



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Intérêt de la thérapie multifamiliale dans la prise en charge de l'anorexie mentale.

Présentée et soutenue publiquement le 22 juin 2020 à 18h
au Pôle Recherche
par **Damien SCLIFFET**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Abdalla MOSSAD

Avertissement

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

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AN : Anorexia Nervosa

BN : Bulimia Nervosa

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

FBT : Family Based Therapy

FT-AN : Family Therapy – Anorexia Nervosa

FT-BN : Family Therapy – Bulimia Nervosa

DBT ou TCD : Dialectical Behavioural Therapy ou Thérapie Comportementale et Dialectique

MFT : Multi-Family Therapy

MFTG : Multi-Family Therapy Group

IFT : Intensive Family Therapy

TAU : Treatment As Usual

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	3
RESUME	6
INTRODUCTION	7
I. L'ANOREXIE MENTALE	8
1. Définitions	8
2. Epidémiologie	10
3. Evolution	10
4. Complications	10
5. Mortalité	11
6. Facteurs de maintien	12
7. Coût social	12
II. LA THERAPIE MULTIFAMILIALE	13
1. Historique et apport thérapie familiale dans les TCA	13
2. Modèle théorique de la thérapie familiale dans la prise en charge des patientes anorexiques.....	14
3. Définition, historique et principes des thérapies multifamiliales	17
4. Thérapies multifamiliales et troubles des conduites alimentaires	19
5. La MFT-AN	21
6. Méthode de Dresde	23
7. L'IFT (Intensive (Multi)Family Therapy)	26
8. La MFTG-RM.....	28
9. Principes de la MFT	30
10. La MFT-AN dans le monde	31
11. Thérapie multifamiliale et boulimie nerveuse.....	31
12. Indications, contre-indications et acceptabilité de la MFT	32
13. Quelques techniques utilisées en thérapie multifamiliale	33
OBJECTIF	35
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	36
RÉSULTATS	38
I. CARACTERISTIQUES DES ETUDES SELECTIONNEES.....	43
II. CARACTERISTIQUES DES POPULATIONS ETUDIEES	43
III. INTERVENTIONS	44
IV. CRITERE PRINCIPAL POUR LES ETUDES NON COMPARATIVES	44
V. CRITERE PRINCIPAL POUR LES ETUDES COMPARATIVES.....	45
DISCUSSION	46
I. SYNTHÈSE DES RESULTATS.....	46
II. APPORTS DE LA THERAPIE MULTIFAMILIALE.....	49
III. PERSPECTIVES	51

IV. LIMITES DE L'ETUDE	56
CONCLUSION.....	59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	60

RESUME

Introduction : L'anorexie mentale est une pathologie lourde et complexe dont les traitements actuels restent limités. La thérapie multifamiliale est une thérapie utilisée entre autres dans la prise en charge de l'anorexie mentale depuis une vingtaine d'années. Notre objectif était de dresser un état des lieux des recherches ayant évalué son efficacité dans la prise en charge de l'anorexie mentale grâce à une revue de la littérature.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une revue systématique de littérature par l'intermédiaire des bases de données PubMed et Google Scholar, en utilisant l'algorithme de mots clés suivants : *(bulimia OR anorexia OR feeding eating disorders) AND (multifamily therapy OR multiple family therapy)*. La période d'investigation allait de janvier 2000 à janvier 2020. Seuls les articles écrits en anglais et en français ont été inclus.

Résultats : Sur 16 études incluses, 14 montrent une amélioration significative du poids. 4 études montrent une amélioration significative du poids à la fin du traitement et lors du suivi en comparaison avec la thérapie familiale qui est le traitement de référence de l'anorexie mentale.

Conclusion : La thérapie multifamiliale semble être une thérapie prometteuse dans la prise en charge de l'anorexie mentale, aussi bien par son efficacité comparable voire supérieure à la thérapie familiale individuelle que par des atouts inhérents à son utilisation. Des études supplémentaires seront nécessaires pour le confirmer.

INTRODUCTION

L'anorexie mentale est un trouble des conduites alimentaires qui touche environ de la population avec un ratio H/F de 1/9. Ce sont les pathologies psychiatriques ayant le taux de mortalité le plus élevé (taux de mortalité brut à 5,1 pour 1000 personnes par an ou 5,1 % par décennie de maladie) et qui sont complexes à soigner.

La thérapie multifamiliale est un outil développé à partir du début des années 60 pour la prise en charge de maladies psychiatriques. Elle a été adaptée au début des années 2000 pour prendre en charge des patients anorexiques et leurs familles. Ce concept a essaimé à travers le monde et s'est développé avec diversité à travers différents courants et dans différentes structures prenant en charge des personnes atteintes de troubles des conduites alimentaires.

Le but de ce travail est d'étudier de manière exhaustive l'état de la littérature actuelle sur les travaux abordant la thérapie multifamiliale dans la prise en charge de l'anorexie mentale afin d'en dégager les bénéfices, les applications, d'en expliquer la faisabilité, les potentielles limites.

I. L'anorexie mentale

1. Définitions

Troubles des conduites alimentaires :

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) ou troubles du comportement alimentaire sont des troubles psychiatriques qui se caractérisent par une symptomatologie complexe comportant au premier plan :

- des perturbations graves du comportement alimentaire ;
- une estime de soi influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle ;
- des symptômes psychiatriques d'intensité et de natures variées ;
- des complications somatiques.

Les troubles alimentaires comprennent :

- l'anorexie mentale
- la boulimie
- l'hyperphagie boulimique ou binge eating disorder
- les TCA atypiques ou EDNOS (eating disorders non otherwise specified) qui ne remplissent pas tous les critères des précédents, la forme partielle de l'anorexie étant la plus fréquente

Le DSM 5 définit l'anorexie mentale selon les critères suivants :

A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.

C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

On distingue deux sous-types d'anorexie mentale :

- Un type restrictif : pendant les 3 derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie (gloutonnerie) ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements). Ce sous-type décrit les situations où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.
- Un type accès hyperphagiques/purgatif : pendant les 3 derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de gloutonnerie et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Le DSM 5 définit également les critères de rémission partielle et complète. La rémission partielle se traduit par la disparition du critère A sur une durée prolongée mais la persistance d'un ou deux des autres critères initialement remplis. (1)

La rémission complète se traduit par l'absence des 3 critères précédemment remplis. (1)

2. Epidémiologie

Les cas d'anorexie mentale répondant aux critères diagnostiques du DSM-IV-TR sont relativement rares : prévalence en population générale de 0,9 à 1,5 % chez les femmes et de 0,2 à 0,3 % chez les hommes. La forme sub-syndromique, ne répondant pas strictement aux critères diagnostiques (CIM-10 et DSM-IV-TR), est 2 à 10 fois plus fréquente et représente environ 60% des patients traités en hospitalisation en centre spécialisé. (1–3)

3. Evolution

Lorsqu'elle est prise en charge, l'anorexie évolue dans la moitié des cas vers une guérison à 5 ans, 1/3 vers une rémission partielle avec rechutes et 20% vers une chronicisation. Ce taux de guérison varie selon l'ancienneté de la pathologie : la proportion de patients guéris n'est que de 29 % après 2,5 ans de suivi, mais atteint 84 % après 16 ans de suivi des patients.

