



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Anorexie mentale : des parents coupables aux parents compétents**

Présentée et soutenue publiquement le 23 Mars 2016 à 16H  
au Pôle Formation  
**Par Caroline TESSIER**

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

**Madame le Docteur Marine LESAGE**

**Directrice de Thèse :**

**Madame le Docteur Marine LESAGE**

# **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## LISTE DES ABBREVIATIONS

<b>CIM :</b>	Classification Internationale des Maladies
<b>DSM :</b>	Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux
<b>CHU :</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>HAS :</b>	Haute Autorité de Santé
<b>APA :</b>	Association Américaine de Psychiatrie
<b>NICE :</b>	Institut National d'Excellence Clinique
<b>CATTP :</b>	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
<b>TGS :</b>	Théorie Générale des Systèmes
<b>EE :</b>	Emotion Exprimée
<b>TCA :</b>	Troubles du Comportement Alimentaire
<b>FBT :</b>	Family-Based Treatment

## TABLE DES MATIERES

RESUME .....	1
INTRODUCTION.....	3
<b>I) PARENTS COUPABLES .....</b>	<b>10</b>
<b>A) Isolement, parents « toxiques » exclus / Séparation, « parents pathogènes » non inclus .....</b>	<b>11</b>
1) <i>Isolement, parents « toxiques » exclus.....</i>	<i>11</i>
a) Anorexie mentale et vision de la famille.....	11
i) Anorexie mentale .....	11
ii) Vision de la famille .....	12
b) Mesures thérapeutiques : isolement, parents exclus .....	13
2) <i>Séparation, parents « pathogènes » non inclus .....</i>	<i>17</i>
a) Vision de la famille.....	17
i) Mère.....	17
ii) Père .....	18
iii) Famille .....	19
b) Mesures thérapeutiques : séparation, parents non inclus .....	20
3) <i>Evolution du concept d'hospitalisation-séparation .....</i>	<i>22</i>
a) Séparation.....	22
i) Pour la séparation .....	22
ii) Contre la séparation .....	25
b) Hospitalisation .....	27
<b>B) « Famille psychosomatique », « Famille anorexigène », « Famille dysfonctionnelle » / Approche thérapeutique de la famille.....</b>	<b>30</b>
1) <i>Théories systémiques et Thérapie familiale.....</i>	<i>31</i>
a) Avant la thérapie familiale.....	31
b) Théories systémiques.....	31
c) Thérapie familiale .....	33
d) Théories systémiques, thérapie familiale et anorexie mentale .....	34
2) <i>Conceptualisation du rôle des parents/de la famille dans la genèse de l'anorexie mentale .....</i>	<i>35</i>
a) Approche systémique .....	36

i) « Famille psychosomatique » de Salvador Minuchin (72,73) .....	36
(1) Famille .....	36
(a) Enchevêtrement (18,39) .....	37
(b) Rigidité (18,27) .....	38
(c) Surprotection (18,27) .....	38
(d) Absence de résolution des conflits (18,39) .....	38
(e) Implication de l'enfant symptôme (18,39).....	38
(2) Anorexie mentale .....	39
ii) « Famille anorexigène » de Mara Selvini Palazzoli (74,75) .....	39
(1) Famille (78,79) .....	39
(a) Binding ou cohésion très forte .....	40
(b) Sacrifice de soi .....	40
(c) Une insistance sur le contrôle pulsionnel des émotions, de la nourriture et de la sexualité .....	40
(d) Sentiment très fort de justice .....	40
(e) Dysfonctionnement conjugal et stabilité du couple .....	40
(2) Anorexie mentale .....	41
(a) Anorexie mentale : comportement d'opposition .....	41
(b) « Pat du couple parental » et « imbroglio affectif ».....	41
iii) « Mythe d'unité familiale » d'Onnis (84).....	43
(1) Famille .....	43
(2) Anorexie mentale .....	45
b) Approche psychanalytique.....	46
3) <i>Approche thérapeutique de la famille</i> .....	48
a) Approche systémique .....	48
i) Thérapie structurale de Minuchin .....	48
(1) Généralités .....	48
(2) Principes thérapeutiques.....	50
(3) Objectifs.....	51
(4) Résultats.....	51
ii) Thérapie des systèmes de l'école de Milan de Mara Selvini Plazzoli.....	51
(1) Généralités .....	51
(2) Principes thérapeutiques.....	52
(3) Objectifs.....	53
(4) Résultats.....	53
iii) Approche thérapeutique d'Onnis .....	54
(1) Généralités / Principes thérapeutiques.....	54
(2) Objectifs.....	54
b) Approche psychanalytique.....	54
i) Généralités.....	54
ii) Principe thérapeutique .....	56
iii) Objectifs .....	56
iv) Dans le champ de l'anorexie mentale.....	56

<b>II) PARENTS COMPETENTS.....</b>	<b>58</b>
<b>A) Critique des premiers modèles systémiques / nouveaux modèles écosystémiques .....</b>	<b>59</b>
1) <i>Critiques des premiers modèles familiaux .....</i>	<i>59</i>
a) Modèles systémiques .....	59
i) Remise en question des premiers modèles théoriques .....	59
(1) Résultats des études et de la recherche clinique .....	59
(a) Perception des relations familiales par les patients.....	60
(b) Perception des relations familiales par les patients et leurs parents	61
(c) Synthèse et conclusion .....	62
(2) Nouveaux modèles théoriques .....	63
ii) Critiques de la notion de causalité familiale véhiculée par ces modèles .....	64
b) Perspective attachementiste.....	65
c) Conséquences .....	66
i) Théories familiales .....	66
(1) Typologie de la famille anorexique .....	66
(2) Causalité familiale .....	66
ii) Approche thérapeutique de la famille .....	67
2) <i>Evolution de la thérapie familiale / nouveaux modèles écosystémiques .....</i>	<i>67</i>
a) Modèle biopsychosocial.....	68
b) Nouvelles modélisations des processus psychosomatiques : une vision normative .....	69
i) Modèle systémique de santé et de maladie issus de la médecine familiale.	69
ii) Modèles centrés sur les croyances familiales (family meanings) (18).....	70
c) La critique féministe (18,64,69).....	70
i) Impact sur la vision de la mère coupable.....	70
ii) Impact sur la thérapie familiale .....	71
d) Théories centrées sur la normalité, la compétence et la co-construction de la réalité .....	71
i) Théories et recherches sur les processus familiaux normaux (18) .....	71
ii) Nouveaux courants épistémologiques sur les processus de changement thérapeutique : Co-construction et coévolution .....	72
iii) La compétence des familles .....	73
e) Démarche d'évaluation de la thérapie familiale.....	73
3) <i>Nouvelles conceptualisations du rôle des parents dans l'étiologie et l'évolution d'une anorexie mentale .....</i>	<i>74</i>
a) Retour sur la notion de facteur étiologique familial.....	74
b) Causalité familiale remplacée par facteur de risque et de protection .....	76
c) Rôle de la famille dans l'évolution : Analyse des processus de coévolution.....	78

i) Création de nouvelles vulnérabilités .....	78
(1) Impact de la maladie sur la famille .....	78
(2) Réactions émotionnelles et comportementales inadéquates .....	81
(a) Réactions émotionnelles (18) .....	81
(b) Réactions comportementales .....	82
(3) Indice d'émotion exprimée élevé .....	83
(4) Besoins non pris en considération .....	85
(a) Besoins en information .....	85
(b) Besoins en guidance .....	86
(c) Besoins en soutien social et émotionnel (18,127) .....	86
ii) Facteurs réparateurs et protecteurs .....	87
(1) Compétences parentales .....	87
(2) Parents Co-thérapeutes .....	88
<b>B) Vers une prise en charge intégrée : parents « Co-thérapeutes ».....</b>	<b>89</b>
1) <i>Généralités</i> .....	89
2) <i>Le groupe de parents</i> .....	93
3) <i>4 modèles thérapeutiques de la nouvelle génération</i> .....	93
a) Généralités .....	94
b) Thérapie familiale de Maudsley et sa version manualisée : « FBT » « family based treatment » .....	94
i) Principes et objectifs (18) .....	95
(1) La méthode Maudsley.....	95
(2) FBT (Family Based Treatment) .....	95
ii) Indication / déroulement / interventions thérapeutiques (18) .....	96
(1) Indication .....	96
(2) Déroulement en trois phases (version manualisée) (18,38,136,145).....	96
(3) Interventions thérapeutiques : principes généraux (18).....	97
iii) Cas particulier : « EE » élevé (76) .....	98
iv) Résultats des études.....	98
v) Limites.....	101
c) Thérapie comportementale des systèmes familiaux de Robin (18,148,149) ...	102
i) Principes et objectifs .....	102
ii) Résultats des études.....	102
d) Approche d'orientation familiale : une expérience belge (18,150,151) .....	103
i) Principes et objectifs .....	103
ii) Déroulement / interventions thérapeutiques .....	103
iii) Limites.....	104
e) La nouvelle méthode Maudsley (18).....	105
i) Principes et objectifs (18).....	105
ii) Déroulement / Interventions thérapeutiques (18).....	106
iii) Différences avec les modèles thérapeutiques précédents (18).....	106

f) Synthèse .....	107
4) <i>Prise en charge familiale à l'hôpital Robert Debré en France (18,124,153)</i> .....	108
a) Généralités .....	108
i) Introduction .....	108
ii) Généralités.....	110
(1) Principes essentiels .....	110
(2) Objectifs de la prise en charge.....	111
(3) Cadre théorique et formes pratiques du modèle .....	111
b) « La consultation familiale intégrée ».....	112
i) Généralités.....	112
ii) Principes thérapeutiques .....	112
(1) Généralités .....	112
(2) Analyse fonctionnelle du trouble alimentaire .....	113
(3) Niveaux et techniques d'interventions .....	114
iii) Objectifs .....	115
iv) Inconvénients et limites .....	115
c) Intervention familiale.....	116
d) Thérapie familiale « classique ».....	116
i) Généralités.....	116
ii) Principes thérapeutiques .....	116
iii) Objectifs .....	117
e) Thérapie de couple ou individuelle pour les parents .....	117
5) <i>La thérapie multifamiliale (18,51,79)</i> .....	117
a) Généralités-Historique.....	117
b) Indication.....	119
c) Principes/déroulement.....	119
i) Exemple en France à l'hôpital Robert Debré .....	119
ii) Autres programmes multifamiliaux (18,38,51) .....	120
d) Objectifs .....	121
e) Résultats des études .....	122
f) Inconvénients et limites .....	123
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>124</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>126</b>



## RESUME

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire affectant principalement les femmes et débutant généralement à l'adolescence. Considérée comme un problème de santé publique, elle est classée au premier rang des pathologies psychiatriques en terme de mortalité.

Pendant longtemps l'hospitalisation longue avec isolement ou séparation et l'exclusion des parents considérés comme « anti-thérapeutiques », « coupables » voire « toxiques », constituaient les piliers de la prise en charge. Cette notion de causalité familiale n'a pas complètement disparu malgré l'évolution des prises en charge et des conceptualisations du rôle étiologique des parents.

En effet à partir des années 60 avec l'avènement de la systémique et l'émergence des thérapies familiales, les parents sont pour la première fois inclus dans les traitements. Des dysfonctions familiales sont décrites et deviennent la cible des traitements.

Puis ces modèles explicatifs de « familles anorexiques » et les thérapeutiques qui en découlent seront remis en cause par les données de la recherche clinique et par de nouveaux modèles plus agnosiques quant à la responsabilité étiologique de la famille. La plupart des auteurs ne soutiennent plus aujourd'hui l'idée de causalité entre interactions familiales et survenue d'une anorexie mentale. Les recherches suggèrent que les familles sont caractérisées par une grande diversité de types et de qualité de fonctionnement et que ceux-ci ne sont pas figés. De nouveaux modèles thérapeutiques dits « resource-based » axés sur la mobilisation des ressources et compétences des familles, sont venus se

substituer aux modèles antérieurs dits « deficit-based » axés sur les dysfonctions familiales.

Aujourd'hui les recommandations nationales s'accordent pour privilégier une approche ambulatoire et inclure l'entourage dans la prise en charge du patient atteint d'anorexie mentale.

## INTRODUCTION

L'anorexie mentale est un **trouble du comportement alimentaire** qui se définit classiquement par l'association anorexie-amaigrissement-aménorrhée : les « 3 A ».

Il s'agit d'une maladie d'origine **multifactorielle** associant des facteurs individuels de vulnérabilité psychologique, biologique et génétique, des facteurs environnementaux, familiaux ainsi que des facteurs socio-culturels. (1). Elle est définie par les critères diagnostiques des classifications internationales CIM-10 (2) et DSM-V (3).

Elle touche principalement les **femmes** (les hommes dans seulement 5 à 10% des cas) et débute généralement à **l'adolescence** (dans 90% des cas l'anorexie mentale aurait débuté à l'adolescence). (4). Sa prévalence en population générale, selon les critères diagnostiques du DSM-IV-TR est de 0,9 à 1,5% chez les femmes et de 0,2 à 0,3% chez les hommes. (1)

L'anorexie mentale est la **pathologie psychiatrique avec le taux de mortalité le plus élevé**. Selon les études, jusqu'à 10% des patients atteints d'anorexie mentale décéderont, soit par suicide (pathologie mentale la plus mortelle en terme de suicide, devant la schizophrénie, les troubles bipolaires...), ou des suites de complications cardiaques de la malnutrition. Outre le risque vital, elle est à l'origine de complications somatiques (infertilité, ostéoporose) et psychiques (chronicité, rechute, dépression, désinsertion sociale) nombreuses. **Le pronostic étant d'autant plus mauvais que la durée de la maladie est importante.** (1)

Etymologiquement « Anorexie » vient du grec « An-orexie » qui signifie perte diminution absence d'appétit et « Mentale » du latin « Mentalis », « Mens » qui signifie esprit.

On doit le terme d'« **Anorexie Mentale** » à **Huchard** qui l'a introduit en **1883**, les anglo-saxons eux préférèrent le terme d' « **Anorexia Nervosa** ». (5)

On attribue la première description clinique détaillée à un médecin anglais, **Richard Morton** en **1689** (5). Il décrit dans son ouvrage « Phtisiologia : or a treaty of consumptions » le cas d'une de ses patientes âgée de 22 ans, Miss Duke. Il écrit : « consommation du corps sans fièvre ni toux ni dyspnée s'accompagnant d'une perte de l'appétit et des fonctions digestives » et évoque une origine « nerveuse » à cette maladie « Altération du principe vital et d'un bouleversement des forces nerveuses » (6). Il nomma cet état « phtisie nerveuse » ou « **consomption nerveuse** » et énonçait déjà la trilogie des symptômes que l'on connaît aujourd'hui : perte d'appétit, amaigrissement, aménorrhée associés à d'autres symptômes (hyperactivité, constipation, cachexie). (7). **Nadaud** en **1789**, parlait de « **maladie nerveuse avec dégoût des aliments** ». (5)

Reconnue comme une pathologie depuis le XVII<sup>ème</sup> siècle, ce n'est qu'au milieu du XIX<sup>ème</sup> que, dans un souci classificatoire, naît le concept d'anorexie nerveuse à partir des descriptions de deux médecins : l'un français **Charles Lasègue**, qui lui donna le nom d'«**Anorexie Hystérique** », l'autre anglais **William Gull**, qui la nomma « **Anorexia Nervosa** » en **1873**. (8–10)

**Louis Victor Marcé**, avait peu avant Lasègue et Gull, présenté le **31 octobre 1859** devant la société médico psychologique une description clinique d'un cas d'anorexie mentale comme « forme de **délire hypochondriaque** consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus alimentaire » mais il ne fut pas entendu. (8,11)

L'anorexie mentale est loin d'être une pathologie nouvelle. En se basant sur la littérature théologique, des auteurs ont montré qu'il existait des cas de **restrictions alimentaires dès le moyen âge**. (12,13)

En **895** le moine **Wolfhard** rapporte l'histoire d'une jeune femme bavaroise qui cessa de s'alimenter. Elle s'appelait Friderada Von Treuchtlingen et devint à la suite de son décès **Sainte de Walburgis** du nom du monastère où elle fut prise en charge par les religieux. (14,15)

Au **XI<sup>ème</sup>** siècle, **Avicenne**, médecin et philosophe, rapporte le cas d'un jeune prince qui refusant de se nourrir se laissait dépérir. (13,16)

Entre le **XIII<sup>ème</sup>** et le **XVI<sup>ème</sup>** siècle le terme d'« **Anorexie Sainte** » ou « Anorexie Sacrée » est utilisé pour décrire les conduites ascétiques de jeunes femmes, qui pour la plupart furent canonisées.

Pour Rudolf Bell comme pour d'autres, l'anorexie mentale du **XX<sup>ème</sup>** siècle représenterait la continuité historique de l'anorexie sainte du Moyen Age. (7,14). L'un des cas les plus connus est celui de **Catherine de Sienne** au **XIV<sup>ème</sup>** siècle. (14,15). Bell a étudié ce cas et de manière plus générale l'« Anorexie Sainte », et y trouve plusieurs points communs avec les « anorexiques » d'aujourd'hui : début par de la restriction alimentaire volontaire, puis « perte d'appétit », réduction du temps de sommeil, hyperactivité, réaction et incompréhension de l'entourage, poursuite des conduites de restrictions alimentaires malgré les conséquences. (7,14)

**Jusqu'au XVI<sup>ème</sup> siècle** ces conduites ascétiques étaient perçues comme un **moyen d'accéder à la sainteté**. Les médecins de l'époque désignaient ces comportements par « Anorexia Mirabilis » ou « perte miraculeuse d'appétit ». La question n'était pas de savoir comment les soigner mais de déterminer s'il était possible de vivre sans manger. (14,16)

Ce n'est qu'à **partir du XIX<sup>ème</sup> siècle** que l'anorexie mentale entre dans le **champ de la médecine** et quitte définitivement celui du religieux. Ainsi les récits de cas d'anorexie investissent la littérature médicale et disparaissent de la littérature théologique. (14)

Ce changement et l'introduction de l'anorexie mentale dans le domaine médical a eu lieu à partir des descriptions de **Lasègue** et **Gull**. L'anorexie mentale se définit alors par l'association de plusieurs symptômes, tels qu'anorexie, refus de s'alimenter, amaigrissement et hyperactivité, encore présents aujourd'hui dans les classifications en tant que critères diagnostiques. Le **rapport au corps** avec les troubles de la perception corporelle et la peur de prendre du poids et grossir ont été introduits comme critères diagnostiques de l'anorexie mentale par **Hilde Bruch** en **1962**.

Ces critères précédemment cités ont été intégrés au **DSM-IV** (3) (Acronyme anglais de Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, version IV) paru en 2000.

Dans la version la plus récente du DSM, le **DSM-V** paru en **mai 2013** (17), certains critères diagnostiques de l'anorexie mentale ont été modifiés : (18)

- Disparition du critère d'aménorrhée
- Disparition des critères quantitatifs (poids inférieur à 85% du poids attendu ou indice de masse corporelle inférieur à 17,5 dans le DSM IV) au profit de critères qualitatifs (poids inférieur au poids minimal attendu en fonction de l'âge et de la taille)
- Pour les adolescents, des critères comportementaux sont venus remplacer les critères émotionnels et cognitifs

Outre leurs descriptions cliniques précises de ce qu'ils considéraient comme un **symptôme hystérique**, Lasègue et Gull ont également cherché à en déterminer l'étiologie et trouver un traitement. Très rapidement Lasègue s'intéresse à **l'entourage du patient** et insiste sur sa prise en compte afin de mieux cerner la maladie (14). Il dit : « qu'on ne s'étonne pas de me voir (...) mettre toujours en parallèle l'état morbide de l'hystérique et les préoccupations de son entourage. Ces deux termes sont solidaires et on aurait une notion erronée de la maladie en bornant l'examen au malade ». (9)

**Charcot, Freud** et la plupart de leurs contemporains ne l'envisageaient pas ainsi, la pratique thérapeutique usuelle consistant à **séparer le malade mental de sa famille**. (14) En effet à partir du moment où se construisent les **asiles**, on ne s'occupe que du malade et du malade seul. En médecine, en psychiatrie ou en psychologie on ne prenait pas en compte la famille du malade mental hormis pour rechercher des éventuels facteurs héréditaires ou recueillir des données amnésiques. L'entretien se faisait sans le malade mental afin de le protéger lui ou sa famille. **Pinel**, comme d'autres aliénistes, pense de même, il dit « (...) nécessité absolue de confier les aliénés à des mains étrangères et de **les isoler de leurs parents** ». (19)

**La pratique thérapeutique** alors répandue était **d'isoler le malade mental** le plus souvent par internement dans un asile et de tenir à l'écart les familles en limitant ou en interdisant les visites et ce afin de le traiter plus efficacement (18). A ce sujet **Esquirol** disait : « il faut **soustraire l'aliéné** à toutes ses habitudes en l'éloignant des lieux où il habite, **le séparant** de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs, l'entourant d'étrangers, changeant toute sa manière de vivre ». (20)

Cette pratique de tenir à l'écart les familles a été renforcée par la théorie et la pratique des **psychothérapies freudiennes** au **début du XX<sup>ème</sup> siècle**. Freud ayant institué comme règle de base l'absence de tout contact avec la famille afin de ne pas **compromettre le processus transférentiel**. (18)

La **mise à l'écart des familles**, car « **nuisibles** » ou « **pathogènes** » à travers l'**isolement** par l'internement asilaire ou différemment afin de traiter efficacement le malade et le protéger a constitué le dénominateur commun de la pratique de la **psychiatrie du XIX<sup>ème</sup> siècle et d'une bonne partie du XX<sup>ème</sup> siècle**. (21)

Dans les années 1940 sont apparus des termes comme « mère pathogène », « carence de soins maternels » ou encore « lien symbiotique » comme facteurs causaux de la psychose. Cela a évolué grâce entre autres à l'action des associations de familles, au mouvement de désinstitutionalisation et à l'évolution des politiques de santé qui ont conduit au déplacement des prises en charges de l'hospitalisation vers les soins ambulatoires (21,22).

La **famille** d'abord considérée comme la « cause » des pathologies mentales devient une « **solution** » afin de **maintenir la personne dans la communauté**. On passe ainsi d'un modèle de familles « pathologiques, coupables » à un modèle de « compétence ». (21)

**L'image de la famille « coupable »** et surtout la mère qui a été davantage mise en cause dans le développement d'une anorexie mentale chez le patient, perdue pour certains thérapeutes et dans l'opinion publique. Pour autant **l'approche thérapeutique de la famille**, ainsi que la conception du **rôle des parents dans l'étiologie de l'anorexie mentale**, ont radicalement changé. C'est à ce niveau que se situe notre sujet de thèse.



Nous avons souhaité étudier cette **évolution du rôle joué par la famille** et principalement les parents, dans **l'étiologie** et le **traitement** de l'anorexie mentale.

