie n'est traitable correctement que si elle est clairement identifiée comme telle. Pour traiter le Syndrome de Munchausen, il faut commencer par le diagnostiquer. Un tel diagnostic est très compliqué à poser du fait de la rareté du syndrome et du comportement de fuite dont fait preuve cette catégorie de patients.

Un psychiatre consulté au cours de l'élaboration de cette thèse explique d'ailleurs qu'il a posé un tel diagnostic sur moins de cinq patients au cours de sa carrière. De surcroît, ces diagnostics ont reposé sur de multiples entretiens dans des conditions différentes car il était parfois difficile de faire la distinction entre les différentes pathologies compatibles avec la psychologie du patient.

En tant que tel, il n'existe pas de traitement miracle venant à bout du trouble factice : il est même rare de pouvoir ne serait-ce qu'initier un suivi psychologique thérapeutique (psychothérapie) car le patient a souvent déjà fui. D'autres moyens tels que la thérapie comportementale, la thérapie médicamenteuse ou des techniques multidisciplinaires sont parfois mis en œuvre.

L'efficacité des traitements de ce genre de maladies ne sont pas particulièrement soumises à des études contrôlées et randomisées. Une étude systématique sur les troubles factices comportant 32 rapports de cas et 13 autres séries de cas (Eastwood et Bisson, 2008) a mis en évidence le manque de preuve en ce qui concerne les thérapies proposées dans la gestion des troubles factices.

De manière générale, le pronostic est plutôt mauvais en ce qui concerne la mise en place d'un traitement.

Au sein de l'hôpital, un médecin qui suspecte la facticité d'une maladie doit éviter dans la mesure du possible, l'extorsion de l'aveu de tromperie (Prabhu *et al.*, 2020). Comme rapporté antérieurement, la confrontation du patient le met dans une position délicate qui va être à l'origine d'une sortie précipitée des services hospitaliers qui l'ont « percé à jour ». Cela peut aggraver le comportement auto destructeur dont il fait preuve dans le but de retrouver le climat hospitalier qu'il trouve si rassurant.

En parallèle, il doit devenir l'allié du patient et non son complice. S'il doit éviter de confronter le malade, il ne doit pour autant pas considérer son discours comme véridique en tout point. Le médecin doit garder en tête qu'il est possible que le patient mente et éviter d'entretenir les désirs malsains de ce dernier. L'insistance dont il fait preuve pour rester hospitalisé ou subir diverses interventions doit être en permanence questionnée : est-ce nécessaire ? Pourquoi tant d'insistance ?

I. Les risques

Le sujet qui consulte pour une affection qu'il sait qu'il n'a pas s'expose à des risques en donnant son assentiment pour les interventions. Toute opération expose le patient à un risque anesthésique en plus des complications chirurgicales éventuelles. Par ailleurs, des accidents peuvent survenir : un patient ayant falsifié ses symptômes a reçu une transfusion sanguine qui n'était pas nécessaire. Il s'avère que la séropositivité du donneur n'avait pas été objectivée. En conséquence, le patient transfusé se retrouve atteint du SIDA alors qu'à l'origine, il ne souffrait d'aucune pathologie.

L'altérateur met à disposition des soignants son corps, siège d'atteintes réelles, de lésions provoquées et de prétendues souffrances. Par ses impostures, l'altérateur peut souffrir plus qu'il ne l'avait prévu, voire mourir.

2. Le Syndrome de Munchausen par procuration

Comme il a été vu précédemment, il existe des patients qui ne peuvent s'empêcher de se faire passer pour malade en produisant leurs symptômes et arrangeant leur biographie. Il existe également une version où un individu, par falsification, est à l'origine de procédures médicales sans fin chez une personne placée sous sa responsabilité. C'est ce qui a été qualifié de « Syndrome de Munchausen par procuration » ou plus récemment renommé « Trouble factice imposé à autrui ». Même si ce syndrome par procuration constitue une forme d'abus, généralement sur des enfants, il est essentiel de différencier ce trouble des autres formes d'abus infantiles.

A. Définition

Le syndrome de Munchausen par procuration est décrit pour la première fois en 1977 par le docteur Roy Meadow, un pédiatre anglais à qui a été référé le cas de Kay, une petite fille de six ans victime d'infections récurrentes du tractus urinaire. A l'âge de 8 mois, la mère de Kay consulte le médecin familial en raison de la production d'urines malodorantes par Kay ainsi que des traces de pus dans ses couches. Kay est donc placée sous traitement antibiotique pour gérer l'infection urinaire. Elle présente régulièrement des épisodes urinaires infectieux et à l'âge de 3 ans, elle a été exposée à un panel étendu de molécules, sans que les infections ne soient résolues. Les multiples médications sont à l'origine de réactions cutanées voire de fièvre, qui sont des effets secondaires connus pour ces médicaments. En parallèle, les urines de Kay deviennent sanglantes en plus de rester infectées et la fillette se plaint de douleurs abdominales. Lorsque Kay est référée au Dr Meadow, ont déjà été réalisés 2 urogrammes, plusieurs cysto-urogrammes mictionnels, 2 examens gynécologiques sous anesthésie et 2 cystoscopies. La nature intermittente de l'affection interroge l'équipe médicale : les urines de Kay sont tantôt troubles et sanguinolentes puis reviennent d'aspect normal quelques heures après. L'examen clinique est dans les normes pour une fillette de cet âge mais l'analyse urinaire revient positive en globules rouges et bactéries (*E. coli*). Des dispositions sont prises pour investiguer les deux causes suspectées, à savoir un uretère ectopique ou un kyste drainant dans l'urètre ou le vagin. Dès lors que ces dispositions sont prises, les urines de la petite fille ne présentent plus d'anomalie ou ces dernières se résolvent si vite qu'il n'est pas possible d'établir de cinétique d'apparition.

Au cours des différents examens, les parents présentent une coopération sans faille et la mère reste à l'hôpital aux côtés de sa fille pendant que le père retourne travailler. La mère est d'apparence soucieuse et aimante envers sa fille, bien qu'elle ne semble pas toujours aussi préoccupée par la cause de la maladie que ne le sont les médecins.

L'insolubilité du problème, l'absence de sens des analyses (positives pour une bactérie donnée le matin puis une autre l'après-midi) et l'attitude singulière de la mère poussent les médecins à reprendre l'ensemble du cas depuis le début, en considérant cette fois les récits de la mère comme faux. Après enquête, il s'avère que les échantillons « problématiques » ont été prélevés par cette dernière ou laissés sans surveillance après prélèvement. Par la suite, chaque échantillon est étroitement surveillé par une infirmière sensibilisée à la situation, sauf quelques fois (délibérément) où ils sont laissés une minute sans surveillance avant d'être menés au laboratoire. Systématiquement, les analyses des échantillons non surveillés révèlent une infection et du sang. L'urine de Kay est identifiable grâce à un marqueur qui lui a été administré, et ce marqueur est retrouvé dans les échantillons. En revanche, le sang n'est pas compatible avec celui de Kay, d'un groupe sanguin différent. Il correspond en revanche à celui de sa mère. Il s'avère que cette dernière

a longtemps souffert d'infections du tractus urinaire qui n'ont pas été investiguées et projetait sa propre expérience sur sa fille.

Aussi appelé « Meadow syndrome » ou « Polle syndrome » (« Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine », s. d.), l'acceptation de syndrome « par procuration » (« by proxy », en anglais) rend mieux compte de l'exercice de la maladie sur un substitut.

La caractéristique de cette version du syndrome de Munchausen est que l'individu présentant des symptômes de maladie n'est pas celui atteint du syndrome de Munchausen.

Meadow distingue huit catégories de signes :

- existence d'une maladie prolongée ou récurrente inexplicée, se déclarant aux alentours de la naissance.
- présence de symptômes et signes si inappropriés ou incongrus que les médecins disent « n'avoir jamais rien vu de tel avant ». Les symptômes demeurent inexplicés malgré les examens réalisés.
- les symptômes et signes n'ont lieu qu'en présence de la mère [ou gardien], auquel cas ils sont probablement fabriqués par la mère [le gardien].
- les résultats et/ou les signes cliniques rapportés ne concordent pas avec l'état de santé de l'enfant [substitut].
- les mères [gardiens] restent avec leur enfant malade à l'hôpital et exercent une surveillance constante ; les mères sont moins inquiètes par la maladie de l'enfant que le personnel hospitalier et très à l'aise avec l'équipe médicale.
- les traitements sont souvent inefficaces ou mal tolérés.
- nombreuses allergies ou intolérances aux médicaments rapportées (ce qui limite leur utilisation dans les soins).
- familles où une mort inexplicée d'un nourrisson s'est déjà produite ou dont plusieurs membres ont eu de graves problèmes médicaux.

Stirling écrit en 2007 que tout excès de procédures médicales réalisées sur un enfant à la demande des parents doit être considéré comme SMpP. Feldman contre argumente en pointant l'absence de référence à la tromperie (caractéristique principale) dans cette définition (Feldman *et al.*, 2007). Un individu sous l'influence d'un délire peut être intimement persuadé (quoiqu'erronément) de la maladie d'autrui et insister pour des examens. Si l'on se rappelle le diagnostic différentiel du SM évoqué en partie I.1.G, les sujets délirant n'ont pas conscience de la réalité et peuvent croire en une maladie en l'absence de celle-ci. Le SMpP, faisant partie des troubles factices (par procuration), il doit contenir une part de tromperie pour être considéré comme tel.

B. Présentation du syndrome

Le syndrome de Munchausen par procuration requiert un perpétreur (atteint du trouble) et un substitut qui est sous sa responsabilité ou son emprise directe. Ainsi, le substitut peut être enfant, une personne âgée voire un animal.

Le SMpP étant principalement retrouvé chez des mères exerçant leur trouble sur leurs enfants, il sera fait l'analogie de la mère comme perpétreur et l'enfant comme substitut tout au long de cette partie.

a. Étiologie

L'étiologie du syndrome de Munchausen auto induit n'étant pas clairement connue, il est pour l'instant difficile de s'avancer sur celle du syndrome par procuration.

Dans une étude de Meadow réalisée en 1982 sur le syndrome par procuration sur les enfants, les 17 paires de parents suivis vivent ensemble. L'agent perpétreur est la mère du substitut dans seize familles et le père dans une.

Une partie des parents coupables présentent des caractéristiques compatibles avec le syndrome de Munchausen simple.

Les symptômes fabriqués évoquent parfois un mal dont une personne de l'entourage si ce n'est le parent, a souffert pendant quelque temps. L'idée et le moyen de fabrication du symptôme peut ainsi provenir de l'expérience qui en a été faite. Il s'agit alors d'un moyen permettant d'obtenir les examens qui n'ont pas été obtenus précédemment. C'est ce qui s'est produit dans le cas de Kay, évoqué plus haut.

b. Épidémiologie

L'épidémiologie est différente du syndrome auto induit. Il est rapporté que les perpétreurs sont en grande partie des femmes, et parmi elles, majoritairement les mères des substituts via lesquels elles exercent leur trouble (Colin, 2002). Décrites comme très attentives, elles ne quittent pas le chevet de l'enfant et demandent à assister aux procédures. Elles valorisent l'équipe médicale et sont souvent compréhensives lorsque la prise en charge semble échouer. Enfin, elles n'ont pas l'air d'être alarmées par la dégradation de l'état de leur enfant (« grande indifférence », (Milani, 2006)) et semblent plutôt concentrées sur la suite des examens qui doivent être réalisés.

Dans le cas où le syndrome est exercé sur les enfants, se pose la question de « l'autre parent ». Par extension, il s'agit principalement des pères. Ils sont plutôt effacés, et viennent peu rendre visite à l'enfant malade ce qui surprend souvent quand la sévérité de la maladie est établie. Ils sont peu voire non présents dans le foyer, qu'il s'agisse de déplacements récurrents ou de couples séparés. Très fréquemment, ils ne soupçonnent pas la duperie et sont très choqués lorsque la tromperie est révélée. Des différences majeures entre le milieu social et/ou intellectuel des deux membres du couple ont été observées : le perpétreur est généralement d'un milieu « supérieur » à l'autre.

Les perpétreurs peuvent être classés, selon trois grandes catégories (Milani, 2006):

- Les « dépendants des médecins » : ceux qui croient l'enfant malade et signalent de faux symptômes dans le but d'attirer l'attention des soignants et de favoriser l'occurrence d'interventions, même si ces dernières vont à l'encontre du bien-être de l'enfant.
- Les « chercheurs d'aide » : peuvent produire et falsifier de véritables symptômes pour apparaître impliqués dans la prise en charge et soulagés lors de la résolution de la situation.
- Les « provocateurs actifs » : causent des symptômes potentiellement mortels et sabotent les efforts des médecins qui cherchent à les résoudre.

Les substituts sont quant à eux à la fois des filles et des garçons, qui ont en moyenne 40 mois au moment du diagnostic. En moyenne, les enfants victimes n'excèdent pas l'âge de 6 ans car ils sont plus susceptibles de révéler la supercherie en grandissant.

Dans l'étude menée par Roy Meadow, l'âge des enfants au moment du diagnostic s'étale de 4 mois à 7 ans et les symptômes pour lesquels ils ont été présentés à l'origine sont maintenus jusqu'à plusieurs mois. D'après le travail du Docteur Guillaume cité dans le mémoire d'Aurélie Colin, 65% des enfants victimes ont moins de trois ans et 45% sont âgés de moins d'un an. Il n'est pas rare que l'enfant malade ne soit pas le premier et qu'il y ait déjà eu un membre de la fratrie qui soit décédé (Feldman et Yates, 2018).

c. Commémoratifs et examen physique

Les enfants victimes ont souvent pléthore de symptômes (présentés ou simplement prétendus) lorsqu'ils sont présentés dans une structure hospitalière. Les signes ont tenance à évoquer une défaillance multi-organique mais il existe des cas où les signes sont caractéristiques d'une seule région corporelle.

Les symptômes sont initialement fabriqués mais il est fréquent que de nouveaux signes et symptômes apparaissent secondairement aux investigations et procédures effectuées. Par ailleurs, un grand nombre de médicaments peut également être à l'origine d'effets secondaires.

Sur les 19 enfants de l'étude, Meadow a répertorié la nature des symptômes fabriqués ainsi que leur occurrence. L'ensemble est résumé dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Nature et occurrence des symptômes observés dans l'étude de Roy Meadow (1982)

Nature	Saignements	Désordre neurologique	Divers
Symptôme fabriqué et incidence (n=)	-Hématurie n=7 -Hématémèse n=5 -Hémoptysie n=3 -Sang dans les selles n=3 -Épistaxis n=1	-Somnolence/coma n=5 -Convulsions n=3 -Instabilité n=2	-Démangeaisons n=6 -Glycosurie n=5 -Fièvre n=4 -Anomalies biochimiques majeures n=4 -Vomissements fécaloïdes n=2

A noter que de nombreux rapports témoignent de cas d'insuffisance respiratoire aigues sur les nouveau-nés, lesquelles sont secondaires à une privation d'oxygène dans les cas de Munchausen par procuration.

La majorité des enfants voit plusieurs médecins différents ou est référée auprès de spécialistes dans différents hôpitaux. L'un des enfants de l'étude rétrospective de Meadow a été examiné par 28 médecins différents au cours de son calvaire médical. La mobilité des « Munchauseniens » est ainsi retrouvée dans le syndrome par procuration.

Les moyens de perpétration des sévices :

Il s'avère que dans les cas de syndrome de Munchausen et Munchausen par procuration, les actes délétères sont réalisés par le corps médical lors des examens ou le traitement de la maladie alléguée. Parfois cependant, le perpétrateur est instigateur direct du préjudice s'il empoisonne ou blesse le substitut.