On peut retrouver également au cours de la maladie l'apparition de comportements alimentaires compulsifs qui signent dans 50% des cas une évolution vers une boulimie. (4)

4. Complications

Le trouble est très souvent comorbide avec d'autres troubles psychiatriques notamment : trouble obsessionnel-compulsif, agoraphobie, troubles de l'humeur (dépression), des troubles anxieux généralisés, phobie sociale, trouble des conduites, TDAH. (5)

Sur le plan somatique les complications sont nombreuses et essentiellement dues à la dénutrition et les restrictions alimentaires :

- Troubles métaboliques : hypokaliémie, déshydratation (aggravées par la prise de diurétiques, laxatifs et les vomissements), hypoglycémies
- Troubles digestifs (plus fréquents chez les patientes présentant des vomissements spontanés) : érosions buccales, érosions dentaires, hémorragies digestives, rupture oesophagiennes (syndrome de Mallory-Weiss), constipation, diarrhées (utilisation de laxatifs)
- Troubles cardiaques : troubles du rythme, bradycardie
- Troubles trophiques : troubles des phanères, atrophie musculaire, ostéoporose
- Troubles du sommeil
- Troubles endocriniens : perturbation de l'axe hypothalamo-hypophysaire avec notamment un impact sur l'axe gonadotrope avec un arrêt de la croissance, un arrêt des règles chez les femmes et une impuissance chez l'homme

5. Mortalité

L'anorexie mentale est une des maladies psychiatriques les plus mortelles avec 5.1% de décès par tranche de 10 ans d'évolution. Les décès surviennent dans les suites des complications de la maladies, 20% d'entre eux sont dus uniquement au suicide. (6,7)

6. Facteurs de maintien

Comme décrit précédemment l'anorexie mentale est une pathologie difficile à soigner et encore plus à guérir, à cause de divers facteurs qui favorisent la résistance au changement. On retrouve en particulier un niveau élevé d'émotion exprimée (critique, surprotection, hostilité). (8)

7. Coût social

L'anorexie mentale a un coût sur le plan social et familial certain, touchant des sujets jeunes elle est vécue comme un fardeau et est un facteur d'épuisement et de réduction de la qualité de vie aussi bien des patientes que de leur entourage. Elle a également un coût financier important direct par les soins qu'elle nécessite (hospitalisations fréquentes, passages aux urgences, transport) pouvant aller jusqu'à 55 000 euros par an et indirect (dû à la « perte de productivité ») à cause de la mortalité précoce élevée. (9)

II. La thérapie multifamiliale

1. Historique et apport thérapie familiale dans les TCA

L'idée que la famille joue un rôle prépondérant dans l'anorexie remonte de la fin du 19^{ème} siècle. Depuis lors, la position des psychiatres a oscillé d'une certaine neutralité avec Lasègue prenant en compte « l'inquiétude membres de la famille » à Gull considérant les parents comme « les pires gérants », en passant par Charcot qui voyait la famille comme « particulièrement pernicieuse ». On comprend alors que les familles n'étaient pas perçues comme pouvant être aidantes vis-à-vis de leur enfant anorexique. L'un des premiers débats sur l'anorexie était d'ailleurs de savoir s'il fallait ou non isoler l'enfant de sa famille pour pouvoir le traiter.

Cela a continué pendant la première moitié du 20^{ème} siècle, la famille étant toujours vue comme un obstacle à une prise en charge pour ensuite devenir une des causes de la maladie, les psychiatres employant alors la « parentectomie » pour exclure les parents du traitement.

Il fallut attendre la deuxième moitié du 20^{ème} siècle et plus particulièrement les années 70 pour voir les travaux de grands fondateurs des thérapies familiales, notamment Minuchin et Salvini, desquels est né le concept de famille psychosomatique ou anorexigène, « redorer » l'image des familles. S'ils estiment toujours la famille nécessaire à l'apparition de l'anorexie, ils sont les premiers à y voir une cible thérapeutique. Ils décrivent des familles caractérisées par un enchevêtrement, une forte loyauté au groupe familial, une tendance au sacrifice de soi, une rigidité, une surprotection, un évitement des conflits, un conformisme et un fort contrôle pulsionnel. Elles présenteraient également une tendance à « trianguler » le jeune patient dans des difficultés conjugales non avouées. Ces caractéristiques familiales

étaient censées développer ou pérenniser le trouble alimentaire. Les pathologies du comportement alimentaire sont devenues ainsi un terrain privilégié des thérapies familiales, avec l'objectif de modifier l'organisation familiale pathogène. Il est à noter que Minuchin ne blâmait d'ailleurs pas les familles, qui bien que condition au développement de la maladie, l'étaient aussi pour permettre une guérison.

Ces concepts de famille anorexigène ont été réfutés empiriquement par la suite, s'il existe bien des familles dysfonctionnantes, il est difficile de savoir si ces dysfonctionnements ont engendré ou proviennent du trouble alimentaire. Il est néanmoins montré que la qualité des fonctionnements familiaux impacte l'évolution et le devenir de la maladie. On retrouve notamment un moins bon pronostic chez des familles avec une émotion exprimée élevée, les familles critiques, hostiles et émotionnellement surimpliquées que chez des familles moins perturbées.

2. Modèle théorique de la thérapie familiale dans la prise en charge des patientes anorexiques.

Bien que le rôle de l'environnement familial reste obscur dans l'étiologie de l'anorexie mentale, il est unanimement admis que celle-ci impacte fortement le fonctionnement familial. De fait les routines tout comme le coping et la résolution des problèmes sont affectés. On retrouve ce type de processus décrit par Steinglass dans les familles des personnes souffrant de dépendance à l'alcool et les familles qui vivent un large éventail de maladies chroniques. (10) Il observe que les familles passent par des changements étapes par étapes en réponse aux challenges de la maladie. Il observe également que la maladie et ses troubles prennent une place de plus en plus importante jusqu'à devenir le principe central

de la famille. Il avance que plus la famille essaye de réduire l'impact de la maladie sur la personne qui en est atteinte, plus elle se focalise sur le présent, rendant difficiles la possibilité de se projeter sur l'avenir et les changements nécessaires à la guérison.

Ce modèle est applicable aux troubles alimentaires. En effet, les familles qui font face à ces troubles vont fréquemment rapporter le sentiment que le temps est suspendu, que toute leur vie tourne désormais autour de la maladie. La façon dont la famille va gérer cette situation dépend de la nature de son organisation, de son « style » et de l'étape du cycle de vie dans laquelle la famille se trouve au moment où frappe la maladie. Ce qui est plus facile à prédire est la façon dont le trouble va accentuer certaines dynamiques familiales et rétrécir le champ des comportements adaptatifs. Essayer de démêler quels processus familiaux « causent » le trouble, lesquels sont des réponses aux problèmes qu'amène le trouble et lesquels sont fortuits est difficile. Nombre d'auteurs avancent aujourd'hui que comprendre les mécanismes qui entretiennent le trouble est plus utile au traitement que de découvrir l'étiologie de celui-ci.

Du point de vue clinique, il est donc nécessaire d'accompagner les familles pour savoir comment elles se sont retrouvées « engluées » dans le trouble et de les aider à découvrir les forces qui leur permettront de se désengager de ce problème et trouver de nouvelles solutions. Le plus important est qu'il faut mettre l'emphase sur le fait qu'ils font partie de la solution au problème et n'en sont pas la cause. Les familles peuvent découvrir qu'il existe des façons pour eux de fonctionner qu'ils voudront changer mais cela doit rester un objectif secondaire face à la guérison du trouble alimentaire. (11,12)

La littérature sur la thérapie familiale pour les patients atteints d'anorexie mentale a démontré des taux de rémission entre 31% et 49% 12 mois après le traitement, avec une

amélioration des taux de rémission, qui continue d'être observée pendant plus de cinq ans après le traitement. (13) La rémission est en règle générale définie comme un poids supérieur à 95% du poids corporel attendu associé à des scores de pathologie alimentaire dans un écart-type des normes communautaires. Cette définition peut varier selon les auteurs.

Les approches de thérapie unifamiliale spécifiquement développées pour les adolescents souffrant d'anorexie mentale sont actuellement recommandées comme traitement ambulatoire de première ligne (notamment une recommandation de niveau B par la NICE et ont été manualisées pour en permettre la mise en œuvre. (14) La thérapie familiale pour l'anorexie mentale prend ses racines dans la thérapie narrative, les thérapies familiales systémiques, structurelles et stratégiques. La phase initiale du traitement se concentre sur la renutrition et vise à aider les parents à ramener leur enfant à un poids sain en prenant en charge les repas et l'alimentation (Lock & Le Grange, 2013) (15)

Les thérapies familiales ont été appliquées à l'anorexie mentale pendant plus de 40 ans. (16) Dans une revue de littérature sur la thérapie familiale pour adolescents avec anorexie mentale, 6 essais randomisés contrôlés suggèrent qu'elle est plus efficace que la thérapie individuelle en termes d'amélioration physique et de réduction des distorsions cognitives. (17) Les bénéfices de la thérapie familiale se poursuivent 5 ans après traitement. Plus spécifiquement, la thérapie familiale est particulièrement efficace dans les cas d'anorexie d'apparition récente chez l'adolescent. (Russell et al., 1987).

La thérapie familiale est recommandée dans la prise en charge des TCA chez les adolescentes en Allemagne (18), France (HAS), Australie (19), Nouvelle-Zélande (19), en Norvège (20), au Royaume-Unis et aux Etats-Unis.

3. Définition, historique et principes des thérapies multifamiliales

Il s'agit d'une méthode thérapeutique qui consiste à mettre ensemble plusieurs familles affectées par la même pathologie.