Cette évolution peut se diviser en trois périodes distinctes :

- De la **fin du XIX<sup>ème</sup> au milieu du XX<sup>ème</sup>** siècle où le principe thérapeutique était **l'hospitalisation** avec **isolement** et les **parents exclus** de la prise en charge
- A partir du **milieu du XX<sup>ème</sup>** siècle où avec l'avènement de la **thérapie familiale** les parents participent désormais à la prise en charge thérapeutique
- Puis plus récemment avec le développement de la thérapie familiale, l'apparition des modèles systémiques de la deuxième génération et d'une vision biopsychosociale des maladies mentales : **parents « Co-thérapeutes »**

Nous avons choisi de structurer notre travail de thèse en deux grandes parties correspondant à des visions différentes du rôle des parents dans la genèse et le traitement d'une anorexie mentale :

- Une première partie correspondant à une vision de « **parents coupables** »
- Une deuxième partie correspondant à une vision de « **parents compétents** »

**I) PARENTS**

**COUPABLES**

**A) Isolement, parents « toxiques » exclus / Séparation, « parents pathogènes » non inclus**

1) *Isolement, parents « toxiques » exclus*

a) Anorexie mentale et vision de la famille

i) Anorexie mentale

Dès le XIX<sup>ème</sup> siècle, avec les premières descriptions cliniques de l'anorexie mentale, la **famille est au cœur des conceptualisations**. (18)

Le 31 octobre **1859**, Louis Victor **Marcé** aliéniste à l'hôpital Bicêtre à Paris, présente devant la société médico psychologique « une note sur une forme de **délire hypochondriaque** consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus alimentaire ». (8,11)  
Bien que ce soit à Marcé à qui l'on doive la première description clinique de l'anorexie mentale, on attribue la paternité de cette découverte à Lasègue et à Gull. (8). En effet en 1873 deux médecins, l'un français Charles **Lasègue**, l'autre anglais William **Gull**, reconnurent ce qu'ils appelaient alors « **l'Anorexie Hystérique** » comme une pathologie. (5,13)

Charles **Lasègue** publie en **1873** « de l'Anorexie Hystérique » (9). Il propose le terme de « **Inanition Hystérique** » pour nommer cette pathologie qu'il considère comme une anomalie intellectuelle, un trouble central et héréditaire avec un refoulement d'un souhait plus ou moins conscient. Lasègue parle de « **perversion bizarre de l'appétit** », pour lui ce trouble est de nature hystérique il écrit et je cite « une des formes de l'hystérie à foyer gastrique ». (5,23)

**Gull**, propose le terme « **d'Anorexia Nervosa** » pour nommer cette entité clinique qu'il considère tout comme Lasègue comme un état mental morbide de **nature hystérique** causé par des troubles centraux et héréditaires. (5,10,24)

Le débat pour savoir lequel de Lasègue ou Gull a été le premier à décrire l'anorexie mentale comme entité clinique est toujours d'actualité. (25)

## ii) Vision de la famille

Les premières descriptions cliniques de l'anorexie mentale frappent par la place qu'elles donnent d'emblée à la **famille dans la genèse du trouble**. (18)

Certains auteurs décrivent les parents comme ayant des attitudes pathologiques à l'origine de cercles vicieux délétères. Pour **Gull**, la famille et les amis étant les « **pires préposés** » ou « les pires soignants ». **Charcot** parle « **d'influence particulièrement pernicieuse** » quand il évoque la famille des patients anorexiques. (18)

Pour **Lasègue** également il y aurait une **cause familiale** à l'anorexie mentale. Pour lui la famille aurait certains bénéfices à se centrer sur la maladie et leur enfant (26). Dans son article « de l'Anorexie Hystérique » de 1873 il mentionne déjà la nécessité de prendre en compte le **rôle de l'entourage** du patient (9,23,27). Il écrit (23) « on aurait une notion erronée de la maladie en bornant l'examen à la maladie (...), le milieu où vit la malade exerce une influence qu'il serait également regrettable d'omettre ou de méconnaître ». Il décrit déjà parfaitement les répercussions du comportement anorexique sur la famille et les interactions entre la patiente anorexique et son entourage (27) : il écrit (23) « La famille n'a à son service que deux méthodes qu'elle épuise toujours : prier ou menacer (...) quand, après plusieurs mois, la famille, le médecin, les amis voient l'inutilité persistante de tous les efforts,

l'inquiétude commence (...). L'anorexie devient peu à peu l'objet unique des préoccupations et des conversations. Il se forme ainsi une façon d'atmosphère autour de la malade qui l'enveloppe et à laquelle elle n'échappe à aucune heure de la journée ».

A ces **descriptions pathogènes de la famille** correspondent des interventions thérapeutiques précises déjà préconisées au **XIX<sup>ème</sup> siècle** (18) que nous allons décrire dans le chapitre suivant.

b) Mesures thérapeutiques : isolement, parents exclus

Louis Victor **Marcé** est le premier à découvrir les **vertus de l'isolement** dans le traitement de l'anorexie mentale. (28,29). Pour lui le patient doit être confié aux soins d'étrangers, et ne pas rester dans sa famille et son cercle habituel. Ces mesures vont permettre de changer les habitudes et les circonstances de vie du patient. Si elles n'étaient pas appliquées, le trouble qu'il considère comme un délire hypochondriaque persistera. Il écrit « ...or ce délire hypochondriaque ne saurait être avantageusement combattu tant que les sujets restent au milieu de leur famille et de leur entourage habituel » (8,30) et « il est indispensable de modifier l'habitation et l'entourage, de confier le malade à des mains étrangères (...). Si le refus alimentaire persiste malgré toutes les instances il faut employer **l'intimidation et même la force.** » Il mentionne la nécessité **d'éloigner la famille** afin que « Le médecin puisse agir en toute liberté et prendre **l'ascendant moral** nécessaire. » (31)

Tout comme la description clinique de l'anorexie mentale dont la paternité est attribuée à Lasègue et Gull, Marcé pour la prescription de l'isolement ne sera pas entendu. Silverman

écrit à son sujet et titre son livre « Anorexia Nervosa's forgotten man » que l'on pourrait traduire par « l'homme oublié de l'anorexie mentale ». (30)

**Lasègue** et **Gull** en parallèle de leur description clinique de l'anorexie mentale et de celle **pathogène du rôle de la famille**, préconisent tous deux **l'isolement** comme moyen thérapeutique. (26,28). **Gull** écrit et je cite « il est justifié sinon essentiel de limiter les contacts entre parents et enfants », « la **complicité des parents** dans les comportements auraient pour effet de contrecarrer la réalimentation » ; (32) et « le patient doit manger à intervalle régulier et être entouré de personnes ayant un **contrôle moral** sur lui ». (28)

**Lasègue**, conscient de l'importance des **facteurs relationnels** dans l'évolution de la pathologie, met en garde le médecin de l'évolution prolongée de la maladie : « Malheur au médecin qui méconnaissant le péril, traite de fantaisie sans portée comme sans durée cette obstination (...). Quand l'inanition volontaire date de plusieurs semaines, elle est devenue un état pathologique à longue échéance ». Il pointe également l'inefficacité de certaines mesures prises par la famille ou le médecin, comme la pression, l'intimidation ou l'appel à la raison : « par des médicaments, des conseils amicaux ou par la ressource encore plus défectueuse de l'intimidation ». (23,27)

Finalement, c'est **Charcot** qui revendique la découverte de **l'isolement** pour les patients anorexiques et qui le formalisera. (8, 28, 29, 33). Entre 1882 et 1885, Jean Martin Charcot également connu comme le « Napoléon des névroses », alors professeur à la faculté de médecine à Paris et médecin à la Salpêtrière, consacre une de ses 25 lectures cliniques du vendredi sur les maladies du système nerveux central au **traitement par l'isolement dans l'hystérie**. (8,28,34)

Silverman reprend quelques passages de la lecture 17 où Charcot, à partir d'un cas clinique, démontre les **bénéfices de l'isolement**. (28). Dans sa lecture 17, « Isolation in the treatment of hysteria » ou « **De l'isolement dans le traitement de l'hystérie** », Charcot évoque la prise en charge d'une jeune fille de 13 ou 14 ans souffrant d'anorexie mentale et pour laquelle il a prescrit une séparation avec la famille. Dans cette présentation, il a souligné ce qu'il appelait « the curative influence of isolation » que l'on pourrait traduire par « bénéfice thérapeutique de l'isolement », qui faisait partie de son « traitement moral et physique » et a insisté sur l'importance de cette séparation comme **condition sine qua non du traitement** : « The sine qua non of my prescription ». (8,28)

Charcot définit les modalités de cet isolement : (13,28)

-**Isolement** : « enlèvement du lieu où la maladie s'originait » et suppression de toutes les visites (amis et familles).

-**Associé à toute une série de mesures de privation** : repos au lit dans la pénombre, sans contact et sans distraction.

Ces mesures étaient progressivement levées en fonction de la reprise pondérale du patient. Pour Charcot, cette **séparation et cette exclusion des parents devaient être systématiques** et devaient se poursuivre tant qu'il n'y avait pas d'amélioration notable chez le patient notamment au niveau pondéral. Une fois un gain de poids suffisant, le patient était autorisé à recevoir des visites. Celles-ci se maintiendraient et seraient de plus en plus régulières au fur et à mesure de l'amélioration. Au niveau thérapeutique, il s'agit d'une méthode de conditionnement / déconditionnement. (13)

Jean Luc **Venisse**, en mentionnant l'isolement thérapeutique préconisé par Charcot, écrit :  
« **forme claustrale, carcérale, consistant en un retranchement total en chambre et en l'exclusion de tout contact** ». (29)

C'est ainsi que la prescription de l'isolement sera systématique pendant plusieurs années et constituera le dénominateur commun du traitement de l'anorexie mentale. (8,29). On retrouve d'ailleurs plusieurs publications datant du XIX<sup>ème</sup> siècle qui insistent sur la nécessité de l'isolement dans le traitement de l'anorexie mentale, allant jusqu'à promettre **l'échec thérapeutique si celui-ci n'était pas effectué**. (18)

Certains auteurs évoquent dans les années 1970-1980 la « **parentectomie** », protocole visant à protéger ou désintoxiquer le patient d'une **influence parentale nocive**, comme **facteur de guérison**. (18, 35, 36). Les professionnels de santé mentale avaient pour mot d'ordre d'éloigner les familles des institutions où leur présence était considérée comme gênante. (36)

Il semblerait que la pratique de l'hospitalisation-séparation, que nous développerons au chapitre suivant, serait en partie issue de ces descriptions d'isolement comme moyen thérapeutique et d'exclusion des **familles considérées comme anti-thérapeutiques**. (18)



## 2) Séparation, parents « pathogènes » non inclus

### a) Vision de la famille

Au cours de la **première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle**, avec l'essor de la **psychanalyse**, on assiste à un retour massif des conceptions psychologiques de l'anorexie mentale. (5) L'accent continue à être mis sur la présence **d'influences parentales pathogènes**, mais avec une vision plus nuancée et élaborée du rôle des parents. (18)

On est passé d'une conception individuelle à une conception plurielle. Initialement duelle car l'accent a d'abord porté sur le **rôle de la mère**, « premier objet du sujet » (37), une relation mère-fille qui serait pathogène et où la mère serait qualifiée de « **toxique** ». (38) Puis par la suite, des conceptions plus élargies introduisant un **tiers** représenté par le **père**, puis la famille ou plutôt le couple parental et le rapport des parents à leurs propres parents. En effet dans une perspective psychanalytique, la psychopathologie individuelle est reliée aux personnalités respectives des parents. (37,39)

### i) Mère

Les mères sont décrites comme **dépressives**, état dépressif empêchant la mère d'être en empathie avec l'enfant et de lui fournir un étayage affectif. Voire une psychopathologie individuelle empêchant son rôle de mère. De caractère fort, rigide, **dominant** voire tyrannique, peu chaleureux voire froid, **surinvestissant** en apparence l'enfant mais lui faisant prendre ses besoins à elle pour les siens et engendrant une **dépendance de l'enfant** vis-à-vis d'elle. (39)

Hilde **Bruch** (12) évoque une relation problématique entre la mère et l'enfant sous tendue par une **défaillance maternelle**. La mère serait incapable de décrypter les messages de l'enfant, n'étant tournée que vers ses propres besoins névrotiques. (18)

La **sur-implication maternelle** entraverait le développement identitaire de l'enfant avec un sentiment d'inefficacité permanent. (12, 26, 40). La gratification des besoins de la mère au détriment de ceux de l'enfant et la dépendance de l'enfant pour cette mère (18,39), rendent le contexte peu propice au mouvement **d'individuation**. **L'anorexie représenterait alors une lutte** pour établir autonomie, compétence, contrôle et respect de soi même. (18)

Les difficultés ou troubles de la mère sont analysés à partir de ses liens à ses propres parents : on évoque l'idéalisation de sa mère et la déception œdipienne vis-à-vis de son père. (37,39)

## ii) Père

Le rôle du père a été pris en compte **plus tardivement**. Comme pour les mères on décrit des pères **dépressifs** (41), encore plus en difficulté que les mères, avec une identité mal assumée. (42). Ils apparaissent comme **exclus** de la vie de famille, de caractère **effacé**, **soumis** et incapable d'autorité. (39). Certains décrivent des pères ayant des traits psychotiques (replis sensitifs). (36,39)

Dans la relation avec l'enfant les pères auraient soit un rôle maternant, soit des attitudes de séduction. (39). En lien avec la mère, le père pourrait aggraver ou atténuer les effets sur l'enfant. (37)

### iii) Famille

Progressivement on est passé d'un intérêt marqué pour la psychopathologie de chacun des membres de la famille à celui de la famille en tant que groupe.

Hilde **Bruch** écrit: « une mère consciencieuse soumise à un mari pour lequel elle n'a pas d'estime, en réalité brillant second. Les préoccupations familiales étant centrées sur **l'apparence, l'exemplarité, le formalisme**. De même le groupe familial a tendance à nier la réalité grave du malaise de l'un d'entre eux ». Bruch décrit également une famille qui fonctionnerait comme si les membres pouvaient lire les pensées des autres. (12,40,43,44)

**Sours** parle de familles cherchant à apparaître **parfaites, dans une caricature de normalité**. Il décrit également une famille comme ayant besoin de maintenir son harmonie et d'éviter détresse et contrariété. (40,45)

Les familles sont décrites comme **rigides, fermées** sur elles-mêmes avec une peur du monde extérieur, **évitant tout conflit** ; le tout masqué derrière des **apparences** entretenues par la famille. (40)

Pour **Crisp**, les parents et de ce fait l'enfant, présenteraient un **évitement phobique**. A l'origine il y aurait un conflit d'ordre sexuel, que l'entrée dans la puberté de l'enfant pourrait déstabiliser. (25,46)

Le symposium de Göttingen en 1965 a marqué un tournant dans la compréhension psychopathologique de l'anorexie mentale et deux notions capitales ont guidé la compréhension et la prise en charge thérapeutique de ces patients :

- Contrairement aux idées antérieures qui stipulaient que le conflit se situait au niveau des fonctions alimentaires sexuellement investies, celui-ci se situerait au niveau du corps.
- L'anorexie mentale serait l'expression d'une incapacité à assumer le rôle génital et les transformations corporelles liées à la puberté.

Par la suite, **l'anorexie mentale** considérée comme une **pathologie de la séparation-individuation**, les mesures thérapeutiques se sont axées sur la **lutte contre l'omnipotence et le contrôle**, corolaires de la dépendance. Afin de lutter contre le contrôle anorexique, la prise en charge thérapeutique était basée sur le **contrat de poids et la contrainte de l'hospitalisation**. (4)

b) Mesures thérapeutiques : séparation, parents non inclus

**Dans les années 70**, le traitement par isolement des patients souffrant d'anorexie mentale commence à être critiqué. Pourtant les processus d'isolement se poursuivent, mais de manière moins rigide, se limitant généralement à la **séparation d'avec les parents**. Cette séparation, ou pour certains « **forme adoucie d'isolement** », n'est pas l'isolement. (8)

C'est à **Jeammet**, sous l'impulsion du mouvement de la **psychothérapie institutionnelle**, que l'on doit un **aménagement de l'hospitalisation** et la **fin du traitement par l'isolement** de ces patients. (47,48). Il propose dans un article datant de **1984**, intitulé « Contrat et contraintes, dimension psychologique de l'hospitalisation dans le traitement de l'anorexie mentale » (49), **l'hospitalisation comme temps essentiel** de la prise en charge. Il la formalise par un **contrat de poids**, incluant une période de **séparation avec le milieu**

**familial et l'environnement social.** Il écrit « Temps essentiel de réassurance de leurs bases identificatoires, l'hospitalisation est une étape nécessaire pour rendre possible une alliance thérapeutique et une reprise des processus identificatoires » et « l'hospitalisation avec séparation parentale et l'utilisation d'un **tiers médiateur garant de l'efficacité : le contrat de poids** ». (48,49)

**Askenazy**, au sujet de l'hospitalisation-séparation avec contrat de poids telle qu'elle a été pensée par Jeammet, écrit : « **Avancée majeure qui maintient l'efficacité de la séparation sans la menace de rétorsion par l'isolement** (comme elle était utilisée par Lasègue), **transformant ainsi la dimension de contrôle du soin de l'anorexique en une nouvelle expérience de vie** ». (48)

Ce n'est donc **pas la réclusion par l'isolement** qui permet une amélioration symptomatique comme le pensait Charcot, **mais les modalités de soins institutionnels associés au contrat thérapeutique qui inclut une période de séparation.** Le patient n'est plus isolé en chambre, au contraire, dans une perspective de traitement institutionnel, les contacts et échanges avec les autres patients et les soignants sont favorisés et des possibilités de **relations nouvelles peuvent alors émerger.** (29,39,50)

Que ce soit l'isolement ou la séparation, la famille n'intervenait pas dans la prise en charge. Avec **l'isolement** elle était considérée comme « **nocive** » et le patient devait être « protégé », quant à la **séparation** elle était conceptualisée comme une **étape indispensable à la guérison** du patient. (51)

La **perspective psychanalytique** a permis le développement d'approches individuelles. Par l'étude minutieuse de la relation mère-fille, les psychanalystes ont proposé des **interventions thérapeutiques réparatrices plutôt qu'une « parentectomie » purement protectrice**. Les parents, notamment les mères, pouvaient être reçus mais afin de les aider à résoudre leurs propres difficultés névrotiques. Mais la **famille n'était pas directement incluse** dans le processus thérapeutique, l'anorexie mentale n'étant pas considérée comme un problème familial. (18)

Ce sera avec **l'avènement de la thérapie familiale**, notamment grâce aux travaux de **Salvador Minuchin et Mara Selvini-Palazzoli**, que l'anorexie devint un **problème familial qui se soigne avec la famille**. (18)

### 3) Evolution du concept d'hospitalisation-séparation

#### a) Séparation

##### i) Pour la séparation

Pendant longtemps la **famille** était tenue à **l'écart de la prise en charge**, soit parce qu'elle était « **nocive** » et le patient devait en être **protégé par l'isolement**, soit parce qu'elle était « **pathogène** » et la **séparation devenait nécessaire à la guérison**. (18). La **séparation**, bien qu'elle trouve ses sources dans l'isolement thérapeutique défini au XIX<sup>ème</sup> siècle, a été depuis **considérablement aménagée**. (29)

Aujourd'hui le même terme de « **séparation** » sous-tend des **conceptualisations différentes** :

- L'intérêt d'une séparation entre le patient et sa famille ne réside **pas dans la qualité « bonne ou mauvaise » de la famille** mais dans la nécessité d'apporter entre eux du différent, un tiers représenté par le monde médical. La séparation est conceptualisée comme **outil thérapeutique**, « support de la réalité d'une séparation psychique entre les différents membres de la famille », favorisant le **travail de séparation-individuation**. (18, 29, 39)
- Cette séparation n'implique **pas l'exclusion des parents** de la prise en charge. Par exemple, le contrat thérapeutique d'hospitalisation avec une période de séparation, se fait avec le patient et sa famille. (29, 38, 50)

Deux grands types de traitements hospitaliers intègrent cette séparation : (8, 13, 29)

- Des **contrats de poids hérités de Charcot**, de type **cognitivo-comportemental** sur le mode du conditionnement opérant avec des renforcements, où au fur et à mesure de la reprise pondérale il y a levée des mesures coercitives (reprise des activités sociales ou occupationnelles, des contacts avec l'entourage par des appels/courriers/visites).
- Ou des **contrats d'inspiration psychanalytique**. Ces contrats sont organisés habituellement autour de deux repères de poids. Un premier poids correspondant à la levée de la séparation instaurée au début de l'hospitalisation (avec l'environnement habituel et pas seulement les parents), avec autorisation des visites de la famille et de l'entourage. Un deuxième poids, à partir duquel la sortie peut être envisagée et où l'objectif est d'évaluer si de **nouvelles modalités relationnelles** ont pu s'élaborer **pendant cette séparation**. (50,52)

Ce contrat d'hospitalisation est à l'origine de **polémiques**, du fait de son organisation autour d'une période de **séparation**. (50)

En France le **contrat de poids avec séparation** est une pratique thérapeutique utilisée par plusieurs unités spécialisées. Cependant (29,50) :

- L'hospitalisation avec séparation ne constitue **plus le premier temps du traitement**. Comme nous le verrons, l'approche ambulatoire est privilégiée.
- Progressivement la séparation est devenue un **moyen et non une fin en soi**. Elle permet de mettre en place un contrat thérapeutique, d'introduire un tiers représenté par l'équipe médicale, d'élaborer une distance entre les différents membres dans le cas des familles enchevêtrées et d'amorcer un travail psychothérapeutique.
- En rapprochant l'**anorexie mentale des pathologies addictives**, la séparation est vue comme un **moyen de supprimer les facteurs d'auto entretien** favorisant voire renforçant le trouble (facteurs environnementaux générateurs de stress).
- **Ce n'est plus une contrainte par un isolement** mais une séparation en accord avec le patient et sa famille, une mesure thérapeutique contenant et soutenante.

En France l'hospitalisation-séparation reste une pratique courante dans la prise en charge de l'anorexie mentale. Dans un article datant de 2005, l'équipe du service de psychiatrie de l'Institut Mutualiste Montsouris mentionne que 52,5% des services français séparent toujours ou le plus souvent les patients de leur environnement habituel, 33,5% séparent parfois et 14 % ne séparent jamais. (40)



Certains patients peuvent mettre en **échec la prise en charge thérapeutique** basée sur l'hospitalisation avec séparation totale et contrat de poids :

- **Askenazy** évoque des patients organisant des « **réponses thérapeutiques négatives** », ce qui conduit à une aggravation symptomatique. (48)
- **Corcos** et ses collègues évoquent deux cas de figure nécessitant un aménagement du contrat, soit un **aménagement de la séparation** : (40,52)
  - Les patients pour qui la prise en charge « classique » entraînerait un effondrement rapide des défenses avec **désorganisation psychique**.
  - Les patients qui, du fait d'un besoin extrêmement important de maîtrise, **pervertissent le contrat**.

ii) Contre la séparation

Depuis quelques années, des équipes anglo-saxonnes et nord-américaines n'utilisent plus la séparation comme moyen thérapeutique (8,29). Des études suggèrent que la séparation totale d'avec l'environnement familial et social n'est **pas un ingrédient indispensable** dans la prise en charge. (18)

Certaines équipes françaises s'en sont inspirées, comme l'équipe du CHU de Cochin à Paris, qui pratique un protocole d'hospitalisation sans séparation. Les visites sont possibles dès l'admission et ne constituent pas un paramètre du contrat de poids. Ils soutiennent l'idée que le travail de séparation-individuation ne nécessite pas de temps de séparation, **l'hospitalisation en elle-même représentant déjà en soi une séparation**. (53)

Il en est de même pour **Askenazy** et ses collègues qui n'utilisent plus la séparation totale lors d'une hospitalisation mais une « **expérience de vie séparée sans rupture** ». Au lieu d'une séparation totale, les visites de la famille sont possibles dès le début de l'hospitalisation mais elles se font en présence de l'infirmier référent. (48)

Les équipes suscitées avaient recours auparavant à l'hospitalisation-séparation telle qu'elle était définie par Jeammet et qu'ils considéraient comme très efficace. Cependant, ils ont constaté que dans **10 à 15%** des cas, ce dispositif basé sur le contrat et la séparation était **un échec** aboutissant à une aggravation symptomatique et une péjoration de la prise en charge ambulatoire à long terme pour ces patients. Les patients leur pointaient « **l'impact traumatique** de la séparation » et « une difficulté de créer une **alliance thérapeutique** de bonne qualité ». (4,48)

Depuis la mise en place de leur protocole de « vie séparée sans rupture », Askenazy et ses collègues ont constaté (sans qu'une étude ne soit réalisée à proprement parler): (4)

- Une augmentation de la durée d'hospitalisation (d'un à deux mois en moyenne) ;
- Une diminution du taux de rechute (moins de 10%).

Dans les recommandations de **I'HAS** (Haute Autorité de Santé) 2010, la mise en place ou non d'une période de séparation en cas d'hospitalisation est laissée au **choix de l'équipe** : je cite « Il est recommandé d'établir avec le patient un contrat de soin écrit ou oral intégrant ou non une période de séparation ». (1)

## b) Hospitalisation

L'évolution dans la compréhension psychopathologique des troubles des conduites alimentaires, le coût des hospitalisations des patients atteints d'anorexie mentale, la remise en question de la pratique de la séparation, le constat que beaucoup de patients évoluaient au sein du cercle familial : tout ceci a conduit **dans les années 1980 à l'ouverture de l'offre de soins en ambulatoire.** (18,29,36,51)

Il existe peu d'études ayant comparé de manière rigoureuse les différentes modalités de prise en charge dans l'anorexie mentale (ambulatoire, hospitalisation de jour, hospitalisation temps plein) (1). Dans une étude, **Crisp** et ses collègues soulignent **l'absence de supériorité d'une prise en charge en hospitalisation par rapport à une prise en charge ambulatoire.** Cependant les patients hospitalisés étaient les cas les plus graves, ce qui constitue une limite non négligeable à l'étude. (54)

**Gowers** et ses collègues, dans une étude comparant une prise en charge ambulatoire et en hospitalisation chez des adolescents atteints d'anorexie mentale arrivent à la **même conclusion.** Ils retrouvent également une **meilleure alliance thérapeutique** avec moins d'arrêts de prise en charge dans le groupe pris en charge en ambulatoire. (55)

**Byford** et ses collègues, comparant plusieurs approches (ambulatoire et en hospitalisation), concluent que la prise en charge ambulatoire spécialisée des patients « tout-venant » avait **le meilleur rapport coût-efficacité que l'hospitalisation.** (56)

Une autre étude (57) s'est intéressée à **l'impact d'une hospitalisation dans le devenir** de l'adolescent atteint d'anorexie mentale. Les auteurs mettent en évidence une **évolution à long terme plus péjorative** des patients ayant été hospitalisés en comparaison avec des patients pris en charge exclusivement en ambulatoire avec une différence significative entre

les deux groupes. Après considération des biais éventuels, notamment la sévérité initiale du trouble, ils retrouvent une association significative entre **hospitalisation et un moins bon pronostic**. D'après les auteurs, l'hospitalisation **n'améliorerait pas la mauvaise estime de soi et le manque de soutien social** (déjà présent dans le cadre de la maladie) et transmettrait un **message erroné** aux patients et à leurs familles « **des professionnels vont vous prendre en charge** » plutôt que de les soutenir dans leurs décisions de changer et mobiliser leurs **motivations**.