A l'instar du syndrome de Munchausen, les histoires racontées sont impressionnantes de détails et s'articulent autour d'une multitude de détails médicaux exacts. Les perpétrateurs, souvent issus du domaine médical comme Dee Dee Blanchard (dont le cas est développé plus bas), savent fabriquer les symptômes de manière optimale, ce qui trompe aisément la vigilance des médecins.

En dehors de leur contexte, les symptômes répertoriés dans le Tableau 3 apparaissent assez simples à simuler. Les saignements allégués proviennent généralement d'un mélange de l'échantillon du substitut avec le sang du perpétrateur (par auto-prélèvement, via une blessure existante voire par l'intermédiaire d'un tampon vaginal lors de menstruation). La phénolphthaléine, la peinture ou autre types de colorants peuvent également donner l'aspect du sang mais la supercherie est rapidement levée au moment des analyses, qui dénotent une absence de globules rouges dans ces cas-là.

La fièvre s'obtient facilement en réchauffant un thermomètre par frottement ou par immersion dans des liquides chauds.

Les vomissements fécaloïdes rapportés dans l'article (Meadow, 1982) résultaient d'un mélange du vomi de l'enfant avec des selles que sa mère gardait de côté. Les lésions de démangeaisons sont quant à elles obtenues par frottements répétés de la peau avec un ongle ou un objet pointu ce qui produit une lésion bulleuse compatible avec une dermatite herpétiforme. Des produits caustiques appliqués à même la peau produisent également des rougeurs.

Comme mentionné précédemment, les désordres respiratoires aigus tels que les arrêts respiratoires font suite à une privation d'oxygène de type étouffement.

Les conséquences de l'imposture :

Les conséquences de l'imposture médicale sur les enfants qui en sont victimes sont de plusieurs sortes. En premier lieu, les enfants enchaînent les séjours à l'hôpital, ce qui monopolise une grande partie de leur temps. Ils manquent donc l'école et ce qu'elle peut leur apporter socialement. Si l'éducation scolaire peut se réaliser à la maison, il n'en va pas de même pour les interactions sociales qui participent tout autant au développement de l'enfant.

Par ailleurs, ces enfants sont soumis à des procédures invasives au cours de leurs hospitalisations : un prélèvement sanguin ponctuel a peu de conséquences mais on imagine aisément que sa répétition puisse être douloureuse et dommageable ! A titre d'exemple, un garçon de six ans a passé un total de 13 mois hors de l'école, de manière morcelée. En parallèle, il passe une durée de 5 mois au sein des structures hospitalières avec un mois de perfusion intraveineuse. Au cours de ces séjours, il est soumis à différentes procédures invasives : 2 examens de transit baryté, un urogramme intraveineux, une analyse du squelette avec biopsies osseuses, un scanner cérébral, deux ponctions lombaires, deux électroencéphalogrammes, des biopsies du foie et de la peau, une endoscopie digestive supérieure et plus de 120 ponctions veineuses.

Au cours de la même période, il reçoit une médication lourde. Elle est reportée dans le Tableau 4.

Tableau 4 : Diversité de la thérapie médicamenteuse reçue par une victime de Munchausen par procuration (d'après Meadow, 1982)

<p>Classes et molécules reçues au cours des hospitalisations multiples du jeune garçon de 6 ans (Meadow, 1982)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Corticoïdes : prednisolone, hydrocortisone, méthylprednisolone intraveineuse - AINS : phénylbutazone - Hormones : ACTH - Anticancéreux : cyclophosphamide - Antibiotiques : azathioprine, ampicilline, pénicilline, cephaloridine, érythromycine, triméthoprime sulfamide, acide fusidique - Sécrétoires : cimétidine - Anti-hypertenseurs : méthyl dopa, hydralazine - Acteurs de la motilité digestive : propanthéline, métoclopramide - Antalgiques : paracétamol, aspirine, péthidine - Antipsychotiques : prochlorazine chlorpromazine, trifluopérazine.
--	--

La diversité des classes de médicaments utilisées est déjà frappante, sans compter les différentes molécules utilisées. Quand on observe les effets secondaires qu'une seule médication peut produire, on imagine sans difficulté ce par quoi a dû passer cet enfant.

Outre les désagréments physiques, quand l'issue de cette mascarade n'est pas funeste, les séquelles peuvent s'observer du court au long terme. Les maladies nosocomiales contractées à l'hôpital peuvent finalement se révéler graves et mettre la vie du patient en danger alors qu'il ne souffrait initialement d'aucune pathologie. Le retrait d'organes sains peut avoir des conséquences dramatiques à long terme (un rein sain qui est enlevé est synonyme de greffe obligatoire si le deuxième rein venait à défaillir).

En ce qui concerne les risques, le recours à l'anesthésie est globalement banalisé de nos jours. Cependant, il faut garder à l'esprit qu'il existe un risque anesthésique, augmenté notamment sur les individus d'âges extrêmes (jeunes ou personnes âgées) ou souffrant déjà de certaines pathologies.

Psychologiquement, lorsque les victimes sont jeunes, il y a plus de chance qu'elles développent une tendance à reproduire ce genre de comportement en grandissant. Elles peuvent donc basculer vers la forme auto-imposée du syndrome ou perpétrer à leur tour des sévices médicaux sur leurs propre descendance.

Signaux d'alerte :

Sont listés plus haut les moyens d'altération couramment répertoriés dans les rapports de cas, cependant la fabrication de symptômes doit être soupçonnée lorsqu'une maladie est récurrente ou persiste sans explication. Il en va de même si les résultats d'investigation sont en désaccord avec la présentation clinique et l'état de santé du substitut (par exemple, si des saignements répétés sont rapportés sans qu'il y ait la moindre répercussion sur l'analyse sanguine du patient).

N'importe quel tableau clinique ne présentant aucun sens ou menant les plus grands spécialistes du domaine à dire qu'ils n'ont « jamais vu un cas pareil » doit éveiller les soupçons.

En ce qui concerne l'entourage, le comportement de la mère qui ne quitte jamais le chevet de l'enfant et refuse avec véhémence de le faire est souvent caractéristique.

Les différents critères évocateurs de syndrome de Munchausen par procuration sont répertoriés dans le Tableau 5.

Tableau 5 : Signaux d'alerte de syndrome de Munchausen par procuration d'après la littérature

Signaux « indices » médicaux	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie récurrente ou persistante sans explication • Présentation clinique et résultats incompatibles • Tableau clinique avec un apparent manque de sens • Les spécialistes n'ont « jamais vu un cas pareil ». • Les traitements ne sont pas tolérés : « allergies », intolérance digestive, cathéter qui se retire de manière répétée... • Diagnostic d'une maladie très rare • Effets secondaires rapportés ne correspondant pas à ceux connus pour le traitement.
Signaux relatifs à l'entourage proche	<ul style="list-style-type: none"> • Mère [gardien] ne quittant pas le chevet de l'enfant [substitut] • Les symptômes disparaissent en l'absence de la mère [du gardien] • Pas de signe d'inquiétude particulière de la mère [du gardien] en dépit de la gravité de la situation rapportée. • Mère [gardien] ayant une formation dans le domaine médical.

Que faire ?

Même si l'anamnèse et les commémoratifs sont essentiels à l'aboutissement à un diagnostic, les médecins doivent garder à l'esprit que ces récits peuvent être, tout ou en partie, faux. Il en va d'ailleurs ainsi pour toutes les consultations : la gêne et la honte sont des raisons parfois suffisantes à certains « arrangements de vérité ». Il faut donc garder un degré de suspicion.

L'interrogatoire doit être appuyé et permettre de vérifier si les symptômes sont temporellement reliés à la présence des parents.

S'il y a émergence de suspicion de création de symptômes, il faut commencer par séparer l'enfant de la mère afin de contrôler la présence de symptômes en l'absence de celle-ci. La collecte et la surveillance d'échantillons doit être réalisée par une personne avertie et vigilante. Il convient de garder des échantillons d'urine et de sang « intacts » afin de pouvoir les comparer avec les suivants si une rechute était observée. Rogers et d'autres auteurs (Rogers et Bender, 2018) ont d'ailleurs proposé le développement d'un programme de dépistage toxicologique pouvant être mis en œuvre

en cas de suspicion d'empoisonnement. Il existe des moyens simples de vérifier l'authenticité de certains symptômes comme passer de l'eau sur des éruptions cutanées et voir si elles disparaissent. Des analyses croisées entre l'échantillon apporté par le gardien et un prélèvement réalisé à l'hôpital peuvent être envisagées afin d'établir si les deux proviennent bien du même individu.

En théorie, il faudrait se renseigner et vérifier les détails de l'historique de l'enfant ainsi que son entourage. Un bon moyen est d'interroger les praticiens qui ont suivi le patient. Idéalement, en cas de doute, il faut se renseigner sur le passé de la mère et savoir si elle a déjà essayé de fabriquer des symptômes sur elle-même quitte à les comparer à ceux que présente l'enfant. Bien entendu, il est très difficile de réaliser cette étape en pratique ne serait-ce que par manque de temps.

Enfin, dans la mesure du possible, il faut faire part de ses suspicions au personnel spécialisé dans le domaine psychiatrique afin d'être épaulé dans la gestion du cas. Si cela est envisageable, il est bon de faire intervenir ce professionnel dans le suivi du cas.

d. Diagnostic différentiel

Le Syndrome de Munchausen par procuration présente des similitudes avec ce qui est communément appelé « blessures non accidentelles ».

Ces dernières font référence aux atteintes dont la présentation et la localisation n'est pas compatible avec l'occurrence d'un accident. Par exemple, les hématomes dus à la maladresse ou une chute sont localisés là où se trouvent des protubérances osseuses telles que les genoux ou les coudes. Des hématomes localisés sur le cou, les joues, le dos, les fesses ou les parties génitales sont inhabituels et doivent éveiller la suspicion. De même, si des brûlures sur la paume de la main ou résultant de la chute de liquide sur la partie supérieure du corps sont plutôt fréquentes, il faut s'interroger lorsqu'elles atteignent le dos de la main, les jambes ou les pieds ou qu'elles présentent des formes évocatrices d'objets comme un briquet. Un exemple est donné en Figure 5, d'après un article relatant les déboires dermatologiques d'une petite fille, qui était en fait victime de Syndrome de Munchausen par procuration (Babu *et al.*, 2019). Les fractures, notamment les fractures spiralées ou atteignant les côtes, font partie intégrante des blessures fréquemment rapportées dans ce genre de cas.

Figure 5 : Un exemple de brûlure de briquet sur un enfant victime de SMpP (d'après Babu et al.)



Le mensonge va de pair avec les deux présentations. En cas de SMpP sa fonction est d'attirer l'attention sur le mal de l'enfant et attiser le sentiment d'urgence de la situation, tandis qu'il sert d'excuse dans le cas de blessures non accidentelles.

Les individus victimes de ce genre de sévices ont moins de 2 ans (Baldwin et Oliver, 1975) (Paul et Adamo, 2014). D'après une étude menée par Deans *et al.*, en 2013, ces « accidents » répétés touchent principalement des garçons de type caucasien, alors qu'il n'y a pas de différence significative dans le genre des victimes de SMpP.

Les perpétrateurs sont principalement les parents, plutôt jeunes. La mère est, comme dans le syndrome de Munchausen par procuration, le plus souvent incriminée. En revanche, les

traumatismes non accidentels causant la mort ont plus tendance à être provoqués par les pères (Paul et Adamo, 2014).

Il existe également une autre catégorie d'affections provoquées qui ne sont pas exclusivement catégorisées en tant que partie du SMpP : les intoxications et suffocations volontaires. Une revue épidémiologique du SMpP et des intoxications et suffocations volontaires (McClure *et al.*, 1996) permet d'identifier que les trois entités reposent communément sur des appels d'urgence au sujet d'un problème médical aigu ainsi que des hospitalisations.

Le SMpP peut reposer sur un mensonge seul ou sur un mensonge associé à une voie de fait, laquelle peut faire intervenir une intoxication ou une suffocation volontaire (Meadow, 1982) mais l'inverse n'est pas vrai. De surcroît, lorsqu'il y a intoxication ou suffocation en l'absence de SMpP, il s'avère que le perpétrateur cherche à susciter l'intérêt d'un seul individu et non plus du personnel médical : il peut s'agir d'un parent qui s'éloigne, d'une personne de l'entourage qui est trop peu présente en raison du travail...

Étant donné leurs conséquences, il faut considérer ces différentes entités cliniques comme des formes de maltraitance et agir en conséquence.

e. Traitement : comment agir et comment réagir ?

Le délai de diagnostic est souvent long dans ce type d'affection, en raison des dissimulations et tromperies de la part du perpétrateur. D'après la thèse du Docteur Prangère, il est estimé que le délai moyen est d'environ 14 mois.

Afin d'évaluer si le perpétrateur est bel et bien responsable des problèmes du substitut, il convient de réaliser un test de séparation ou test du retrait. Il consiste à garder le substitut sous surveillance, à l'écart du perpétrateur pendant un temps donné afin d'observer si les symptômes se poursuivent ou diminuent en l'absence de l'individu suspect. Le seul traitement consiste en la séparation du duo perpétrateur-victime, ce qui n'est malheureusement pas toujours réalisé : les médecins peuvent douter de leurs suspicions et avoir des réticences à appeler les services de protection à la personne.

Le pronostic est mauvais si le substitut demeure avec le perpétrateur. Il arrive que le premier finisse par périr.

C. Un exemple documenté : le cas de Dee Dee et Gypsy Rose Blanchard

Claudine « Dee Dee » Pitre naît en 1967 dans une famille de cinq enfants. Devenue aide-soignante, elle n'exerce cependant pas longtemps car elle retourne s'occuper de sa mère, jusqu'à la mort de cette dernière. Lorsqu'elle atteint 24 ans, elle commence à fréquenter Rod Blanchard, avec qui elle aura une fille. C'est ainsi que Gypsy Rose Blanchard naît en 1991, peu avant le divorce de ses parents. Dee Dee refuse que Rob voie sa fille tout en prétendant qu'il a abandonné sa famille et elle retourne vivre dans la maison où elle a grandi, en Louisiane. Accusée de tenter d'empoisonner sa belle-mère avec du désherbant (*antécédents de sévices sur autrui*), entre autres délits, elle déménage dans un autre état, loin des questions et de la surveillance familiales (*isolement social*).

De santé apparemment très fragile, Gypsy Rose est très fréquemment malade et enchaîne les séjours à l'hôpital (*séjours hospitaliers fréquents dès la naissance*). Dès ses trois mois, sa mère insiste sur la présence d'une apnée du sommeil chez sa fille. Les nombreux tests réalisés n'ont jamais mis en évidence un tel phénomène. Après l'apnée du sommeil, sa fille souffrirait d'une anomalie

chromosomique qui la rendrait malade, laquelle n'a jamais été confirmée par les tests réalisés. A 7 ans, Gypsy se blesse alors qu'elle est sur une moto. Les blessures, initialement peu graves deviennent un problème de grande ampleur nécessitant plusieurs opérations à la demande de Dee Dee (*dégradation de l'état en présence de la mère ; demandes d'intervention chirurgicale*).

En prétendant Gypsy sujette à des crises régulières, Dee Dee persuade les médecins de lui prescrire des médicaments pour les traiter.

Dystrophie musculaire, asthme, retard de développement, Gypsy est trainée d'hôpital en hôpital pour traiter ces affections, toutes alléguées par sa mère. Elle se fait opérer plusieurs fois, notamment des yeux et pour retirer ses glandes salivaires. Présentant sa fille comme souffrant d'une leucémie et incapable de se déplacer, sa mère obtient un fauteuil roulant ainsi que la pose d'une sonde d'alimentation.