La thérapie multifamiliale a été créée dans les années 60 par Laqueur. (21)

Laqueur, à qui on doit le terme de « thérapie multifamiliale », a commencé à mettre en place des groupes de patients schizophrènes accompagnés de leurs familles. Il décrivait l'agacement des familles à ne pouvoir échanger avec les médecins sur la pathologie des patients et la méfiance de ces patients lorsque les médecins parlaient d'eux à leur famille. (21)

Il a repéré que l'efficacité de ces prises en charge provenait entre autres de ce qu'il a appelé « l'apprentissage par analogie ». Il a également repéré que de nouvelles formes de soin se créaient à travers ce fonctionnement institutionnel inédit. (21)

Un autre fondement théorique de Laqueur et de son groupe repose sur l'idée de l'anthropologue Gregory Bateson de décrire les problèmes comportementaux comme des « restrictions de redondance » et des « restrictions de feedback ». Les contraintes de redondance se réfèrent à une vision du monde limitée voire étriquée des personnes et les contraintes de feedback au modèle d'interactions interpersonnelles et à la boucle d'évènements qui enferme ces personnes dans un récit répétitif. Lors d'un travail multifamilial, de multiples perspectives s'offrent aux participants au travers d'une double représentation. Lorsqu'il y a plus d'une représentation, la première ouvre la voie à une

deuxième parfois une troisième qui pourra alors déclencher la création, la circulation et la réception de nouvelles données/informations. (22)

L'un des élèves de Laqueur, McFarlane, a poursuivi dans cette voie. Il découvrira notamment que, « le fardeau imposé par la maladie de chaque patient, semble être divisé par le nombre de participants, et non multiplié par le nombre de patients dans le groupe. » Il a, par la suite, développé un programme de thérapie multifamiliale dans un hôpital psychiatrique (McFarlane, 1982). Il a considéré les éléments suivants comme les principaux ingrédients thérapeutiques de cette approche : resocialisation, diminution de la stigmatisation, dissémination modulée, normalisation de la communication et gestion des crises. McFarlane a observé que l'insight des problèmes de la famille ou de ses membres n'était pas essentiel pour qu'un changement thérapeutique se produise. Au lieu de cela, il pensait que les familles pourraient apprendre en se reconnaissant chez les autres, y compris dans leurs dysfonctionnements. Ce processus permet un apprentissage sans qu'il soit nécessaire d'explicitier les problèmes en termes psychologiques. (23)

McFarlane a ensuite développé deux dimensions thérapeutiques qui sont devenues la marque de ses groupes multifamiliaux : la psycho-éducation et la pratique de résolution des problèmes créés par la maladie. (24)

La thérapie multi familiale a donc été appliquée à plusieurs pathologies : initialement aux psychoses (schizophrénie) puis étendues à une multitude de troubles : troubles de l'humeur, troubles des agresseurs sexuels ainsi que dans la prise en charge de troubles sociaux et maladies somatiques.

Cooklin et son équipe du Family Service de Marlborough de Londres ont pu, grâce à la thérapie multifamiliale, aider des « familles à problèmes » considérées comme des « cas désespérés » et impossibles à prendre en charge sur le plan social. (25) Le principe était de retrouver un sens à ces prises en charge qui pouvaient mobiliser jusqu'à une cinquantaine d'intervenants psychiatriques, sociaux ou éducatifs en rassemblant ces familles. Les familles étaient alors vues ensemble, pour permettre à des crises de se produire au sein du groupe. Ces crises étaient peu différentes de celles rencontrées au domicile ou en classe. Il était alors possible de trouver des stratégies de gestion de ces crises « in vivo ». (22)

4. Thérapies multifamiliales et troubles des conduites alimentaires

La thérapie multifamiliale a été appliquée dans la prise en charge de l'anorexie par Asen et Scholz en Allemagne à Dresde et en parallèle par Eisler et Dare en Angleterre à Londres en 2000. (18,26)

Si la thérapie familiale individuelle en ambulatoire s'est révélée être le traitement de référence pour la prise en charge des adolescents souffrant de TCA, Eisler s'est aperçu qu'environ 10% des patients et leur famille y échappaient, notamment les familles à haut niveau d'émotion exprimée qui abandonnaient la thérapie. (17) Ces 10% nécessitaient une hospitalisation à temps complet et un investissement thérapeutique considérable. Ils ont alors cherché une alternative au traitement habituel (26). La MFT fut donc développée initialement pour traiter ces cas résistants d'anorexie mentale. (26)

Il existe plusieurs types de thérapies multifamiliales pour la prise en charge des TCA. Ils comportent des éléments communs :

- La MGF-FBT ou MFT ou MFT-AN : dérivée de la méthode Maudsley de thérapie familiale individuelle. Elle est utilisée principalement dans un premier temps au Royaume-Uni et aux USA (créée par Eisler et Dare puis exportée et approfondie par Locke et La Grange) (26,27)
- Modèle de Dresde créé par Scholz (18)
- La thérapie multifamiliale d'orientation systémique plus utilisée en France (24)
- La thérapie multifamiliale psycho-éducative
- MFT de Depestele : elle diffère de la méthode Maudsley en ceci qu'elle n'attend pas des parents de prendre toute la responsabilité des comportements alimentaires de leurs enfants (28)
- L'IFT ((Multi-family) Intensive Family Treatment) : inspirée de la méthode Maudsley, adaptée sur un programme intensif et bref où les familles reçoivent 40 heures de traitement sur 5 jours.(20)
- La MFTG—RM : développée par Tantillo, elle se fonde sur une approche plus motivationnelle et laisse une latitude plus grande aux patientes et à leur famille (30). Une variante, elle aussi développée par Tantillo & al, a vu le jour récemment : la R4R-MFTG (Reconnection for Recovery-MFTG) qui met l'accent sur la déconnexion interpersonnelle qui fait partie de la maladie anorexique. (31)

Présentation des modèles de thérapie multifamiliale les plus répandus :

5. La MFT-AN

Elle a été développée au sein du Maudsley Centre for Child and Adolescent with Eating Disorder de Londres par Eisler et son équipe. Elle reprend les bases de la méthode Maudsley de thérapie familiale traditionnelle (FT-AN). Elle se démarque par une intensité plus élevée sur des sessions journalières. Elle rassemble dans un même groupe 6 à 8 familles et se déroule sur 24 semaines. (26)

Elle comporte les 3 mêmes phases consécutives que la thérapie familiale individuelle :

- Phase 1 :

Son objectif est de soutenir les parents dans leurs efforts pour permettre à leur enfant de restaurer son poids. Pour cela, le thérapeute enjoint les parents à faire front commun vers la restauration de ce poids.

Dans un premier temps, les parents prennent le contrôle sur les apports alimentaires de leur enfant en surveillant les repas et les collations tout en restreignant l'hyperactivité physique lorsque c'est nécessaire. Ils doivent également limiter les comportements de purge entraînant une perte de poids, comme par exemple les vomissements ou la prise de laxatifs. Engager la famille sur cette tâche requiert du thérapeute de pouvoir transmettre aux parents même si la tâche leur semble impossible, il croit à leur réussite finale. Dans le même temps, le thérapeute doit se montrer compréhensif envers les craintes de la malade tout en expliquant qu'elles ne doivent pas entraver les efforts de ses parents à remettre sa vie dans la bonne voie, et que son poids doit revenir à la normale en dépit des résistances qu'elle

mettra en place. Le thérapeute instruit également la famille autant que celle-ci le demande et le permet sur les effets psychologiques et somatiques du trouble alimentaire, de la dénutrition.

Ceci permet aux parents d'avoir une meilleure compréhension du trouble mais également de renforcer l'idée que l'anorexie est une maladie sévère et qu'elle ne permet pas à ceux qui en souffrent de prendre des décisions saines ou appropriées concernant leur alimentation et l'exercice physique. La fratrie est également engagée pour jouer un rôle de soutien auprès de la patiente, bien que la restauration d'un poids sain reste exclusivement dévolue aux parents.

Le thérapeute ne prescrit pas une marche à suivre précise mais explore plutôt avec les parents comment ceux-ci se sont comportés jusqu'à présent en dehors de la maladie, en pointant leurs forces et en cherchant une façon de les associer à des stratégies de restauration du poids adaptées à la famille.

La phase 1 reste presque exclusivement dédiée à la restauration du poids et au retour d'une alimentation « saine ».