A l'opposé des précédentes études mentionnées, une étude rétrospective datant de 2009 (58), portant sur 609 femmes atteintes d'anorexie mentale pour laquelle elles ont été hospitalisées, mentionne que **plus le patient est jeune et plus la durée de la première hospitalisation est longue, meilleur est le pronostic**. Il s'agit cependant de patientes ayant été hospitalisées, on peut donc supposer que leurs troubles étaient sévères.

Deux autres études (citées par l'HAS (1), réalisées par **Meguerditchian** (59) et **Steinhausen** (60) et leurs collaborateurs) évoquent une **évolution significativement meilleure** dans le groupe des **patients hospitalisés** par rapport au groupe pris en charge en ambulatoire. Cependant les patients hospitalisés nécessitaient une prise en charge plus longue pour guérir.

Quoi qu'il en soit, que ce soit à l'international (**APA** (Association Psychiatrique Américaine) (61)), **NICE** (62) (National Institut for Clinical Excellence )) ou en France (l'**HAS** (1) ), les recommandations préconisent de **privilégier une prise en charge ambulatoire** dans le traitement de l'anorexie mentale et de réserver l'hospitalisation aux cas les plus sévères définis par des critères somatiques, psychiatriques et environnementaux. Ces

recommandations définissent de manière très précise les critères d'hospitalisation temps plein.

Outre la prise en charge ambulatoire classique en **consultation**, il existe désormais d'autres approches ambulatoires : **hôpital de jour**, **CATTP** (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel).

L'association psychiatrique américaine (APA) (61) a défini des critères qui permettent de déterminer le type de soins à mettre en place. Elle distingue cinq niveaux de prise en charge ambulatoire et hospitalière en fonction de l'intensité des soins proposés :

- Niveau 1 : prise en charge ambulatoire
- Niveau 2 : prise en charge ambulatoire intensive (CATTP)
- Niveau 3 : hôpital de jour
- Niveau 4 : hospitalisation à domicile
- Niveau 5 : hospitalisation temps plein

**B) « Famille psychosomatique », « Famille anorexigène », « Famille dysfonctionnelle » / Approche thérapeutique de la famille**

Jusqu'au **milieu du XX<sup>ème</sup> siècle**, l'anorexie mentale était considérée comme une **pathologie mentale individuelle ou dyadique** (relation mère-enfant pathogène). La thérapeutique était essentiellement individuelle, les **parents n'étaient pas inclus** (voire exclus) dans la prise en charge.

Dans les **années 1950**, avec le mouvement systémique et l'avènement des **thérapies familiales**, l'anorexie mentale devient « un **problème de famille** ». Il ne s'agit plus d'exclure la famille, mais au contraire de l'inclure et « **traiter la famille** » **qualifiée de dysfonctionnelle**. Ainsi, l'anorexie mentale devient le terrain privilégié de la **thérapie familiale** et l'approche thérapeutique de la famille le **traitement de choix** dans la prise en charge de l'anorexie mentale. (18)

L'anorexie mentale, en s'ouvrant au champ de la thérapie familiale, a elle-même contribué en grande partie au développement de cette dernière. (63)

## 1) Théories systémiques et Thérapie familiale

### a) Avant la thérapie familiale

Dans les **années 1920** aux Etats-Unis, apparait un mouvement : le CGM « **Child Guidance Movement** » ou mouvement de guidance infantile. Il s'agit d'un mouvement associatif qui consistait en la prise en charge séparée de l'enfant et de la mère. Les parents y étaient perçus comme étant **responsables** des troubles de l'enfant (**milieu familial pathogène**). On étiquetait alors les mères, qualifiées de « surprotectrices », « insuffisamment bonnes », « rejetantes », « schizophrénogènes », voire « mortifères ». (43, 64, 65)

Dans les **années 1950**, on constate:

- Que **l'amélioration du patient** pouvait entraîner la survenue d'un **problème** chez d'autre(s) membre(s) de la **famille**.
- Ou au contraire, que **l'amélioration du patient** pouvait entraîner des **améliorations** en chaine au sein de la **famille**.

Ce constat a abouti à un questionnement sur **l'existence d'un lien entre la problématique d'un individu et l'ensemble de sa famille**. (64)

### b) Théories systémiques

A partir des années 1950, les premiers modèles systémiques apparaissent d'abord aux Etats-Unis puis rapidement en Europe. (43)

Ces modèles systémiques, ou théorie systémique, sont issus de champs très divers. Ils sont

des amalgames de :

- Travaux de certains **anthropologues** fonctionnalistes (Malinowski, **Bateson**), qui soutiennent que les pratiques culturelles remplissent une fonction par rapport au corps social.
- **La théorie générale des systèmes** (TGS) de Ludwig Von **Bertalanffy** (1950), qui relie la fonction au contexte. Les rétroactions négatives sont des processus visant à ramener à la norme un élément d'un système donné.
- **La cybernétique** de Norbert **Wiener** (1948), qui permet de passer d'une vision linéaire à une vision circulaire des problèmes. Un système ne maintient son équilibre que par l'exercice de certaines rétroactions spécifiques.
- **La théorie de la communication** de Gregory **Bateson** (1950).
- **La théorie des types logiques** de Bertrand **Russel** (1910).

L'élément fondamental de la théorie systémique issu de la TGS est la notion de **système**. Il est défini comme un système ouvert, en équilibre, ou régulé de façon **homéostatique**. Deux principes importants : un principe de totalité (le système ne peut être décomposé en parties) et de non sommativité (le tout n'est pas égal à la somme de parties). (65)

D'après la cybernétique de premier ordre, cet équilibre ou stabilité, est obtenu par l'exercice de rétroactions négatives spécifiques. C'est une **théorie du non changement**. (64–66)

Par analogie, la famille est considérée comme un système en état d'équilibre et les symptômes comme des rétroactions négatives. (65)



### c) Thérapie familiale

Diverses écoles de thérapie familiale se sont développées dans les années **1960/1970** (18). Les techniques thérapeutiques d'orientation familiale sont toutes issues de la théorie systémique, sorte de tronc commun à toutes les variantes de thérapie familiale : structurale, stratégique, psychanalytique, intergénérationnelle ou comportementaliste (66). C'est le groupe **Palo Alto** qui a introduit l'approche systémique en thérapie familiale. (67)

**La famille** est alors conceptualisée comme un **système régulé** de façon **homéostatique** :

- Dans lequel ce sont les **dysfonctions familiales** qui sont à l'origine de la **création du symptôme**.
- Et où le **symptôme** a une fonction essentielle de **régulateur de l'homéostasie** : fonction interpersonnelle du symptôme de préserver l'équilibre du système (Donald de Avila Jackson, 1957). (64,68,69)

**Le symptôme** est alors défini comme le comportement adapté au contexte social de la personne. Il a une **fonction, une utilité**. (67)

Pour éliminer le symptôme il faut donc changer le contexte. La **cible de la thérapie** n'est plus le symptôme mais la **dysfonction familiale** qui en est à l'origine (66,67). Les thérapeutes de familles font l'hypothèse d'un déterminisme familial des troubles mentaux et considèrent que la **famille est l'unité à traiter** et qu'elle est capable de changer. (70)

Ainsi **l'objet de la thérapie** : (64,68)

- Ce n'est plus l'individu ni même l'individu en relation, mais la **relation** elle-même.

- Ce n'est pas le porteur de symptôme ou « patient désigné » mais le **système familial**.
- Ce n'est pas la pathologie de l'individu mais **la pathologie familiale**.

**L'objectif de la thérapie** n'est plus (64,68) :

- De chercher la cause dans le passé ; où la maladie mentale est considérée comme l'expression d'un conflit intrapsychique,
- Mais de **déterminer la structure relationnelle du système pour la modifier** ; la dysfonction et la souffrance du système familial étant à l'origine de la pathologie de l'un de ses membres.

Véritable saut épistémologique, on est passé d'une écoute neutre et bienveillante introduite par la psychanalyse, à une **attitude interventionniste où le thérapeute devient l'acteur du changement** (64) . Le rôle du thérapeute est de faire retrouver à la famille un autre équilibre et une **réorganisation du système familial en l'absence de trouble psychopathologique**. (71)

d) Théories systémiques, thérapie familiale et anorexie mentale

Dès le début du mouvement systémique, l'anorexie mentale a suscité l'intérêt des pionniers. C'est en appliquant le paradigme systémique à l'anorexie mentale, que le rôle de la famille dans la survenue et le traitement de l'anorexie mentale a été conceptualisé.

L'anorexie mentale n'est alors plus définie comme une pathologie mentale individuelle (intrapsychique) ou dyadique mais en termes interactionnels plus larges. (18)

Dans une perspective systémique, l'anorexie mentale signerait la présence de **dysfonctions familiales**, comme **l'impossibilité à accepter la séparation** ou **l'autonomie** au sein de la famille, et permettrait de **maintenir l'homéostasie familiale** (38). Ainsi la famille serait impliquée dans le **développement**, le **maintien**, voire **l'aggravation du trouble alimentaire** et donc devrait être **impliquée dans le traitement**. (18)

Deux systémiciens, Salvador **Minuchin** (72,73) et Mara **Selvini-Palazzoli** (74,75), ont étudié de près ce trouble et les familles dans lesquelles il apparaît. De cette étude minutieuse, ils ont chacun décrit, comme étant à l'origine du trouble, des **dysfonctions familiales particulières**, et ont tous deux développé une **approche thérapeutique spécifique de la famille** appartenant aux thérapies familiales systémiques. (18,39)

Ces modèles systémiques et les thérapeutiques qui en découlent ont profondément et durablement influencé la vision qu'ont les cliniciens des familles où survient une anorexie mentale et la prise en charge de ces familles en donnant une **place prépondérante à l'approche familiale de ces troubles**. (63,68)

## 2) Conceptualisation du rôle des parents/de la famille dans la genèse de l'anorexie mentale

Dans les **années 1960**, à partir des travaux de **Bruch** (12), de **Minuchin** (72,73), de **Selvini Palazzoli** (74,75), on assiste à un **changement majeur** dans la compréhension du **rôle de la famille** dans les troubles alimentaires et notamment **l'anorexie mentale**. A l'origine de l'anorexie, ressortent des **mécanismes familiaux pathologiques**, qui pourraient être la

## **cible des traitements. (76)**

### a) Approche systémique

#### i) « Famille psychosomatique » de Salvador Minuchin (72,73)

##### (1) Famille

Au centre de recherche clinique du Children's Hospital à Philadelphie : (18,43,64)

- Minuchin en **1974** observe d'abord des « **familles normales** ».
- Puis en 1978 avec Lester Baker, il étudie les interactions entre le contexte social et les personnalités particulières des enfants atteints de maladies psychosomatiques (asthme cortico-dépendant, diabète hyper labile et anorexie mentale).

De l'observation des « familles normales » **Minuchin** conclut qu'une famille ne peut remplir correctement ses fonctions que si sa structure n'est pas perturbée. (43)

Il définit la **structure d'une « famille saine »** comme ayant : (43,77)

- Des **règles familiales fonctionnelles** ;
- Des **sous-systèmes bien délimités** permettant l'apprentissage des rôles familiaux et sociaux. Les sous-systèmes sont des unités différenciées de la famille basées sur leurs fonctions. Par exemple, le sous-système parental avec une fonction d'éducation des enfants. Ces sous-systèmes sont régis par des frontières interpersonnelles ;
- Des **frontières clairement établies** entre les générations et les individus ;

- Des **distances interpersonnelles adéquates**.

De l'observation des familles avec un enfant souffrant d'une **maladie psychosomatique**, **Baker et Minuchin** concluent que **certains processus dysfonctionnels déclenchent et maintiennent la somatisation** chez l'enfant et que celui-ci par son symptôme contribue à leurs persistance (18). Ces particularités familiales constitueraient le **contexte nécessaire au développement** d'une somatisation chez l'enfant, et plus particulièrement d'une **anorexie mentale**. (18,76)

Pour **Minuchin**, la famille dont l'un des membres présente une **anorexie mentale**, est une **famille dysfonctionnelle** et plus spécifiquement une « **famille psychosomatique** ». Elle se caractérise par l'**enchevêtrement**, la **rigidité**, la **surprotection**, l'**absence de résolution des conflits** et l'**implication de l'enfant symptôme** dans le conflit parental. (18,38,39,78,79)

(a) Enchevêtrement (18,39)

Dans ces familles, les **frontières** entre les membres sont **floues et fragiles** et il y a **peu de différenciation** entre les individus. Ceci se manifeste par des **interactions intenses** et une **proximité excessive**.

Ce type de fonctionnement est également présent dans la famille de l'un ou des deux parents et entraîne des conflits conjugaux et des alliances intergénérationnelles.

(b) Rigidité (18,27)

Une rigidité qui se manifeste par d'importantes difficultés à changer les règles et la structure de la famille lorsque la situation l'exige. Ce sont les **forces d'homéostasie et de non changement** qui dominent.

(c) Surprotection (18,27)

La surprotection concerne tous les membres de la famille les uns vis-à-vis des autres, avec un souci excessif du bien-être de l'autre.

- Des parents envers l'enfant : gêne voire **frein au processus d'autonomisation**.
- Par ses symptômes, l'enfant **empêche tout changement** au sein de la famille.

(d) Absence de résolution des conflits (18,39)

**Intolérance, évitement et non résolution des conflits** sont renforcés par les trois caractéristiques précédentes : enchevêtrement, rigidité et surprotection. Les conflits évités et donc non résolus, menacent à tout moment de déstabiliser la famille.

(e) Implication de l'enfant symptôme (18,39)

Trois mécanismes d'évitement des conflits sont mis en place afin de maintenir l'équilibre familial :

- **Triangulation** : les difficultés de couple se transforment en une union protectrice face à l'enfant malade.
- **Détournement** : le conflit conjugal devient un conflit parental sur la manière de s'occuper de l'enfant malade.
- **Coalition parent-enfant** : l'enfant fait alliance avec l'un ou l'autre des parents.

## (2) Anorexie mentale

**L'anorexie mentale** en détournant l'attention des vulnérabilités/défaillances des parents et des problèmes de couple, permettrait de **préserver l'harmonie et la proximité dans la famille.** (80)

### ii) « Famille anorexigène » de Mara Selvini Palazzoli (74,75)

#### (1) Famille (78,79)

Mara **Selvini Palazzoli** définit la « **famille anorexigène** ». A la différence de Minuchin, qui s'intéresse à la structure de la famille où survient une anorexie mentale, Selvini Palazzoli met l'accent sur les **processus de communication intrafamiliaux pathologiques**. L'anorexie serait une forme d'adaptation à un type particulier de famille (18).

Le problème majeur résiderait dans des **systèmes d'alliances et de coalitions** au sein de la famille : « **mariage à trois** » selon Mara Selvini Palazzoli (39). Certaines des caractéristiques de la « famille anorexigène » de Selvini Palazzoli rejoignent les descriptions de la « famille psychosomatique » de Minuchin, comme la **forte cohésion** au sein de la famille (enchevêtrement de Minuchin), ou l'existence d'un **dysfonctionnement conjugal** masqué derrière une apparente stabilité du couple.

« La famille anorexigène » présente 5 caractéristiques : (18,38,78,79)

(a) Binding ou cohésion très forte

**Loyauté envers le groupe familial**, au détriment de l'individu. Autonomie et indépendance sont sacrifiées au profit de la loyauté envers la famille.

(b) Sacrifice de soi

Valeur partagée et valorisée par la famille, qui peut être présent sur plusieurs générations. Processus de rivalité dans le sacrifice de soi chez les femmes de la famille : « lignée escaladante de femmes sacrifiées ». Cette dynamique est **gênante pour le processus d'individuation**.

(c) Une insistance sur le contrôle pulsionnel des émotions, de la nourriture et de la sexualité

**Conformisme**/respect des normes sinon honte/culpabilité

Idéaux élevés concernant la scolarité ou la réussite professionnelle.

**Maintien des apparences** quel que soit le désespoir sous-jacent.

(d) Sentiment très fort de justice

(e) Dysfonctionnement conjugal et stabilité du couple

Investissement plus marqué du rôle de parents que de partenaires amoureux.



## (2) Anorexie mentale

### (a) Anorexie mentale : comportement d'opposition

**Selvini Palazzoli** dans un premier temps, considère **l'anorexie mentale** comme un **comportement d'opposition**, qui :

- Reflèterait une **recherche de contrôle, de pouvoir, d'individuation** ;
- Signerait une **rupture** dans une famille marquée par une cohésion familiale extrêmement importante ;
- **Remettrait en cause** le fonctionnement superficiellement stable et harmonieux de la famille.

Cette première période correspond à la première époque de l'école de Milan où, comme nous le verrons par la suite, Selvini Palazzoli et son équipe utilisent en thérapie familiale, la technique de la « **prescription paradoxale du maintien du symptôme** ». (18, 27, 81)

### (b) « Pat du couple parental » et « imbroglio affectif »

A partir de la **fin des années 1970**, **Selvini Palazzoli** et ses collaborateurs s'intéressent à la mise en place et à l'évolution des conduites anorexiques au sein de la famille.

Ils définissent **6 stades au processus de développement** d'une anorexie mentale :

1. Une relation conjugale conflictuelle non résolue (ni réconciliation, ni séparation), que Selvini Palazzoli nomme « **pat du couple parental** », en référence aux échecs.
2. La patiente dans son enfance participera à ce « **jeu parental** », en tenant une place par exemple de confidente de sa mère. Non consciente des enjeux, elle pensera avoir une relation privilégiée avec sa mère. Selvini Palazzoli parle « **d'imbroglia affectif** ».
3. A l'adolescence, découvrant que sa mère n'est pas aussi proche d'elle qu'elle le pensait, elle tente de se rapprocher de son père, qui souhaite qu'**elle s'oppose** à sa mère.
4. La **restriction alimentaire** est à considérer dans cette optique comme une tentative de la patiente pour **se différencier et s'opposer** à sa mère.
5. Ne se sentant pas soutenue par son père, la patiente poursuit et majore ces conduites.
6. **Le pouvoir** donné à la patiente par les symptômes l'empêchera de les abandonner.

A partir de cette conception de l'anorexie, Selvini Palazzoli et son équipe utiliseront en thérapie familiale d'abord la technique de la « **prescription invariable** », puis la technique du « **dévoilement du jeu familial** ». (27,82,83)

iii) « Mythe d'unité familiale » d'Onnis (84)

(1) Famille

Pour Luigi **Onnis**, dans les familles où surviendrait une anorexie, le mythe familial, fonction normale et fondatrice de la famille, serait pathologique : « **mythe d'unité familiale** ». (18)

Le concept de « mythe familial » a été introduit par **Ferreira en 1963**. Il en donne comme définition : « une **croissance ou un groupe de croyances** que la famille partage et qui généralement est utilisée pour des finalités d'homéostasie » (85). Pour **Onnis** « le mythe se présente comme une vérité partagée par tous les membres de la famille, qu'il est impossible de remettre en question et qui s'est doté d'un caractère intemporel ». Le mythe est l'élément fondateur de l'identité familiale et du sentiment d'appartenance des individus : « **mythe fondateur** ». C'est sa **rigidité** qui confère au mythe son **caractère pathologique**. (86)

Le mythe des familles où un des membres présente une **anorexie mentale** serait un « **Mythe d'unité familiale** » : (18)

- **Manque de différenciation** des limites entre générations et individus ;
- « **Fantôme de rupture** » : profonde crainte de rupture et de pertes irréversibles ;
- Le mouvement **d'autonomie et de détachement** qu'implique l'adolescence est vécu comme **menaçant** et est **mis en échec**.

**Onnis** introduit une **perspective trigénérationnelle**, nécessaire pour comprendre l'origine des mythes familiaux.

L'exploration transgénérationnelle retrouve une fréquence élevée **d'évènements traumatiques** (deuils non élaborés, situations d'abandons, de séparations inattendues ou de maladies graves et invalidantes). Ces évènements se regroupent sous le terme plus large de **pertes** et sont fréquemment associés à des vécus **d'angoisse de séparation**. Dans cette perspective le « **mythe d'unité familiale** » constituerait une **défense contre ces peurs non élaborées de pertes et d'angoisse de séparation**. (18,86)

Onnis, par sa théorie de « **mythe d'unité familiale** », permet d'expliquer les processus observés par Minuchin et Selvini Palazzoli : une **dimension sous-jacente et explicative**.

Onnis fait partie des systémiciens de la deuxième génération qui, comme nous le verrons, centrent leurs théories et leurs pratiques sur des paradigmes **évolutifs** (réintroduisant la notion de temps) et **constructivistes** (soulignant l'importance des attributions de significations qui inspirent les comportements), ainsi que sur la **cybernétique de second ordre** (notion de co-construction de la réalité par le thérapeute et la famille).

Néanmoins, le modèle théorique de **l'anorexie mentale** comme « **solution symptomatique d'un dilemme familial** » et les interventions thérapeutiques qui en découlent engagent la **responsabilité des parents** comme les précédents modèles le faisaient. (18)

## (2) Anorexie mentale

Onnis parle de l'anorexie mentale comme une « **expérience de temps suspendu** » : (18)

- En suspendant la problématique de séparation/individuation qu'implique l'adolescence et en augmentant les forces de régression et les besoins de protection, l'anorexie marquerait une tentative de **loyauté à la famille**.
- Mais paradoxalement **transgresserait le « mythe d'unité familiale »** par l'affirmation d'une identité propre.

Schématiquement pour les **systemiciens**, il serait **impossible pour les « familles anorexiques » d'accepter la séparation ou l'autonomie**. Ceci se rapproche des descriptions de Bruch, où l'individualité n'est pas encouragée et l'autonomie et l'indépendance sacrifiées face à la loyauté envers la famille. (78)

Bien que critiqués et remis en question par les nouveaux modèles théoriques, ces modèles ont permis (18,80)

- De restituer l'anorexie dans son contexte familial.
- De conceptualiser les dysfonctions familiales en termes plus circulaires et interactionnels.
- De prendre en compte les mythes qui sous-tendent ces interactions familiales pathologiques.

## b) Approche psychanalytique

En France, avec l'influence majeure de la pensée psychanalytique, plusieurs théories psychopathologiques de l'anorexie mentale ont été élaborées. Les psychanalystes contemporains, à partir d'éléments issus de la théorie de la relation d'objet, de la psychologie du Moi, de l'attachement et des théories addictives, ont évoqué une « **psychopathologie des interrelations précoces** » sous-tendue par une « **défaillance du maternel** » et une **carence affective**. (18)

La théorie psychodynamique d'inspiration psychanalytique stipule que la personnalité du patient anorexique s'est structurée en fonction de son histoire et de son environnement et en particulier de la personnalité des parents (87). D'après **Corcos** et **Jeammet** (88,89), l'anorexie mentale est conceptualisée comme une « **pathologie du lien et de la dépendance** », « pathologie de l'incorporation et des assises narcissiques mettant en **échec le processus d'individuation** ».

La **problématique de l'identité** est centrale. On souligne également l'importance du conflit dépendance/autonomie et la grande vulnérabilité narcissique de ces sujets.