Âgée d'une vingtaine d'années, Gypsy sait pourtant qu'elle ne souffre d'aucune maladie et qu'elle peut marcher, pourtant sa mère continue de l'alimenter au moyen d'une sonde et de la présenter comme une enfant malade sur le point de trépasser. Enfermée dans l'imposture forgée par sa mère depuis son plus jeune âge, Gypsy ne peut vivre comme elle l'entend. Étroitement surveillée par sa génitrice, chaque manquement de Gypsy est sanctionné, notamment par des sévices corporels, qui deviennent ensuite de nouveaux motifs de consultation.

D'apparence très handicapée, les cheveux rasés et équipée d'une sonde pour se nourrir, Gypsy suscite rapidement la compassion des habitants de sa ville et des associations alentours.

En dehors du foyer, Dee Dee apparaît comme une mère aimante et dévouée à sa fille intensément malade ce qui, associé à l'image de Gypsy, ne permet pas de remettre en doute la bonne foi de cette dame.

Afin de ne pas éveiller les soupçons, Gypsy est présentée dans plusieurs hôpitaux différents (*nomadisme médical*), parfois sous des identités et âges différents et consulte pour un problème à la fois. Ayant suivi des études dans le domaine médical, elle est capable de fabriquer les symptômes nécessaires à certains diagnostics (*connaissances médicales*).

L'imposture créée par Dee Dee commence à éveiller les soupçons lorsqu'un médecin neurologue pédiatrique s'interroge sur le diagnostic de dystrophie musculaire posé sur Gypsy en dépit des tests négatifs (*incohérence entre la clinique et les examens complémentaires*). Il note dans ses fichiers qu'il s'agit peut-être d'un cas de Munchausen par procuration, mais n'en fait jamais la déclaration auprès des autorités compétentes, ce qui ouvre la porte à la poursuite des abus médicaux perpétrés par Dee Dee.

En grandissant, Gypsy commence à accéder à Internet, à l'insu de sa mère et commence une relation virtuelle avec Nicholas Godejohn qui durera deux années et au cours de laquelle elle se confiera sur la douleur et l'humiliation permanente qu'elle expérimente auprès de sa mère. Arrivant à la conclusion que seule la mort de sa mère lui permettra de se sortir de cette situation destructrice, ils organisent ensemble l'assassinat de Dee Dee Blanchard, qui aura lieu en 2015. Le calvaire hospitalier de Gypsy Rose prend alors fin et la lumière sur l'histoire de sa vie est enfin faite lors de son arrestation. Elle est reconnue comme une victime du Syndrome de Munchausen par procuration dont souffrait visiblement sa mère.

Alors qu'elle est incarcérée pour le meurtre de sa mère, Gypsy Rose déclare qu'elle se sent « plus libre en prison aujourd'hui qu'elle ne l'a jamais été lorsqu'elle était sous la responsabilité de sa mère ».

Les éléments inscrits en italique et entre parenthèses correspondent aux critères d'alerte de SMpP qui ont été listés plus haut dans le Tableau 5. En dehors de l'âge tardif inhabituel de Gypsy à la levée de l'imposture, on s'aperçoit qu'une grande proportion de signes auraient pu alerter sur la condition de la jeune fille.

Au début de cette partie relative au syndrome de Munchausen par procuration, il est mentionné que le substitut peut s'agir d'un humain ou d'un animal. La deuxième partie sera ainsi consacrée à l'occurrence du syndrome de Munchausen dans le milieu vétérinaire.

Deuxième partie : L'occurrence du syndrome de Munchausen dans le milieu vétérinaire

1. Introduction : littérature

Sans relever d'aucune étude au préalable, il est possible d'observer une tendance similaire au syndrome de Munchausen par procuration chez certains propriétaires d'animaux, comme le signale le Dr Marc Feldman dans *l'American Journal of Psychiatry* : il y décrit le cas d'un Doberman souffrant de nombreux problèmes digestifs et qui malgré les efforts apparemment conjoints du vétérinaire et de la propriétaire, ne cesse de perdre du poids. Il s'avère finalement que la propriétaire est la responsable des signes présentés par le chien et qu'elle a, par ses agissements, été à l'origine du décès de deux de ses précédents animaux de compagnie (Feldman, 1997).

A. Description du syndrome dans le milieu vétérinaire

a. *L'animal comme substitut*

Comme établi plus haut, le SMpP est principalement décrit avec un enfant comme substitut. Cependant, des publications plus récentes montrent que les animaux sont parfois utilisés comme substituts (Oxley et Feldman, 2016). Étant donné la place de l'animal au sein des foyers de nos jours (ces derniers dont partie intégrante de la famille), cela n'est finalement pas si surprenant. Comme un enfant sous l'autorité de ses parents, l'animal est directement sous la responsabilité de son propriétaire. Et contrairement à l'enfant, il le sera tout au long de sa vie. Par ailleurs, l'animal n'étant pas doué de parole, il peut difficilement se dérober et dénoncer la mascarade.

b. *Le propriétaire comme perpétrateur*

En ce qui concerne les propriétaires « perpétrateurs », il s'agit également en majorité de femmes, qui peuvent avoir une formation médicale et ainsi en connaître le jargon (Milani, 2006). Dévouées, compréhensives et pleines de compliments pour le vétérinaire, elles représentent souvent le « propriétaire idéal ». L'indifférence que l'on prête aux perpétrateurs dans les cas de médecine humaine (grande acceptabilité en toute circonstance, même lorsque ces dernières sont dramatiques) se retrouve également dans la version vétérinaire mais elle semble moins marquée. Milani l'explique par la différence de relation qui existe entre un tuteur (quel qu'il soit) et son enfant et celle qui existe entre un animal et son propriétaire. Le vétérinaire peut donc considérer que le propriétaire fait preuve de réalisme en ce qui concerne la situation plutôt que d'indifférence.

c. *Le vétérinaire comme outil*

Le vétérinaire, à l'instar du médecin qui se fait abuser par les parents, est lui aussi à la fois victime du propriétaire qui le manipule et involontairement responsable d'actes délétères à l'animal à qui sont imposées les procédures. La manipulation survient d'autant plus facilement lorsque le

propriétaire fait l'effort d'utiliser le jargon médical associé à la situation. Lorsque l'imposture est levée, le sentiment de trahison est d'autant plus fort que l'investissement personnel du vétérinaire a été poussé. Ce dernier questionne ensuite sa perception du cas et peut perdre confiance en ses capacités de diagnostic. Comme le dit Milani dans son article *Problematic client-animal relationships : Munchausen by proxy* : « Si on ne peut être certain que le client d'apparence parfaite dit la vérité, comment faire confiance aux autres clients ? »

Il y a donc un véritable enjeu, tant pour l'animal que pour le praticien, à détecter le plus tôt possible ce genre d'imposture.

B. Première étude d'importance sur le sujet : Munro et Thrusfield, 2001

Munro et Thrusfield publient en 2001 un article relatif aux animaux maltraités dans le cadre de syndrome de Munchausen par procuration. L'étude rétrospective s'est intéressée à 448 cas de blessures non accidentelles (« *non-accidental injuries* ») chez les petits animaux. Sur l'ensemble de ces cas, neuf d'entre eux sont suspectés d'être des cas de Munchausen par procuration sur un substitut animal (Munro et Thrusfield, 2001).

Les auteurs rappellent que Meadow inclue les morts subites et/ou maladies animales sortant de l'ordinaire dans sa liste de signaux évocateurs de MSBP sur les enfants (Meadow, 1997). Ils choisissent d'utiliser la même approche que celle utilisée en pédiatrie, à savoir séparer le SMpP des autres formes de maltraitance.

Ils ont élaboré un questionnaire anonyme à destination de 1000 vétérinaires sélectionnés aléatoirement dans la liste des vétérinaires inscrits à la British Small Animal Veterinary Association (BSAVA) au Royaume-Uni. Le questionnaire comporte quatre sections :

1° : Reconnaissance des blessures non accidentelles (NAI)

2° : Cas cliniques individuels (espèce, race, genre, âge, raisons concernant la suspicion/la reconnaissance de NAI, nature des blessures, devenir de l'animal)

3° : Présence supposée d'éléments caractéristiques du SMpP (ex : anamnèse incompatible avec la blessure présentée comme accidentelle).

4° : Commentaires que le répondant jugerait pertinent d'apporter.

Les cas rapportés sont classés comme SMpP s'ils sont identifiés comme des cas suspects du syndrome par les répondants ou s'ils présentent les caractéristiques qui les rendraient suspects de MSBP au regard de la littérature humaine (sans avoir été identifiés comme tels par les répondants).

Six cas ont été identifiés comme de potentiels cas de SMpP par les vétérinaires et trois autres par les auteurs. Une copie (en anglais) des détails relatifs aux neuf cas de l'étude est placée en Tableau 6.

**Tableau 6 : Caractéristiques des neufs cas décrits dans l'étude de Munro et Thrusfield
(tableau issu de Munro et al.)**

Case	Species	Age category	Gender	Details reported by respondent	Outcome
Cases reported by respondents					
1	Dog	7 months to 2 years	M	At the time, the veterinarian was called out three times in one day by the owner, who was insistent that a neighbour had poisoned this dog (and another). There were no obvious injuries, except that both dogs were restless and one had haematuria. Both recovered after two days' hospitalisation. The problem came to light later, when the owner was prosecuted (and convicted) for the attempted poisoning of his child. It was brought out in court that the accused had previously attempted to poison two other pets, who had been treated by other veterinarians. The respondent stated that the owner had been 'accused of Munchausen by proxy syndrome'	Survived
2	Dog	NR	NR	The respondent stated he/she 'suspected Munchausen syndrome by proxy'. The pattern followed the owner's own attempts at getting treatment for lameness, haematuria and otitis externa for the dog. The owner always 'pretreated' the dog, so the veterinarian found it difficult to diagnose the original problems, if any. The dog was reported 'fitting', but always presented normal in the surgery. After very abnormal electrolyte levels were found, the dog was sent to a referral centre, where death occurred. A postmortem examination was inconclusive	Died
3	Dog	NR	NR	The respondent reported having a client with 'Munchausen syndrome by proxy', who, before attending the respondent's practice, had broken the legs of previous dogs. The police were aware of her but had encountered difficulty because she changed her address and veterinary practice frequently. She had not yet injured her current pets, but it was noted that they were very frightened of her	NR
4	Dog	7 months to 2 years	F	Respondent reported that a series of incidents over a number of years 'led to a finding of Munchausen syndrome'	NR
5	Cat	7 months to 2 years	F	The cat's owner gave an incoherent history with regard to the cause of injuries (abdominal bruising and fractured femur). Postoperative trauma occurred to the intramedullary pin. Repeated problems arose with the case until the cat was hospitalised. Problems with other animals were noted. Respondent considered this was a 'Munchausen by proxy type problem'	Survived
6	'Pets'	NR	NR	Eight to 12 pets, belonging to one person, died in unexplained and suspicious circumstances that aroused suspicion (eg, after nail clipping). The respondent stated that he/she would now regard this as 'indicative of a syndrome similar to Munchausen syndrome as it was almost related to attention seeking behaviour'	Died
Cases identified by the authors					
7	Dog	NR	NR	The respondent was positive that the owner had poisoned own dog. The case was puzzling clinically and no specific findings could be found on investigation. There was an almost triumphant 'I told you so' from the owner when the dog died. Postmortem examination was refused	Died
8	Dog	< 12 weeks	NR	A three-week-old puppy with severe head injuries was presented in the surgery for treatment. The owner subsequently requested a house call to examine another four puppies of the same age; all of them had 'crushed skulls'. After being questioned by the police, the owner admitted injuring the puppies herself	Euthanased because of injuries
9	Cat	< 12 weeks	F	Respondent reported repeated visits (very frequent – up to four times daily) by the kitten's owner (and friend) who reported smoke inhalation in the kitten, and also diarrhoea in other animals, but with no clinical evidence. During consultation, the kitten was handled roughly by the owner's friend, who also displayed intimidating behaviour towards the staff. The kitten suffered severe head injuries, and a fractured skull was suspected	Euthanased because of injuries

NR Not recorded, M Male, F Female

Il arrive également que l'animal soit le substitut de seconde intention, lorsque l'enfant (substitut principal) n'est pas présent comme dans le cas 1 du Tableau 6 où le propriétaire d'un chien empoisonné a également empoisonné son propre enfant. On rappelle également l'étude de Meadow de 1977 où en plus des enfants, quatre perpétrateurs ont falsifié les symptômes chez leurs animaux.

Dans la discussion, les auteurs notent avec étonnement la connaissance du syndrome de Munchausen par procuration par les vétérinaires. En effet, ce syndrome est rare et peu d'informations sont publiées sur des cas impliquant des animaux. Par ailleurs, la littérature vétérinaire n'en fait peu voire pas mention. Il est cependant possible que les quelques cas médiatisés à l'époque aient permis à ces derniers de repérer les caractéristiques du syndrome et de les calquer sur des cas vétérinaires.

Le diagnostic de ce genre d'affection par procuration sur les enfants est, comme il a été statué précédemment, complexe même pour des professionnels de la santé mentale. Il en va probablement de même avec les animaux comme substituts : ce genre de maltraitance repose sur au moins trois facteurs différents, à savoir l'animal maltraité, son propriétaire et la relation entre ce dernier et son vétérinaire.

A l'instar des médecins, le vétérinaire fait confiance au propriétaire, d'autant plus si ce dernier montre de l'inquiétude au sujet de l'état de santé de son petit compagnon. C'est donc rarement lors de la première consultation que la suspicion est établie.

Grâce aux témoignages étayés des répondants, les auteurs réalisent une comparaison du syndrome exercé sur les enfants avec celui qui est exercé sur les animaux.

Recherche/besoin d'attention : les auteurs ont considéré que certains comportements des propriétaires s'apparentent à des formes caractéristiques de besoin d'attention. Un des répondants a clairement utilisé le terme de « recherche d'attention ». Les autres font état de demandes répétées pour des visites à domicile ou de visites très fréquentes.

Caractéristiques cliniques : chez les enfants, il a été établi précédemment que les présentations cliniques les plus fréquentes sont le sang dans les urines et les convulsions alléguées. L'hématurie est observée dans deux cas rapportés dans l'étude. Par ailleurs, le fait de séparer l'animal de son propriétaire a « résolu » la maladie dans deux cas sur neuf. De même, les symptômes de certains n'ont cessé de s'intensifier jusqu'à l'hospitalisation. Ainsi, en cas de doute sur un éventuel SMpP les auteurs conseillent d'hospitaliser l'animal afin d'observer ce qu'il se passe. En ce qui concerne les interventions des propriétaires remettant en cause l'efficacité des traitements, un répondant fait mention d'un traumatisme postopératoire rendant instable la broche mise en place lors de l'opération.

« Veterinarian shopping » (à l'instar du « Hospital shopping ») : Les cas de syndrome de Munchausen par procuration sur les enfants peuvent présenter une certaine mobilité entre les praticiens. Il est raisonnable de penser qu'il en va de même chez les propriétaires d'animaux mais il n'y a qu'un seul cas rapporté sur les neuf de l'étude.

Devenir des substituts : Chez les enfants, le pronostic est souvent sombre tant que ce dernier reste avec le perpétrateur de l'abus : il peut s'agir d'une aggravation de l'affection voire d'un décès. Dans l'étude mentionnée, trois animaux sont décédés des suites des lésions, deux ont dû être euthanasiés et deux propriétaires ont un historique comportant de nombreux animaux décédés dans des circonstances suspectes.