- Phase 2 :

Elle commence lorsque la patiente a atteint un IMC > 90% de l'IMC attendu, qu'elle mange avec moins de résistance et que l'humeur familiale s'est améliorée. On prépare alors le transfert de la responsabilité des prises alimentaires vers la patiente.

Ce processus est conditionné par et l'âge de l'adolescente, les plus jeunes sont fortement encadrés au niveau alimentaire alors que les plus grandes ont plus d'indépendance et de responsabilités. Une fois les parents capables de rendre le contrôle à l'enfant, les sujets et

activités jusqu'alors mis en suspend, peuvent être relancés : par exemple les sorties cinéma entre amis, mais uniquement si l'adolescent maintient un poids sain.

- Phase 3

Elle démarre lorsque l'adolescent a atteint un poids sain pour sa taille et son âge, avec une reprise des règles si c'est une fille. Cette partie du traitement se concentre sur la discussion autour des difficultés rencontrées par l'adolescente lors de son développement et comment le trouble alimentaire a impacté ce développement.

Dans la méthode Maudsley, la maladie est perçue comme l'élément qui a fait sortir l'adolescent de son développement normal. Une fois l'adolescente « remise sur les rails », la thérapie peut désormais se focaliser sur les défis que présente le développement de l'adolescente et sur comment les parents peuvent l'aider à progresser sur cette voie.(14)

L'intérêt et le supplément apportés par la thérapie multifamiliale sont que chaque phase est discutée, comparée, argumentée par chaque participant du groupe et ce, grâce à différentes techniques propres à la thérapie multifamiliale.(17)

6. Méthode de Dresde

Créé par Asen et Scholz à Dresde à la fin des années 90, il se déroule comme suit :
Le programme MFT de Dresde commence par un entretien motivationnel avec chaque famille lors duquel le but et la forme du travail ultérieur sont expliqués. Le programme commence par une semaine intensive de cinq jours de 9 h à 15 h 30. Après un intervalle de

trois semaines, il y a à nouveau trois jours intensifs. Par la suite, les familles y assistent pendant deux jours une fois par mois, ce qui est ensuite réduit à une journée, avant la fin du programme après un an au total. À la suite de ce premier contact, les familles sont invitées à assister à une soirée d'introduction (environ deux heures) au cours de laquelle elles peuvent rencontrer des familles qui ont déjà participé au programme et qui peuvent fournir un précieux retour d'informations aux nouvelles familles. (18)

Comme pour la méthode Maudsley, la première phase du traitement est principalement axée sur les symptômes, avec pour objectif principal de soutenir l'autorité des parents dans la gestion des troubles alimentaires spécifiques du jeune. Les parents sont encouragés à être cohérents et persévérants, en veillant à ce que leur fille (ou très rarement leur fils) respecte les plans et les horaires alimentaires convenus. Cela conduit presque inévitablement à des conflits et remet en question les schémas d'interaction familiale enracinés. Cependant, en accédant et en expérimentant, au fil du temps et avec l'aide d'autres familles leurs propres compétences et ressources en développement, les parents ont tendance à devenir plus confiants et à se sentir plus capables.

L'un des principaux objectifs est que les parents - et non les soignants - assument l'entière responsabilité de la gestion des caractéristiques spécifiques à la maladie de leur enfant, en fixant des limites appropriées et en ne s'impliquant pas dans des négociations et renégociations continues lors des repas. Les problèmes de communication et d'interaction avec la famille se manifestent surtout autour des problèmes d'alimentation, et c'est là le principal objectif pendant les quatre à six premières semaines de MFT. (18)

Pour Scholz et Asen, il est préférable de motiver les familles à endurer ces difficultés s'il existe une forte cohésion de groupe et une pression de groupe qui en résulte, les parents de différentes familles se soutenant les uns les autres, en particulier pendant les repas en

groupe et les heures qui les suivent. Il incombe aux thérapeutes de soutenir les parents dans leurs efforts, et non de s'impliquer à prodiguer des conseils ou dans la prise en charge directe de l'enfant. De nombreuses interventions thérapeutiques ont lieu pendant les repas, les parents mangeant avec leurs enfants et toutes les familles assis autour d'une immense table qui permet également des observations et des interactions entre les familles. Parfois, les adolescents et les parents sont « placés » ou « échangés » dans d'autres familles le temps d'un repas, ce qui permet de gérer les problèmes alimentaires en étant un parent ou un enfant « de substitution ». Cela conduit fréquemment à des changements de perspective importants, car il s'agit d'une expérience nouvelle d'être engagé dans des interactions très différentes autour des problèmes d'alimentation avec des membres d'autres familles. Au cours de cette première phase de travail, l'accent reste mis sur la poursuite de l'établissement de modes d'alimentation plus sains et d'une prise de poids et / ou d'un maintien adéquats. La durée, le contexte de groupe et l'intensité du programme de traitement obligent les patients et leurs parents à s'adapter continuellement à de nouvelles situations et à de nouvelles constellations sociales. Cela conduit à « l'effet de serre » souhaité qui est difficile à créer dans un cadre familial unique. (18)

Au cours de la deuxième phase des travaux (après six à huit semaines), l'attention est portée progressivement sur les problèmes relationnels, tels que les hiérarchies familiales, les alliances et coalitions problématiques, les secrets familiaux, les troubles spécifiques de la communication, l'implication émotionnelle inappropriée, les niveaux élevés de critique exprimée par les parents envers leur enfant et d'autres problèmes.

Au cours de cette phase, la « place » et le « rôle » de « l'anorexie » dans le contexte familial immédiat et élargi sont explorés et abordés, y compris l'apprentissage des « jeux de l'anorexie ». Les schémas familiaux à long terme et transgénérationnels sont examinés et mis à l'épreuve s'ils semblent inutiles. Un objectif très important est que les parents en

particulier deviennent plus compétents et réussissent à gérer les conflits intra-familiaux, ainsi qu'à apprendre à pardonner. Les parents sont encouragés à trouver des moyens de surmonter la paralysie causée par les blessures émotionnelles perçue comme causées par le refus d'alimentation de leur fille et les comportements inappropriés liés au poids. Cela conduit souvent les parents à reconsidérer des aspects de leur propre vie, tels que leurs propres valeurs et aspirations, tout en continuant à assumer la responsabilité du rétablissement de leur enfant malade. (18)

La troisième phase (neuf à douze mois) du MFT est tournée vers l'avenir, en mettant l'accent sur la prévention des rechutes, notamment sur la manière d'identifier les signes avant-coureurs suffisamment tôt. Des problèmes liés à l'autonomie personnelle sont susceptibles d'émerger à ce stade, notamment en ce qui concerne l'alimentation et les préoccupations corporelles. Les conséquences d'une plus grande indépendance - pour le jeune comme pour chaque parent - sont explorées, à la fois dans les rencontres individuelles et familiales. Alors que l'approche principale de la thérapie familiale au cours de la première phase est principalement influencée par les techniques structurelles, elle se revendique plutôt de la thérapie systémique de Milan, de la thérapie narrative et des méthodes de thérapie orientée solutions au cours des deuxième et troisième phases. (18)

7. L'IFT (Intensive (Multi)Family Therapy)

Elle a été mise en place à San Diego aux Etats-Unis. Reprenant les bases de la MFT, elle se pratique dans un temps réduit (5 jours) avec une intensité accrue. Elle comprend des sessions d'éducation thérapeutique, des repas thérapeutiques, des ateliers communs avec la MFT classique. Les troubles alimentaires sont définis auprès des parents comme des

maladies d'origine neurobiologique afin de réduire la culpabilité et augmenter l'empathie des parents. Des stratégies de traitement IFT ont été élaborées et / ou adoptées en réponse à la reconnaissance du fait que les patients, et souvent les membres de leur famille, présentent des niveaux élevés d'anxiété et d'évitement des conflits, des difficultés à tolérer l'incertitude, des déficits intéroceptifs et une réactivité modifiée aux récompenses et aux punitions. (32)

L'IFT se définit à travers six composantes de traitement primaires avec des objectifs très spécifiques. Ces composantes constituent la base du traitement, tous les exercices et activités menés tout au long du programme étant regroupés sous une ou plusieurs de ces composantes. Elles comprennent la thérapie familiale, les repas supervisés en famille, la formation à la gestion parentale, la passation de contrats comportementaux, la formation des patients et la psychoéducation. (32)