La **théorie de l'attachement** permet une exploration de cette **problématique de dépendance**. C'est à Bowlby (90) que nous devons la théorie de l'attachement. Par la suite, les travaux d'Ainsworth (91) et de Main et Solomon (92) ont permis de distinguer 4 types d'attachements :

- Attachement sécuritaire
- Attachement insécure-évitant
- Attachement insécure-évitant-ambivalent
- Attachement désorganisé-désorienté

Initialement, le type d'attachement ultérieur de l'individu était conditionné par la qualité des interactions au sein de la dyade mère-enfant. Par la suite, ce concept a été étendu au père, puis au couple parental et enfin à la **famille** conceptualisée comme « **base de sécurité** ». (18)

C'est **Bruch** qui, dans les **années 1970**, a initialement rapproché la notion d'attachement à l'anorexie mentale. Par la suite, la qualité de l'attachement a été définie comme facteur prédisposant aux troubles des conduites alimentaires.

En effet, plusieurs études font état de processus **d'attachement anormaux** de type **insécure** (détaché ou préoccupé) chez la plupart des sujets présentant des troubles des conduites alimentaires dont **l'anorexie mentale** (18,89). Canderoli et Ciocca, dans une étude citée par Ward et al (93), se sont intéressés au type d'attachement en fonction du type de trouble du comportement alimentaire. Ils retrouvent : que l'attachement de type insécure-détaché est plus fréquent en cas d'anorexie restrictive, et le type insécure-préoccupé est plus fréquent en cas d'anorexie restrictive avec conduites boulimiques. (89)

D'autres études explorant la dimension intergénérationnelle retrouvent une forte correspondance entre le type d'attachement des parents et celui de l'enfant. (18)

### 3) Approche thérapeutique de la famille

#### a) Approche systémique

Aux modèles systémiques familiaux décrits précédemment correspondent des cadres thérapeutiques un peu différents :

- Minuchin a développé la thérapie structurale (73)
- Selvini Palazzoli, la thérapie des systèmes de l'école de Milan (82)
- Onnis, la thérapie familiale autour du mythe familial (94)

Ces thérapies familiales dans l'anorexie mentale ont pour objectifs communs: (39,63)

- De se dégager de la désignation des symptômes
- D'explorer les règles et la communication au sein de la famille
- D'émettre des hypothèses quant au mode de fonctionnement familial
- De rétablir les limites au sein de la famille et restaurer l'identité de chacun, c'est-à-dire interrompre les processus familiaux dysfonctionnels et remodeler en profondeur l'organisation familiale.

#### i) Thérapie structurale de Minuchin

##### (1) Généralités

C'est avec Braulio Montalvo que Minuchin a développé la **thérapie structurale**. « Structurale » car l'idée directrice est d'associer les symptômes du patient à des **structures familiales dysfonctionnelles** qu'il faudra **modifier** et qui constituent la **cible du traitement**.

(43)



Le thérapeute détermine la structure de la famille en évaluant les frontières, cartes, territoires, le rôle de chacun des membres de la famille et la hiérarchie entre eux. (66)

Les principes de la thérapie familiale structurale : (95)

- Prise en compte des individus et de leurs interactions au sein d'un contexte qui influe sur eux et qui lui-même est modifié par l'individu.
- Importance accordée au cycle de vie familial et au stade de développement de la famille.
- Vison circulaire: les symptômes sont maintenus par le système qui est maintenu à son tour par les symptômes.
- C'est le changement du système qui permettra un changement individuel: interrelation entre individu et le système familial auquel il appartient.

Trois étapes essentielles au modèle thérapeutique de Minuchin (64)

- L'alliance thérapeutique : observer sans intervenir.
- L'évaluation de la structure familiale.
- La restructuration du système familial.

## (2) Principes thérapeutiques

La prise en charge thérapeutique s'organise autour de deux phases : (18,64)

### 1. La première phase du traitement **ciblera les symptômes alimentaires**

La thérapeute aura recours à un **contrat comportemental** et à des « **lunchs sessions** » (déjeuners familiaux thérapeutiques).

Outre le premier objectif de reprise pondérale de ces séances repas, elles permettront également au thérapeute de mettre en évidence les interactions familiales habituelles et de renforcer les frontières entre générations.

### 2. **Restructuration du système familial**

Après amélioration symptomatique de la patiente, la thérapie se poursuit de la même manière que pour toute famille de type enchevêtrée (64). La thérapie est axée sur les relations familiales, les patterns de communication et l'organisation hiérarchique de la famille. (38)

Techniques utilisées: carte familiale (visualiser les distances/frontières), techniques de restructuration de l'organisation familiale, tiers absent (évaluation des distances existantes au sein de la famille). (67)

### (3) Objectifs

L'objectif de la thérapie est de **modifier l'organisation familiale**, c'est-à-dire aider la famille à modifier ses patterns relationnels, à se restructurer, pour permettre au patient d'abandonner son symptôme (27,43). Il s'agit de **supprimer les processus dysfonctionnels** impliqués dans le maintien voire le renforcement des symptômes, et de mettre en place de **nouvelles modalités relationnelles** plus adaptées (38). Ceci permet d'éviter une rechute, l'apparition de nouveaux symptômes ou l'apparition de nouveaux porteurs de symptômes. (18)

### (4) Résultats

Selon **Minuchin**, la thérapie familiale structurale est efficace dans le traitement de l'anorexie mentale. Il rapporte **86% de succès thérapeutique** au cours d'un essai sans groupe contrôle chez 53 patients anorexiques âgés de 9 à 21 ans (38,77)

#### ii) Thérapie des systèmes de l'école de Milan de Mara Selvini Palazzoli

##### (1) Généralités

Mara Selvini Palazzoli avec Luigi Boscolo, Gianfranco, Cecchin et Giuliana Prata ont fondé dès **1967** le centre milanais d'étude de la famille.

Les interventions thérapeutiques de ce groupe s'inspirent des approches interactionnelles, stratégiques, structurales tout en apportant plusieurs contributions originales que nous aborderons par la suite. (96)

Principes de la thérapie familiale de l'école de Milan : (43)

- Implication de la famille nucléaire dès la première séance
- Intervalle de 1 mois entre chaque séance
- Pas plus de dix séances au total

## (2) Principes thérapeutiques

Le thérapeute familial doit aider la famille à comprendre :

- Ses modalités relationnelles
- Son mode de communication
- Et le rôle joué par les symptômes dans l'organisation familiale (38)

Des années **1971 à 1978**, cette équipe utilise la « **connotation positive** » ou « **prescription paradoxale du maintien du symptôme** » en thérapie familiale de l'anorexie mentale. Il s'agit de connoter positivement la fonction du symptôme pour chaque membre de la famille. Cette technique est paradoxale, car le message s'adresse en fait au patient désigné pour le provoquer par le biais d'une redéfinition de son comportement. (27,81,82)

Des années **1979 à 1987**, Selvini Palazzoli et Prata utilisent la technique de la « **prescription invariable** », celle du secret (par exemple, des sorties pour les parents).

Puis la méthode du « **dévoilement du jeu familial** ». (27,82,83)

Une étude (82) réalisée par Selvini Palazzoli et ses collaborateurs s'est penchée sur la comparaison de ces trois méthodes sur l'issue globale, le souvenir de la thérapie et l'état des relations familiales. Elle retrouve une supériorité du modèle paradoxal (connotations positives) en termes d'issue globale (paramètres pondéral, alimentaire, socio-économique, psycho sexuel et affectif) ; une supériorité de la technique du « dévoilement du jeu familial » en ce qui concerne l'état des relations familiales ; et une infériorité de la méthode de « prescription invariable » concernant le souvenir de la thérapie. Les auteurs concluent à **l'intérêt d'une prise en charge familiale** de l'anorexie mentale et précisent qu'un élément prédictif important parmi les facteurs de guérison de l'anorexie est « **la disponibilité de toute la famille à se remettre en cause et à s'impliquer dans un travail psychologique à l'avantage de la fille anorexique** ».

### (3) Objectifs

Comme pour la thérapie structurale de Minuchin, l'objectif est de **modifier l'organisation relationnelle** de la famille. (64)

### (4) Résultats

L'équipe de Milan rapporte **100% de succès thérapeutiques** avec la série invariable de prescriptions. (18)

### iii) Approche thérapeutique d'Onnis

#### (1) Généralités / Principes thérapeutiques

Onnis considère l'anorexie mentale comme une « expérience de temps suspendu ». Par l'utilisation en thérapie familiale de la méthode des « **sculptures du temps familial** », il met en acte cette suspension du temps et confronte la famille à son potentiel évolutif. (27,86)

#### (2) Objectifs

L'objectif de la thérapie est de **transformer** les représentations familiales pathogènes/le **mythe familial pathologique**, en élaborant avec la famille une **nouvelle trame narrative**. En d'autres termes il s'agit d'aider la famille « bloquée » à reprendre son cycle évolutif. (18)

### b) Approche psychanalytique

#### i) Généralités

**La thérapie familiale psychanalytique** naît dans les **années 1950** à partir des travaux de Bion, Foulkes et Ezriel. Ce n'est que dans les **années 1970** qu'elle s'appliquera, après que soit délimité un champ, définies des règles et conditions du traitement analytique du groupe par Didier Anzieu et René Kaës. (97)

La thérapie familiale analytique se définit comme une **thérapie du groupe familial** « dans son ensemble » (98). Ruffiot en a proposé une définition : « Elle vise par la réactualisation grâce au transfert du mode le plus primitif de la psyché, par le rétablissement de la circulation fantasmatique dans **l'appareil psychique groupal familial**, à l'autonomisation des psychismes individuels de chacun des membres de la famille » (99). Ruffiot a défini « l'appareil psychique familial » à partir des travaux de Kaès sur « l'appareil psychique groupal » en 1976 et en 1979. « **L'appareil psychique groupal** » selon Kaès est une construction psychique commune au groupe, à partir de l'assemblage et de l'articulation des psychés individuelles. (97)

Eiguer et Litovsky définissent la thérapie familiale analytique comme « un espace dynamique de reconstruction des traces mnésiques inconscientes de la famille ». Ils se basent sur: (97,98,100)

- **La théorie du lien** : « interfonctionnement inconscient entre deux ou plusieurs personnes ». A partir de cette théorie, le symptôme est compris soit comme une recherche d'une relation à autrui, soit comme un moyen de provoquer quelque chose chez l'autre.
- **La théorie de relation** : « liaisons psychiques interindividuelles à l'origine des dysfonctionnements ». La thérapie familiale analytique permettrait à partir de ces liaisons d'accéder aux déterminismes familiaux responsables des troubles.

## ii) Principe thérapeutique

Les principes de la thérapie familiale analytique : (97)

- Association libre
- Abstinence de la part du thérapeute
- Présence nécessaire d'au moins deux générations à chaque séance
- Ecoute du fonctionnement fantasmatique de la famille dans son appareil psychique groupal se révélant dans les associations libres des membres de la famille.
- Exploration des transmissions transgénérationnelles de souffrances familiales non résolues telles des deuils, des traumatismes et des pertes non élaborées.

Comme pour la thérapie individuelle, le levier thérapeutique de l'analyste est essentiellement **le transfert du groupe familial**. (18,97)

## iii) Objectifs

L'objectif de la thérapie familiale analytique est **l'individualisation des psychismes** individuels dans le cadre groupal. (97)

## iv) Dans le champ de l'anorexie mentale

La thérapie familiale analytique a d'abord été utilisée dans la prise en charge des troubles psychosomatiques (dont l'anorexie mentale) de l'adulte. Son application à l'anorexie mentale de l'adolescent est plus récente. (18,98)



Il n'y a **pas de spécificité de la thérapie familiale analytique dans le traitement de l'anorexie mentale**. Les règles et le déroulement des séances sont les mêmes que dans tout traitement analytique du groupe familial.

# **II) PARENTS COMPETENTS**

## A) Critique des premiers modèles systémiques / nouveaux modèles écosystémiques

### 1) Critiques des premiers modèles familiaux

Les premières théories familiales des **années 1970** continuaient à véhiculer l'idée que la **famille était responsable du trouble** (51,63). A partir des **années 1980**, ces premiers modèles familiaux de l'anorexie mentale ont commencé à être **critiqués**. Ces modèles basés sur des **observations cliniques**, et donc non validés, ont été remis en question par les données de la recherche clinique, et par de nouveaux modèles théoriques plus agnosiques quant à la responsabilité étiologique de la famille. (18,101)

#### a) Modèles systémiques

##### i) Remise en question des premiers modèles théoriques

###### (1) Résultats des études et de la recherche clinique

Certains points des descriptions de la « famille psychosomatique » de Minuchin ou celle de la « famille anorexigène » de Selvini Palazzoli ont été **remis en question** par de nouvelles études citées par Jeammet et ses collaborateurs (78,102). Ces études sont de deux types selon que la perception des relations familiales soit vue par les patients ou par les patients et leurs parents.

(a) Perception des relations familiales par les patients

- **Palmer et al** (1988) (103), utilisant le **PBI** ou « Parental Bonding Instrument » ont montré que les patientes anorexiques ont le souvenir d'une **mère moins attentive** dans leur enfance que les témoins.
- **Waller et al** (1989) (104), utilisant le **FAD** ou « Family Assessment Device » ont montré que les patients anorexiques rapportaient des **relations familiales de plus mauvaise qualité** que ne le faisaient les témoins.
- **Waller et al** (1990) (105), ont utilisé le **FACES** ou « Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale » développé par Olson aux Etats unis d'Amérique en 1985 (106). Le FACES est un auto-questionnaire familial permettant une évaluation clinique du fonctionnement d'une famille à partir des dimensions de cohésion, d'adaptabilité, et de satisfaction de la famille (décalage entre famille perçue et famille idéale et mesure de la convergence de perception entre les différents membres de la famille) (107). Waller et ses collaborateurs ont alors montré que les patients anorexiques trouvent leurs **familles moins adaptables et moins cohésives** par rapport aux sujets témoins. Ce qui remet en question l'hypothèse habituelle selon laquelle la famille dont un membre est atteint d'anorexie mentale serait caractérisée par un enchevêtrement ou une cohésion très forte.
- **Russel et al** (1992) (108), utilisant le **PBI** ont montré que les patientes anorexiques décrivent leurs **mères comme moins surprotectrices** en comparaison des descriptions de patients souffrant d'un autre trouble psychiatrique. Ce qui remet en cause l'hypothèse habituelle selon laquelle les parents des anorexiques seraient hyper protecteurs.

Il n'est pas simple de faire une synthèse de ces études du fait de la diversité des dimensions explorées et des instruments de mesure utilisés. (102)

**Humphrey** (1992) (109), à partir d'une revue de la littérature sur les relations familiales dans l'anorexie mentale, conclut que les patients anorexiques perçoivent leurs **familles comme globalement plus perturbées** comparées à celles des témoins

(b) Perception des relations familiales par les patients et leurs parents

- **Garfinkel** (1983) (110), utilisant le **FAM** ou « Family Assessment Measure » a montré que les patients anorexiques et leurs mères considèrent leurs familles comme ayant **plus de problèmes** dans l'accomplissement des devoirs, les performances, la communication et l'expression des affects.
- **Kog et al** (1983) (111), utilisant le **FACES III** ont montré que les familles anorexiques rapportaient des **conflits plus importants** et **plus de désorganisation familiale** que ne le font les familles contrôles.
- **Humphrey et al** (1986) (112) en utilisant le **FACES III** ou le **FES** « Family Environment Scale » indiquent que les mères, les pères et les patients rapportent que leurs familles auraient une **moins bonne cohésion** et seraient **plus chaotiques** que les familles contrôle.
- **Stern et al** (1989) (113), utilisant le **FES** ou « Family Environment Scale » ont montré que les parents avaient tendance à évaluer de manière plus positive la famille que ne font les patients anorexiques mais qu'ils rapportaient malgré tous les mêmes **problèmes et difficultés** que les patients anorexiques.

- Deux études plus récentes menées par **Cook Darzens et Doyen** (2000 et 2005) (107,114), utilisant le **FACES III**, ont montré que les familles présentent une **grande diversité de fonctionnement, souvent non pathologique**. Comme les études précédentes, elles retrouvent une tendance pour ces familles à se percevoir comme **plus distantes, moins structurées et insatisfaites** par rapport aux familles non cliniques.

Ces résultats sont loin du profil de famille « enchevêtrée, rigide et parfaite » des premiers modèles théoriques de Minuchin et Selvini palazzoli.

### (c) Synthèse et conclusion

Les études descriptives des familles d'anorexiques ne retrouvent pas systématiquement de dysfonctions familiales et quand elles sont présentes on ne peut dégager un profil type de familles d'anorexiques comme le suggéraient les théories précédentes, ainsi : (18,63)

- Il n'existe **pas de familles anorexiques typiques**, les familles étant caractérisées par une **grande diversité de type et de qualité de fonctionnement**.
- Les perturbations familiales proches de celles observées par Minuchin et Selvini Palazzoli sont **rarement retrouvées en totalité et avec l'intensité** décrite par ces auteurs. De plus ces perturbations ne sont pas spécifiques des troubles des conduites alimentaires, en effet on les retrouve également dans les familles où un des membres souffre d'un autre trouble psychiatrique (dépression) ou d'une autre pathologie psychosomatique (diabète, asthme).

- Parfois, on retrouve des **fonctionnements opposés à ceux attendus** : famille distante/désengagée et conflictuelle, ou désorganisée, contre le profil attendu d'enchevêtrement, de rigidité et d'évitement/négation des conflits.
- Certaines familles d'anorexiques auraient un **meilleur fonctionnement** que certaines familles où un membre est atteint d'un autre trouble psychiatrique.

Pour autant les familles d'anorexiques tendent à être moins satisfaites de leur vie de famille, **plus en détresse**. Les perturbations familiales seraient perçues de manière plus aigüe par les patients mais elles sont également rapportées par les parents. (18,102)

Etudier les différences plutôt que les ressemblances entre les familles d'anorexiques, permettrait de déterminer les caractéristiques familiales spécifiquement associées à un pronostic favorable ou défavorable, et ainsi de développer des interventions thérapeutiques plus ciblées, adaptées à chaque type de famille et au niveau du fonctionnement familial. (107,114)

## (2) Nouveaux modèles théoriques

De nouveaux modèles théoriques (que nous développerons par la suite) ancrés dans la recherche clinique, ont remis en cause les premières descriptions de la « famille psychosomatique ». Ils sont issus de conceptions plus normatives des processus psychosomatiques, avec une position plus agnosique quant au rôle étiologique de la famille dans la survenue d'un trouble du comportement alimentaire et une vision plus souple et

égalitaire de son rôle dans la guérison de celui-ci. (63)

Contrairement aux nouvelles modélisations qui incluent une vision développementale des troubles, les premiers modèles théoriques ne prenaient pas en considération les différentes étapes d'évolution du système familial et impliquaient une vision statique des rapports entre les symptômes et la famille. (115)

ii) Critiques de la notion de causalité familiale véhiculée par ces modèles

Les modèles théoriques et thérapeutiques, qu'ils soient issus de la première génération de systémiciens (avec en chefs de file Minuchin et Selvini Palazzoli) ou de la deuxième génération (notamment Onnis) véhiculaient une notion de **causalité familiale nuisible au vécu parental et familial** : postulats et choix thérapeutiques souvent **culpabilisants** pour les familles (réparer les défaillances considérées comme responsables du trouble). (18,69)

Bien que ces auteurs ne considéraient pas la famille comme responsable du trouble, par leur théorie de « famille dysfonctionnelle » où l'anorexie représentait une solution pour le maintien de l'équilibre familial, et par les interventions thérapeutiques découlant de ces modèles, ils engageaient la responsabilité des parents et l'invitation à des entretiens familiaux signait un verdict de culpabilité.

En reprenant Solange **Cook-Darzens** : « (...) ont ainsi été maintenus des protocoles thérapeutiques rigides évoquant de manière implicite la notion d'une « **bataille** » **entre le thérapeute et la famille**, une bataille visant à « **changer la famille malgré elle** » ou à la déstabiliser dans un bras de fer relationnel certes feutré et sophistiqué mais peu propice à



la construction d'une alliance thérapeutique de bonne qualité ».

Elle va aussi plus loin en faisant le parallèle entre la « mère pathogène, toxique » de la littérature psychanalytique du début du XX<sup>ème</sup> siècle et les premières théories de familles dysfonctionnelles : « (...) limite inhérente au modèle systémique : l'application stricte du paradigme systémique a souvent conduit les thérapeutes à **déplacer sur le système familial les accusations étiologiques autrefois appliqués à l'un des parents** ». (18)

**Hoffman** cité par Salem dans son livre « approche thérapeutique de la famille » (66) écrit : « la thérapie familiale aurait contribué par ses propres diagnostics de familles dysfonctionnelles à l'idée de **structures familiales « fautives » vis-à-vis de l'individu** ».

**Vanderlinden** et **Vandereycken**, à propos de la thérapie familiale telle qu'elle était pratiquée par Minuchin et Selvini Palazzoli, écrivent : « Les théories familiales ainsi que la propagation des thérapies familiales sont presque exclusivement basées sur **des croyances semi religieuses** à la place de solides données de recherche ». (44)

#### b) Perspective attachementiste

Cook Darzens évoque sur le lien entre attachement et trouble des conduites alimentaires : (18)

- Deux études récentes qui suggèrent que le style d'attachement serait plus associé à la sévérité du trouble après son apparition qu'à son type, et serait donc **plus un facteur de maintien qu'un facteur étiologique**.
- D'autres études encouragent à considérer les perturbations de l'attachement plutôt comme un **facteur non spécifique de vulnérabilité** qui, associé à d'autres

paramètres, peut favoriser le développement d'un trouble du comportement alimentaire.

### c) Conséquences

#### i) Théories familiales

##### (1) Typologie de la famille anorexique

La théorie d'une typologie singulière de « famille psychosomatique » associée à un modèle étiologique de famille pathogène n'est pas confirmée, voire globalement réfutée par les études empiriques sur le fonctionnement familial des sujets présentant un trouble du comportement alimentaire (18,79). Comme nous l'avons vu précédemment, les familles de patients anorexiques sont caractérisées par une grande diversité de type et de qualité de fonctionnement. De la même manière, la théorie d'un attachement parent-enfant systématiquement insécure n'a pas été confirmée. (18)

##### (2) Causalité familiale

Actuellement la plupart des auteurs **ne soutiennent plus l'idée d'une relation de causalité** entre les interactions familiales et la survenue d'un trouble du comportement alimentaire. (78)

En outre les thérapeutes ne rencontrent les familles qu'après l'installation du trouble, de ce fait peut se poser la question de savoir si les **dysfonctions observées représentent la**

**cause, la conséquence de l'anorexie ou encore l'interaction des deux** (18). Aucune étude à ce jour n'a été menée de manière longitudinale prospective et donc on ne peut attester si les particularités familiales observées sont causes ou conséquences du trouble. (63)

L'académie des troubles du comportement alimentaire (AED pour Academy for Eating Disorders) réfute l'idée, sous tendue par les premiers modèles systémiques, que certains facteurs familiaux soient les mécanismes exclusifs et essentiels dans la genèse et le maintien d'un trouble du comportement alimentaire quel qu'il soit.(32)

Pour autant **la famille joue un rôle dans l'évolution et le devenir** du trouble chez le patient. La notion de causalité familiale a été remplacée dans les nouvelles modélisations par **facteur de risque et de protection**, que nous allons développer ultérieurement. (18)

## ii) Approche thérapeutique de la famille

Les nouveaux modèles thérapeutiques (que nous développerons par la suite) découlant directement de ces nouvelles conceptualisations sont dits « resource-based », axés sur la mobilisation des ressources et compétences de la famille, en opposition aux modèles précédents dits « deficit-based », axés sur la pathologie familiale. (63)

## 2) Evolution de la thérapie familiale / nouveaux modèles écosystémiques

Au cours des **vingt dernières années**, les théories familiales de l'anorexie mentale et l'approche thérapeutique familiale de ces troubles ont considérablement évolué. Plusieurs

facteurs ont contribué de manière significative à cette évolution et ont ainsi favorisé le développement **d'approches thérapeutiques plus souples et éclectiques, moins culpabilisantes et plus respectueuses** du patient et de l'impact de sa pathologie sur la famille. (18,69)

a) Modèle biopsychosocial

Le modèle biopsychosocial a favorisé une **vision développementale et plurifactorielle** dans les troubles des conduites alimentaires, ainsi qu'une approche plurimodale du traitement (18). C'est Engel qui l'a développé (116) sur les bases du modèle biomédical linéaire qui régissait la psychiatrie jusqu'à la fin des années 1960.