Bien que l'étude ne puisse pas être utilisée ici pour tirer des conclusions tranchées sur l'incidence du syndrome en milieu vétérinaire, il demeure que le nombre de cas décrits rapporté au nombre de vétérinaires est faible. Cela n'en est pas moins surprenant du fait de la problématique du diagnostic déjà rencontrée en médecine humaine. Cependant, ce nombre quoique faible reflète une situation critique à laquelle sont exposés plusieurs animaux et ce, à l'insu des praticiens. Les auteurs étant des vétérinaires et non des psychiatres, il est évident que ces observations ne puissent pas dépasser le stade de la suspicion.

C. La version vétérinaire du syndrome dans la littérature

Les quelques cas de SMpP sur les animaux présentés dans la littérature concernent uniquement des chiens et des chats (Feldman, 1997 ; Meadow, 1977 ; Munro et Thrusfield, 2001) et un cas évoque brièvement la fabrication d'un syndrome de Cushing sur un cheval (Feldman et Yates, 2018). A la vue du nombre de chevaux faisant office d'animal de compagnie aux États-Unis, Feldman s'interroge d'ailleurs sur la proportion de chevaux potentiellement victimes de ce genre d'abus.

Marc Feldman, un psychiatre spécialiste en matière de SM et SMpP évoque un manque de recherches significatives sur le sujet des SMpP sur les animaux. Pour l'instant il n'existe pas de véritable étude qui évalue l'impact que la situation a sur les animaux. Il met également l'accent sur la difficulté à apporter les preuves d'une accusation de SMpP auprès des autorités compétentes. Une étude idéale devrait développer des *evidence-based guidelines* afin d'aider les vétérinaires et leur personnel à identifier et intervenir dans le cas de suspicion ou de confirmation de cas de SMpP.

Les différents articles de la littérature mentionnée mettent l'accent sur l'importance de croiser les informations entre les différentes entités qui peuvent être touchées de près ou de loin par le SMpP : les professionnels de santé humaine et vétérinaire, les associations de protection de l'Enfance, de protection des animaux, les éleveurs (qui peuvent se retrouver à vendre plusieurs animaux à une personne souffrant de SMpP, les mettant ainsi en danger).

2. Observation personnelle : le cas d'une jument Trotteur Français

Le cas qui est exposé dans ce qui suit est à l'origine des questionnements qui ont permis d'élaborer cette thèse vétérinaire.

A. Présentation

Une jument Trotteur Français de 25 ans est présentée à la consultation en Île de France au cours de l'hiver 2021 pour un contrôle oculaire à la suite d'une prise en charge chirurgicale deux mois auparavant. Le contrôle a lieu le jour du changement d'écurie de la jument, à son arrivée dans la nouvelle structure.

B. Anamnèse et commémoratifs

L'œil de la jument a commencé à poser un problème en 2019. La jument, qui présente un écoulement intermittent au niveau de l'œil a été présentée à trois vétérinaires différents. La propriétaire insiste pour une opération sur l'œil de la jument cependant les premiers vétérinaires refusent en expliquant qu'une telle opération n'est pas nécessaire et prescrivent un traitement conservateur. A la fin de l'année 2020, une vétérinaire examine la jument pour une perte totale de vision au niveau de l'œil droit. L'œil est sérieusement atteint, la jument souffre et l'énucléation est conseillée. La propriétaire refuse et demande une greffe de l'œil afin que sa jument recouvre la vue. Elle est référée dans une clinique de la région pour être opérée. S'ensuit une longue convalescence nécessitant le port d'un masque coqué, plusieurs injections par jour et diverses applications de produits sur l'œil greffé.

La jument a changé d'écurie plusieurs fois au cours de l'année et son séjour dans la précédente n'a duré qu'un mois. La propriétaire rapporte une « terrible gale de boue », une atteinte cutanée de la

partie inférieure des membres, dont souffre sa jument depuis qu'elle est hébergée dans la précédente structure. Aucun des traitements mis en place par la propriétaire ne semble avoir d'effet.

C. Examen clinique

La jument est en bon état général et présente un léger embonpoint. La cicatrisation est en bonne évolution au niveau de l'œil droit. Ce dernier présente une opacité plus marquée que l'œil controlatéral. Le test de réponse à la menace met en évidence une vision présente mais néanmoins atténuée de l'œil droit.

Quelques zones croûteuses sont observables dans la région du pâturon et sur la partie inférieure du canon, sans gravité apparente au moment de l'examen.

La jument présente des comportements marqués de stéréotypie dès lors que sa propriétaire se trouve alentour (mouvements violents d'oscillation de la tête).

D. Évolution

L'évolution est un résumé de ce qui est rapporté par la responsable de l'écurie et d'observations de la vétérinaire.

La propriétaire insiste sur la gravité des lésions croûteuses « qui ne guérissent pas » malgré la pâte cicatrisante qu'elle applique. La responsable de l'écurie explique que la pâture étant sèche, il n'y a pas de risque d'aggravation de la gale de boue, laquelle présente déjà une bonne évolution.

Quelques jours plus tard, les lésions croûteuses sèches deviennent plus vives et suintantes, ce qui est immédiatement rapporté par la propriétaire. Les soins locaux (au moyen de povidone iodée diluée) sont prodigués par le personnel de l'écurie car la propriétaire est absente. Au bout d'une semaine, les lésions redeviennent sèches et en phase finale de cicatrisation.

Au retour de la propriétaire, une rechute est inexplicablement observée. Les prairies ne sont pas boueuses et aucun autre cheval de l'écurie ne présente ce genre de symptôme. Hormis les lésions aux membres, et l'aggravation des signes de stéréotypies en la présence de la propriétaire, la jument est en bonne forme.

Un jour, la responsable de l'écurie surprend la propriétaire en train de gratter (jusqu'au saignement) les croûtes sur les membres de la jument. Interrogée à ce sujet, la propriétaire reste évasive mais explique qu'elle a lu dans un article que cela est un bon moyen de venir à bout de genre d'affection. A partir de ce moment, les lésions évoluent normalement et ne récidivent pas.

La propriétaire rapporte plus tard une perte d'état corporel de la jument, La ration a été diminuée en raison de l'embonpoint de la jument. Cette dernière étant toujours en surpoids, il n'est pas jugé nécessaire d'investiguer plus profondément.

La responsable de l'écurie apprend peu de temps après le départ imminent de la jument pour une autre écurie, La jument est alors perdue de vue.

E. Discussion

Au moment de la consultation initiale, la jument a reçu la greffe de l'œil deux mois auparavant. La propriétaire explique que sa jument a « perdu son œil », sans entrer dans les détails. En revanche, elle développe à grand renfort de détails la prise en charge vétérinaire, depuis la perte de l'œil jusqu'aux soins postopératoires qui ont été nécessaires à la cicatrisation. Ainsi, le parcours médical est extrêmement détaillé mais l'origine de la maladie demeure vague. Son récit est ponctué de commentaires accentuant les sacrifices qu'elle fait pour garantir le bien-être de sa jument, « alors que d'autres propriétaires n'en feraient pas autant pour leur animal ». Ce genre de commentaire est compatible avec la recherche de l'admiration d'autrui qui est retrouvée dans le SMpP.

Il est à noter que tous les traitements initialement mis en place par la propriétaire pour gérer la dermatose se sont soldés d'un échec ce qui peut évoquer les critères de SM et SMpP mentionnés par la littérature. Cependant, cet échec peut également s'expliquer par la mise en place d'un traitement inadapté, la propriétaire n'étant pas vétérinaire.

D'après la responsable d'écurie, la propriétaire reste au côté de la jument pendant de nombreuses heures chaque jour. La présence constante, la résolution des lésions en l'absence de la propriétaire ainsi que la rechute observée au moment de son retour rappellent les critères de SMpP évoqués dans la première partie, notamment dans le Tableau 5.

Enfin, le départ de la pension est soudain et inattendu : la responsable de l'écurie ne l'a appris que deux jours avant, par la vétérinaire qui devait se déplacer pour sédaté la jument en vue du transport. Le départ ne se réalise pas en bons termes, la propriétaire proférant des insultes (« sortie brutale faisant grand bruit »).

Les nombreuses structures équestres visitées en peu de temps peuvent évoquer un certain nomadisme (même s'il n'est pas spécialement « médical », contrairement aux critères de SM et SMpP).

Le fait que la jument ait développé des stéréotypies à la simple vision de sa propriétaire agrmente le caractère suspect de la situation, bien qu'il ne soit pas possible d'imputer avec certitude les stéréotypies au comportement de la propriétaire.

D'un point de vue vétérinaire, l'énucléation de l'œil aurait été suffisante pour garantir les bonnes conditions de vie de la jument. Les chevaux étant capables de retourner au travail dans de nombreuses disciplines après une énucléation unilatérale (Utter *et al.*, 2010), elle aurait parfaitement convenu à un cheval à la retraite.

Par ailleurs, la jument étant d'âge avancé, l'ensemble de ces procédures peut s'apparenter à un acharnement thérapeutique injustifié.

3. Élaboration d'un questionnaire à destination des vétérinaires

Au cours de discussions informelles avec plusieurs vétérinaires, il s'avère que le terme de Munchausen ne leur est pas inconnu et leur évoque au moins une personne dans leur clientèle.

Ce questionnaire a été élaboré grâce à la littérature de médecine et de psychiatrie humaine, des cas cliniques rapportés dans la littérature humaine et vétérinaire. Il a été révisé par le Docteur El Ouakdi, psychiatre, afin d'en vérifier la conformité avant sa diffusion.

Il s'agit d'un questionnaire à l'attention de vétérinaires praticiens, toutes spécialités confondues. Les réponses sont anonymes. Il a été diffusé dans la newsletter mensuelle de l'Ordre des Vétérinaires et via des groupes de vétérinaires sur les réseaux sociaux.

A. Construction du questionnaire

Dans cette partie, seules certaines questions ainsi que certains enchaînements de questions seront expliqués afin de rendre la compréhension du questionnaire plus aisée. L'ensemble du questionnaire est consigné en Annexe 1.

a. Introduction au questionnaire et évaluation de la connaissance des répondants sur le sujet

La première partie du questionnaire sert à établir les connaissances des vétérinaires répondants sur le syndrome de Munchausen et le syndrome de Munchausen par procuration, sans introduction préalable. Les vétérinaires ayant déjà entendu parler du syndrome exposent leurs connaissances en section 2. Les autres sont envoyés directement en section 3.

b. Explications générales et critères supposés par les répondants

Les deux formes du syndrome sont expliquées comme suit dans la section 3 :

Le syndrome de Munchausen est une affection psychiatrique humaine. Son appellation dérive du temps où le Baron von Münchhausen revenait de guerre en enjolivant des histoires dont il était le héros afin de susciter l'admiration.

Un patient souffrant du syndrome de Munchausen (Munchausen induced on self ou MOS) est un patient dont le besoin d'attention est extrêmement important (dans la littérature anglo-saxonne, on parle d'attention seeker) et cherche à endosser le rôle du malade. Le personnel médical est la cible préférentielle de cette demande d'attention : le patient va chercher à se faire admettre dans des structures de soins, au moyen de tromperies concernant son état de santé. Cela peut aller du simple mensonge concernant des céphalées (maux de tête), jusqu'à par exemple, l'auto-injection de résidus de selles dans le système sanguin (Dying to be ill, Feldman and Yates), provoquant une septicémie. Ces symptômes sont fabriqués, souvent non vérifiables et vont nécessiter des investigations plus ou moins invasives.

Plus l'origine de la "maladie" reste une énigme, plus le patient restera auprès du personnel médical: l'attention du personnel de santé va ainsi être focalisée sur la résolution du cas, et ainsi, sur le patient.

Le patient "vit au travers de sa maladie" : s'il est malade, son entourage éprouve de la compassion, lui porte de l'attention, le plaint... C'est le bénéfice constamment recherché dans ce type de pathologie.

La résolution de la "maladie" n'est ainsi pas suffisante pour le patient qui va chercher à retrouver cette zone de confort en se faisant admettre à nouveau sous un autre motif ou dans un autre établissement (on parle souvent d'hospital shopping), parfois sous une autre identité.

Le Syndrome de Munchausen par procuration (en anglais, Munchausen by proxy, noté MBP dans la suite), comme son nom l'indique, s'exerce sur un substitut qui n'est pas la personne souffrant de

MBP.

Cette dernière exerce son trouble sur son proxy, en fabriquant des symptômes conduisant généralement à l'hospitalisation du substitut pour investigations complémentaires, généralement invasives.

La question suivante se centre sur l'âge, le genre, l'environnement des personnes atteintes des deux formes de syndrome. Les répondants expliquent ici ce qu'ils pensent retrouver comme critères chez les personnes atteintes. Les réponses seront ensuite évaluées afin de voir si l'idée qu'ils en ont est la bonne.

Après avoir donné leur idée de l'épidémiologie du syndrome, ils sont envoyés dans la section 4, qui répertorie les critères mentionnés par la littérature dans le Tableau 7.

c. Critères de la littérature

Tableau 7 : Critères de la littérature fournis au cours du questionnaire

Munchausen sur soi	Munchausen par procuration
<ul style="list-style-type: none">-Majorité de femmes, 35-50 ans-Métier dans le domaine de la santé-Montre des connaissances étendues sur la maladie suspectée-Personnalité dépressive-Volontaire pour de multiples examens complémentaires-Maladie souvent atypique, les médecins n'ont "jamais vu rien de pareil".	<ul style="list-style-type: none">-Majorité de femmes, souvent les mères des victimes-moyenne d'âge 50-60 ans- manque de soutien du partenaire, divorce, vie solitaire- "Alliée" du personnel de soin hospitalier-Laisse difficilement sa victime sans surveillance-Encourage les examens complémentaires ou les chirurgies sur la victime- les médecins n'ont jamais rien vu de pareil-Est capable de "guider" les professionnels sur ce qui peut être responsable du problème chez la victime-L'état de santé de la victime s'améliore après séparation du perpétreur et s'aggrave dès qu'il revient.

A la lecture des critères du Syndrome par procuration, les répondants sont invités à indiquer si une telle personne leur rappelle un individu de leur clientèle ou non.

Si la réponse indiquée est « Oui » ou « Peut-être », le questionnaire renvoie à la section 5, relative à la description du cas auquel ils ont été confrontés.

Si la réponse est « Non », le questionnaire renvoie à la dernière section du questionnaire, soit le profil du répondant.

d. Description détaillée d'un cas et attitude du vétérinaire répondant

L'un des objectifs de ce questionnaire est de faire un état des lieux des espèces touchées, c'est pourquoi la première question de cette section (question 5-a.) est relative à l'espèce du patient.

Le répondant est ensuite invité à décrire le cas auquel il a été confronté, même s'il n'est pas sûr qu'il s'agisse vraiment du profil développé plus haut (question 5-b.).

Un autre objectif de ce travail est de prendre connaissance de l'attitude et des stratégies observées par les vétérinaires répondants (questions 5-c. à 7-b.).

5 – c. Est-ce un patient qui revient toujours parce que "cela ne va pas" quand il est au domicile mais qui ne présente aucun problème lorsqu'il est sous votre surveillance ?

Par cette question, il est évalué l'état d'esprit présenté par le propriétaire lors des visites qui peuvent se répéter. Le syndrome de Munchausen étant caractérisé par l'affabulation de situations qui n'existent pas ou la création de symptômes, cette question permet également de s'interroger sur la vraisemblance des symptômes décrits.

5 – d. Comment réagissez-vous lorsque l'animal revient en consultation ?