Le modèle IFT complet offre une formation aux parents dans la gestion de la maladie conformément aux principes de la FT-AN en conjonction avec d'autres modalités de traitement complémentaires, qui servent toutes à mobiliser les parents pour qu'ils agissent vers un rétablissement, qui préparent les familles à gérer le rétablissement au domicile, et qui facilitent la rémission rapide et soutenue des symptômes chez le patient. Ces objectifs sont atteints en employant des stratégies thérapeutiques qui augmentent la compétence parentale, facilitent un cadre familial qui soutient le rétablissement et fournissent un plan structuré qui favorise la cohérence des approches parentales pour favoriser un comportement axé sur le rétablissement chez le patient. (32)

8. La MFTG-RM

Elle a été créée par Tantillo. L'approche MFTG relationnelle / motivationnelle utilisée dans cette étude, MFTG-RM, est basée sur un nouveau modèle de traitement relationnel / motivationnel fortement influencé par la théorie relationnelle et culturelle, ainsi que par le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente et l'entretien motivationnel de Miller et Rollnick. La théorie relationnelle et culturelle met l'accent sur la façon dont le changement psychologique, la motivation au changement et le rétablissement se produisent à travers l'expérience de la mutualité perçue (PM) (c'est-à-dire la compréhension mutuelle, l'empathie et la confiance) dans les relations avec les autres. Les étapes du modèle transthéorique du changement aident à évaluer le stade et la préparation au changement d'un patient, et l'entretien motivationnel est une approche collaborative centrée sur les patients pour les aider à résoudre l'ambivalence et à franchir ces étapes.

L'approche MFTG a été adaptée par Mary Tantillo à partir de modèles MFTG plus traditionnels (par exemple, passer de l'accent principal sur la résolution de problèmes à des exercices et à des discussions qui favorisent les compétences émotionnelles et relationnelles pour augmenter les PM) et comprenait une rétroaction continue des patients et des familles qui ont reçu un traitement suivi d'une adaptation pour mieux répondre aux défis auxquels les adultes atteints d'anorexie mentale ont été confrontés. Plus précisément, la MFTG-RM présente l'anorexie comme une « maladie de la déconnexion » qui perpétue les processus intrapersonnels (biologiques et psychologiques) et interpersonnels (affectifs et comportementaux) qui déconnectent le patient de soi, de son corps et des autres. L'interaction de ces relations intrapersonnelles (par exemple une mauvaise conscience intéroceptive et confusion ou peur / non-acceptation de ses émotions) et interpersonnelles (par exemple l'évitement ou le repli face à une émotion intense ou les conflits dans les

relations et réduire au silence / minimiser ses sentiments et ses besoins dans les relations), les processus peuvent amplifier les déconnexions interpersonnelles que le patient vit dans ses relations avec les membres de sa famille.

La MFTG-RM améliore les symptômes de l'anorexie mentale en ciblant ces processus, empêchant et / ou réparant ainsi ces déconnexions et favorisant un sentiment de mutualité perçue parmi les patients et les membres de la famille nécessaires à la guérison et au développement psychique.

La MFTG-RM diffère des approches MFTG précédentes dans la prise en charge de l'anorexie mentale car elle va au-delà du modèle cognitivo-comportemental traditionnel de traitement des troubles de l'alimentation, minimise l'accent mis sur la réalimentation et le poids, et comprend les membres de la famille d'origine ainsi que d'autres adultes de confiance (par exemple les partenaires, les meilleurs amis et entraîneurs etc.) qui sont considérés comme des membres de la « famille choisie » ayant un investissement émotionnel dans le rétablissement du patient.

La MFTG-RM va également au-delà des approches traditionnelles de résolution de problèmes psychoéducatifs utilisées dans les traitements conventionnels MFTG pour les adultes atteints d'autres maladies mentales chroniques et se concentre sur le développement des compétences de traitement émotionnel et relationnel nécessaires pour prévenir ou réparer les déconnexions associées à l'anorexie mentale. On pense que ce travail émotionnel et relationnel favorise la MP, augmentant ainsi les connexions avec soi et / ou les connexions avec les autres. (30,31,33)

9. Principes de la MFT

D'après Eisler, les familles essayant de faire face à l'anorexie mentale ont souvent le sentiment que leurs vies ne tournent qu'autour du trouble, menant à un fort sentiment d'isolement social et de stigmatisation.(11) La MFT procure un espace où les familles anorexiques sont la norme, réduisant ainsi cette stigmatisation et cet isolement.(34)L'effet synergique de la combinaison des modalités de groupe et de famille augmente les possibilités d'apprentissage et de changement parmi les membres de la famille en permettant à l'apprentissage d'avoir lieu à partir d'autres familles présentes par l'observation directe, la comparaison et la consultation. Les patientes et leurs familles sont amenées à devenir une communauté thérapeutique forte et durable (c.-à-d. un réseau de soutien) grâce à la capacité du groupe à tirer parti des ressources, des forces et des stratégies d'adaptation combinées de tous les participants. (30) L'administration de thérapies familiales sous forme de groupe semble améliorer l'adoption des principes de la FT-AN, ainsi qu'accélérer les changements nécessaires et le mouvement vers le rétablissement. (35)

À l'instar des programmes intensifs de traitement familial des troubles anxieux, les participants IFT bénéficient de la possibilité de recevoir une pratique en masse et une formation in vivo guidée par un thérapeute sur les facteurs clés impliqués dans la récupération. L'observation et l'intervention du thérapeute en temps réel lors d'événements ciblés tels que les repas, les crises émotionnelles aiguës et les interactions familiales permettent aux parents de recevoir une formation pratique et d'améliorer leur capacité à gérer ces situations. (32)

Les repas, en particulier dans les premiers stades du traitement, sont l'occasion pour les thérapeutes d'évaluer les comportements clés, tant pour les parents que pour les adolescents, afin de formuler des points d'intervention ciblés pour réduire les symptômes

des troubles alimentaires. Les repas sont ensuite utilisés comme une opportunité pour une intervention in vivo, où les parents sont guidés par l'utilisation de stratégies appropriées pour améliorer le comportement des adolescents. (36)

D'un point de vue systémique, la thérapie multifamiliale crée la possibilité d'une boucle de feedback illimitée plus compréhensible pour les patients que le feedback apportés par les soignants. (37)

10. La MFT-AN dans le monde

Cette thérapie est pratiquée en Belgique (38), République Tchèque (39), au Royaume-Uni (26), en Australie depuis 2014 (15), en France (40), aux Etats-Unis (31), aux Pays-Bas (41), au Danemark (37), en Norvège (20), en Suède (42) et en Allemagne (18).

11. Thérapie multifamiliale et boulimie nerveuse

MFT-BN est une adaptation du modèle de Maudsley pour la boulimie. Elle comprend des éléments de thérapie comportementale et dialectique, de TCC et de thérapie systémique.(43)

Elle cherche à répondre à :

- L'alternance des cycles binge/purge pour réduire les symptômes comportementaux de la boulimie
- La gestion des facteurs favorisant la rechute

- Le stress et le poids subis par les familles gérant une condition chronique qui amène culpabilité, honte et colère
- Des schémas de communication et interaction familiaux désorganisés par la maladie(43)

12. Indications, contre-indications et acceptabilité de la MFT

Selon Scholz (34), la MFT est indiquée dans presque tous les cas d'adolescents souffrants d'anorexie mentale, tant que la jeune vit avec au moins un de ses parents et si le ou les parents sont prêts à participer à un tel programme. La MFT peut être contre-indiquée si le jeune - ou le parent – présente un épisode psychotique aigu ou un épisode dépressif sévère, ou s'il y a un grave trouble d'apprentissage. Il est également contre-indiqué en cas de violence ou d'abus intrafamiliaux importants ou d'un autre conflit grave impossible ou trop dangereux pour la famille d'être ensemble dans la même pièce. La MFT peut également être effectuée si le jeune a été temporairement admis en soins hospitaliers. Il est possible, dans les phases initiales, de combiner les soins hospitaliers traditionnels avec la MFT. Cela permet à l'adolescent d'être physiquement dans un environnement sûr tout en ayant un degré élevé de participation parentale. Si le patient est dans un mauvais état de santé somatique ou mentale, la participation peut devoir être limitée à quelques heures à la fois. Les parents peuvent également assister sans le jeune, et dans de tels cas, ils rapportent fréquemment que le groupe leur donne confiance et soutien émotionnel, tout en les aidant à pratiquer certaines compétences avec d'autres patients souffrant de troubles alimentaires. (18,34)