La maladie mentale est à considérer à partir d'une approche plurifactorielle et développementale. Elle dépend de **l'interaction entre trois systèmes** :

- **Le système biologique** : composante génétique, anatomique, structurale et moléculaire de la maladie.
- **Le système psychologique** : l'expérience de la maladie est influencée par des facteurs intrapsychiques motivationnels et de personnalité.
- **Le système social** : la famille, la culture et l'environnement influencent l'expression et le vécu de la maladie. (18)

b) Nouvelles modélisations des processus psychosomatiques : une vision normative

i) Modèle systémique de santé et de maladie issus de la médecine familiale

**Rolland** (117,118) a appliqué le modèle biopsychosocial d'Engel à la médecine : « Systemic Health » ou modèle systémique de santé. Il décrit les processus psychosomatiques qui s'organisent dans les familles confrontées à des maladies chroniques ou graves : processus normal et inévitable à l'interface de trois systèmes que sont la maladie, le patient et la famille.

Rolland évoque le **processus psychosomatique comme ni sain ni malsain**. La qualité de fonctionnement d'une famille dépendra de « **l'adéquation de l'ajustement** » entre l'individu, la famille et la maladie. L'ajustement est représenté par les interactions réciproques, ou processus psychosomatique, entre les trois systèmes précédemment cités. Certaines combinaisons individu-famille-maladie étant plus adéquates que d'autres.

Cette théorie présente **l'intérêt de décrire en termes normatifs, des interactions jusque-là considérées comme pathologiques.**(18)

ii) Modèles centrés sur les croyances familiales (family meanings) (18)

Il s'agit de « modèles explicatifs » de la famille, à la maladie par exemple, et qui en conditionnent la qualité d'adaptation.

La famille peut par exemple avoir par rapport à la maladie un **sentiment de compétence**, vision interne du contrôle de la maladie, ou un sentiment **d'impuissance**, vision externe du contrôle de la maladie :

- Dans le premier cas, la famille aura des **ressources face à la maladie** qu'elle pourra mettre en place et développer : stratégies d'adaptation efficaces favorisant une **bonne évolution du trouble**.
- Dans le second cas, la famille présentera des **vulnérabilités face à la maladie** qui rendront difficile la mise en place de stratégies d'adaptation efficaces et qui pourront alors contribuer à une **évolution péjorative du trouble**.

c) La critique féministe (18,64,69)

La critique féministe n'est pas un nouveau modèle de thérapie familiale mais ses idées ont été intégrées aux théories systémiques en particulier.

i) Impact sur la vision de la mère coupable

La critique féministe remet en cause le stéréotype de la mère coupable en reformulant certaines dysfonctions familiales en termes **d'exigence de rôle** plutôt que de pathologies individuelles ou interpersonnelles. Elle dénonce le sexisme implicite présent dans les

définitions de la famille et des rôles familiaux. Elle a également apporté un éclairage nouveau sur le facteur de risque que représente le sexe féminin dans la survenue d'une anorexie mentale.

ii) Impact sur la thérapie familiale

Dans les premiers modèles de thérapie familiale, le thérapeute était souvent en position d'expert, celui qui sait, et la famille dans un rôle d'incompétence et d'ignorance.

La critique féministe a eu un impact considérable sur :

- La relation entre le thérapeute et la famille, en favorisant une forme de **partenariat plus souple et égalitaire**
- Les attitudes thérapeutiques en général, qui sont désormais **plus respectueuses** des compétences familiales, avec une vision **plus humble du rôle de thérapeute**.

d) Théories centrées sur la normalité, la compétence et la co-construction de la réalité

i) Théories et recherches sur les processus familiaux normaux (18)

**Walsh** dans « Normal family processes » et « Strenghtening family resilience » (119,120) décrit les processus sains de coping et **d'adaptation familiale à la maladie**. Il a appliqué la notion de résilience à la famille : en décrivant des familles résilientes et leurs caractéristiques.

Selon Walsh, la **famille résiliente** aurait trois caractéristiques :

- Une organisation souple et unie
- Un système de croyance caractérisé par une vision positive de la vie, une capacité à donner sens à l'adversité et une certaine spiritualité
- Une communication claire et affectivement ouverte, favorisant la collaboration dans la résolution des problèmes

ii) Nouveaux courants épistémologiques sur les processus de changement thérapeutique : Co-construction et coévolution

Plusieurs courants ont contribué à l'évolution de la thérapie familiale :

- La cybernétique de second ordre
- Le post-modernisme
- Le constructivisme

Appliqué à la thérapie familiale :

- **L'abandon de la notion de fonction du symptôme.** Celui-ci ne doit plus être considéré comme une action visant à maintenir l'équilibre du système car tous les éléments du système interagissent. (66)
- C'est le **problème qui crée le système** et non l'inverse. (67)
- Introduction des notions de **coévolution et co-construction du système thérapeutique**, où « la construction mutuelle du réel compte davantage en psychothérapie que la recherche de la vérité ou de la réalité ». (64,121)
- L'enjeu de la thérapie n'est plus la suppression du symptôme mais le développement des potentialités de chacun, c'est-à-dire **l'activation du processus de changement.**



Pour Andolfi, la thérapie familiale est une **thérapie avec la participation active de la famille et non une thérapie de la famille**. La famille est considérée comme un **partenaire thérapeutique, non responsable ni coupable**. (70)

iii) La compétence des familles

**Guy Ausloos** parle de « **famille compétente** ». Cette notion est inspirée de la théorie du « bébé compétent » de Brazelton. Il écrit : « Parler de la famille compétente est une façon de **rendre à la famille sa compétence plutôt que de considérer ses manques** ».

La position du thérapeute se trouve de ce fait changée : **ce n'est plus lui l'acteur/l'agent du changement, mais la famille**. Il écrit : « Les familles ont les compétences nécessaires pour effectuer les changements dont elles ont besoin à condition qu'on les laisse expérimenter leurs auto solutions et qu'on active les processus qui les y autorisent ». Le « temps du processus » remplace la notion de résistance familiale. (42)

e) Démarche d'évaluation de la thérapie familiale

La thérapie familiale est évaluée et notamment les processus de changement activés en thérapie familiale sont analysés : il s'agit de déterminer pourquoi la thérapie familiale est efficace, de rechercher les ingrédients actifs de son efficacité.

Ces nouveaux modèles et courants ont considérablement fait évoluer la vision qu'ont les cliniciens sur les familles d'anorexiques et sur l'approche thérapeutique de ces troubles. (18).

3) Nouvelles conceptualisations du rôle des parents dans l'étiologie et l'évolution d'une anorexie mentale

L'intérêt des cliniciens et des chercheurs s'est déplacé d'un modèle étiologique de famille pathogène vers la recherche de **facteurs de risque et de protection**, de survenue et de développement d'une anorexie mentale. Ce déplacement a permis l'étude des **processus de coévolution** en jeu entre l'individu, la famille et la maladie, qui participent à une évolution favorable ou défavorable du trouble. (18)

a) Retour sur la notion de facteur étiologique familial

Comme nous l'avons vu précédemment à partir du modèle biopsychosocial, l'anorexie mentale doit être considérée comme une maladie multifactorielle, où interviennent différents facteurs liés à l'individu lui-même (dimension psychologique et biologique ou génétique), à la société et à la famille. (18,78)

L'équipe du **Maudsley Hospital** a intégré ces nouvelles données et a développé un **modèle multifactoriel** appliqué aux troubles des conduites alimentaires. Ce modèle décrit les interactions entre le patient, la famille et la maladie, au sein du cycle de vie familial ; cycle lui-même modifié par les symptômes alimentaires. (122)

Ces modèles ont permis : (18)

- De **moduler l'importance relative des facteurs familiaux** : qui sont un facteur de risque parmi de nombreux autres facteurs ; l'anorexie mentale étant une maladie multifactorielle
- De préciser la nature de son rôle ; les familles pouvant être situées tout le long d'un **continuum de fonctionnement-dysfonctionnement** :
  - Pour les familles situées à l'extrême pathologique du continuum de fonctionnement-dysfonctionnement : le poids des facteurs familiaux, en tant que facteurs étiologiques, seraient importants et devraient donc être la cible des traitements.
  - Pour les familles situées à l'autre extrême, l'étiologie de l'anorexie mentale est à rattacher principalement à des facteurs autres que familiaux : on utilisera la compétence des familles dans le traitement.
  - Pour les autres familles, elles présenteraient un fonctionnement relationnel plus ou moins satisfaisant. Les familles du milieu présentent certains dysfonctionnements amplifiés par la crise mais présentent également des compétences.

On ne parle plus de « causalité familiale » mais de **facteurs de risque et de protection** dans la survenue et le développement d'une anorexie mentale :

- Facteurs de risques : les **dysfonctionnements** familiaux
- Facteurs de protection : les **compétences** parentales ou familiales

A ceci s'ajoute une **perspective développementale** : les familles pouvant évoluer tout le long du continuum de fonctionnement-dysfonctionnement, ce qui se traduit :

- Soit par la **création de nouvelles vulnérabilités**

- Soit par la **création de facteurs réparateurs et protecteurs**

Ainsi les facteurs familiaux ne constituent pas les mécanismes essentiels et exclusifs de la survenue d'un trouble du comportement alimentaire, par contre la **famille joue un rôle dans l'évolution et le devenir du trouble.** (18)

- b) Causalité familiale remplacée par facteur de risque et de protection

**L'importance du retentissement familial** sur la santé physique et psychologique des adolescents atteints de maladie chronique a été depuis longtemps mise en évidence. Il en est de même au cours de l'anorexie mentale où la famille joue un rôle dans l'évolution du trouble : **maintien / aggravation / amélioration.** (78)

Ce sont **Morgan et Russel** (123) qui **dès 1975** ont montré que les perturbations familiales étaient associées à un devenir de mauvaise qualité. Par la suite, des études reprises par Cook Darzens (124), ont permis de dégager certains **facteurs familiaux prédictifs** d'une évolution favorable ou péjorative du trouble. Ces études familiales ont montré que la qualité du fonctionnement familial conditionnait l'évolution et le devenir de l'anorexie mentale ainsi que la réponse de la patiente au traitement : forte association entre l'évolution individuelle de la maladie et la qualité du fonctionnement familial. (18,107,124)

Ainsi :

- Les patientes dont la famille serait décrite comme dysfonctionnelle (distante / désorganisée / émotionnellement désengagée : critique et hostile) auraient un moins bon pronostic et une moins bonne évolution à court et long terme que les patientes où la famille semble moins perturbée. Inversement, l'existence de relations familiales saines semble contribuer à une guérison plus rapide et persistante.

- Des dysfonctionnements familiaux importants fragiliseraient l'alliance thérapeutique et augmenteraient de ce fait le risque d'interruption précoce du traitement.
- Les perturbations familiales s'améliorent moins pendant le traitement et ne s'améliorent plus après l'arrêt de celui-ci dans le cas des familles décrites comme dysfonctionnelles, contrairement aux familles moins perturbées, où les relations familiales sont de plus en plus chaleureuses et indépendantes pendant et après le traitement. L'évolution de la maladie est fortement associée à l'évolution de la qualité du fonctionnement familial pendant le traitement et lors du suivi.

Les facteurs familiaux jouent un rôle dans l'évolution et le devenir de l'anorexie mentale et ont un **impact d'autant plus important que le patient est jeune**. Les dysfonctions familiales pouvant constituer des facteurs de maintien, voire d'aggravation du trouble. (18,124)

**Doyen et Cook Darzens** (124), à partir de leurs expériences cliniques et thérapeutiques des troubles du comportement alimentaire, ont décrit sept caractéristiques de la famille qu'elles qualifient de « **famille difficile** » :

- **Absence de coopération** entre la famille et l'équipe soignante.
- Présence de dysfonctions familiales antérieures au trouble avec un profil **enchevêtré et surprotecteur**, proche des descriptions de Minuchin et Selvini Palazzoli, ou à l'opposé un fonctionnement **chaotique**.
- **Alliances et triangulations** au sein de la famille, sous tendues par des problèmes de couple, qui empêchent la mise en place d'une « équipe parentale » efficace :
  - Alliance : d'un parent avec le patient, l'autre parent est exclu et disqualifié
  - Triangulation : les parents se rapprochent grâce à la maladie

- Famille **très critique** voire **hostile** à l'égard de la patiente. D'autres études (que nous verrons par la suite) à partir d'un outil d'évaluation validé (EE pour expressed emotion) ont démontré que c'était un critère essentiel corrélé à un mauvais pronostic pour le patient.
- Famille se présentant et se vivant comme « **parfaite** ».
- Présence de troubles alimentaires ou conduites alimentaires particulières, non dites au sein de la famille.
- **Epuisement familial** face à la chronicisation et aux rechutes.

Les **perturbations familiales** quand elles sont présentes ne seraient ni causes ni conséquences du trouble, mais reflèteraient un **processus ininterrompu de coévolution** entre le patient, la famille et la maladie. (18)

c) Rôle de la famille dans l'évolution : Analyse des processus de coévolution

i) Création de nouvelles vulnérabilités

(1) Impact de la maladie sur la famille

Depuis la **fin des années 1990**, les chercheurs et thérapeutes ont étudié **l'impact de l'anorexie mentale sur les proches**. (22,36)

Une étude (125) reprise par Cook Darzens et ses collègues (18), a mis en évidence que l'amélioration du climat familial survient après l'amélioration symptomatique du patient :

- Dans les cas des patients ayant eu une évolution favorable, on retrouve une amélioration significative du climat familial (chaleur, harmonie, stabilité). L'amélioration symptomatique des patients précèderaient celle du climat familial.
- Dans les cas des patients où l'évolution était défavorable, les relations familiales sont restées distantes et chaotiques.

Ainsi **le trouble en lui-même peut entraîner des dysfonctions** ou perturbations familiales. Ces dysfonctions constituant des facteurs de maintien voire d'aggravation du trouble. (22)

Tout un courant de recherche s'est développé autour de cette nouvelle théorisation sur le **vécu de fardeau et de détresse des soignants naturels** et son **impact potentiellement délétère** dans la prise en charge et l'évolution du trouble. Il s'agit essentiellement d'études qualitatives anglo-saxonnes. Celles-ci ont mis en évidence différents éléments impactant les proches au quotidien et pouvant expliquer cette détresse. Elles soulignent également l'importance de prendre en compte le vécu des proches dans le traitement des troubles des conduites alimentaires et ouvrent des pistes nouvelles pour leurs implications dans le protocole thérapeutique. (18,22)

De ces études, les proches : « no professional caregivers » ou « donneurs de soins non professionnels » ou encore « aidants, soignants naturels », confrontés au quotidien à la maladie, peuvent éprouver : (18,22,36,126,127)

- Au niveau personnel: de nombreux affects négatifs tels que tension permanente, stress, angoisse, **détresse** (surtout chez les mères), **culpabilité**, impuissance, **colère**, sentiment de fardeau.

- Au niveau familial : une difficulté de communication, une **détérioration des relations** familiales, des relations déterminées par la maladie, des **conflits**...
- Au niveau social : **stigmatisation** de la part de la société qui les assimile à l'émergence et au maintien de la pathologie, un **isolement**, une impossibilité à se projeter dans l'avenir.

Outre le vécu souvent négatif qu'il engendre sur les proches, le trouble génère également des **besoins chez les « aidants naturels »**.

Treasure et ses collègues ont validé une échelle mesurant l'impact des symptômes du trouble alimentaire sur les accompagnants : EDSIS pour « Eating Disorders Symptom Impact Scale » (128). Deux autres échelles, non spécifiques des troubles du comportement alimentaire, explorent le vécu des « aidants naturels » :

- L'échelle CRA pour « Caregiver Reaction Assessment », c'est-à-dire « Evaluation de la Réaction des Soignants » confrontés à la maladie en général de l'un de leur proche (129)
- L'échelle ECI pour « Experience of Caregiving Inventory » c'est-à-dire « Inventaire des Expériences des Aidants naturels ». (130)

Il est possible de classer les **conséquences de l'anorexie mentale sur la famille** en tant que **facteurs de maintien du trouble** en trois catégories qui s'influencent mutuellement :

- Réactions émotionnelles et comportementales inadéquates,
- Indice d'émotion exprimée élevé,
- Besoins (non pris en considération) en information, guidance et en soutien émotionnel et social.



## (2) Réactions émotionnelles et comportementales inadéquates

### (a) Réactions émotionnelles (18)

Comme nous l'avons vu, la confrontation au quotidien avec la maladie peut être à l'origine de divers émotions ou sentiments chez les proches. Dans certains cas, en fonction de la nature et/ou de l'intensité, ces émotions peuvent être inadaptées, c'est à dire favoriser la pérennisation voire l'aggravation du trouble et être à l'origine d'une grande souffrance chez les proches.

Les réactions émotionnelles inadéquates sont par exemple :

- Un sentiment élevé de fardeau et de fatigue,
- Une importante détresse qui peut se manifester par une anxiété importante et/ou une dépression,
- L'impression chez les proches de ne plus pouvoir être attentifs à leurs besoins fondamentaux,
- Une vision négative de leur rôle « d'aidant naturel »,
- Le sentiment de ne plus pouvoir faire face au trouble ou un sentiment d'échec ou d'inefficacité.

**Ce vécu familial de détresse et fardeau** est favorisé par les différents éléments vus précédemment : culpabilité, isolement social, souci d'éviter les conflits ou encore plus de stress. Ces expériences contribuent à des **stratégies inopérantes de gestion des symptômes** (réactions comportementales inadéquates) et à un **niveau élevé d'émotion exprimée (EE)**.

## (b) Réactions comportementales

Les réactions comportementales inadéquates sont par exemple : (18,126)

- Des **réponses trop confrontatives** (hostilité, criticisme des aidants) ou évitantes (anxiété chez les aidants).
- **La surprotection** voire une **connivence involontaire** avec la maladie (anxiété chez les aidants).

Ces réactions émotionnelles et comportementales inadéquates vont :

- Maintenir voire aggraver le trouble,
- Augmenter le sentiment d'inefficacité et de fardeau.

Ces éléments favorisant à leur tour des réactions émotionnelles et comportementales inadéquates. (18)

L'exploration des réactions émotionnelles et comportementales vis-à-vis du patient et qui sont induites par le vécu d'« aidant naturel » peut se faire par : (18)

- L'observation des échanges familiaux,
- Un auto-questionnaire d'émotion exprimée comme le FQ ou « Family Questionnaire ».

(131)

Treasure et son équipe ont développé une échelle explorant les réactions et postures familiales risquant de maintenir ou encourager les conduites perturbées de la patiente : AESED pour « Accomodation and Enabling Scale for Eating Disorders » (132)

### (3) Indice d'émotion exprimée élevé

Le concept d'émotion exprimée des aidants naturels a intéressé la psychiatrie car la surprotection, les critiques et l'hostilité influencent l'évolution et le devenir de nombreuses pathologies (133). En effet, il a été établi comme **indicateur très pertinent de la rechute** dans la schizophrénie et la dépression, et a par la suite été étendu à d'autres pathologies comme les troubles des conduites alimentaires. (134)

En **1966, Brown et Rutter** ont développé une **échelle d'émotion exprimée** (EE expressed emotion) (135), qui permet de mesurer le **climat émotionnel** régnant dans la famille. Ils ont montré qu'elle permettait une mesure fiable des **interactions familiales** (attitudes et sentiments familiaux à propos d'une personne de la famille atteinte d'une maladie). (18)

Les émotions exprimées mesurent la manière dont les membres d'une famille s'expriment.

Dans le cas d'un **niveau élevé d'EE**, la famille s'exprimera : (18,22)

- Soit en des termes **critiques** voire hostiles,
- Soit en des termes positifs, mais montrant des signes de **sur-implication émotionnelle** vis-à-vis du patient, de surinvestissement affectif, de surprotection.

Une étude réalisée en 2008 par Treasure et ses collaborateurs (133) a comparé le niveau d'émotion exprimée entre des parents dont un des enfants était atteint d'une anorexie mentale (groupe clinique) et des parents dont les enfants étaient en bonne santé (groupe contrôle). Ils ont utilisé pour cela le questionnaire FQ, sensible aux signes de surimplication émotionnelle et de criticisme.

Plus de 60 % des parents (96 parents sur 151) du groupe clinique ont montré des signes de surimplication émotionnelle comparés à seulement 3% dans le groupe contrôle. Et 47% des

parents (71 parents sur 151) du groupe clinique montraient des signes de criticisme comparé à seulement 15% (14 parents sur 93) dans le groupe contrôle.

Ces auteurs se sont également intéressés aux **facteurs associés à un niveau élevé d'émotion exprimée** : (133)

- EE élevée associée à un sentiment important de **fardeau**, à une **anxiété** et/ou une dépression.
- **Surimplication émotionnelle** associée à certains aspects de la maladie notamment certains comportements difficiles du patient et à une anxiété et/ou une dépression.
- Criticisme associé aux **comportements aberrants du patient** qui rejette souvent l'aide des proches.

Un niveau élevé d'EE dans la famille, principalement chez les mères, est associé à plus d'anxiété et de détresse psychologique, à un sentiment de fardeau plus élevé, à une vision négative du rôle « d'aidant naturel » et à des informations lacunaires ou erronées sur la maladie. (18,126,133)

Les recherches cliniques menées par l'équipe du Maudsley hospital (136) ont trouvé que le climat émotionnel régnant dans les familles évaluées avec le concept « **d'expressed emotion** » pouvait être un des **éléments pronostiques du devenir**. En effet, les sujets des familles avec des niveaux élevés d'EE auraient un moins bon devenir symptomatique et psychologique, seraient moins compliants au suivi et auraient une fréquence plus élevée de rechutes. (18, 38,137)

Ainsi des études se développent pour analyser les liens entre détresse, EE élevé et pronostic pour le patient. Cela pourrait avoir un impact dans la prise en charge des patients car cet

indice d'EE peut être modifié par des interventions thérapeutiques familiales ciblées.  
(22,133)

#### (4) Besoins non pris en considération

Les études qui ont exploré les besoins des familles confrontées à l'anorexie mentale retrouvent systématiquement trois grandes catégories de besoins :

- Besoin en information sur le trouble et les traitements,
- Besoin en guidance,
- Besoin en soutien social et émotionnel.

Treasure et ses collaborateurs ont développé en 2003 un questionnaire standardisé (138) qui explore ces trois types de besoins des familles confrontées à l'anorexie mentale, le CaNAM pour « Carers's Needs Assessment Measure » c'est-à-dire « instrument de mesure des besoins des soignants ».

##### (a) Besoins en information

Les besoins des familles concernent les informations sur la maladie, ses causes et ses traitements. Ces notions permettent de mieux connaître la maladie et d'essayer de comprendre les comportements souvent aberrants de la personne malade.

Dans une étude qualitative datant de 2005 (126), Treasure et ses collaborateurs ont exploré l'expérience en tant qu'« aidant naturel » dans l'anorexie mentale. Ils retrouvent chez les proches des  **croyances erronées sur la maladie**  comme le fait d'être responsable du trouble (se blâmer), ou que le patient soit responsable de ce qui lui arrive (blâmer le patient)

ou encore se penser inutile pour l'amélioration / la guérison du trouble. Pour les auteurs, une part de la détresse éprouvée par les aidants peut être expliquée par ces croyances erronées sur les troubles.

(b) Besoins en guidance

Il s'agit de conseils pratiques sur la manière de réagir face à la maladie, sur la façon de répondre aux comportements souvent aberrants de la personne malade ; apprendre à mieux gérer la maladie au quotidien, adopter des **conduites appropriées avec le patient** et ainsi éviter les erreurs. (18)

(c) Besoins en soutien social et émotionnel (18,127)

Echanger avec des personnes confrontées aux mêmes difficultés, sans craindre la stigmatisation et palier l'isolement.

Dans le cas où ces différents **besoins** ne seraient pas pris en considération ils constitueraient potentiellement des **facteurs d'aggravation du trouble**. De plus, des études ont montré que la prise en compte de ces besoins pourrait contribuer à **diminuer le stress généré, donc le niveau de détresse des familles et donc le niveau d'EE**, qui constitue un facteur pronostique important.

Ces études ont contribué au développement de **programmes d'implication des proches** dans le traitement des troubles du comportement alimentaire et à des ateliers dans le but de leur fournir des outils nécessaires. Des outils d'évaluation des proches ont ainsi été développés, notamment au Maudsley's Hospital à Londres. Treasure et son équipe ont

développé en 2008 des pistes d'évaluation des proches et de la signification des symptômes pour eux, l'ensemble s'appuyant sur leur modèle AMC « Antecedent Meanings Consequences », qui décrit le rôle de la famille comme facteur de maintien des troubles.

La Grande Bretagne a quant à elle inscrit dans son cadre national (139) pour la prise en charge de la santé mentale, l'obligation d'évaluer les besoins et la détresse des proches au moins une fois par an.