Option 1 : Vous vous demandez quelle peut bien être la raison de sa venue ce jour (car ses venues sont très fréquentes : plusieurs fois par mois, voire par semaine)

Option 2 : C'est un animal avec de vrais problèmes de santé, vous n'êtes pas surpris.

Option 3 : Vous avez une marche à suivre particulière avec ce propriétaire, qui est initiée par votre personnel lors de la prise de rendez-vous (par exemple, il est vu par un vétérinaire en particulier, ou vous prévoyez d'office des prises de sang)

Les répondants peuvent cocher plusieurs réponses à cette question pour rendre compte de leur attitude. Ainsi, ils peuvent suivre une certaine routine tout en se demandant pour quel motif l'animal est présenté une nouvelle fois.

5 – e. Lors de la consultation :

Option 1 : L'animal est en bon état général et ne présente pas les symptômes rapportés par le propriétaire. Vous ne considérez pas l'animal comme en mauvaise santé.

Option 2 : L'animal est effectivement souffrant.

Si le répondant coche l'option 1, le questionnaire renvoie à la question 6°a, qui permet de rendre compte de la réaction observée par le praticien dans ce genre de situation. Si toutefois aucune des options ne convient au répondant, il a la possibilité d'ajouter sa propre expérience en cochant l'option « Autre » et en précisant sa démarche.

6 – a. Comment réagissez-vous face à ce genre de situation ?

Option 1 : Le propriétaire insiste pour l'hospitalisation alors que vous ne la considérez pas comme nécessaire (et vous acceptez l'hospitalisation)

Option 2 : Le propriétaire insiste pour l'hospitalisation alors que vous ne la considérez pas comme nécessaire (et vous refusez l'hospitalisation)

Option 3 : L'animal semble aller bien, vous sortez l'animal sans médication.

Option 4 : L'animal semble aller bien, mais vous le sortez tout de même avec médication (le propriétaire attend une médication).

Autre : précisez

S'il coche l'option 2 à la question 5°e. le questionnaire renvoie à la question 6°b. La différence entre la question 6°a. et la question 6°b. réside en l'ajout de deux options (options 5 & 6) qui couvrent toutes les issues possibles de la consultation. Les options 5 et 6 n'apparaissent pas dans la situation où l'animal n'est pas souffrant car il n'y a en pratique pas de raison de l'hospitaliser.

6 – b. Comment réagissez-vous face à ce genre de situation ?

Option 1 : Le propriétaire insiste pour l'hospitalisation alors que vous ne la considérez pas comme nécessaire (et vous acceptez l'hospitalisation)

Option 2 : Le propriétaire insiste pour l'hospitalisation alors que vous ne la considérez pas comme nécessaire (et vous refusez l'hospitalisation)

Option 3 : L'animal semble aller bien, vous sortez l'animal sans médication.

Option 4 : L'animal semble aller bien, mais vous le sortez tout de même avec médication.

Option 5 : L'hospitalisation vous paraît nécessaire mais le propriétaire refuse l'hospitalisation que vous proposez et vous sortez l'animal avec médication.

Option 6 : L'hospitalisation vous paraît nécessaire mais le propriétaire refuse l'hospitalisation que vous proposez et vous sortez l'animal sans médication (le propriétaire refuse la médication).

Autre : précisez

L'échec du traitement ou de la gestion postopératoire à domicile est souvent de mise lors de SMpP. Il convient donc d'évaluer l'efficacité de la prise en charge. Dans la question 7-a., l'efficacité est jugée par le vétérinaire répondant.

7 – a. Efficacité de la prise en charge : Le traitement est-il efficace (l'état de l'animal est-il amélioré par rapport aux symptômes décrits par le propriétaire) ?

Dans les cas de Munchausen par procuration, l'attitude du perpétreur est caractéristique. Il est donc important de s'intéresser à l'attitude du propriétaire compte tenu de l'efficacité du traitement.

7 – b. Cela satisfait-il le propriétaire ?

En se basant sur les caractéristiques évoquées dans la littérature, les perpétreurs ont tendance à rechercher la compassion en s'épanchant sur leur vie personnelle et les problèmes qu'ils peuvent rencontrer dans le domaine privé. Par ailleurs, le vétérinaire peut être au courant de certains détails de l'historique du propriétaire, ce qui amène la question 8°.

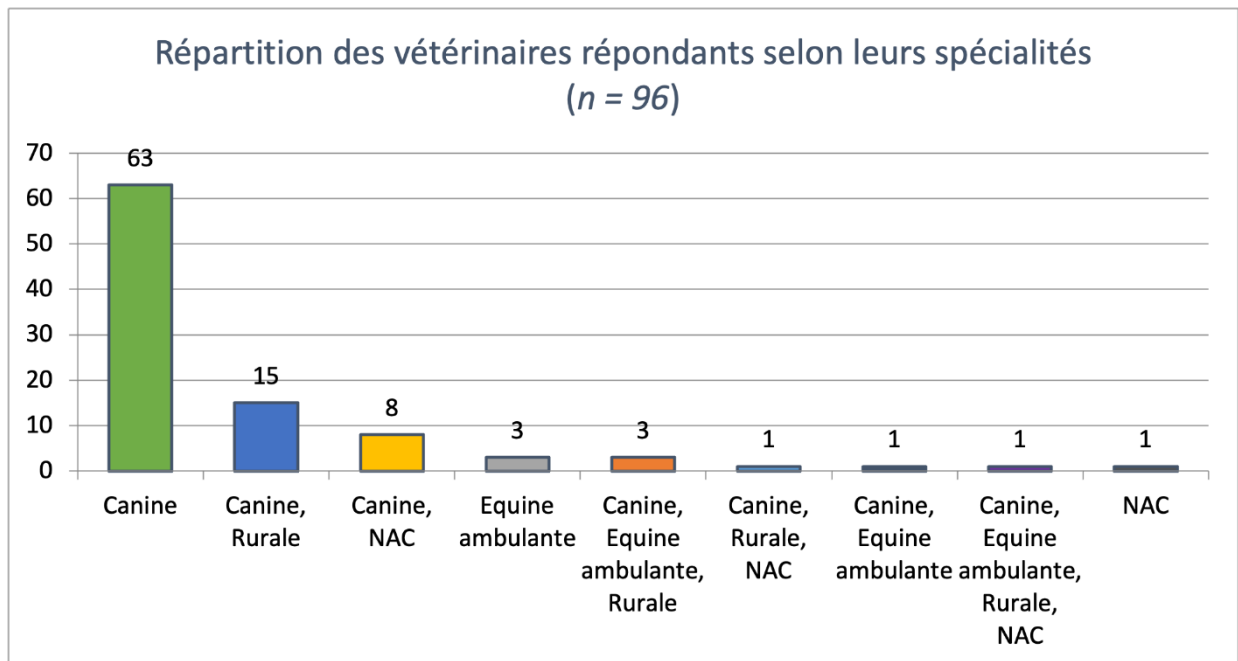
8 – La consultation chez le vétérinaire est un moment d'échange. Les propriétaires ont souvent tendance à parler de leurs soucis. Le propriétaire de l'animal vous a d'ailleurs fait part de :

La dernière rubrique du questionnaire est centrée sur le profil du répondant. Elle permet d'évaluer les connaissances des vétérinaires sur le syndrome selon leur âge, leurs spécialités voire leur nombre d'années d'exercice.

B. Analyses des résultats

Le questionnaire a été accessible du 10 juin 2023 au 10 septembre 2023. Il a été diffusé sur des groupes composés de vétérinaires sur les réseaux sociaux, ainsi que via la newsletter du Conseil de l'Ordre des Vétérinaires. Quarante-vingt-seize réponses ont été enregistrées sur cette période. Les vétérinaires répondants exercent selon les spécialités reportées dans la Figure 6.

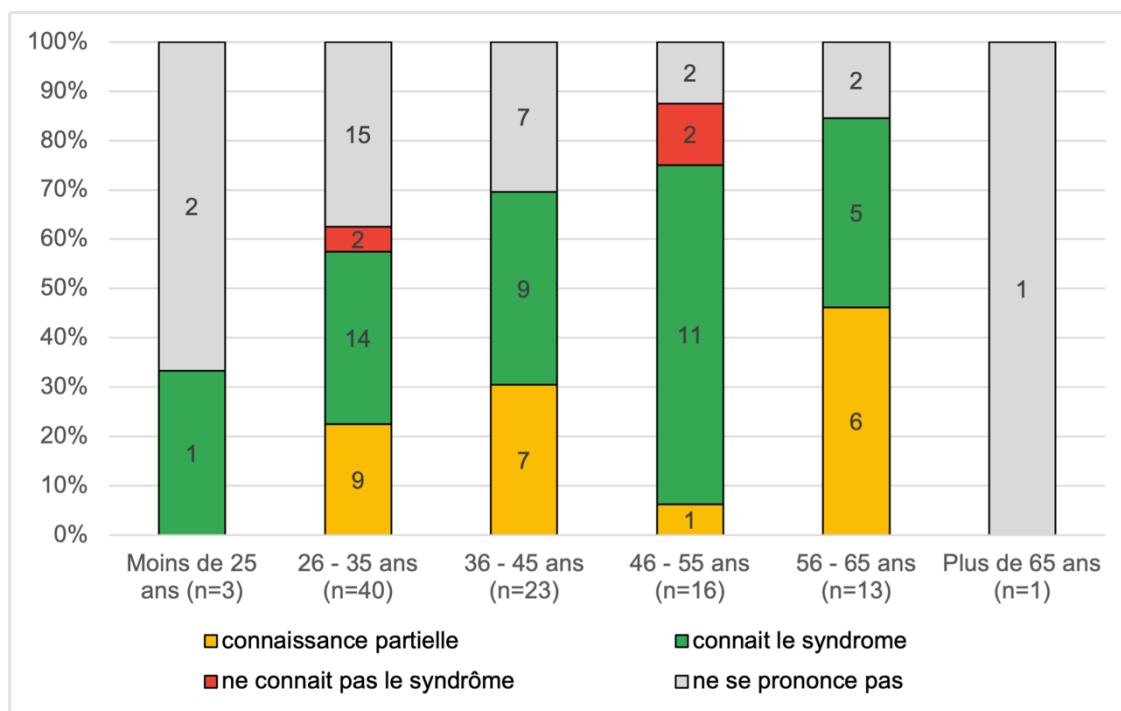
Figure 6 : Répartition des vétérinaires répondants selon leurs spécialités



Une grande majorité des répondants exerce dans la spécialité des petits animaux, ce qui n'est pas surprenant du fait de leur supériorité numérique dans le métier de vétérinaire. Plusieurs vétérinaires exercent également en spécialité rurale, bien qu'aucun cas n'ait été décrit parmi les animaux de rente. Ceci était plutôt attendu du fait que les animaux de rente sont aussi le moyen pour leurs propriétaires de gagner leur vie : il aurait été surprenant que ces derniers agissent son encontre.

D'après la Figure 7 suivante, les répondants sont principalement âgés de 26 à 35 ans. Cependant plus grande proportion des vétérinaires connaissant le syndrome se retrouve dans la tranche des 46-65 ans (16 définitions correctes/ 29 réponses), ce qui s'explique probablement par la plus grande expérience (en comparaison des 23 définitions correctes / 63 réponses des 26-45 ans).

Figure 7 : Connaissance du syndrome selon les tranches d'âge des vétérinaires répondants



1 – Avez-vous déjà entendu parler du Syndrome de Munchausen ou du Syndrome de Munchausen par procuration ?

A cette première question, près de 70% des vétérinaires ont répondu par l'affirmative (67 « Oui » sur 96 réponses). Bien que rare et peu décrit dans le domaine vétérinaire, ce syndrome est connu au moins de nom par les vétérinaires.

2 – a. Évaluation de la connaissance du Syndrome de Munchausen : Comment décririez-vous le Syndrome de Munchausen ou le Syndrome de Munchausen par procuration ?

Parmi les 67 vétérinaires qui répondent à la question 2°, 40 donnent une définition correcte du syndrome de Munchausen, 23 une partiellement correcte et 4 une réponse erronée. La répartition est observable dans la Figure 7.

Pour être considérée correcte, la définition donnée pour le syndrome de Munchausen auto-induit doit a minima rendre compte de l'invention et/ou de la fabrication volontaire de symptômes afin de susciter l'attention. Sont également considérées correctes les réponses mentionnant que la fabrication de symptômes permet d'accéder à divers examens. Pour le syndrome par procuration, il faut par ailleurs spécifier que le trouble s'exerce sur un autre individu (humain ou animal).

Une réponse partiellement correcte est une réponse qui :

- Rend compte de la fabrication des symptômes (sur soi ou par procuration sur autrui) sans préciser le but recherché.

Ou

- Rend compte du désir d'attention sans évoquer la fabrication de symptômes.

Une réponse incorrecte est une réponse ne rendant compte d'aucun des éléments précédents, lesquels constituent la pierre angulaire du syndrome.

Une assez large proportion des vétérinaires alléguant connaître le syndrome sont ainsi capables de le décrire, ce qui se rapproche des observations réalisées par Munro et Thrusfield. Bien que rare, la connaissance du syndrome est portée aux praticiens vétérinaires et ce, par les moyens qui sont décrits dans la suite.

2 – b. Vous en avez entendu parler :

Les documentaires et reportages sont les sources d'information principales rapportées dans le questionnaire (n=20 répondants), juste devant les films et les séries (n= 19). Une personne a suivi une formation de psychiatrie animale, 5 y ont été sensibilisé lors de cours ou de conférences. Les autres réponses font état :

- de discussions familiales, sur les réseaux sociaux, entre collègues ou entre amis (6 réponses)
- de renseignements obtenus sur Internet (6 réponses)
- de culture générale (2 réponses)
- de faits divers rapportés (3 réponses)
- d'informations dans un livre (1 réponse)
- d'un mélange de toutes les réponses proposées (2 réponses)

Deux répondants ne se rappellent plus l'origine de leur connaissance sur le sujet.

La source principale d'informations diffusées sur le sujet est donc la télévision. Les séries et films mentionnés (certains répondants en mentionnent plusieurs) sont répertoriés dans le Tableau 8 :

Tableau 8 : Films et séries à l'origine d'une connaissance du syndrome (d'après le questionnaire)

Nom de la série ou du film	Nombre de mentions
Dr House	9
The Act	4
Run	1
Esprits Criminels	1
Sharp Objects	2
Urgences	3
Grey's Anatomy	1
Ne se souvient pas	2

3 – Quelques questions préalables : Selon vous, quels sont les critères que l'on peut retrouver chez les personnes atteintes ?

Huit répondants sur 96 indiquent ne pas se prononcer sur la question.

Trente-huit répondants indiquent plus de la moitié des critères évoqués dans le Tableau 7, ce qui caractérise une bonne connaissance du syndrome. Parmi eux, on retrouve 6 répondants qui déclaraient n'avoir jamais entendu parler du SM ou SMpP à la première question. On retrouve également 24 répondants sur les 40 qui avaient donné une définition correcte du syndrome à la première question.

4 – Les critères du Munchausen par procuration évoquent-t-ils quelqu'un dans votre clientèle ?

Sur les 96 répondants, la majorité répond « Non » (n = 50) et termine le questionnaire en renseignant leur profil.