Eisler et Dare rapportent qu'il leur a été possible de prendre en charge des patientes à un IMC d'un minimum de 11,5 et qu'ils ont pu prendre en charge des patientes sévèrement dépressives ou avec des idées suicidaires sans qu'il y ait besoin d'une hospitalisation, le groupe étant suffisamment contenant pour un maintien en ambulatoire. (26)

13. Quelques techniques utilisées en thérapie multifamiliale

- « Le poisson dans le bocal » ou « groupe dans le groupe » : sont mis au centre du cercle des participants en sous-groupe : par exemple une famille, toutes les mères, les patientes etc. Le sous-groupe doit échanger sur un thème pendant que le groupe écoute silencieusement. Le groupe extérieur fait part ensuite de ses impressions avant de devenir lui-même sous-groupe. Cela se termine sur la totalité des participants échangeant leurs impressions sur l'exercice ;
- Les croisements inter-familiaux ou « cross parenting » : les parents d'une famille « adoptent » temporairement l'enfant d'une autre famille lors d'un exercice autour d'un thème précis ;
- L'exercice de la famille fictive : une mère, un père et une patiente de familles différentes sont placés au centre du groupe selon la technique du « poisson dans le bocal », les mères se plaçant derrière la mère et ainsi de suite. Il leur est demandé d'aborder encore une fois un thème particulier et de se mettre en situation. Chaque groupe peut aider son « représentant »
- Mises en situation

- Techniques métaphoriques : permettent de mettre en lumière des représentations familiales au travers de métaphores en passant par des dessins, collages, sculptures

- La « boîte à soucis » : c'est un moyen ludique permettant de recueillir les problématiques de groupes de patients et de les aborder lors des séances suivantes ;

- Visites « d'anciens » : chaque années, d'anciennes familles ou patientes du groupe viennent témoigner de leur parcours vers la guérison auprès des familles actuelles, permettant un espoir vers l'avenir ;

- Tâches à faire à la maison : elles sont adaptées à chaque famille (24)

OBJECTIF

L'objectif de cette étude est de réaliser une revue systématique de littérature de l'effet des thérapies multifamiliales dans la prise en charge de l'anorexie mentale pour en évaluer l'intérêt.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une revue de littérature a été réalisée en utilisant la méthodologie PRISMA (44) en utilisant les bases de données PubMed et Google Scholar, avec l'algorithme suivant : (bulimia OR anorexia OR feeding eating disorders) AND (multifamily therapy OR multiple family therapy)

La période évaluée s'étendait de janvier 2000 à février 2020.

Le processus de sélection des articles est présenté dans la figure 1. Tout d'abord, une première sélection des articles à partir des titres a été réalisée par deux auteurs. Les articles inclus étaient les articles originaux traitant de la thérapie multifamiliale dans la prise en charge de l'anorexie mentale.

Pendant cette sélection, les articles étaient exclus s'ils n'étaient pas écrits en anglais, français ou si le titre ne correspondait pas au sujet de l'étude. Les deux listes d'articles étaient ensuite comparées, et, en cas de désaccord, la décision était obtenue par consensus. Un deuxième tour de sélection, comprenant la lecture intégrale de l'article, était ensuite réalisé par les mêmes deux auteurs. Les désaccords survenant durant ce deuxième tour étaient résolus de manière similaire au premier tour.

Les critères d'exclusion des articles étaient les suivants :

- Absence de données originales (revues de la littérature)
- Absence de relecture par un comité de lecture scientifique
- Absence de rapport direct avec l'objectif de l'étude
- Absence d'informations détaillées sur l'évolution du poids

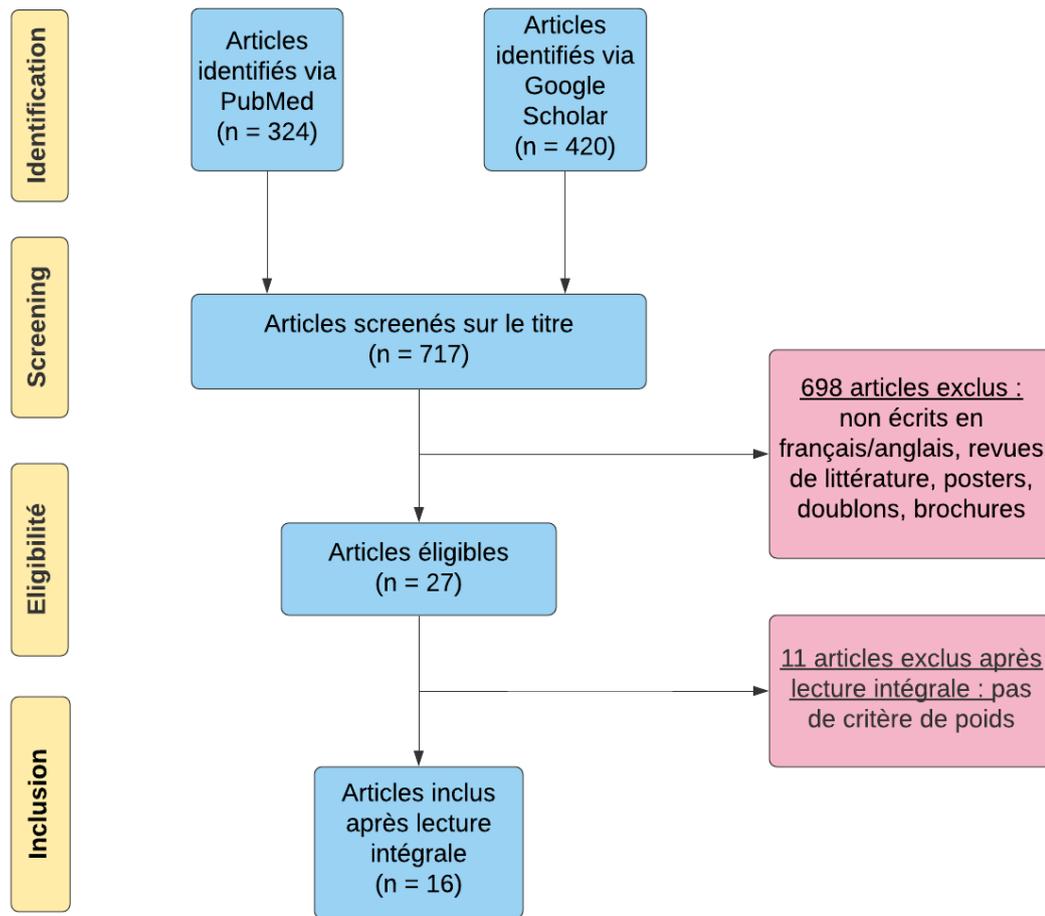


Schéma 1 : Diagramme de flux représentant le processus de sélection des articles

RÉSULTATS

Auteurs et année	Population étudiée	Technique employée et type d'étude	Critère de jugement principal et durée d'évaluation + suivi	Principaux résultats
Geist & al (2000) (45)	25 AN et EDNOS-AN Adolescentes Âge : 12 à 17,4 ans Uniquement des femmes	8 sessions de FTG sur 4 mois vs FBT sur 4 mois Essai comparatif randomisé	+ 16 semaines	Amélioration significative du %IBW pour les 2 groupes ($p < 0.05$) Différence de %IBW non significative pour le groupe de psychoéducation à l'admission, la sortie d'hospitalisation et à 16 semaines
Whitney & al (2012) (46)	48 AN Adultes IMC moyen à 13.3 Âge : non précisé 47 femmes et 1 homme	25 FDW (atelier multifamilial de 3 jours) vs 23 IDW (18h de thérapie familiale par sessions de 1 à 2h) Essai comparatif randomisé	+ 6 et 36 mois IMC GHQ-12 IST	Amélioration de l'IMC dans les 2 groupes IMC > dans le groupe FDW à 6 mois mais < à 36 mois mais résultats non significatifs ($p = 0.11$ à 6 mois et $p = 0.13$ à 3 ans)
Doyen & al (2012) (47)	15 AN et EDNOS-AN Adolescentes de 13 à 17 ans Uniquement des femmes	15 MFTG vs 28 contrôles TAU Essai comparatif non randomisé	Non spécifiée + mesures à 6 et 12 mois Z-score de BMI	Pas de différence significative du z-score de l'IMC à la sortie d'hospitalisation, augmentation à 6 puis 12 mois pour MFTG et diminution pour le groupe contrôle