## ii) Facteurs réparateurs et protecteurs

### (1) Compétences parentales

Comme nous l'avons vu précédemment, toutes les familles ne sont pas dysfonctionnelles :

- Certaines ont même des compétences : familles situées à l'extrême non pathologique du continuum de fonctionnement-dysfonctionnement ;
- Les familles situées entre les deux extrêmes qui peuvent présenter certaines dysfonctions, mais qui ont également des compétences dans certains domaines.

Les familles ont des compétences et peuvent également en acquérir de nouvelles. (18)

Depuis plusieurs années, entre la **fin des années 1990** et le début des années 2000, tout un courant de thérapie familiale s'est développé, sensible à la **mobilisation des ressources et des compétences familiales**. (68)

## (2) Parents Co-thérapeutes

L'évolution de la thérapie familiale a permis une redéfinition plus souple et égalitaire de la relation thérapeute / famille. Les pratiques actuelles sont guidées par des notions de **partenariat et de co-construction du cadre** et des objectifs de prise en charge thérapeutique du patient. (18)

La famille n'est plus considérée comme le « malade caché » ou « Co-patient » mais comme un partenaire de soin : « **Famille Co-thérapeute** » (63). Les études sur le vécu et les besoins des aidants naturels et les outils d'évaluation qui en sont issus vont dans ce sens ; c'est-à-dire **associer la famille à la thérapie** et lui donner un rôle de Co-thérapeute. (22)

Le modèle « **resource-based** » a été appliqué à la thérapie familiale de l'anorexie mentale : les interventions thérapeutiques sont plus **ciblées sur les facteurs de maintien et les facteurs de protection ou réparateur** que sur les facteurs de risque. En effet ceux-ci sont plus facilement modifiables par les interventions thérapeutiques que ne le sont les facteurs de risque, qui sont fixes et donc difficiles voire impossibles à changer. (76)



## B) Vers une prise en charge intégrée : parents « Co-thérapeutes »

### 1) Généralités

« L'AED (Académie des troubles des conduites alimentaires) recommande que les **familles soient systématiquement incluses** dans le traitement des plus jeunes patients (...). Cette position est en accord avec la charte mondiale d'action contre les troubles des conduites alimentaires ». (32)

L'indication de la thérapie familiale pour le traitement de l'anorexie mentale du jeune sujet a été intégré dans les guides pratiques du NICE (l'institut national d'excellence clinique) de Grande Bretagne (140), de l'APA (61) et en France de l'HAS (Haute Autorité de Santé) (1). Ces guides préconisent : (18)

- L'inclusion de toutes les familles et de tous les membres de la famille.
- Privilégier une prise en charge ambulatoire donnant ainsi une place essentielle aux thérapies individuelles et familiales.

En France, l'HAS recommande « **d'aider la famille** à tenir une fonction soutenante et ce **d'autant que le patient est jeune**, afin de faire face aux difficultés du patient et de ne pas se centrer uniquement sur les symptômes alimentaires ». Un **abord familial est recommandé**, plus ou moins intensif selon l'âge, la proximité avec la famille, l'intensité des conflits et des dysfonctions familiales et la souffrance de la famille. **Les thérapies familiales sont recommandées (grade B) pour les enfants et les adolescents**. L'HAS a édité des documents destinés à la famille et au patient afin d'expliquer ce qu'est un trouble du

comportement alimentaire et la conduite à tenir en cas de suspicion. (1)

De nouveaux modèles et pratiques dits « **ressource-based** », en opposition aux modèles précédents « deficit-based », ont vu le jour ces vingt dernières années.

Comme nous l'avons vu précédemment, plusieurs facteurs ont contribué à cette évolution. Dans une interview, suite à la publication de son livre « Thérapie multifamiliale, des groupes comme agents thérapeutiques », Solange Cook Darzens les résume ainsi : (69)

- La reconnaissance de la plurifactorialité de la plupart des troubles psychosomatiques, incluant l'anorexie mentale,
- L'ouverture de la thérapie familiale à la validation empirique,
- L'intérêt plus marqué pour la mobilisation des compétences et des ressources de la famille,
- Une vision plus humble du rôle du thérapeute,
- Les approches constructivistes, féministes ainsi que le courant de thérapie familiale médicale.

Les approches thérapeutiques qui en découlent sont : (18,69)

- **Plus souples et éclectiques**, et regroupent des éléments de différentes écoles et perspectives.
- **Plus collaboratives et respectueuses** des familles que les premiers modèles familiaux :
  - Les interventions thérapeutiques sont désormais ciblées sur le **rôle de la famille dans la guérison** plutôt que dans l'origine du trouble.

- Elles visent à susciter et **promouvoir les compétences, les ressources et les processus adaptatifs des familles** en thérapie.
- L'objectif thérapeutique étant de faire émerger les forces de coévolution aussi adéquates que possible.
- Plus respectueuses du patient individu et de l'impact de la maladie sur la famille.
- Incluent le **partage d'informations** entre thérapeute et famille.

Solange Cook Darzens, dans un article consacré aux nouvelles tendances de l'approche familiale de l'anorexie mentale, liste les **principes essentiels de la thérapie familiale « nouvelle génération »** : (63)

- Accepter la dimension « maladie » de l'anorexie mentale, c'est-à-dire considérer l'individu comme un patient et non plus seulement un membre du système familial. « Il est important que l'individu et son trouble distinct de l'identité familiale, soit réintroduit dans la thérapie familiale, et que la thérapie familiale accepte la nécessité d'aider la famille à comprendre et à gérer les symptômes de la maladie. »
- Proposer un **travail initial à toutes les familles, quel que soit la qualité de leur fonctionnement** (perspective normative).
- Comprendre / chercher / mobiliser les **ressources de la famille** face à la maladie en général et à l'anorexie mentale en particulier.
- Privilégier une prise en charge **ambulatoire**.
- Redéfinir de manière plus souple et positive la relation thérapeute-famille : **famille « Co-thérapeute » plutôt que « Co-patiente »**.
- Utiliser des pratiques thérapeutiques souples, pragmatiques et éclectiques.
- Intégrer l'approche familiale dans une prise en charge institutionnelle.

Quel que soit la technique utilisée, les thérapies familiales ont des objectifs communs (18,38,102) :

- **Favoriser l'émergence des facteurs réparateurs et protecteurs :**
  - Renforcer les ressources et les compétences familiales ;
  - Faire émerger les capacités d'étayage et de protection du groupe familial : encourager une meilleure adaptation ;
  - Donner un sens à la maladie : changer les perceptions familiales vis-à-vis de la maladie comme : se sentir inutile, coupable ou pessimiste, qui sont source d'anxiété et de dépression chez les aidants.
- **Agir sur les dysfonctionnements familiaux** préexistant ou découlant du trouble :
  - Réorganiser les « patterns familiaux » qui se sont construits autour de la maladie : redéfinir les espaces, repréciser les limites générationnelles ;
  - Réduire les interactions inefficaces : sur-implication (améliorer l'humeur et la qualité de vie des aidants) et criticisme (aider à gérer la maladie au quotidien) ;
  - Actions visant à diminuer le niveau d'émotion exprimée (diminution de la détresse et du sentiment de fardeau chez les aidants) ;
  - Travail d'information et de guidance permettant des réponses émotionnelles et comportementales plus adéquates.

**L'implication des parents dans la prise en charge** de l'anorexie mentale de leur enfant peut prendre différentes formes : (1,38)

- Groupe de parents
- Consultations parents-enfants : travail de guidance et soutien parental
- Thérapie familiale
- Thérapie multifamiliale

## 2) Le groupe de parents

Le groupe de parents selon Jeammet, est une **formule thérapeutique intéressante** dans le cadre des troubles des conduites alimentaires tels que l'anorexie mentale. (141,142)

Cette approche thérapeutique existe depuis **plus de 30 ans**. Initialement on notait une surreprésentation des mères, alors qu'aujourd'hui il est courant de voir les deux parents venir ensemble. (13)

Il y a plusieurs aspects positifs à cette approche thérapeutique que Jeammet résume ainsi :  
(13)

- Pour les parents : **source d'informations, de soutien ;**
- Pour le thérapeute : informations relatives à la **place et à la fonction de l'anorexie dans la vie familiale.**

Une étude évaluant l'efficacité du groupe de parents a été réalisée à l'Institut Mutualiste Montsouris (13). Il s'agit d'une étude rétrospective menée chez des patients anorexiques. Les auteurs notent :

- Une **évolution plus favorable** chez les patientes anorexiques dont les parents participent au groupe de parents pendant une durée d'au moins un an. L'évolution étant d'autant plus favorable si la participation a lieu durant la phase d'évolution symptomatique.
- Une évolution plus favorable **si les deux parents sont présents** (sans pouvoir conclure si cela est dû à l'action du groupe ou à la dynamique familiale préalable).

## 3) 4 modèles thérapeutiques de la nouvelle génération

## a) Généralités

Perspectives communes aux quatre modèles : (18)

- Une vision biopsychosociale des troubles du comportement alimentaire avec reconnaissance de mécanismes circulaires « normaux » d'adaptation à la maladie ; impliquant famille, patient et maladie et donc une approche thérapeutique multimodale.
- Une **posture agnosique sur le rôle de la famille dans la survenue** du trouble et à l'opposé une reconnaissance de son **rôle significatif dans l'évolution et le devenir**.
- La thérapie familiale considérée comme le traitement de choix de l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent.
- Une perspective d'ouverture, d'éclectisme et d'intégration.
- Privilégier une prise en charge ambulatoire.

b) Thérapie familiale de Maudsley et sa version manualisée : « FBT » « family based treatment »

La **méthode Maudsley** (143) a été développée en Grande Bretagne, et sa version manualisée **FBT** (144) aux USA.

## i) Principes et objectifs (18)

### (1) La méthode Maudsley

C'est une méthode guidée par un modèle théorique systémique, associant des éléments de l'approche structurale de Philadelphie, des éléments stratégiques, psychoéducatifs et psychanalytiques. Les interventions thérapeutiques ciblent les **facteurs impliqués dans le développement, le maintien voire l'aggravation** de l'anorexie mentale en tenant compte des particularités familiales.

Le thérapeute et l'équipe **aident les parents à reprendre le contrôle des comportements alimentaires pathologiques et cherchent à transformer les attitudes parentales potentiellement anti thérapeutiques en attitudes plus saines.**

### (2) FBT (Family Based Treatment)

Il s'agit d'une méthode utilisant des éléments modifiés de la mouvance structurale, stratégique, narrative et post systémique.

Il s'agit d'un modèle ambulatoire codifié basé sur trois principes :

- Une posture neutre sur le rôle de la famille dans l'étiologie du trouble du comportement alimentaire et une posture athéorique sur le rôle de la famille dans le maintien du trouble.
- Un **ciblage initial sur les symptômes alimentaires** et une **implication importante des parents** dans la gestion des symptômes alimentaires avec reprise de contrôle de l'alimentation (rôle équivalent à celui d'une équipe hospitalière).

- Un abord plus tardif, une fois obtenue l'amélioration et la stabilisation symptomatique, des autres questions ou problèmes d'ordre personnel, relationnel ou développemental.

ii) Indication / déroulement / interventions thérapeutiques (18)

(1) Indication

La thérapie familiale est le plus souvent utilisée en ambulatoire, mais peut également faire suite à une hospitalisation pour renutrition. Elle concerne les **enfants et adolescents** âgés de moins de 18 ans et pour lesquels **l'anorexie mentale est d'évolution récente** (moins de 3 ans).

(2) Déroulement en trois phases (version manualisée) (18,38,136,145)

1ère phase (pendant 3 à 5 mois à raison d'une séance par semaine) : la plus importante ; mise en place du cadre thérapeutique, **ciblage exclusif sur les symptômes alimentaires**.

L'objectif étant **la reprise pondérale**. Pour cela le thérapeute aura pour rôle :

- De libérer les parents de leur culpabilité, les **renforcer dans leur position parentale** et les mobiliser afin qu'ils reprennent le contrôle total et temporaire de l'alimentation de leur enfant ainsi que des symptômes associés aux perturbations alimentaires. Il pourra s'agir de « **repas thérapeutiques** » par exemple.
- De permettre une différenciation générationnelle (entre parents et enfant) et renforcer les sous-systèmes familiaux.



- De rechercher des facteurs favorisant ou freinant la reprise de poids.
- D'évaluer la structure, les transactions et les croyances familiales.

2ème phase (pendant 3 à 4 mois, à raison de deux séances par mois) : elle débute après l'amélioration symptomatique du patient (gain de poids régulier). L'objectif de cette deuxième phase est la négociation de **nouveaux patterns relationnels** et l'ouverture vers des thèmes plus typiques de l'adolescence (séparation...).

3ème phase : (une séance par mois) : Il s'agira d'établir une relation entre parents et enfant qui ne soit pas basée sur la maladie et **d'accroître l'autonomie de l'adolescent**. Pour cela, le thérapeute :

- Abordera les difficultés et les problèmes classiques liés à l'adolescence ;
- Ouvrira sur la trajectoire future du patient et de sa famille ;
- Informera la famille sur les signes de rechute et la conduite à tenir le cas échéant.

### (3) Interventions thérapeutiques : principes généraux (18)

Dans les premiers temps, le modèle FBT était athéorique concernant les mécanismes d'action thérapeutique.

Par la suite, des études se sont penchées sur les ingrédients actifs qui sont :

- Des mécanismes d'apprentissage de type cognitivo-comportemental ;
- La lutte contre les secrets familiaux ;
- Une action sur les facteurs de maintien comme les réactions de blâme ;

- Redonner un sentiment de compétence et de maîtrise aux parents en leur apportant informations, guidance, soutien et affirmation ;
- Une technique d'externalisation afin de séparer le trouble alimentaire de la personne ;
- Susciter chez les parents un niveau approprié d'anxiété, afin de les motiver à reprendre le contrôle total de l'alimentation : mobilisation de l'équipe parentale ;
- Favoriser les échanges et les réflexions sur les moyens que les parents ont à leur disposition pour aider leur enfant à normaliser ses comportements alimentaires et reprendre du poids. Technique du « pique-nique familial », inspirée des « lunch-session » de Minuchin mais dans une version moins brutale et moins provocante.
- Aider les parents à allier fermeté et empathie.

### iii) Cas particulier : « EE » élevé (76)

En fonction de l'indice d'émotion exprimée, la thérapie familiale pourra être :

- Soit « **conjointe** » dans le cas d'un indice **d'EE non élevé** ;
- Soit « **séparée** » (Parents et enfants sont rencontrés séparément) dans le cas d'un indice **d'EE élevé**.

### iv) Résultats des études

Quatre études reprises par Cook Darzens (18) ont comparé la thérapie familiale selon la méthode Maudsley ou sa version manualisée « FBT » avec une forme de thérapie individuelle :

#### 1. Thérapie familiale Maudsley versus thérapie individuelle de soutien (76)

Quatre groupes ont été constitués en fonction de la durée et de l'âge de début de la maladie :

- Groupe 1 : Adolescents anorexiques, maladie récente (moins de trois ans)
- Groupe 2 : Adolescents anorexiques, maladie plus ancienne (plus de trois ans)
- Groupe 3 : Adultes anorexiques
- Groupe 4 : Adultes boulimiques

Les quatre-vingt sujets ont été assignés aléatoirement dans l'une des deux conditions (Thérapie familiale ou thérapie individuelle de soutien)

Concernant l'efficacité, au niveau somatique et psychologique :

- Efficacité supérieure de la thérapie familiale par rapport à la thérapie individuelle de soutien dans le groupe 1. Résultats qui persistent à 5 ans car 90% de bonne évolution dans le groupe suivi en thérapie familiale contre seulement 50% d'amélioration (avec d'importantes perturbations alimentaires) dans le groupe contrôle suivi en thérapie individuelle
- Efficacité supérieure de la thérapie individuelle par rapport à la thérapie familiale dans le groupe 3
- Pas de différence significative entre thérapie familiale et thérapie individuelle dans les groupes 2 et 4

Résultats concernant l'acceptabilité du traitement (qui conditionne en partie l'efficacité du traitement) :

- Dans le groupe 1 : moins d'arrêt de traitement si suivi en thérapie familiale
- Dans le groupe 3 : plus d'arrêt de traitement si suivi en thérapie familiale par rapport au suivi en thérapie individuelle

Cette étude indique que l'efficacité de la thérapie familiale dépend davantage de variables modératrices telles que l'âge de début des troubles et durée de la maladie, que de la qualité et du type de fonctionnement familial. (38)

## 2. Thérapie familiale de Maudsley versus thérapie individuelle d'orientation psychanalytique versus thérapie individuelle de soutien (146)

L'étude porte sur des sujets adultes anorexiques et boulimiques. Les résultats indiquent une supériorité de la thérapie familiale chez les adultes où l'anorexie mentale a débuté dans l'adolescence.

## 3. FBT versus thérapie individuelle psychodynamique (147)

L'étude porte sur des adolescents âgés de 12 à 18 ans et souffrant d'anorexie mentale. Les résultats indiquent une efficacité comparable à la fin du traitement de la thérapie familiale et de la thérapie individuelle psychodynamique et une supériorité de la thérapie familiale six et douze mois après la fin du traitement.

## 4. Thérapie familiale Maudsley « conjointe » versus « séparée » (76)

Cette étude compare deux formes de thérapie familiale :

- ✓ Thérapie familiale « conjointe », où l'objectif est de modifier les interactions familiales en travaillant avec toute la famille.
- ✓ Thérapie familiale « séparée », où le patient et ses parents sont rencontrés séparément. Avec le patient, l'objectif est de donner un sens à la maladie, de résoudre des difficultés personnelles et les problèmes de séparation. Concernant les parents il s'agit de les aider à gérer la maladie.

Les résultats indiquent une efficacité au niveau nutritionnel et psychologique pour les deux formes, avec une supériorité de la forme « conjointe » au niveau psychologique, et une supériorité de la forme « séparée » au niveau symptomatique. Ces résultats se maintiennent à cinq ans après la fin du traitement.

A noter une exception, puisque les auteurs retrouvent une supériorité globale de la forme « séparée » dans les familles où l'indice d'émotion exprimée est élevé. La thérapie familiale « séparée » pourrait permettre de limiter les interactions négatives et de résoudre les dynamiques qui sous-tendent ce climat familial hostile et peu empathique. Elle pourrait ainsi être plus bénéfique que la forme classique « conjointe » dans certaines situations familiales conflictuelles.

#### v) Limites

Solange Cook Darzens (18) évoque trois limites à ce modèle de thérapie familiale :

- Ciblage quasi exclusif sur les symptômes alimentaires ;
- Certains processus familiaux ou conjugaux dysfonctionnels ne sont pas abordés ;
- La détresse et les besoins des proches ne sont pas pris en compte.

c) Thérapie comportementale des systèmes familiaux de Robin (18,148,149)

Il s'agit d'un modèle américain développé par Robin et ses collaborateurs ; BFST pour « **Behavioral-Family-System-Therapy** ».

i) Principes et objectifs

La méthode BFST fait appel à des outils de thérapie comportementale, cognitive, psychodynamique et structurale, associés à des éléments psychoéducatifs.

Il existe deux formes de thérapie familiale :

- « **Conjointe** » ; proche du modèle de Maudsley
- « **Séparée** »

ii) Résultats des études

Une étude portant sur des adolescentes et jeunes adultes (13-23 ans) présentant une anorexie mentale a comparé la thérapie familiale de type BFST et la thérapie individuelle cognitive et comportementale. Les résultats indiquent une efficacité à six mois des deux types de thérapies avec une amélioration significative au niveau symptomatique, psychologique et familial, sans différence significative entre les deux approches.

d) Approche d'orientation familiale : une expérience belge (18,150,151)

i) Principes et objectifs

**Vandereycken, Vanderlinden** et leurs collaborateurs, estimant que la thérapie familiale dans sa forme « classique » n'était **pas une nécessité pour toutes les familles** dont un des membres souffre d'une anorexie mentale, ont développé une « **approche souple d'orientation familiale** ». En **fonction des besoins** de la famille et de **l'évolution de la maladie**, différentes interventions familiales peuvent être proposées, chacune avec des objectifs propres.

ii) Déroulement / interventions thérapeutiques

Selon un système pyramidal, ils distinguent **quatre niveaux d'interventions familiales** :

1. Base de la pyramide : **guidance parentale et familiale** :

Cette approche concerne **toutes les familles quel que soit la qualité de leur fonctionnement**. Elle est nommée « PTP » pour « Parent Training Program ».

Il s'agit de construire une alliance thérapeutique avec la famille, d'analyser le trouble alimentaire dans son contexte familial et de donner aux parents des outils de résolution des problèmes.

2. **Thérapie familiale directive.**

Cette approche concerne certaines familles pour lesquelles les dysfonctions familiales pourraient contribuer au développement voire à l'aggravation du trouble et où le symptôme alimentaire aurait une fonction familiale. Elle combine des éléments de thérapie structurale, stratégique et comportementale.

3. **Thérapie de couple**, pouvant faire suite à la thérapie familiale, elle ne concerne que quelques parents.

4. **Sommet de la pyramide : psychothérapie individuelle**

Pour l'un et/ou l'autre des parents qui présenterait un fonctionnement fragile.

Ce système pyramidal définit une organisation séquentielle des différentes approches familiales, avec possibilité de passer d'un niveau à un autre à tout moment.

iii) Limites

Cook Darzens évoque certaines limites à ce modèle telles que : (18)

- Une lecture relativement pathologique des interactions familiales, ils présupposeraient un modèle de « Famille anorexique » rigide et résistante.
- Pour elle, ce modèle ne tiendrait pas assez compte de la dimension dynamique et développementale des processus psychosomatique, ni des implications thérapeutiques de cette fluidité.



e) La nouvelle méthode Maudsley (18)

**Treasure** et son équipe (152) ont développé un **modèle cognitif interpersonnel de l'anorexie mentale** à partir de l'étude minutieuse des facteurs de maintien et d'aggravation du trouble et ont développé un modèle thérapeutique qu'ils ont appelé « la nouvelle méthode Maudsley ». Il s'agit d'une « amélioration » de leur modèle thérapeutique précédent, qui intègre notamment la **prise en compte de la détresse et des besoins de l'entourage**.

i) Principes et objectifs (18)

A partir de la théorie du processus de coévolution en jeu entre le patient, sa famille et le trouble, les auteurs évoquent l'intérêt de se pencher sur le **vécu des aidants naturels et sur l'adéquation de leurs réactions face au trouble**. Ils ont ainsi développé des **approches psychoéducatives** avec différents niveaux d'interventions afin de **répondre aux besoins** des aidants naturels et de les aider à avoir un positionnement optimal face au trouble.

Les objectifs de ces interventions sont multiples :

- Diminuer le sentiment de fardeau, de détresse et de culpabilité des parents ;
- Réduire le niveau d'EE : actions sur les attitudes critiques, hostiles et signes de sur-implication émotionnelle ;
- Diminuer les conduites d'accommodation au trouble et mettre en place des stratégies adéquates de gestion des symptômes ;
- Réduire voire supprimer les symptômes du patient.

## ii) Déroulement / Interventions thérapeutiques (18)

Les interventions thérapeutiques cherchent à **cibler les différents facteurs impliqués dans la création, le maintien voire l'aggravation** du trouble alimentaire et à **mobiliser les compétences familiales**.

Différents **ateliers psychoéducatifs** sont proposés aux parents, il s'agit de :

- Les informer sur la maladie, parler de ce qu'ils peuvent ressentir face aux troubles (sentiment de fardeau, détresse, culpabilité) et expliciter en quoi ce vécu et un niveau élevé d'EE peuvent contribuer au maintien voire à l'aggravation du trouble.
- Les aider à analyser leurs réactions émotionnelles et comportementales face au trouble afin d'identifier celles qui peuvent favoriser le trouble.
- Les aider à adapter leurs attentes et objectifs au stade d'évolution du patient.
- Leur donner des outils d'écoute et de communication, de résolution de problèmes, de gestion de la résistance anorexique, de gestion du stress et de régulation de leurs propres émotions.

Ils ont développé une version auto-thérapeutique : ECHO pour « Expert Carers Helping Others »

## iii) Différences avec les modèles thérapeutiques précédents (18)

Les modèles thérapeutiques précédents ne prenaient pas en compte ni le vécu, ni les besoins, ni l'adéquation des réactions des proches confrontés au trouble. Or les recommandations actuelles, en préconisant une prise en charge ambulatoire de l'anorexie mentale, donnent une place prépondérante à la famille confrontée quotidiennement aux symptômes.