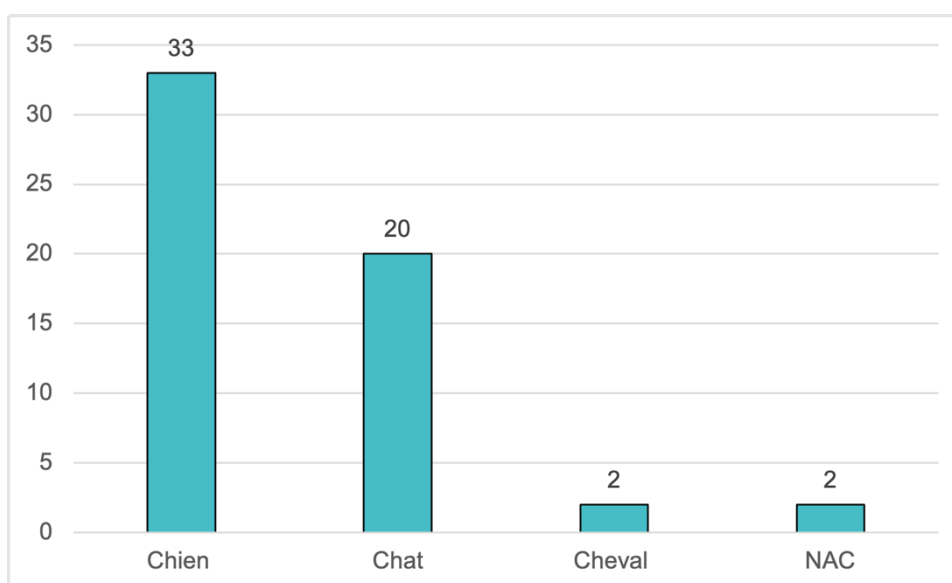
Trente répondants indiquent que les critères évoquent l'un de leurs clients, et 16 n'en sont pas sûrs.

Ainsi, 46 cas sont répertoriés et décrits avec plus ou moins de précisions dans la suite.

5 – a. Le patient est un :

Les espèces décrites sont répertoriées dans la Figure 8 suivante. Les vétérinaires pouvaient cocher plusieurs espèces. Parmi les cas décrits, les animaux les plus représentés sont les carnivores domestiques avec une prédominance de chiens. Deux cas concernant des équidés sont rapportés, ainsi que deux cas de nouveaux animaux de compagnie. Cependant, les deux vétérinaires ayant renseigné avoir eu des cas suspects sur des NAC n'ont décrit de cas que sur des carnivores domestiques.

Figure 8 : Répartition des espèces parmi les cas rapportés par les vétérinaires



5 – b. Pouvez-vous décrire un cas ? (Même si vous n'êtes pas sûr qu'il s'agisse vraiment de ce profil)

Les cas décrits sont d'une précision variable, ce qui ne permet pas toujours d'établir si le cas ressemble véritablement à un syndrome de Munchausen par procuration.

Parmi les 46 cas décrits, seuls 16 présentent au moins trois critères de SMpP retrouvés dans la littérature. Quatorze cas présentent deux critères de la littérature et sont souvent moins détaillés. Huit cas ne correspondent ni à la définition ni à la présentation du syndrome par procuration et ne sont compatibles avec aucun critère (ou, exceptionnellement un). Sept cas sont trop vaguement rapportés pour être exploitables.

Un cas n'est pas décrit car le répondant trouve la réponse trop longue à développer.

Dans le Tableau 9 ci-dessous sont répertoriés des exemples de réponses :

Tableau 9 : Exemples de classification des réponses obtenues dans le questionnaire

Classification	Cas présentant 3 critères ou plus	Cas présentant 2 critères	Cas présentant 0 ou 1 critère	Réponse trop vague
Description par le vétérinaire répondant	<p>Plusieurs animaux présentés à des moments différents avec des symptômes hépatiques concordant avec une intoxication au paracétamol.</p> <p>Les hospitalisations se succèdent jusqu'au jour où la sœur de la propriétaire dénonce sa sœur aux vétérinaires en expliquant qu'elle l'a surprise en train de donner volontairement du Doliprane à son animal sorti d'hospitalisation depuis peu.</p>	<p>Jument jeune appartenant à un couple d'une cinquantaine d'années. La femme, qui ne travaille pas, s'en occupe principalement. La jument a toujours un souci de santé.</p>	<p>Consultation pour problème respiratoire récurrent sur un chat vacciné. Le problème disparaît après une sieste.</p>	<p>Chat de 9 ans présentant des difficultés respiratoires.</p> <p>Radiographie montrant une zone bronchique dense en partie crâniale.</p>
Justification de la classification	<p>Problème récurrent. Hospitalisations répétées.</p> <p>Historique de plusieurs animaux atteints.</p> <p><u>Intoxication</u> volontaire malgré la connaissance des risques.</p>	<p>Propriétaire sans emploi qui consacre son temps à l'animal.</p> <p>Problème de santé récurrent mais peu de précisions sur l'attitude du propriétaire.</p>	<p>Pas de renseignement sur le cas. Pas d'investigation apparente et pas de tendance du propriétaire à exiger des examens ou des procédures.</p>	<p>Trop peu d'informations.</p> <p>Pourrait s'agir d'une phrase sur un compte rendu classique de consultation pour motif respiratoire.</p>

Parmi les cas décrits, on retrouve une plus large proportion de femmes, comme il est possible de voir dans le Tableau 10. Même si cela apparaît effectivement en accord avec la littérature, ce résultat est à prendre avec précaution car les critères mentionnés dans le Tableau 7 font état du genre féminin comme étant majoritaire. Les vétérinaires peuvent donc avoir plusieurs cas en tête (incluant des propriétaires de genre masculin) et avoir décrit un cas avec une propriétaire afin que le cas décrit puisse correspondre à un maximum de critères. D'autre part, il n'est pas certain que la parité soit strictement respectée dans la clientèle.

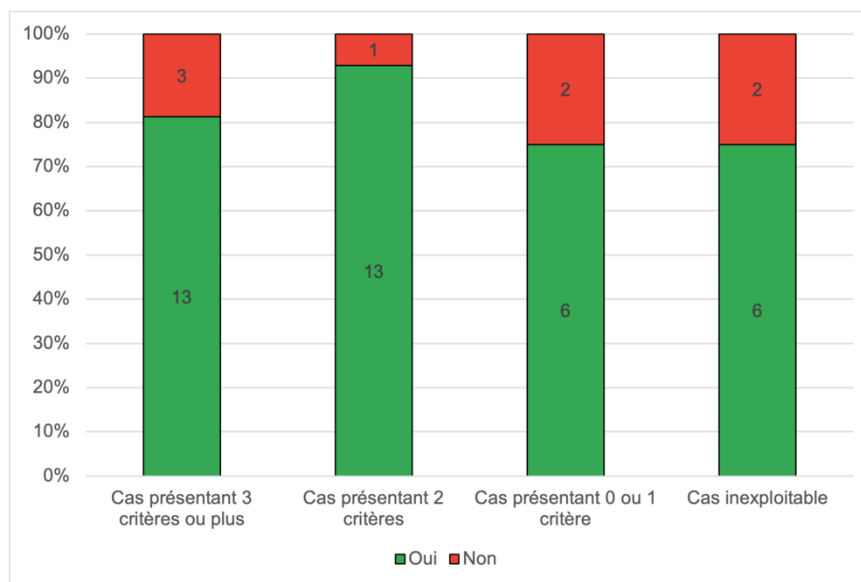
Tableau 10 : Genre des propriétaires des animaux décrits dans le questionnaire

	Cas > 3 critères	Cas = 2 critères	Cas = 0 ou 1 critère	Cas inexploitable
Femme	9	11	4	2
Homme	1	1	0	0
Couple	1	1	0	0
Non précisé	5	1	4	5

5°c. *Est-ce un patient qui revient toujours parce que "cela ne va pas" quand il est au domicile mais qui ne présente aucun problème lorsqu'il est sous votre surveillance ?*

Les résultats à cette question sont renseignés sur la Figure 9.

Figure 9 : Mention des retours fréquents en consultation selon la distinction des cas



Les vétérinaires rapportent que les animaux qui leur sont présentés sont généralement en bonne santé, sans les anomalies alléguées par le propriétaire. Lorsque la réponse « Non » a été cochée, le vétérinaire rapportait des signes cliniques plus ou moins importants dans la description du cas.

5°d. *Comment réagissez-vous lorsque l'animal revient en consultation ?*

Réaction 1 : Vous vous demandez quelle peut bien être la raison de sa venue ce jour (car ses venues sont très fréquentes : plusieurs fois par mois, voire par semaine)

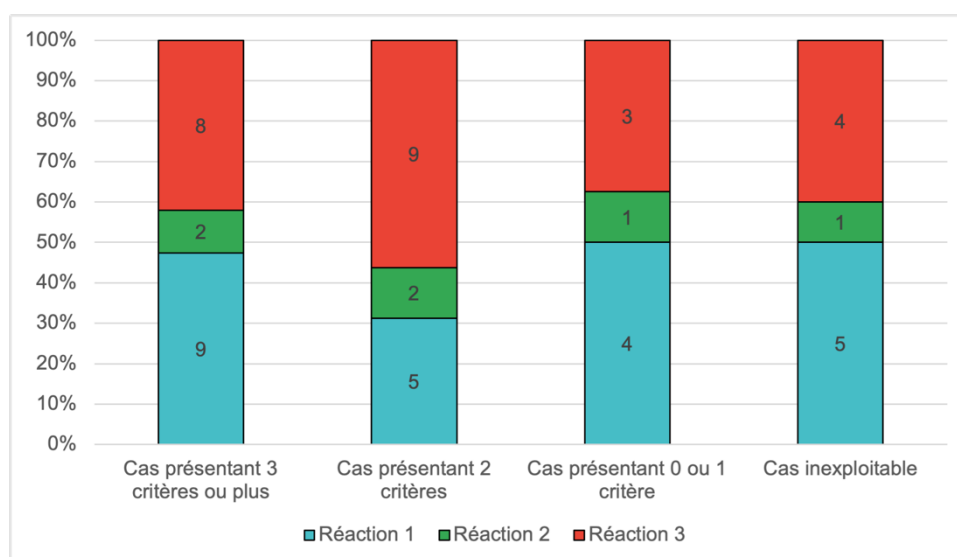
Réaction 2 : C'est un animal avec de vrais problèmes de santé, vous n'êtes pas surpris.

Réaction 3 : Vous avez une marche à suivre particulière avec ce propriétaire, qui est initiée par votre personnel lors de la prise de rendez-vous (par exemple, il est vu par un vétérinaire en particulier, ou vous prévoyez d'office des prises de sang).

La moitié des vétérinaires rapportant un cas ont coché qu'ils ont une démarche qui est spécifique à ce couple propriétaire-animal (réaction 3 : 24 vétérinaires sur 46). Six vétérinaires ne sont pas surpris car l'animal présente une ou plusieurs pathologies qui justifient des visites fréquentes (Réaction 2). Vingt-trois vétérinaires s'interrogent sur le motif de consultation (Réaction 1).

Parmi eux, 6 vétérinaires cochent au moins une autre option, ce qui explique un nombre de réponses supérieur à 46 sur la Figure 10 récapitulative : 4 indiquent se demander la raison de la venue en plus de suivre un plan particulier, 1 n'est pas surpris et suit un plan particulier et un dernier a coché les trois réactions.

Figure 10 : Répartition des réactions des vétérinaires lors du retour de l'animal en consultation

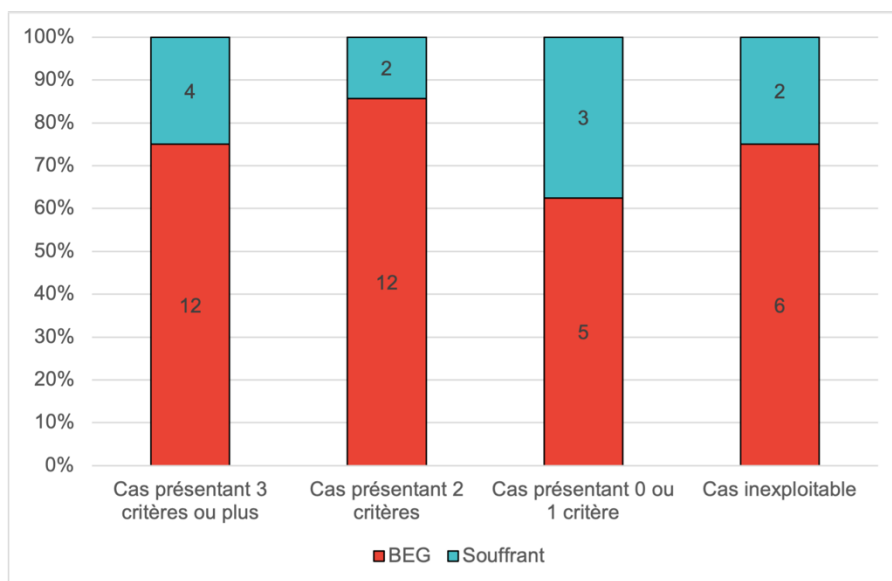


5^e. Lors de la consultation :

Les vétérinaires indiquent dans 35 cas sur 46 que l'animal est en bon état général (BEG) lors de la consultation.

Parmi les 16 cas potentiels de syndrome de Munchausen par procuration, 12 animaux sont évalués non souffrants lors de la consultation et 4 présentent des symptômes.

Figure 11 : État de l'animal décrit par le vétérinaire après son examen



6^a. Comment réagissez-vous face à ce genre de situation (dans le cas où l'animal n'est pas souffrant) ? (Cette question concerne les 35 patients répertoriés « en bon état général » à la question 5^e.)

Tableau 11 : Récapitulatif des attitudes observées par les vétérinaires lorsque l'animal est en bon état général (selon la distinction des cas)

	Cas > 3 critères	Cas = 2 critères	Cas = 0 ou 1 critère	Cas inexploitable
Hospitalisation non nécessaire mais acceptation devant l'insistance du propriétaire	0	2	0	2
Hospitalisation non nécessaire et refusée malgré l'insistance du propriétaire	0	0	0	0
Animal en bon état général et sortie sans médication.	2	0	0	0
Animal en bon état général mais sortie avec médication (attendue par le propriétaire)	9	10	4	3
Autre	1	0	1	0

Parmi les propositions répertoriées sous « Autre » dans le Tableau 11, on retrouve :

- La mise en place d'un test de séparation afin d'évaluer l'évolution de l'état de l'animal en l'absence de son propriétaire (cas présentant 2 critères).
- La discussion prolongée avec le propriétaire pour démêler la vérité du mensonge (cas présentant 0 critère).

On observe dans le Tableau 11 une large préférence pour la sortie avec une médication (qui est attendue par le propriétaire. Cela n'est pas forcément spécifique au syndrome de Munchausen par procuration : il est connu que les propriétaires d'animaux estiment la consultation comme incomplète s'ils ne sortent pas avec une ordonnance et un traitement. La plupart déclare opter préférentiellement pour l'homéopathie ou la phytothérapie ou, à défaut, pour une médication pour les symptômes rapportés (mais non observés en consultation).

Par ailleurs, on observe dans le tableau que les cas présentant 3 critères ou plus de Munchausen par procuration (colonne de gauche) n'insistent ici pas particulièrement pour l'hospitalisation de leur animal qui se porte bien. On pouvait s'attendre à l'inverse mais on peut supposer que ces animaux étant en bon état général, le propriétaire a moins de raisons valables d'insister pour une hospitalisation alors que tous les résultats sont normaux.

6°b. Comment réagissez-vous face à ce genre de situation (dans le cas où l'animal est effectivement souffrant) ? (Cette question concerne les 11 patients répertoriés « souffrants » à la question 5°e.)