Hollesen & al (2013) (37)	20 (40% AN et 60% EDNOS) Adolescentes Âge : 12.51 à 17.07 ans Uniquement des femmes	MFT (Adaptation des modèles de Maudsley et Dresde) Etude de cohorte	12 mois IMC, symptômes anorexiques (EDI)	Augmentation significative de l'IMC à EOT, amélioration de la symptomatologie anorexique
Girz & al (2013) (48)	17 (23% AN, 65% BN, 3% EDNOS-BP, 35 % EDNOS-R) Adolescentes Âge : 13 à 17 ans Uniquement des femmes	FBT + MFT (sous forme de repas et soirées), thérapie de groupe, thérapie individuelle Etude de cohorte	149.76 jours + 3 et 6 mois IBW	12/17 ont atteint l'IBW en fin de traitement, 16/17 l'ont atteint à 6 mois et 1/17 à 99% de l'IBW
Mehl & al (2013) République Tchèque (39)	15 TCA restrictifs non spécifiés Âge : 14 à 23 ans IMC de 14.6 à 18.8 Sexe ratio non spécifié	Modèle de Maudsley adapté « Modèle de Prague » 3 jours consécutifs puis 5 sessions sur 24 semaines Etude de cohorte	24 semaines Qualité de vie (SOS-10) et estime de soi (RSES)	Amélioration de la qualité de vie (p = 0.003) et diminution de l'estime de soi (p = 0.007) Amélioration significative de l'IMC (p = 0.027)
Gabel & al (2014) Canada (49)	50 AN Adolescentes Âge : 11 à 18 ans Uniquement des femmes %IBW moyen : 78.4	25 MFT (10 jours répartis sur 9 mois) vs 25 TAU Etude cas-témoin	12 mois %IBW	Amélioration %IBW dans les 2 groupes mais significativement supérieure dans le groupe MFT (p = 0.05)
Dimitropoulos & al (2015) (50)	45 AN Adultes Âge : 18 à 57 ans	28 MFT (8 sessions de 90 minutes) vs 17 FBT (8 sessions de 90 minutes)	8 semaines + 3 mois de suivi IMC, symptômes	Amélioration significative de l'IMC (p < 0.01) sans différence entre les 2 traitements

<p>Gelin & al (2015) (38)</p>	<p>Uniquement des femmes</p> <p>IMC moyen : 15.7</p> <p>82 (95% AN et 5% BN)</p> <p>Adolescents</p> <p>Âge : 11 à 19 ans</p> <p>80 femmes et 2 hommes</p> <p>%EBW moyen : 76.99</p>	<p>MFT modèle Maudsley</p> <p>Etude de cohorte</p>	<p>psychiques de l'anorexie mentale</p> <p>9.85 mois (pas de suivi)</p> <p>%EBW, symptômes psychiques de l'anorexie mentale (EDI-2), qualité de vie (OQ-45)</p>	<p>Amélioration significative à EOT (p = 0.001) de 76.99 %EBW à 86.75 %EBW</p> <p>Amélioration OQ-45</p> <p>Amélioration EDI-2</p>
<p>Johnston & al (2015) (51)</p>	<p>51 (33% AN + 12% BN + 55% EDNOS-R)</p> <p>Adolescentes</p> <p>Âge : 12 à 17.5 ans</p> <p>Uniquement des femmes</p> <p>BMI moyen : 17.58</p> <p>%IBW : 88.64</p>	<p>Programme intensif ambulatoire de 24 sessions sur 8 semaines (IOP = FBT + MFT + TCD)</p> <p>Etude de cohorte</p>	<p>8 semaines + 3, 6 et 12 mois</p>	<p>Amélioration significative à EOT du %IBW : 93.47 (p = 0.001) ainsi qu'à 3 et 12 mois (p = 0.008) par rapport aux mesures précédentes</p> <p>%IBW à 12 mois de suivi à 100.78</p> <p>(Mesures uniquement pour les sujets AN)</p>
<p>Marzola & al (2015) (32)</p> <p>Etats-Unis</p>	<p>92 (82% AN et 18% EDNOS-R)</p> <p>Adolescents</p> <p>Âge moyen : 14.8 ans</p> <p>85 femmes et 7 hommes</p>	<p>28 S-IFT (5 jours intensifs de FBT) vs 64 M-IFT (5 jours intensifs de MFT (Modèle Maudsley))</p> <p>Etude analytique de cohortes</p>	<p>5 jours+ 4 mois et 83 mois</p> <p>%IBW</p>	<p>Amélioration significative pour les 2 groupes du %IBW</p>

<p>Eisler & al (2016) (52)</p> <p>Royaume-Uni</p>	<p>169 (76% AN et 24% EDNOS-R)</p> <p>Adolescents</p> <p>Âge moyen : 15.7</p> <p>154 femmes et 15 hommes</p> <p>%mBMI à 78.0</p>	<p>85 MFT (10 sessions sur 9 mois) + FBT vs 82 FBT seule</p> <p>Essai clinique contrôlé randomisé</p>	<p>6 mois</p> <p>Morgan-Russel Scale</p> <p>%mBMI</p>	<p>Amélioration du %mBMI pour les 2 groupes. Pas de différence significative entre les 2 groupes à EOT. Amélioration du %mBMI significativement meilleure (p = 0.01) à 6 mois de suivi pour la MFT</p>
<p>Salaminiou & al (2015) (53)</p>	<p>30 (90% AN et 10% EDNOS-R)</p> <p>Âge moyen : 15.4 ans</p> <p>Adolescents</p> <p>27 femmes et 3 hommes</p> <p>%mBMI moyen à 75.8</p>	<p>MFT modèle Maudsley (9 mois)</p> <p>Etude de cohorte</p>	<p>9 mois + 6 mois</p> <p>%mBMI</p>	<p>Amélioration à EOT du %mBMI, amélioration significative à 6 mois de suivi (p = 0.001)</p>
<p>Dennhag & al (2019) (42)</p>	<p>24 (9 AN et 15 EDNOS)</p> <p>Adolescentes</p> <p>Âge : 13 à 16 ans</p> <p>Uniquement des femmes</p> <p>%EBW moyen : 93.04</p>	<p>MFT (1 an) + TAU (FBT, thérapie individuelle et/ou hospitalisation)</p> <p>Etude de cohorte</p>	<p>1 an</p> <p>%EBW</p>	<p>Amélioration significative du %EBW (p = 0.002) à EOT</p>
<p>Tantillo & al (2019) (31)</p>	<p>10 (4 AN et 6 EDNOS DSM-5)</p> <p>Adultes</p> <p>Pas d'information sur le sexe ratio</p>	<p>R4R MFTG : 16 sessions sur 26 semaines</p> <p>Etude de cohorte</p>	<p>26 semaines + 6 mois</p> <p>IMC</p>	<p>Amélioration non significative de l'IMC à EOT et 6 mois de suivi</p>

Skarbø & al (2020) (20)	IMC moyen : 20.65			Amélioration non significative de l'IMC à EOT pour la totalité des patientes ni pour les AN spécifiquement. Amélioration significative (p = 0.007) pour les patientes AN et BN avec un IMC au début du traitement < 18.5
	68 (52 AN et 16 BN) Adultes Âge moyen : 21.3 ans Uniquement des femmes IMC moyen : 16.6 (13.5 à 18.4)	Inspirée de la méthode Maudsley Etude de cohorte unique	12 mois IMC	

Tableau 1 : Caractéristiques et résultats des études incluses concernant le critère principal de poids.
EOT = End Of Treatment, MFT = Multiple Family Therapy, FBT = Family Based Therapy,
AN = Anorexia Nervosa, BN = Bulimia Nervosa, EDNOS = Eating Disorder Non Otherwise
Specified (+ AN ou + BN ou + R = Restrictive), S-IFT = Single Family - Intensive Family
Therapy, M-IFT = Multiple Family - Intensive Family Therapy, %IBW = % of Ideal Body
Weight, IOP = Intensive Outpatient Programme, TAU = Treatment As Usual

I. Caractéristiques des études sélectionnées

Sur 16 études, 7 sont des études comparatives, parmi elles 2 sont des essais randomisés de forte puissance. 9 sont non comparatives, ce sont toutes des études de cohorte.