En outre, comme nous l'avons vu précédemment, tout un courant de recherche s'est développé autour de cette nouvelle théorisation sur le vécu de fardeau et de détresse des soignants naturels et son impact potentiellement délétère dans la prise en charge et l'évolution du trouble. Ces éléments pouvant constituer des facteurs de maintien ou d'aggravation, ils doivent être la cible des thérapeutiques.

#### f) Synthèse

Les différentes études précédemment citées confirment **l'efficacité de certains modèles de thérapie familiale** dans le traitement de l'anorexie mentale de l'adolescent. Le modèle le plus efficace serait **le modèle FBT**, version manualisée de la méthode Maudsley, axé sur les symptômes et impliquant fortement les parents.

Il faut cependant rester critique vis-à-vis de ces données, en effet beaucoup d'études ont été consacrées au modèle FBT de thérapie familiale comparativement à d'autres modèles, et on note une quasi absence de recherches concernant certaines écoles de thérapie familiale. Il existe donc un biais dans la base de données en faveur du modèle FBT, et la supériorité de ce modèle est à relativiser. (18)

#### 4) Prise en charge familiale à l'hôpital Robert Debré en France (18,124,153)

##### a) Généralités

##### i) Introduction

Il s'agit d'une méthode développée à l'hôpital Robert Debré à Paris (France) par **Doyen, Cook Darzens** et leurs collaborateurs.

Les auteurs ont souhaité développer un modèle de **prise en charge familiale intégrée**, ce qui avait été peu fait par les modèles récents précédemment décrits. Ils évoquent en effet une séparation des différentes fonctions thérapeutiques dans les précédents modèles thérapeutiques :

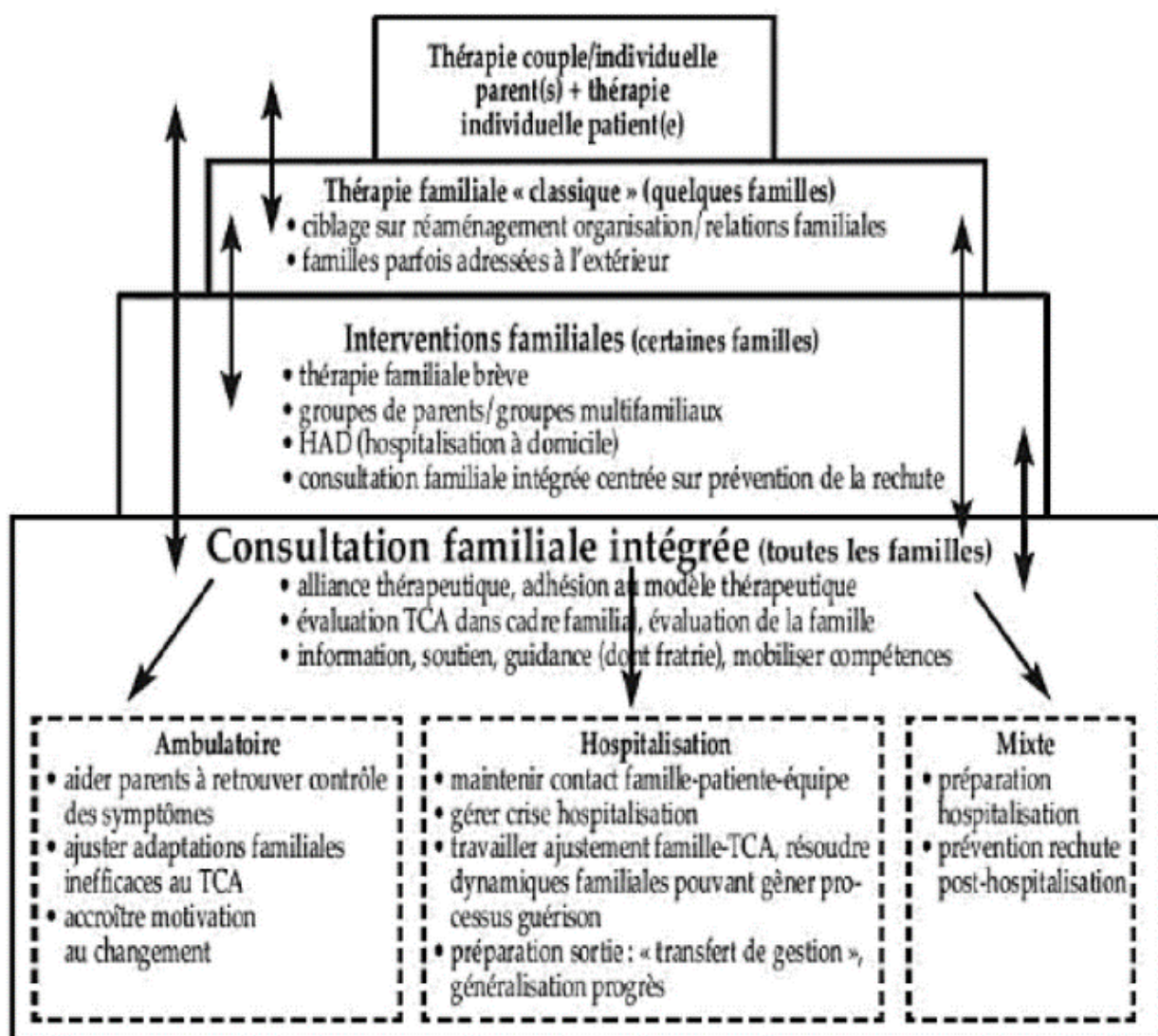
- De manière séquentielle, où la thérapie familiale prend le relais d'une reprise pondérale en milieu hospitalier ;
- De manière alternative, par exemple le modèle FBT ;
- De manière simultanée, quand le médecin est en charge de la dimension somatique et le thérapeute familial de la dimension familiale.

Leur modèle de travail familial est basé sur un **système pyramidal à quatre niveaux** :

(cf. figure 1 ci-après)

- La « **consultation familiale intégrée** », qui concerne toutes les familles quel que soit la qualité de leur fonctionnement ;
- **L'intervention familiale** pour certaines familles ;
- La **thérapie familiale « classique »** pour quelques familles ;
- La **thérapie de couple ou individuelle** pour certains parents.

Figure 1 (18) : Organisation des différents types et niveaux d'interventions familiales dans la prise en charge des TCA à l'hôpital Robert Debré à Paris (France) par Doyen, Cook Darzens et collaborateurs.



## ii) Généralités

### (1) Principes essentiels

Les grands principes sont au nombre de huit, pour certains similaires voire identiques (les six premiers points) aux autres modèles thérapeutiques familiaux récents :

1. Pratique evidence-based ;
2. Posture agnosique sur le rôle de la famille dans l'étiologie du trouble et interventions thérapeutiques axées sur les facteurs familiaux d'amélioration ;
3. Privilégier une prise en charge ambulatoire ;
4. Travail initial avec toutes les familles quel que soit la qualité de leur fonctionnement ;
5. Mobilisation des ressources et des compétences des familles considérées comme « Co-thérapeutes » ;
6. Place importante donnée aux parents avec pour rôle de reprendre le contrôle de l'alimentation de leur enfant ;
7. **Adaptation des objectifs et formes des interventions familiales** aux familles prises en charge ;
8. **Pas de durée de prise en charge familiale codifiée**, celle-ci sera fonction de la sévérité du trouble, des besoins et de la qualité de fonctionnement des familles.

## (2) Objectifs de la prise en charge

Doyen, Cook Darzens et collaborateurs ont défini pour leur modèle de prise en charge familiale six objectifs principaux :

- Permettre à la famille de retrouver un sentiment de compétence et de maîtrise.
- La première phase de la prise en charge est ciblée sur la gestion des symptômes.
- Famille considérée comme « Co-thérapeute », c'est par et grâce à elle que pourra se faire un changement.
- Intervention sur les facteurs de maintien : réaménagement des dysfonctions familiales.
- Permettre à la famille de maintenir ou retrouver une trajectoire familiale et individuelle « normale » : les **familles se sont parfois construites autour de l'anorexie**, les relations familiales sont axées autour de la maladie.
- « Encourager l'espoir, la confiance et l'empathie dans la durée ».

## (3) Cadre théorique et formes pratiques du modèle

L'équipe de l'hôpital Robert Debré a développé son modèle à partir de la méthode Maudsley, de la nouvelle méthode Maudsley et des modèles normatifs de thérapie familiale médicale. Leur modèle de thérapie familiale « classique » est issu de divers courants de thérapies familiales : le courant structural systémique et post systémique, stratégique/communicationnel et attachementiste.

b) « La consultation familiale intégrée »

i) Généralités

Il s'agit du **premier niveau de prise en charge**, il a été conçu à partir des modèles thérapeutiques récents (Maudsley et sa version manualisée FBT) avec une perspective écosystémique intégrée.

Suivant les situations, la prise en charge familiale commencera en hospitalisation, en ambulatoire ou encore avant une hospitalisation pour reprise de poids.

**Pour certaines familles, saines et compétentes, il sera suffisant.** Pour d'autres « la consultation familiale intégrée » sera complétée (interventions familiales et/ou thérapie familiale) afin de réaménager certaines perturbations familiales préexistant ou découlant du trouble.

ii) Principes thérapeutiques

(1) Généralités

La « consultation familiale intégrée » telle que cette équipe l'a envisagée et conceptualisée, combine deux objectifs :



- Un **objectif thérapeutique** axé sur la mobilisation des ressources et des compétences parentales avec un travail d'information, de guidance et de soutien et pour certains recours à des « repas thérapeutiques ».
- Un **objectif diagnostique** : Analyse fonctionnelle du trouble.

## (2) Analyse fonctionnelle du trouble alimentaire

Cette étape consistera en **l'évaluation de la problématique alimentaire dans son contexte familial et en l'appréciation du fonctionnement de la famille** :

- Appréciation du développement du trouble dans son contexte familial.
- Evaluation de l'organisation de la famille autour du trouble. Adéquation du processus familial d'adaptation à la maladie ?
- Evaluation de la qualité et cohérence de la fonction exécutive parentale.
- Exploration du vécu et des réactions des parents face à la maladie.
- Exploration des croyances familiales : sens que la famille donne à la maladie.
- Déterminer les compétences parentales qui seront valorisées et mobilisées (dynamiques familiales pouvant permettre une amélioration du trouble).
- Rechercher l'existence de dysfonctionnements familiaux pouvant favoriser le maintien du trouble et qui constitueront des cibles thérapeutiques.

L'analyse fonctionnelle du trouble alimentaire doit permettre de répondre aux questions suivantes :

- La famille peut-elle endosser le rôle de Co-thérapeute ?
- La famille peut-elle contenir la symptomatologie alimentaire ?
- Existe-t-il des dysfonctionnements familiaux entretenant voire aggravant le trouble ?

- La famille a-t-elle des ressources et compétences qui pourraient être mobilisées ?
- Sur quel mode la famille s'est-elle réorganisée autour de la maladie ? Y a-t-il adéquation du processus d'adaptation ?

L'objectif de cette évaluation est de proposer des **interventions thérapeutiques adaptées** en fonction :

- Des types de **dysfonctions familiales** et de leur rôle ou non dans le développement et/ou le maintien du trouble ;
- De la présence ou non de **ressources familiales** pouvant être mobilisées.

### (3) Niveaux et techniques d'interventions

1. Créer une **alliance thérapeutique** avec la famille : écoute, soutien.

2. Travail de **guidance psychoéducative** :

- Déculpabiliser, informer, guider ;
- Mobiliser la famille en trouvant le niveau optimal d'anxiété afin d'amplifier le sentiment parental de responsabilité
- Diminuer les attitudes critiques et augmenter l'empathie ;
- Diminuer le niveau d'émotion exprimée ;
- Techniques d'externalisation ;
- Parfois travail familial séparé ;
- Encourager les parents à s'occuper d'eux.

3. Favoriser une **réorganisation optimale de la famille** autour du trouble propice à l'amélioration :

- Cook Darzens parle d'« **équipe parentale soudée et efficace** » : renforcement de la fonction exécutive parentale.
- Lask et collaborateurs évoquent (154) une « **équipe parentale adéquate** : les quatre C pour « Cohésion, Cohérence, Communication et résolution des Conflits ».

4) Maintenir ou retrouver une **identité et une trajectoire familiales normales**

iii) Objectifs

L'objectif principal (proche de celui du modèle de Maudsley) est **d'aider les parents à reprendre le contrôle de l'alimentation** de leur enfant et d'instaurer une **reprise de poids**.

iv) Inconvénients et limites

Ce modèle atteint ses limites dans le cas de **familles très dysfonctionnelles** pour lesquelles il est inefficace, voire s'avérer anti thérapeutique.

### c) Intervention familiale

Ce niveau d'interventions concerne **certaines familles** pour lesquelles « **la consultation familiale intégrée** » **n'est pas suffisante**. Suivant la problématique il s'agira de proposer à ces familles :

1. Un groupe de parents ou un groupe multifamilial
2. Une thérapie familiale brève
3. Une hospitalisation à domicile
4. Une « Consultation familiale intégrée » centrée sur les rechutes

### d) Thérapie familiale « classique »

#### i) Généralités

Doyen, Cook Darzens et collaborateurs estiment que la thérapie familiale classique concernerait **15 à 20 % des familles** où survient une anorexie mentale. Ils proposent deux formes de thérapie familiale : une forme « **conjointe** » et une forme « **séparée** ».

#### ii) Principes thérapeutiques

Les auteurs se sont inspirés de la **référence systémique de base proposée par Salem (66)** avec comme principes :

- Confronter les membres de la famille les uns aux autres
- Aider la famille à renoncer à ses patterns interactionnels dysfonctionnels
- Renforcer les compétences familiales

### iii) Objectifs

L'équipe de Doyen et Cook Darzens proposent une thérapie familiale pour certaines familles dysfonctionnelles, afin de :

- « Favoriser les processus d'autonomisation et de différenciation » ;
- « Relancer une dynamique diachronique » ;
- « Tisser des liens entre le monde corporel et le monde verbal et émotionnel ».

### e) Thérapie de couple ou individuelle pour les parents

Ce niveau d'intervention ne concerne que **quelques parents** dont les difficultés personnelles ou de couple constituent potentiellement des facteurs aggravants du trouble et/ou les empêchent de former « une équipe parentale soudée ».

## 5) La thérapie multifamiliale (18,51,79)

### a) Généralités-Historique

La thérapie multifamiliale consiste à réunir **plusieurs familles autour d'une même pathologie dans un but thérapeutique.**

Elle est issue de **l'évolution de la psychiatrie et de la psychothérapie** :

- Intérêt centré sur les phénomènes intrapsychiques et l'évitement de la famille (courant psychanalytique)
- Intérêt pour les parents « pathogènes »
- Arrivée des techniques de groupe et du psychodrame, puis de la pensée systémique
- Thérapies centrées sur la famille

La thérapie multifamiliale associe des éléments issus de la thérapie de groupe, de la thérapie familiale ainsi que des éléments issus de la psychoéducation.

C'est **Laqueur** qui dans les **années 1960**, a eu l'idée de regrouper plusieurs familles afin de créer une « **communauté soignante** ». Il l'a appliquée dans le traitement des troubles psychotiques (notamment la schizophrénie) en créant des « **ateliers protégés en communication familiale** ». C'est à lui que revient la création du terme de « thérapie multifamiliale ». (38,51)

Dans le cadre des troubles des conduites alimentaires, la première expérience a eu lieu au Danemark en 1984. Les expériences suivantes ont eu lieu aux Etats-Unis à la fin des années 1980. Les patients étaient de jeunes adultes anorexiques et boulimiques. Le principe thérapeutique était basé sur le concept de « **familles thérapeutiques** » et les objectifs étaient **l'amélioration de la communication intrafamiliale et des capacités de résolution des problèmes**.

Pour les adolescents il faudra attendre les années 2000 pour que soient menés les premiers essais : à Londres en 2000 et en Allemagne en 2001.

Cette méthode était alors pensée comme **alternative ambulatoire à l'hospitalisation**.

## b) Indication

Selon **Cook Darzens** et ses collègues, une thérapie multifamiliale, en **alternative à une thérapie unifamiliale**, peut être proposée dans certains cas :

1. **Echec** de la thérapie familiale, ce qui représenterait **10% des cas** (forte résistance au changement, dysfonctions familiales importantes ou encore pathologie individuelle grave)
2. Thérapie familiale **non indiquée**
3. **Refus** de la thérapie familiale
4. Thérapie familiale **insuffisante**
5. **EE élevé** : attitudes critiques et hostiles à l'égard du patient et de ses symptômes

## c) Principes/déroulement

### i) Exemple en France à l'hôpital Robert Debré

Cette approche thérapeutique a été mise en place à l'hôpital Robert Debré à Paris, en décembre 2001. Elle était pensée comme **alternative ou complément à la thérapie familiale « classique »**.

Ce modèle de thérapie multifamiliale regroupe trois dimensions :

1. **Une dimension psychoéducative**, afin de rendre les parents et les patients plus compétents dans la gestion des symptômes alimentaires : adaptation optimale.
2. **Une dimension de groupe de parole**, afin de rompre l'isolement, atténuer la honte et la culpabilité et permettre les échanges entre les familles (vécu, solutions...).
3. **Une dimension de thérapie familiale et interfamiliale** : réaménager ou empêcher la mise en place de dysfonctions familiales.

La thérapie multifamiliale fait appel à **plusieurs courants de psychothérapie** :

1. **Cognitivo-comportemental**, pour l'approche psychoéducatrice ;
2. **Systémique**, pour l'approche groupal et familiale ;
3. **Psychodynamique**, pour le processus de différenciation par identification à d'autres familles et d'apprentissage par analogie ;
4. **Médecine familiale**, pour l'adaptation au processus de maladie.

Le programme se déroule sur une période de **9 mois** au moins, c'est-à-dire 18 séances environ, réparties en cycle de 3 séances :

- Les deux premières séances se font en groupes séparés : les patients d'un côté et les parents de l'autre ;
- La troisième séance se fait en groupe multifamilial, où les patients et les parents sont réunis.

ii) Autres programmes multifamiliaux (18,38,51)

En Europe, la thérapie multifamiliale s'est largement **développée ces dix dernières années**. Elle est maintenant indiquée pour **toutes les tranches d'âges** et peut être menée selon différentes formules : en hôpital de jour plus ou moins intensif, en hospitalisation ou en ambulatoire.

Il s'agit d'ateliers thérapeutiques visant à :

- **Informé l'entourage** sur la maladie ;
- **Lui apprendre des techniques**, afin de gérer les symptômes alimentaires (approche cognitivo-comportementale, psychoéducatrice et nutritionnelle).



En Grande Bretagne, certaines équipes expérimentent des **versions intensives de thérapies multifamiliales conduites en hôpital de jour** pendant plusieurs mois. Il s'agit de programmes qui se déroulent en quatre phases :

1. Engagement thérapeutique.
2. Implication des parents / de la famille dans la gestion des symptômes alimentaires, afin de les aider à reprendre le contrôle de l'alimentation de leur enfant.
3. En parallèle du maintien pondéral, travail autour de la place et du rôle de l'anorexie dans le contexte familial et sur les interactions familiales pouvant freiner la guérison.
4. Trajectoire future du patient et de sa famille.

#### d) Objectifs

La thérapie multifamiliale a plusieurs objectifs :

- **Rompre l'isolement** et atténuer le sentiment de culpabilité ;
- Créer une **dynamique de solidarité** ;
- Proposer une entraide entre les familles qui, **partageant leurs expériences**, se transmettent de nouvelles techniques dans la gestion des symptômes alimentaires.

On retrouve dans cette approche thérapeutique une **réponse aux besoins** évoqués par les personnes confrontées à l'anorexie mentale de l'un de leur proche.

#### e) Résultats des études

Une première étude contrôlée préliminaire réalisée au Canada a comparé **thérapie unifamiliale et multifamiliale** psychoéducative dans un groupe de vingt-cinq adolescentes anorexiques hospitalisées pour la première fois (155). Les résultats indiquent une **efficacité équivalente** entre les deux approches au niveau somatique, psychosocial ou familial. Néanmoins, par rapport au coût, les auteurs concluent en faveur de l'approche multifamiliale.

Une autre étude préliminaire contrôlée, menée par l'équipe de l'hôpital Robert Debré à Paris (18,51) concernant l'efficacité de la thérapie multifamiliale, a montré des résultats intéressants en terme d'évolution pondérale. Deux groupes ont été constitués :

- Groupe 1 : 19 adolescentes suivies en thérapie multifamiliale ambulatoire. Ce sont des patientes dont l'anorexie est plus sévère, qui présentent une comorbidité plus importante et une évolution potentiellement plus chronique que les patientes du groupe contrôle.
- Groupe 2 : 28 adolescentes suivies par les méthodes « classiques » après une hospitalisation.

Après un an de suivi, les patientes du groupe 1 (thérapie multifamiliale) montrent une **meilleure stabilisation pondérale** que les patientes du groupe contrôle.

D'autres études citées par Cook Darzens, évaluant l'efficacité de la thérapie multifamiliale, sont en cours, notamment à Londres et Dresde. Les résultats préliminaires sont déjà prometteurs, puisqu'ils montrent un **taux faible d'interruption précoce du traitement, une amélioration somatique** significative chez les patients, et dans la famille une **diminution du sentiment de fardeau, une amélioration de la confiance en soi** chez les mères, une

stabilisation des relations de couple et une **diminution des conflits familiaux**.

Enfin, une étude menée par Treasure et ses collaborateurs sur une **forme bifamiliale de thérapie multifamiliale** (155), rapporte des **bénéfices chez les aidants naturels** : diminution du sentiment de fardeau, de blâme et d'isolement et facilitation d'apprentissage de techniques de gestion du trouble.

f) Inconvénients et limites

Selon l'équipe de l'hôpital Robert Debré, ils sont de deux types :

- Liés à « **l'identité du groupe** » : rythmes de guérison / confidentialité.
- Liés au « **rôle des thérapeutes** » : pouvoir équilibrer les discussions et les outils thérapeutiques issus de pratiques très diversifiées.

## **CONCLUSION**

La psychiatrie, comme toute autre discipline médicale, connaît une évolution constante au fil du temps et au gré des interactions entre patients, professionnels et société. En tant que médecin, il est de notre devoir de rester au contact de ces évolutions, de continuer à nous former et de tirer profit des enseignements de nos prédécesseurs. Les conceptions ou modèles antérieurs, même s'ils sont critiqués et remis en cause, ne sont pas sans intérêt, car ils servent de socle aux modèles d'aujourd'hui, qui à leur tour évolueront.

L'anorexie mentale que nous avons choisi d'étudier, et principalement le rôle des parents dans l'étiologie et le traitement, en est une illustration.

Nous avons en effet pu voir à travers cette thèse que la place et le rôle de ces derniers ont considérablement évolué depuis l'entrée de l'anorexie mentale dans le champ de la psychiatrie à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle.

D'un modèle de parents « coupables », « toxiques », dont il fallait protéger le patient par une « parentectomie protectrice » au travers de l'hospitalisation avec la pratique systématique du traitement par isolement, nous sommes passés à une vision de parents « compétents », « Co-thérapeutes », qui doivent être impliqués dans les soins et ce d'autant que le patient est jeune.

Le modèle de « famille anorexique typique dysfonctionnelle » a évolué vers des modèles de familles pouvant se situer tout le long d'un continuum de fonctionnement-dysfonctionnement et pouvant évoluer, soit par la création de nouvelles vulnérabilités, soit par la création de facteurs réparateurs et protecteurs.

D'un modèle de causalité familiale, nous sommes passés à la conceptualisation de facteurs de risque et de protection de survenue et de développement d'une anorexie mentale, où le trouble peut en lui-même être à l'origine de dysfonctions.

Cette évolution a permis le développement d'approches thérapeutiques souples et éclectiques, adaptées à chaque type de famille et à leur qualité de fonctionnement. Les interventions thérapeutiques sont désormais plus ciblées sur les facteurs de maintien et d'aggravation du trouble que sur les facteurs étiologiques.

En outre, les récents développements insistent sur la nécessité de prendre en compte l'impact du trouble sur l'entourage et de répondre à son besoin en information, guidance et soutien émotionnel et social.

Il s'agit aujourd'hui de proposer un travail initial à toutes les familles quelle que soit leur qualité de fonctionnement, en accord avec les recommandations internationales, qui préconisent l'inclusion de toutes les familles dans la prise en charge du sujet jeune. Cette évolution constitue une avancée majeure dans la prise en charge de l'anorexie mentale.