Tableau 12 : Récapitulatif des attitudes observées par les vétérinaires lorsque l'animal est souffrant général (selon la distinction des cas)

	Cas > 3 critères	Cas = 2 critères	Cas = 0 ou 1 critère	Cas inexploitable
Hospitalisation non nécessaire mais acceptation devant l'insistance du propriétaire	0	2	1	0
Hospitalisation non nécessaire et refusée malgré l'insistance du propriétaire	1	0	1	0
Animal en bon état général et sortie sans médication.	0	0	0	1
Animal en bon état général mais sortie avec médication (attendue par le propriétaire)	0	0	0	0
Hospitalisation nécessaire mais refusée par le propriétaire et sortie sous médication	1	0	0	1
Hospitalisation nécessaire mais refusée par la propriétaire et refus de la médication par ce dernier	0	0	0	0
Autre	2	0	1	0

Parmi les propositions répertoriées sous « Autre » dans le Tableau 12, on retrouve :

- La mise en place d'un test de séparation afin d'évaluer l'évolution de l'état de l'animal en l'absence de son propriétaire (cas présentant 3 critères ou plus).
- Mise en place d'une hospitalisation qui est acceptée par le propriétaire pour la gestion d'un chat souffrant d'un syndrome urinaire félin (cas présentant 0 ou 1 critère).
- Un commentaire n'est pas interprétable (cas présentant 3 critères ou plus).

En comparaison avec la question relative aux animaux en bonne santé, il est possible de noter une augmentation du nombre de propriétaires insistant pour l'hospitalisation, alors qu'elle n'est pas nécessaire. La différence avec les cas précédents réside en la présence, chez ces animaux, de

symptômes et signes cliniques qui peuvent justifier l'insistance des propriétaires pour l'hospitalisation, à l'instar de ce qui est observé en médecine humaine.

A l'inverse, les hospitalisations jugées nécessaires sont refusées au profit de la sortie sous médication. Parmi ces dernières, il y a un cas compatible avec 3 critères de SMpP et un cas trop peu précis pour conclure. Rappelons que le coût d'une hospitalisation revient plus cher qu'un médicament au propriétaire, ce qui peut consister en l'une des raisons du refus.

NB : une option supplémentaire aurait pu être ajoutée, à savoir l'hospitalisation proposée et acceptée mais il était toujours possible de rentrer cette option dans « Autre » ce qui a été fait par un des vétérinaires qui a eu besoin de cette option.

7°a. Efficacité de la prise en charge : Le traitement est-il efficace (l'état de l'animal est-il amélioré par rapport aux symptômes décrits par le propriétaire) ?

Dans la majorité des cas, le traitement conseillé par le vétérinaire semble efficace : 34 des 46 animaux sont améliorés. Cela laisse 11 animaux dont l'état ne s'améliore pas et dont les symptômes se prolongent. Il n'est pas possible de savoir si les animaux ne présentant aucune amélioration ont bien reçu le traitement qui a été prescrit.

7°b. Cela satisfait-il le propriétaire ?

Trente-quatre animaux présentent une amélioration de leur état clinique, mais parmi eux 26 sont rapidement représentés par leur propriétaire pour investiguer un nouveau problème. Les 12 patients restants voient leur état se dégrader dès le retour chez leur propriétaire.

Ainsi, seule une minorité de propriétaires semble pleinement satisfaite des traitements prodigués. Parmi les cas avec 3 critères ou plus, seuls deux sont réellement améliorés. Onze présentent une nouvelle affection motivant une nouvelle consultation et trois voient leur état s'empirer. Il est ici possible de noter la tendance à la dégradation de l'état des animaux au retour au domicile (i.e. avec leur propriétaire) ce qui constitue un autre critère de SMpP.

8° La consultation chez le vétérinaire est un moment d'échange. Les propriétaires ont souvent tendance à parler de leurs soucis. Le propriétaire de l'animal vous a d'ailleurs fait part de :

Quarante-quatre répondants sur les 46 (ayant rapporté des cas) ont répondu à cette question. Les deux réponses manquantes concernent un cas évoquant 2 critères de SMpP et un cas n'évoquant aucun critère avec le SMpP. D'après le Tableau 13, onze répondants ne notent rien de particulier. La majorité rapporte des références à des hospitalisations multiples (16 réponses).

Dans les cas présentant 3 critères ou plus, on remarque la variabilité des problèmes évoqués.

Tableau 13 : Problèmes personnels évoqués par les propriétaires en consultation

	Enfant malade ou décédé	Hospitalisations multiples	Problèmes de couple	Violences	Historique d'animaux malade/décédés	Métier dans le domaine médical	Rien de particulier
Cas > 3 critères	2	2	1	1	4	1	5
Cas = 2 critères	2	7	2	0	0	0	2
Cas = 0 ou 1 critère	1	4	0	0	1	0	1
Cas inexploitable	1	3	1	0	0	0	3

Il est à noter qu'un seul vétérinaire n'a indiqué la présence d'un métier du domaine médical à la question 8° mais qu'il est fait mention de deux infirmières et d'une vétérinaire dans les descriptions de cas.

4. Discussion : que peut-on en tirer ?

A. Conclusions préliminaires sur le questionnaire

Il ressort de cette étude que beaucoup de vétérinaires connaissent suffisamment le Syndrome de Munchausen pour en donner une définition correcte. Leur connaissance vient préférentiellement de supports télévisuels tels que les reportages, les films et les séries : c'est un sujet qui fascine car il est difficile d'imaginer un individu se faire du mal ou faire du mal à quelqu'un qui lui est cher pour obtenir ce qui est communément considéré comme un fardeau : l'hospitalisation.

Plusieurs vétérinaires ont déjà suspecté le SMpP sur leurs propres cas, notamment lorsqu'il y a un historique comportant un ou plusieurs animaux chroniquement malades ou décédés.

Les propriétaires des cas potentiels font preuve d'une insistance variable en ce qui concerne l'hospitalisation, ce qui contraste avec ce qui est observé en médecine humaine, mais qui peut s'expliquer par les coûts que représente l'hospitalisation.

Il semblerait que les propriétaires soient plus souvent de genre féminin. Comme évoqué plus haut, ce résultat est à considérer avec précaution en raison de la formulation de la question.

B. Les limites du questionnaire

La première limite de ce questionnaire consiste en son nombre de participants. Le nombre de 96 participants représente un bel échantillon pour ce travail préliminaire, cependant il aurait pu être élargi par une diffusion du questionnaire sur une plus longue période. La diffusion au travers de la newsletter mensuelle de l'Ordre des Vétérinaires a permis une nette augmentation du nombre de répondants, mais elle a été un petit peu tardive. Si une étude complémentaire à celle-ci (et nécessitant une large diffusion aux vétérinaires) devait se réaliser, il serait idéal de contacter l'Ordre à l'aube de cette diffusion.

La diffusion plus large permettrait probablement l'obtention d'une proportion comparable des différentes spécialités : en effet, la spécialité canine représente une large majorité des répondants

au questionnaire. Comme évoqué plus haut, cette spécialité comportant la plus grande proportion de vétérinaires inscrits à l'Ordre, il est attendu qu'ils soient en supériorité numérique cependant, il conviendrait d'obtenir plus de réponses de la part des vétérinaires ruraux, équins voire NACs (même si ces derniers sont souvent associés aux vétérinaires canins).

La moindre participation des vétérinaires à spécialité rurale ou équine peut s'expliquer par le caractère ambulatoire de leur activité : le temps libre entre les consultations est généralement passé dans le véhicule et non au calme à la clinique, devant un potentiel ordinateur. Il faudrait donc revoir le support de réponse et préférer une version plus conviviale (bien que le GoogleForm puisse s'ouvrir facilement sur un smartphone).

L'un des répondants a soulevé la problématique des questions ouvertes/fermées. Dans cette étude, le parti pris était d'éviter au maximum d'influencer les réponses des répondants, ce qui rendait l'utilisation des questions fermées inadéquate. Il est important de noter que sur près d'une centaine de réponses, seul un répondant a été découragé par l'ouverture des questions.

Concernant les cas et la classification qui en a été faite, elle repose sur une distinction reposant sur la littérature, comme l'ont fait Thrusfield et Munro dans leur étude. Elle a été entièrement réalisée par ma personne. Seuls les cas assez précis ont pu être classés en tant que cas présentant au moins 3 critères évocateurs de SMpP, ce qui écarte peut-être de vrais SMpP. Il est à rappeler que seul un psychiatre serait apte à conclure sur une telle maladie : cela n'est pas parce qu'un cas présente plusieurs critères compatibles avec le SMpP qu'il en fait forcément partie, et inversement. Dans une étude ultérieure, il pourrait être intéressant de se rapprocher de professionnels de la santé mentale notamment en ce qui concerne le tri et la classification des cas qui y seraient décrits.

Par souci d'objectivité, il aurait peut-être mieux valu demander la description d'un cas avant et après l'affichage des critères. Ainsi, on éviterait d'influencer la sélection d'un cas par rapport à un autre, ce qui s'est potentiellement produit ici.

Conclusion

Le syndrome de Munchausen par procuration sur les animaux est un trouble mental rare se caractérisant par la recherche d'attention et de compassion d'un propriétaire d'animal, lequel va fabriquer ou inventer des symptômes à son animal dans le but d'attirer l'attention d'autrui et notamment du vétérinaire. Probablement sous diagnostiqué en raison de ses caractéristiques d'expression, sa prévalence exacte demeure inconnue.

Les données bibliographiques, quoiqu'assez nombreuses dans le domaine médical humain sont à ce jour limitées dans le domaine vétérinaire. Compte tenu de cet aspect, les connaissances générales des vétérinaires sur le sujet sont néanmoins satisfaisantes, plusieurs d'entre eux étant capables de repérer les signes évocateurs du syndrome et d'agir en conséquence.

Les chiens et les chats sont les espèces les plus représentées dans les cas décrits ainsi que dans la littérature vétérinaire. Il s'agit d'animaux généralement en pleine santé contrairement aux allégations de leurs propriétaires et dont l'état clinique est instable ou se dégrade lors du contact avec ce dernier. Les propriétaires sont en grande majorité de genre féminin.

Une étude à plus large échelle et quantitative permettrait d'obtenir des résultats plus significatifs et d'aboutir à des conclusions plus tranchées, notamment en ce qui concerne les espèces cibles et les attitudes observées par les praticiens vétérinaires.

Liste des références bibliographiques

- ABELHAUSER, A. (1999) Pathologies factices et vérité subjective. *L'Évolution Psychiatrique* vol. 64, n° 1, p. 113-133. [[https://doi.org/10.1016/S0014-3855\(99\)80010-3](https://doi.org/10.1016/S0014-3855(99)80010-3)]
- ACADÉMIE DE MÉDECINE [<https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=Polle%20%28syndrome%20de%29>] (consulté le 06/08/2023).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1987) Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-III-R. 3rd Edition. Washington, American Psychiatric Association.
- ASHER, R. (1951) Munchausen's syndrome. *The Lancet*, vol. 257, n° 6650, p. 339-341. [[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(51\)92313-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(51)92313-6)]
- BABU, A.K., MOHAMED, A., DAS, N. (2019) Munchausen Syndrome by Proxy. *Indian Dermatology Online Journal* vol. 10, n° 4, p. 496-497. [https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_250_18]
- BALDWIN, J.A., OLIVER, J.E. (1975) Epidemiology and family characteristics of severely-abused children. *British Journal of Preventive & Social Medicine* vol. 29, n° 4, p. 205-221.
- BARTHOLOW, R. (1863) A manual of instructions for enlisting and discharging soldiers : with special reference to the medical examination of recruits, and the detection of disqualifying and feigned diseases. Philadelphia : J.B. Lippincott & Co.
- BERHILI, N., BOUT, A., HLAL, H., *et al.* (2016) Considérations nosographiques sur le délire d'infestation parasitaire à travers trois observations cliniques. *The Pan African Medical Journal* vol. 24, p. 130. [<https://doi.org/10.11604/pamj.2016.24.130.6512>]
- COLIN, A. (2002) Le syndrome de Münchhausen par procuration. Mémoire de médecine, Nancy, École de sages-femmes Albert Fruhinsholz.
- DEANS, K.J., THACKERAY, J., ASKEGARD-GIESMANN, J.R., *et al.* (2013) Mortality increases with recurrent episodes of nonaccidental trauma in children. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery* vol. 75, n° 1, p. 161-165. [<https://doi.org/10.1097/ta.0b013e3182984831>]
- DUPRÉ, E. (1905) La Mythomanie, étude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbides, par M. le Dr Ernest Dupré,... Ouverture du cours de psychiatrie médico-légale, Paris, impr. de J. Gainche.
- EASTWOOD, S., BISSON, J.I. (2008) Management of factitious disorders: a systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics* vol. 77, n° 4, p. 209-218. [<https://doi.org/10.1159/000126072>]
- FELDMAN, M. (1997) Canine variant of factitious disorder by proxy. *The American Journal of Psychiatry* vol. 154, p. 1316-7. [<https://doi.org/10.1176/ajp.154.9.1316b>]
- FELDMAN, M.D., LIGHT, M.J., LASHER, L.J., *et al.* (2007) Beyond Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics* vol. 120, n° 5, p. 1217-1218; author reply 1218. [<https://doi.org/10.1542/peds.2007-1917>]
- FELDMAN, M.D., YATES, G.P. (2018) Dying to be Ill: True Stories of Medical Deception. Londres, Taylor & Francis.
- FÉNELON, G., (1998) Le syndrome de Munchausen. Paris, Presses Universitaires de France
- FLIEGE, H., GRIMM, A., ECKHARDT-HENN, A., *et al.* (2007) Frequency of ICD-10 factitious disorder: survey of senior hospital consultants and physicians in private practice. *Psychosomatics* vol. 48, n° 1, p. 60-64.

[<https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.1.60>]

FLIEGE, H., SCHOLLER, G., ROSE, M., *et al.* (2002) Factitious disorders and pathological self-harm in a hospital population: an interdisciplinary challenge. *General Hospital Psychiatry* vol. 24, n° 3, p. 164-171. [[https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(02\)00171-8](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(02)00171-8)]

GARLIPP, P. (2016) Pseudologia Fantastica—Pathological Lying. In Sharpless, B.A. (Éd.), *Unusual and Rare Psychological Disorders: A Handbook for Clinical Practice and Research*. Oxford University Press, p. 0. [<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190245863.003.0021>]

GAVIN, H. (1844) On Feigned and Factitious Diseases, Chiefly of Soldiers and Seamen; on the Means Used to Simulate or Produce Them; and on the Best Modes of Discovering Impostors. *The British and Foreign Medical Review* vol. 18, n° 35, p. 117-124.

GIELER, U., ECKHARDT-HENN, A. (2004) Factitious Disorders. *Dermatology and Psychosomatics / Dermatologie und Psychosomatik* vol. 5, n° 2, p. 93-98. [<https://doi.org/10.1159/000079215>]

LONDON MEDICAL GAZETTE. (1836) London medical gazette. Volume 17 (Vol. I. for the session), 1835-1836. London.

MCCLURE, R.J., DAVIS, P.M., MEADOW, S.R., *et al.* (1996) Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood* vol. 75, n° 1, p. 57-61.

MEADOW, R. (1982) Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood* vol. 57, n° 2, p. 92-98. [<https://doi.org/10.1136/adc.57.2.92>]

MEADOW, R. (1977) Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. *The Lancet* vol. 310, n° 8033, p. 343-345. [[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(77\)91497-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(77)91497-0)]

MEADOW, S.R. (1997) ABC of Child Abuse. 3rd Edition. London, BMJ Publishing Group

MILANI, M. (2006) Problematic client-animal relationships: Munchausen by proxy. *The Canadian Veterinary Journal* vol. 47, n° 12, p. 1161-1164.