Cependant, l'efficacité des thérapies familiales est surtout montrée dans le cas des patients les plus jeunes (enfants et adolescents), pour qui cette forme de thérapie est recommandée (grade B). En effet, dans le cas de patients adultes, le rôle du conjoint en tant que « Co-thérapeute » a été beaucoup moins étudié. Cela pourrait peut-être constituer une piste nouvelle dans la prise en charge de ces patients adultes, où pour le moment, seules les thérapies individuelles sont recommandées.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haute Autorité de santé. Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations de bonne pratique, juin 2010. *Nutr Clin Métabolisme*. 2011 Jun;25(2):57–74.
2. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes: CIM-10. Organisation mondiale de la santé; 1993.
3. Guelfi J-D. DSM-4-TR. Elsevier Masson; 2004.
4. Askenazy F. Un modèle de prise en charge sans séparation de l'anorexie mentale de l'adolescent. *J Pédiatrie Puériculture*. 2010 Jun;23(3):154–9.
5. Malaguarnera S. L'anorexie face au miroir: le déclin de la fonction paternelle. Editions L'Harmattan; 2010.
6. Osler W. The "Phthisiologia" of Richard Morton,. *Med Libr Hist J*. 1904;2(1):i4.
7. Bell RM, Rangon-Ganovelli C. L'anorexie sainte: Jeûne et mysticisme du Moyen Age à nos jours. Presses universitaires de France; 1994.
8. Le Heuzey MF. Faut-il encore isoler les jeunes anorexiques mentales? In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. Elsevier; 2002
9. Lasègue C. De l'anorexie hystérique (1873). *Evol Psychosom Concepts Int Univ Press N Y*. 1964;
10. Gull WW. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Evol Psychosom Concepts Anorex Nerv Paradigm N Y Int Univ Press Inc*. 1964;132–8.
11. Marcé L-V. Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments. In: *Annales médico-psychologiques*. 1860. p. 15–28.
12. Bruch H. *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Basic Books; 1973.
13. Jeammet P. *Anorexie boulimie: les paradoxes de l'adolescence*. Paris: Fayard; 2013.
14. Arnoult A. Le traitement médiatique de l'anorexie mentale, entre presse d'information générale et presse magazine de santé. *Memoire Online* [Internet].
15. Habermas T. Friderada: A case of miraculous fasting. *Int J Eat Disord*. 1986;5(3):555–62.
16. Guillemot A, Laxenaire M. *Anorexie mentale et boulimie*. Poids Cult Éditions Masson Paris [Internet]. 1997
17. Association AP, others. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)* [Internet]. American Psychiatric Pub; 2013
18. Cook-Darzens S. *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent* [Internet]. Érès Toulouse; 2014
19. Maisondieu J, Métayer L. *Maladie mentale et familles: évolution des points de vue*. 2007
20. Esquirol JÉD. *Des passions considérées comme cause, symptôme, et moyen de la maladie mentale*. Paris, Imprimerie de Didot Jeune; 1805.

21. Carpentier N. Le long voyage des familles: la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle. *Sci Soc Santé*. 2001;19(1):79–106.
22. Delbaere-Blervacque C, Courbasson CMA, Antoine C. L'impact des troubles du comportement alimentaire sur les proches : une revue de la littérature. *Psychotropes*. 2009;15(3):93.
23. Lasègue C, Corraze J. *Ecrits psychiatriques*. Privat; 1971.
24. Russell GF, Treasure J. The Modern History of Anorexia Nervosa An Interpretation of Why the Illness Has Changed. *Ann N Y Acad Sci*. 1989;575(1):13–30.
25. Soh N, Walter G, Robertson M, Malhi GS. Charles Lasègue (1816–1883): beyond anorexie hystérique. *Acta Neuropsychiatr*. 2010 Dec 1;22(6):300–1.
26. Hartman D. Anorexia nervosa--diagnosis, aetiology, and treatment. *Postgrad Med J*. 1995 Dec;71(842):712–6.
27. Havet JM. Famille et anorexie mentale. [internet]
28. Silverman JA. Charcot's comments on the therapeutic role of isolation in the treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 1997;21(3):295–8.
29. Guisseau-Gohier M, Grall-Bronnec M, Lambert S, Venisse J-L. Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale. *Inf Psychiatr*. 2007;83(5):389–95.
30. Silverman JA. Louis-Victor Marcé, 1828–1864: anorexia nervosa's forgotten man. *Psychol Med*. 1989;19(04):833–5.
31. Doyen C, Le Heuzey MF, Cook S, Flého F, Mouren-Siméoni MC. Anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescente: nouvelles approches thérapeutiques. *Arch Pédiatrie*. 1999;6(11):1217–23.
32. Le Grange D, Lock J, Loeb K, Nicholls D. Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2010;43(1):1–5.
33. Pearce JMS. Richard Morton: origins of anorexia nervosa. *Eur Neurol*. 2004;52(4):191–2.
34. Charcot J-M, Bourneville DM. *Leçons sur les maladies du système nerveux: faites à la Salpêtrière* [Internet]. Cambridge University Press; 2011
35. Vanderlinden J, Vandereycken W. Overview of the family therapy literature. *Fam Approach Eat Disord Assess Treat Anorex Nerv Bulim*. 1989;189–225.
36. Delbaere-Blervacque C, Courbasson CMA, Antoine C. Trouble du comportement alimentaire et addiction : les besoins des proches. *Psychotropes*. 2010;16(3):139.
37. Lemaire J-G, editor. *L'inconscient dans la famille: approches en thérapies familiales psychanalytiques*. Paris: Dunod; 2007. 234 p.
38. Perdereau F, Godart N, Kaganski I. Approche familiale et implication thérapeutique. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson; 2003. p. 630–3.
39. Corcos M, Agman G, Bochereau D, Chambry J, Jeammet PH. *Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence*. 2002
40. Godart N, Perdereau F, Galès O, Agman G, Deborde A-S, Jeammet P. Le contrat de poids lors d'une hospitalisation pour anorexie mentale. *Arch Pédiatrie*. 2005 Oct;12(10):1544–50.

41. Dally P. Anorexia nervosa: do we need a scapegoat? *Proc R Soc Med.* 1977 Jul;70(7):470–4.
42. Ausloos G. La compétence des familles: temps, chaos, processus. Ramonville Saint-Agne: Editions Erès; 1995. 173 p.
43. Hendrick St. Thérapies familiales systémiques [Internet].
44. Bryant-Waugh R, Lask B. Eating disorders—an overview. *J Fam Ther.* 1995;17(1):13–30.
45. Goodsitt A. Starving to death in a sea of objects. John A. Sours, MD New York: Jason Aronson, 1980, 443 pp. *Int J Eat Disord.* 1982;1(3):70–6.
46. Crisp AH. Anorexia nervosa: Let me be [Internet]. Psychology Press; 1995
47. Askenazy F, Dor E, Battista M. Libérer la contrainte: les grands principes d'un modèle de prise en charge de l'anorexie mentale restrictive de l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2013;7(61):428–32.
48. Askenazy F. Expérience de vie séparée sans rupture pour l'anorexique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2009;57(3):240–4.
49. Jeammet P. Contrat et contraintes: dimension psychologique de l'hospitalisation dans le traitement de l'anorexie mentale. *Psychol Fr.* 1984;29(2):137–43.
50. Jeammet P, Birot E, Chabert C. Soigner l'anorexie et la boulimie: des psychanalystes à l'hôpital. Paris: PUF; 2006.
51. Cook-Darzens S. Thérapies multifamiliales: des groupes comme agents thérapeutiques. Ramonville Saint-Agne: Érès; 2007.
52. Corcos M. Le contrat de soins dans le traitement hospitalier de l'anorexie mentale : séparation-réappropriation-subjectivation. *Adolescence.* 2006 May 1;no 56(2):385–404.
53. Benoit J-P, Moro MR. Anorexie et boulimie de l'adolescente: Prise en charge ambulatoire et hospitalière à la Maison des adolescents du chu Cochin à Paris. *J Fr Psychiatr.* 2009;33(2):22.
54. Crisp AH, Norton K, Gowers S, Halek C, Bowyer C, Yeldham D, et al. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 1991 Sep;159:325–33.
55. Gowers SG, Clark A, Roberts C, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, et al. Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents. *Br J Psychiatry.* 2007;191(5):427–35.
56. Byford S, Barrett B, Roberts C, Clark A, Edwards V, Smethurst N, et al. Economic evaluation of a randomised controlled trial for anorexia nervosa in adolescents. *Br J Psychiatry.* 2007;191(5):436–40.
57. Gowers SG, Weetman J, Shore A, Hossain F, Elvins R. Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *Br J Psychiatry.* 2000;176(2):138–41.
58. Papadopoulos FC, Ekblom A, Brandt L, Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2009 Jan;194(1):10–7.



59. Meguerditchian C, Samuelian-Massat C, Valéro R, Begu-Le Corroller A, Fromont I, Mancini J, et al. Inpatient treatment and anorexia nervosa outcomes. *E-SPEN Eur E-J Clin Nutr Metab.* 2010;5(1):e40–4.
60. Steinhausen H-C, Grigoriu-Serbanescu M, Boyadjieva S, Neumärker K-J, Winkler Metzke C. Course and predictors of rehospitalization in adolescent anorexia nervosa in a multisite study. *Int J Eat Disord.* 2008;41(1):29–36.
61. Yager J, Association AP, others. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. American Psychiatric Association Arlington, VA; 2006.
62. Excellence NI for C, others. Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. National Institute for Clinical Excellence; 2004.
63. Cook-Darzens S. Nouvelles tendances dans l'approche familiale de l'anorexie mentale, de l'enfant et de l'adolescent: Un modèle thérapeutique basé sur les ressources de la famille. *Génération.* 2003;29:51–7.
64. Elkaïm M. Panorama des thérapies familiales. [Paris]: Seuil; 2003.
65. Rolo D. Approche systémique en thérapie familiale [Internet].
66. Salem G, Frenck N. L'approche thérapeutique de la famille. Paris: Masson; 2009.
67. Elkaïm M. La thérapie familiale en changement. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond; 2006.
68. Auberjonois K, Alberque C. Traitement de l'anorexie mentale en institution: apport de la thérapie familiale. *Psychiatrie.* 2010;263(33):1750–2.
69. Marchand D. À propos de la parution de l'ouvrage *Thérapies multifamiliales, Des groupes comme agents thérapeutiques*, sous la direction de Solange Cook-Darzens, Èrès, coll. «Relations», 2007. Entretien avec Solange Cook-Darzens. *Santé Ment Au Qué.* 2008;33(1):157–67.
70. Miermont J. L'évolution des thérapies familiales. [Internet]
71. Les Thérapies systémiques : historique (Palo Alto) [Internet].
72. Minuchin S, Rosman BL. *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
73. Minuchin S, Baker L, Rosman BL, Liebman R, Milman L, Todd TC. A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. *Arch Gen Psychiatry.* 1975;32(8):1031–8.
74. Selvini-Palazzoli M. Étude sur les familles de malades qui souffrent d'anorexie mentale. L'enfant dans sa famille. Paris, Masson; 1971.
75. Selvini-Palazzoli M. La famille de l'anorexique et la famille du schizophrène. Une étude transactionnelle. *Actual Psychiatr.* 1982;12:15–25.
76. le Grange D, Eisler I. Family interventions in adolescent anorexia nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2009;18(1):159–73.
77. Brosseau C, Doré M, Latour S. Merci aux pionniers! Bowen, Boszormenyi-Nagy, Minuchin, Haley et les autres.... [Internet]
78. Godart N, Perdereau F, Flament M, Jeammet P. La famille des patients souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie. *Ann Med Interne Paris.* 2002;153(6):369–72.

79. Cook-Darzens S, Doyen C, Brunaux F, Rupert F, Bouquet M-J, Bergametti F, et al. Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique. *Thérapie Fam.* 2005;26(3):223–45.
80. Strober M, Humphrey LL. Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *J Consult Clin Psychol.* 1987;55(5):654.
81. Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Paradoxe et contre-paradoxe. ESF Éditeur Paris. 1978;
82. Selvini M, Palazzoli MS, Allegra G, Babando R, Basile P, Bedarida L, et al. Comment se portent les anorexiques traitées par Mara Selvini Palazzoli et ses équipes entre 1971 et 1987 ? *Thérapie Fam.* 2003 Dec 1;Vol. 24(4):381–402.
83. Selvini-Palazzoli M. les jeux psychotiques dans la famille. Paris; 1991.
84. Onnis L, Guzzi S. Anorexie et boulimie, le temps suspendu: individu, famille et société. De Boeck; 2013.
85. Ferreira AJ. Family myth and homeostasis. *Arch Gen Psychiatry.* 1963;9(5):457–63.
86. Onnis L, Giannuzzi M, Romano C. Un vide à combler : anorexie et boulimie dans une perspective transgénérationnelle. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux.* 2007 Aug 22;n° 38(1):135–57.
87. Delannes S, Doyen C, Cook-Darzens S, Mouren M-C. Les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. Elsevier; 2006
88. Corcos M, Dupont M-E. Approche psychanalytique de l'anorexie mentale. *Nutr Clin Métabolisme.* 2007 Dec;21(4):190–200.
89. Corcos M, Atger F, Jeammet P. Évolution des approches compréhensives des troubles des conduites alimentaires. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2003 Oct;161(8):621–9.
90. Bowlby J. L'attachement. *Attachement et perte.* Paris PUF. 1978;
91. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment.* Hills-dale. NJ Erlbaum. 1978;
92. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attach Presch Years Theory Res Interv.* 1990;1:121–60.
93. Ward A, Ramsay R, Treasure J. Attachment research in eating disorders. *Br J Med Psychol.* 2000;73(1):35–51.
94. Onnis L. Thérapie familiale de l'anorexie mentale. Un modèle d'intervention basé sur les sculptures familiales. *Thérapie Fam.* 1991;12(3):225–35.
95. Minuchin S, Du Ranquet M, Wajeman M. *Familles en thérapie* [Internet]. Editions France-Amérique; 1979
96. Albernhe K, Albernhe T, Elkaïm M. *Les thérapies familiales systémiques.* Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014.
97. *Le générationnel: approche en thérapie familiale psychanalytique.* Paris: Dunod; 2013.
98. Widlöcher D, Braconnier A. *Psychanalyse et psychothérapies.* Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 1996.

99. Ruffiot A. Le groupe-famille en analyses: L'appareil psychique groupal. Ruffiot Thérapie Fam Anal Paris Dunod. 1981;
100. Eiguer A. Un divan pour la famille. Paris Centurionv Castellana B Aires Paid. 1983;
101. Crisp AH. Diagnosis and outcome of anorexia nervosa: the St George's view. Proc R Soc Med. 1977;70(7):464.
102. Godart N, Flament M, Corcos M, Atger F, Dugré-Le Bigre C, others. Apports de la thérapie familiale au traitement des patients anorexiques mentales: étude préliminaire. Proj Therafam 6CRC APHP. 1998;970126.
103. Palmer RL, Oppenheimer R, Marshall PD. Eating-disordered patients remember their parents: A study using the parental-bonding instrument. Int J Eat Disord. 1988;7(1):101–6.
104. Waller G, Calam R, Slade P. Eating disorders and family interaction. Br J Clin Psychol. 1989;28(3):285–6.
105. Waller G, Slade P, Calam R. Family adaptability and cohesion: Relation to eating attitudes and disorders. Int J Eat Disord. 1990;9(2):225–8.
106. Olson DH, Portner J, Lavee Y. Family adaptability and cohesion evaluation scales (FACES III). St Paul Univ Minn Fam Soc Sci. 1985;
107. Cook-Darzens S, Doyen C, Mouren-Simeoni MC. Fonctionnement des familles d'adolescentes anorexiques: le FACES III comme outil d'évaluation et guide thérapeutique. Pris Psychiatr Rech Interv En Santé Ment Enfant. 2000;32:62–83.
108. Russell JD, Kopec-Schrader E, Rey JM, Beumont PJV. The Parental Bonding Instrument in adolescent patients with anorexia nervosa. Acta Psychiatr Scand. 1992 Sep 1;86(3):236–9.
109. Humphrey LL. Family relation ships. 1992 [internet]
110. Garfinkel PE, Garner DM, Rose J, Darby PL, Brandes JS, O'Hanlon J, et al. A comparison of characteristics in the families of patients with anorexia nervosa and normal controls. Psychol Med. 1983;13(04):821–8.
111. Kog E, Vandereycken W. Family interaction in eating disorder patients and normal controls. Int J Eat Disord. 1989;8(1):11–23.
112. Humphrey LL. Family relations in bulimic-anorexic and nondistressed families. Int J Eat Disord. 1986;5(2):223–32.
113. Stern SL, Dixon KN, Jones D, Lake M, Nemzer E, Sansone R. Family environment in anorexia nervosa and bulimia. Int J Eat Disord. 1989;8(1):25–31.
114. Cook-Darzens S, Doyen C, Falissard B, Mouren M-C. Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy. Eur Eat Disord Rev. 2005;13(4):223–36.
115. Doba K, Nandrino J-L. Existe-t-il une typologie familiale dans les pathologies addictives ? Revue critique de la littérature sur les familles d'adolescents présentant des troubles alimentaires ou des conduites de dépendance aux substances. Psychol Fr. 2010 Dec;55(4):355–71.
116. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129–36.

117. Rolland JS. Mastering family challenges in serious illness and disability. *Norm Fam Process*. 1993;444–73.
118. Rolland J. Family, illness and disability. *Integr Treat Model Nueva York Basic Books*. 1994;1.
119. Walsh F. Normal family processes: Growing diversity and complexity [Internet]. Guilford Press; 2011
120. Walsh F. Strengthening family resilience [Internet]. Guilford Press; 2006
121. Rougeul F, Caillé P. Familles en crise approche systémique des relations humaines: thérapies contextuelles et narratives des familles en crise. Genève: Georg éd.; 2012.
122. Dare C. The family therapy of anorexia nervosa. *J Psychiatr Res*. 1985;19(2):435–43.
123. Morgan HG, Russell GFM. Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychol Med*. 1975;5(4):355–71.
124. Cook-Darzens S, Doyen C, Mouren-Siméoni MC. Prise en charge des familles “difficiles” dans l’anorexie mentale: “La consultation familiale intégrée.” *Neuropsychiatr L’Enfance L’Adolescence*. 1999;47(7-8):334–41.
125. Nilsson K, Engström I, Hägglöf B. Family climate and recovery in adolescent onset eating disorders: A prospective study. *Eur Eat Disord Rev*. 2012;20(1):e96–102.
126. Whitney J, Murray J, Gavan K, Todd G, Whitaker W, Treasure J. Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study. *Br J Psychiatry*. 2005;187(5):444–9.
127. Delage B, Melioli T, Valls M, Rodgers RF, Chabrol H. Étude exploratoire du vécu de la prise en charge des parents et de la fratrie de jeunes filles anorexiques. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2014 Dec;62(8):508–13.
128. Sepulveda AR, Whitney J, Hankins M, Treasure J. Development and validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) for carers of people with eating disorders. *Health Qual Life Outcomes*. 2008;6(1):28.
129. Given CW, Given B, Stommel M, Collins C, King S, Franklin S. The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Res Nurs Health*. 1992;15(4):271–83.
130. Szmukler GI, Burgess P, Herrman H, Bloch S, Benson A, Colusa S. Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1996;31(3-4):137–48.
131. Wiedemann G, Rayki O, Feinstein E, Hahlweg K. The Family Questionnaire: development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Res*. 2002;109(3):265–79.
132. Sepulveda AR, Kyriacou O, Treasure J. Development and validation of the Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED) for caregivers in eating disorders. *BMC Health Serv Res*. 2009;9(1):171.
133. Kyriacou O, Treasure J, Schmidt U. Expressed emotion in eating disorders assessed via self-report: An examination of factors associated with expressed emotion in carers of people with anorexia nervosa in comparison to control families. *Int J Eat Disord*. 2008;41(1):37–46.

134. Le Grange D, Eider I, Dare C, Hodes M. Family criticism and self-starvation: of expressed emotion. *J Fam Ther.* 1992;14:177–92.
135. Brown GW, Rutter M. The measurement of family activities and relationships: a methodological study. *Hum Relat [Internet].* 1966
136. Eisler I, Dare C, Russell GF, Szmulker G, le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa: A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54(11):1025–30.
137. Hendrick S. Efficacité des thérapies familiales systémiques. *Thérapie Fam.* 2009;30(2):211.
138. Haigh R, Treasure J. Investigating the needs of carers in the area of eating disorders: Development of the Carers' Needs Assessment Measure (CaNAM). *Eur Eat Disord Rev.* 2003;11(2):125–41.
139. Health D of. National service framework for mental health. Department of Health London; 1999.
140. (NICE) NI for CE, others. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Lond Br Psychol Soc.* 2004;
141. Jeammet P. Le groupe de parents: sa place dans le traitement de l'anorexie mentale. *Neuropsychiatr L'enfance.* 1984;32(5-6):299–303.
142. Jeammet P, Gorge A. Une forme de thérapie familiale: Le groupe de parents. *Psychiatr Infant.* 1980;23(2):587.
143. Dare C, Eisler I. Family therapy for anorexia nervosa. 1997
144. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Dare C. Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach. New York. Guilford Press; 2001.
145. Russell GF, Szmulker GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry.* 1987;44(12):1047–56.
146. Lock J. Treatment of Adolescent Eating Disorders: Progress and Challenges. *Minerva Psichiatr.* 2010 Sep;51(3):207–16.
147. Lock J, Le Grange D, Agras W, Moyer A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry.* 2010 Oct 4;67(10):1025–32.
148. Ball J, Mitchell P. A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. *Eat Disord.* 2004;12(4):303–14.
149. Robin AL, Siegel PT, Koepke T, Moyer AW, Tice S. Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *J Dev Behav Pediatr.* 1994;15(2):111–6.
150. Vandereycken W, Kog E, Vanderlinden J. The Family Approach to eating Disorders: assesment and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia [Internet]. PMA Publishing; 1989
151. Vanderlinden J, Vandereycken W. Guidelines for the family therapeutic approach to eating disorders. *Psychother Psychosom.* 1991;56(1-2):36–42.

152. Treasure J, Smith G, Crane A. Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder: The new Maudsley method [Internet]. Routledge; 2007
153. Cook-Darzens S. Thérapie familiale de l'adolescent anorexique: approche systémique intégrée. Paris: Dunod; 2002.
154. Lask B, Bryant-Waugh R. Prepubertal eating disorders. Handb Treat Eat Disord Guilford Press N Y. 1997;476–83.
155. Whitney J, Currin L, Murray J, Treasure J. Family work in anorexia nervosa: A qualitative study of carers' experiences of two methods of family intervention. Eur Eat Disord Rev. 2012;20(2):132–41.

**AUTEUR : Nom : TESSIER**

**Prénom : Caroline**

**Date de Soutenance : 23 Mars 2016**

**Titre de la Thèse : Anorexie mentale : des parents coupables aux parents compétents**

**Thèse - Médecine - Lille 2016**

**Cadre de classement : Psychiatrie**

**DES + spécialité : DES de Psychiatrie**

**Mots-clés : anorexie mentale, parents, thérapie familiale**

**Résumé :** L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire affectant principalement les femmes et débutant généralement à l'adolescence. Considérée comme un problème de santé public elle est classée au premier rang des pathologies psychiatriques en terme de mortalité.

Pendant longtemps l'hospitalisation longue avec isolement ou séparation et l'exclusion des parents considérés comme « anti-thérapeutiques », « coupables » voire « toxiques », constituaient les piliers de la prise en charge. Cette notion de causalité familiale n'a pas complètement disparu malgré l'évolution des prises en charge et des conceptualisations du rôle étiologique des parents.

En effet à partir des années 60 avec l'avènement de la systémique et l'émergence des thérapies familiales, les parents sont pour la première fois inclus dans les traitements. Des dysfonctions familiales sont décrites et deviennent la cible des traitements.

Puis ces modèles explicatifs de « familles anorexiques » et les thérapeutiques qui en découlent seront remis en cause par les données de la recherche clinique et par de nouveaux modèles plus agnosiques quant à la responsabilité étiologique de la famille.

La plupart des auteurs ne soutiennent plus aujourd'hui l'idée de causalité entre interactions familiales et survenue d'une anorexie mentale. Les recherches suggèrent que les familles sont caractérisées par une grande diversité de types et de qualité de fonctionnement et que ceux-ci ne sont pas figés. De nouveaux modèles thérapeutiques dits « resource-based » axés sur la mobilisation des ressources et compétences des familles, sont venus se substituer aux modèles antérieurs dits « deficit-based » axés sur les dysfonctions familiales.

Aujourd'hui les recommandations nationales s'accordent pour privilégier une approche ambulatoire et inclure l'entourage dans la prise en charge du patient atteint d'anorexie mentale.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

**Madame le Docteur Marine LESAGE**