MUNRO, H.M., THRUSFIELD, M.V. (2001) « Battered pets »: Munchausen syndrome by proxy (factitious illness by proxy). *The Journal of Small Animal Practice* vol. 42, n° 8, p. 385-389. [<https://doi.org/10.1111/j.1748-5827.2001.tb02486.x>]

OXLEY, J., FELDMAN, M. (2016) More research needed for Munchausen by proxy and pets. *Journal of the American Veterinary Medical Association* vol. 248, p. 1229-1230. [<https://doi.org/10.2460/javma.248.11.1229>]

PALLIS, C.A., BAMJI, A.N. (1979) McIlroy was here. Or was he? *British Medical Journal* vol. 1, n° 6169, p. 973-975.

PARÉ, A. (1971) Des Monstres et prodiges. Genève, Librairie Droz.

PAUL, A.R., ADAMO, M.A. (2014) Non-accidental trauma in pediatric patients: a review of epidemiology, pathophysiology, diagnosis and treatment. *Translational Pediatrics* vol. 3, n° 3, p. 195-207. [<https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-4336.2014.06.01>]

PRABHU, A., ABAID, B., SARAI, S., *et al.* (2020) Munchausen Syndrome. *Southern Medical Journal* vol. 113, n° 4, p. 198-200. [<https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000001079>]

PRANGÈRE, A. (1999) Aux frontières du réel ou le syndrome de Münchhausen : à propos d'un cas. Thèse de doctorat en Médecine, Limoges, Faculté de médecine

RASPE, R.E. (2012) The Travels and Surprising Adventures of Baron Munchausen. Melville House.

RASPE, R.E. (1763) *Specimen historiae naturalis globi terraquei*. Amstelodami, J. Schreuder et P. Martier.

ROGERS, R., BENDER, S.D. (2018) *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. 4th Edition. New York, Guilford Publications.

SILVATICUS, J.B. (1595) *Jo. Baptistae. Silvatici ... de lis, qui morbum simulant deprehendendis liber*. Mediolani : ex officina P. Pontici

SOUSA FILHO, D. de, KANOMATA, E.Y., FELDMAN, R.J., *et al.* (2017) Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: a narrative review. *Einstein* vol. 15, n° 4, p. 516-521. [<https://doi.org/10.1590/S1679-45082017MD3746>]

SUTHERLAND, A.J., RODIN, G.M. (1990) Factitious disorders in a general hospital setting: clinical features and a review of the literature. *Psychosomatics* vol. 31, n° 4, p. 392-399. [[https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(90\)72133-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(90)72133-0)]

UTTER, M.E., WOTMAN, K.L., COVERT, K.R. (2010) Return to work following unilateral enucleation in 34 horses (2000–2008). *Equine Veterinary Journal* vol. 42, n° 2, p. 156-160. [<https://doi.org/10.2746/042516409X479577>]

Annexe 1

Questionnaire envoyé aux vétérinaires :

1° Avez-vous déjà entendu parler du Syndrome de Munchausen ou du Syndrome de Munchausen par procuration ?

2 – a. Évaluation de la connaissance du Syndrome de Munchausen : Comment décririez-vous le Syndrome de Munchausen ou le Syndrome de Munchausen par procuration ?

2 – b . Vous en avez entendu parler :

- Dans un film, une série (précision du film/de la série)
- Dans un documentaire, un reportage
- Un cours, une conférence
- Sur internet
- Via un fait divers
- Autre : (précision)

Le syndrome de Munchausen est une affection psychiatrique humaine. Son appellation dérive du temps où le Baron von Münchhausen revenait de guerre en enjolivant des histoires dont il était le héros afin de susciter l'admiration.

Un patient souffrant du syndrome de Munchausen (Munchausen induced on self ou MOS) est un patient dont le besoin d'attention est extrêmement important (dans la littérature anglo-saxonne, on parle d'attention seeker) et cherche à endosser le rôle du malade. Le personnel médical est la cible préférentielle de cette demande d'attention : le patient va chercher à se faire admettre dans des structures de soins, au moyen de tromperies concernant son état de santé. Cela peut aller du simple mensonge concernant des céphalées (maux de tête), jusqu'à par exemple, l'auto-injection de résidus de selles dans le système sanguin (Dying to be ill, Feldman and Yates), provoquant une septicémie. Ces symptômes sont fabriqués, souvent non vérifiables et vont nécessiter des investigations plus ou moins invasives.

Plus l'origine de la "maladie" reste une énigme, plus le patient restera auprès du personnel médical: l'attention du personnel de santé va ainsi être focalisée sur la résolution du cas, et ainsi, sur le patient.

Le patient "vit au travers de sa maladie" : s'il est malade, son entourage éprouve de la compassion, lui porte de l'attention, le plaint... C'est le bénéfice constamment recherché dans ce type de pathologie.

La résolution de la "maladie" n'est ainsi pas suffisante pour le patient qui va chercher à retrouver cette zone de confort en se faisant admettre à nouveau sous un autre motif ou dans un autre établissement (on parle souvent d'hospital shopping), parfois sous une autre identité.

Le Syndrome de Munchausen par procuration (en anglais, Munchausen by proxy, noté MBP dans la suite), comme son nom l'indique, s'exerce sur un substitut qui n'est pas la personne souffrant de

MBP.

Cette dernière exerce son trouble sur son proxy, en fabriquant des symptômes conduisant généralement à l'hospitalisation du substitut pour investigations complémentaires, généralement invasives.

3 - Quelques questions préalables : Selon vous, quels sont les critères que l'on peut retrouver chez les personnes atteintes ?

Par exemple, expliquez si vous pensez que ces syndromes sont décrits chez des personnes jeunes/âgées/d'âge moyen, chez l'homme ou la femme, qu'il est décrit chez des personnes ayant eu certaines conditions de vie...

Préciser si vous parlez pour le Munchausen induit sur soi ou pour le Munchausen par procuration.

Tableau 14 : Critères de la littérature fournis au cours du questionnaire

Munchausen sur soi	Munchausen par procuration
<ul style="list-style-type: none">-Majorité de femmes, 35-50 ans-Métier dans le domaine de la santé-Montre des connaissances étendues sur la maladie suspectée-Personnalité dépressive-Volontaire pour de multiples examens complémentaires-Maladie souvent atypique, les médecins n'ont "jamais vu rien de pareil".	<ul style="list-style-type: none">-Majorité de femmes, souvent les mères des victimes-moyenne d'âge 50-60 ans- manque de soutien du partenaire, divorce, vie solitaire- "Alliée" du personnel de soin hospitalier-Laisse difficilement sa victime sans surveillance-Encourage les examens complémentaires ou les chirurgies sur la victime- les médecins n'ont jamais rien vu de pareil-Est capable de "guider" les professionnels sur ce qui peut être responsable du problème chez la victime-L'état de santé de la victime s'améliore après séparation du perpéteur et s'aggrave dès qu'il revient.

4 – Les critères du Munchausen par procuration évoquent-ils quelqu'un dans votre clientèle ?

5 – a. Le patient s'agit d'un :

- Chien
- Chat
- Cheval

- Ruminant de compagnie
- Ruminant de rente
- NAC

5 – b. Pouvez-vous décrire un cas ? (Même si vous n'êtes pas sûr qu'il s'agisse vraiment de ce profil)

5 – c. Est-ce un patient qui revient toujours parce que “cela ne va pas” quand il est au domicile mais qui ne présente aucun problème lorsqu'il est sous votre surveillance ?

- Oui
- Non

5 – d. Comment réagissez-vous lorsque l'animal revient en consultation ?

Option 1 : Vous vous demandez quelle peut bien être la raison de sa venue ce jour (car ses venues sont très fréquentes : plusieurs fois par mois, voire par semaine)

Option 2 : C'est un animal avec de vrais problèmes de santé, vous n'êtes pas surpris.

Option 3 : Vous avez une marche à suivre particulière avec ce propriétaire, qui est initiée par votre personnel lors de la prise de rendez-vous (par exemple, il est vu par un vétérinaire en particulier, ou vous prévoyez d'office des prises de sang)

5 – e. Lors de la consultation :

Option 1 : L'animal est en bon état général et ne présente pas les symptômes rapportés par le propriétaire. Vous ne considérez pas l'animal comme en mauvaise santé.

Option 2 : L'animal est effectivement souffrant.

6 – a. Comment réagissez-vous face à ce genre de situation ?

Option 1 : Le propriétaire insiste pour l'hospitalisation alors que vous ne la considérez pas comme nécessaire (et vous acceptez l'hospitalisation)

Option 2 : Le propriétaire insiste pour l'hospitalisation alors que vous ne la considérez pas comme nécessaire (et vous refusez l'hospitalisation)

Option 3 : L'animal semble aller bien, vous sortez l'animal sans médication.

Option 4 : L'animal semble aller bien, mais vous le sortez tout de même avec médication (le propriétaire attend une médication).

Autre : précisez

6 – b. Comment réagissez-vous face à ce genre de situation ?

Option 1 : Le propriétaire insiste pour l'hospitalisation alors que vous ne la considérez pas comme nécessaire (et vous acceptez l'hospitalisation)

Option 2 : Le propriétaire insiste pour l'hospitalisation alors que vous ne la considérez pas comme nécessaire (et vous refusez l'hospitalisation)

Option 3 : L'animal semble aller bien, vous sortez l'animal sans médication.

Option 4 : L'animal semble aller bien, mais vous le sortez tout de même avec médication.

Option 5 : L'hospitalisation vous paraît nécessaire mais le propriétaire refuse l'hospitalisation que vous proposez et vous sortez l'animal avec médication.

Option 6 : L'hospitalisation vous paraît nécessaire mais le propriétaire refuse l'hospitalisation que vous proposez et vous sortez l'animal sans médication (le propriétaire refuse la médication).

Autre : précisez

7 – a. Efficacité de la prise en charge : Le traitement est-il efficace (l'état de l'animal est-il amélioré par rapport aux symptômes décrits par le propriétaire) ?

7 – b. Cela satisfait-il le propriétaire ?

Option 1 : Oui, l'état de l'animal semble amélioré.

Option 2 : L'état de l'animal semble amélioré mais il y a un nouveau problème, motivant une nouvelle consultation.

Option 3 : Non, l'état de l'animal se dégrade une fois de retour avec son propriétaire.

8 – La consultation chez le vétérinaire est un moment d'échange. Les propriétaires ont souvent tendance à parler de leurs soucis. Le propriétaire de l'animal vous a d'ailleurs fait part de :

- Enfant malade ou décédé
- Hospitalisations multiples du propriétaire
- Divorce, tension dans le couple
- Violences
- Historique de plusieurs animaux ayant été malades ou décédés
- Le propriétaire fait partie du domaine médical humain ou vétérinaire : préciser
- Rien de particulier
- Autre : préciser

9 – a. Quelle est votre tranche d'âge ?

- < 25 ans
- 26-35 ans
- 36-45 ans
- 46-55 ans
- 56-65 ans
- Plus de 65 ans

9 – b. Vous êtes :

- Salarié
- Associé

- Étudiant

9 – c. Type d'exercice :

- Canine
- Équine ambulante
- Équine hospitalière
- Rurale
- NAC

9 – d. Quel est votre nombre d'années d'exercice ?

ÉTUDE DU SYNDROME DE MUNCHAUSEN PAR PROCURATION SUR LES ANIMAUX

AUTEUR : Pauline BAILLEUX-BELLE

RÉSUMÉ :

Le syndrome de Munchausen par procuration est un trouble factice rare où un perpétrateur va être à l'origine de la création de symptômes, de signes cliniques ou de résultats de laboratoire faisant croire à une maladie chez un substitut, le tout pour attirer l'attention de l'entourage et justifier une prise en charge hospitalière. Le substitut peut être un enfant, une personne âgée ou un animal. S'agissant d'une forme de maltraitance pour le substitut, il est important de pouvoir reconnaître une telle situation mais peu de littérature existe sur le sujet dans le domaine vétérinaire.

Ce document décrit l'épidémiologie et les présentations cliniques de ce syndrome et notamment celles auxquelles les vétérinaires sont susceptibles d'être confrontés dans leur pratique. Un questionnaire a été élaboré afin d'établir la connaissance générale des vétérinaires à ce sujet, ainsi que les réactions qu'ils sont susceptibles d'avoir en cas de confrontation avec un cas suspect de Munchausen par procuration sur un animal.

Quatre-vingt-seize réponses sont obtenues et la majorité des répondants connaissent suffisamment le syndrome pour en donner les caractéristiques. La connaissance à ce sujet provient de supports télévisuels tels que les documentaires et reportages. Les vétérinaires les plus au fait sur le sujet appartiennent à la tranche d'âge des 46-65 ans. Sur l'ensemble des réponses, 16 cas décrits par les vétérinaires présentent au moins trois critères évocateurs de syndrome de Munchausen par procuration dans la littérature. Ces cas concernent en majorité des chiens.

Les vétérinaires ont une étonnante bonne connaissance du sujet bien que ce dernier ne soit pas abordé au cours de l'apprentissage du métier. Les cas suspectés par les vétérinaires concernent majoritairement les chiens mais cette prévalence peut provenir de la prédominance des répondants exerçant dans le domaine des petits animaux de compagnie. De nombreux cas suspects présentent des critères compatibles avec la littérature humaine et vétérinaire décrivant le syndrome de Munchausen par procuration.

Une étude à plus large échelle et faisant intervenir plus largement des professionnels de santé humaine (psychiatres) et vétérinaires pourrait être conduite afin de tirer de plus amples conclusions.

MOTS CLÉS :

SYNDROME DE MUNCHAUSEN ; TROUBLE FACTICE ; MALTRAITANCE, ANIMAUX

JURY :

Président : Pr Laurent Tiret

Directeur de thèse : Pr Matthias Kohlhauer

Examinatrice : Pr Caroline Gilbert

STUDY OF MUNCHAUSEN SYNDROME BY ANIMAL PROXY

AUTHOR: Pauline BAILLEUX-BELLEC

SUMMARY:

Munchausen Syndrome by Proxy is a rare factitious disorder in which a perpetrator is responsible for creating symptoms, clinical signs or falsifying laboratory results that suggest illness in a surrogate, to attract attention and justify hospital treatment. The surrogate may be a child, an elderly person, or an animal. As this is a form of surrogate abuse, it is important to be able to recognize such a situation, but there is little literature on the subject in the veterinary field.

This document describes the epidemiology and clinical presentations of this syndrome, particularly those that veterinarians are likely to encounter in their practice. A questionnaire was drawn up to establish veterinary practitioners' general knowledge on the subject, as well as the reactions they are likely to have when confronted with a suspected case of Munchausen by proxy in an animal.

Ninety-six responses were obtained, and most respondents were sufficiently familiar with the syndrome to give its characteristics. Knowledge on this subject comes from television media such as documentaries and news reports. The most knowledgeable veterinarians were in the 46-65 age range. Of all the responses, 16 cases described by veterinarians presented at least three criteria suggestive of Munchausen syndrome by proxy in the literature. Most of these cases involved dogs.

Veterinarians have a surprisingly good knowledge of the subject, even though it is not covered in their training. Most cases suspected by vets involve dogs, but this prevalence may be due to the predominance of respondents practicing in the small pet sector. Many suspected cases present criteria compatible with the human and veterinary literature describing Munchausen syndrome by proxy.

A larger-scale study involving more human (psychiatrists) and veterinary health professionals could be conducted to draw further conclusions.

KEYWORDS:

MUNCHAUSEN; MUNCHAUSEN SYNDROME; MUNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY ;
FACTITIOUS DISORDER : MALTREATMENT ; ANIMALS

JURY:

Chairperson: Pr Laurent Tiret

Thesis Director: Pr Matthias Kohlhauer

Reviewer: Pr Caroline Gilbert