II. Caractéristiques des populations étudiées

1. Âge des patients

Sur 16 études, 11 études ont inclus exclusivement des adolescents, sur celles-ci l'âge varie de 13 à 17 ans, la moyenne d'âge est de 15.4 ans. 4 ont uniquement des adultes. 1 mélange jeunes adultes et adolescentes. (39)

2. Sexe

Sur 16 études, 10 comportent uniquement des femmes. 5 comprend hommes et femmes avec un sex ratio inférieur à 1H/10F. Aucune ne comprend que des hommes. Une étude ne spécifie pas directement le sexe de l'échantillon mais il y est sous-entendu qu'il s'agit uniquement de femmes. (39)

3. Diagnostics

Les diagnostics posés d'anorexie mentale, boulimie et EDNOS sont issus des critères du DSM-IV ou du DSM-5. 3 étudient uniquement des anorexiques, 7 se penchent sur les patientes avec un TCA restrictif (AN ou EDNOS-R ou EDNOS-AN) dont une où le diagnostic n'est pas spécifié (39) et 6 mélangent AN + BN + EDNOS (BN ou AN ou R).

III. Interventions

Parmi les études comparatives, 1 étude compare groupes familiaux psycho-éducatifs versus thérapie familiale individuelle. (45) 1 observe la différence entre FBT + MFT et FBT seule. (52) 1 étudie des ateliers multifamiliaux vs FBT. (46) 2 la MFT vs TAU (dont FBT). (47,49) 1 la M-IFT vs S-IFT. (32) 1 la MFT vs FBT (50)

Parmi les études non comparatives, 5 étudient l'effet de la MFT ou une méthode inspirée du modèle de Maudsley. 1 étudie l'effet de la MFTG. (31) 2 études étudient l'effet de la MFT + FBT (48,54). 1 étude un programme intensif de MFT, FBT et TCD combinées. (51)

IV. Critère principal pour les études non comparatives

Sur 9 études, 7 montrent une amélioration significative du critère principal à la fin du traitement. 1 ne montre pas d'amélioration à la fin du traitement et à 6 mois de suivi. (31) 1 ne montre pas d'amélioration significative pour l'ensemble des sujets mais montre une amélioration significative pour le sous-groupe des patientes anorexiques et boulimiques dont l'IMC était inférieur à 18.5kg/m². (20)

V. Critère principal pour les études comparatives

Sur 7 études, toutes montrent une amélioration significative du critère principal à la fin du traitement.

Dans ces études comparatives les populations étudiées sont toutes comparables à l'inclusion sur le critère principal mais dans l'étude de Doyen et al. (47), le groupe contrôle est apparié sur l'âge l'attribution de la MFTG a fait que les patientes du groupe MFTG étaient plus sévères. Les patientes avaient en effet des durées d'hospitalisations plus élevées, un taux plus élevé de comorbidités, une plus grande fréquence d'hospitalisations (une ou plus) dans leurs antécédents ainsi qu'un fonctionnement familial complexe.

DISCUSSION

I. Synthèse des résultats

Sur les 16 études que comprend cette revue, 14 montrent une amélioration significative de l'IMC à la fin de la thérapie multifamiliale et/ou après suivi. 1 études ne retrouvent pas d'amélioration significative à la fin du traitement. (31) 1 étude trouve une amélioration significative pour le sous-groupe de patientes AN et BN avec un IMC < 18.5. (20)

On ne retrouve pas de différence significative pour l'amélioration du poids dans certaines études entre MFT et FBT et dans d'autres elle est significativement plus efficace que la thérapie familiale individuelle, elle-même traitement de référence pour l'anorexie mentale chez les adolescentes.

Si l'étude de Tantillo & al (31) ne montre pas d'amélioration significative, ces résultats sont à pondérer : l'IMC moyen initial est de 20.65 kg/m² et à la fin du traitement de 21.19, le plus faible étant de 16 et le plus élevé de 26.1, on est donc loin d'une population uniforme avec un poids qui entreraient dans les critères de dénutrition et il n'est pas précisé si les patientes EDNOS souffrent d'un TCA restrictif ou d'une forme atténuée de boulimie.

L'étude de Marzola & al (32) montre une amélioration significative du %IBW à long terme pour la forme intensive de MFT et de FBT sans différence significative entre les deux. Sur certains critères pourtant, la MFT semble supérieure (sans calcul statistique cependant) comme l'acceptabilité du traitement à 87% de participants estiment utile la forme multifamiliale contre 60% dans la forme individuelle. Il faut également pondérer ces résultats avec la durée de suivi en moyenne de 22.5 mois dans le groupe I-MFT et 53.4 mois dans le

groupe I-FBT, faisant qu'une différence d'âge en fin de suivi et donc de recueil de données se crée avec un âge moyen dans la population I-FBT de 19 ans et de 16 ans dans la population I-MFT. Un suivi plus long entraînant plus de guérisons il faudrait pouvoir apparier ces résultats sur la durée de suivi. (55)

Dans l'étude de Doyen & al (47), la population qui bénéficie de la MFT est une population plus sévère sur le plan symptomatique, avec plus d'hospitalisations et une évolution de la maladie à l'entrée dans la thérapie plus longue que le groupe contrôle et on retrouve tout de même des résultats en faveur de la MFTG (BMI qui continue à augmenter à 12 mois suite à la sortie d'hospitalisation contre une diminution chez le groupe témoin). Elle semble donc intéressante quand la prise en charge classique échoue, notamment dans des familles où l'expression émotionnelle est élevée. Elle s'est révélée plus efficace chez des familles plus « sévères » (jusqu'à 3 rechutes, avec comorbidités psychiatriques plus fréquentes) que la FT-AN chez des patientes moins sévères. (47)

Il est toutefois à noter que toutes les formes de MFT ne sont pas appropriées pour des maladies sévères ou des familles avec des relations parents-enfants fortement dégradées : le modèle Maudsley est prouvé efficace dans ces situations mais les méthodes mettant l'accent sur l'autonomie des patients pourraient se révéler insuffisamment contenant et structurantes. (28,56)

Elle est mieux tolérée et mieux acceptée chez des familles qui risquent de se sentir ou se sentent jugées dans leurs comportements et la façon dont elles prennent en charge leur enfant ou encore chez des familles pour lesquelles la thérapie familiale individuelle est vécue comme trop intrusive. (47)

Un autre élément prometteur est le faible taux d'abandon du traitement en comparaison avec le taux moyen, il est par exemple de 7.4% dans l'étude de Skarbo & al, 8.5% pour Gelin & al et entre 2 et 3% seulement pour Scholz et Asen. (18,20,38) Ce faible taux est certainement l'une des grandes forces de la thérapie multifamiliale. En effet dans la prise en charge des patientes anorexiques, le taux d'abandon du traitement est plus élevé que dans le reste des troubles psychiatriques : celui-ci varie de 20.2% à 51% pour les hospitalisations et 29% à 73% en ambulatoire selon Fassino et al, DeJong et al précise que ces chiffres vont de 4% à 26.7% pour la thérapie familiale. Ils vont de 8% au minimum pour la TCC individuelle à 100% maximum pour les interventions basées sur des conseils diététiques et vont en moyenne de 30 à 40% dans la plupart des traitements. (57,58)

Il a été prouvé qu'un traitement ambulatoire était préférable à l'hospitalisation, la MFT étant plus facilement acceptable elle permettrait potentiellement d'éviter les hospitalisations et la perte de chance qu'elles occasionnent. (3)

Forces de l'étude :

Il s'agit d'un travail qui se veut exhaustif. Le critère principal choisi est reproductible, quantifiable. La thérapie est éprouvée dans différentes configurations : en hospitalisation, chez des personnes anorexiques, EDNOS ou boulimiques, des familles « difficiles », chez des adolescentes, chez des adultes. Cela donne un éventail large de situations dans laquelle elle peut être appliquée.

II. Apports de la thérapie multifamiliale

On observe donc une amélioration suite à la thérapie multifamiliale au niveau du poids. Ce n'est pas là le seul bénéfice qu'apporte cette thérapie, et si celui-ci est le plus tangible il faut prendre en considération les autres qui feraient de la thérapie multifamiliale une thérapie de choix dans la prise en charge de l'anorexie mentale et peut-être d'autres TCA comme la boulimie.

On observe une baisse du nombre d'hospitalisations de 30%, une durée moyenne d'hospitalisation réduite de 25% et les réhospitalisations diminuées de moitié. (18,34)
La thérapie multifamiliale appliquée par McFarlane montre moins de rechute à terme que les autres interventions, quel que soit le type de thérapie. (23)

On peut donc émettre l'hypothèse que cela pourrait s'appliquer aussi pour les troubles des conduites alimentaires.

Le cas des adultes est à considérer. Il n'y a pas de traitement de référence chez l'adulte dans la PEC de l'anorexie mentale. Ceux-ci sont moins enclins encore que les adolescents à impliquer leur famille dans la prise en charge (61% des adultes AN refusent d'impliquer leur famille dans le traitement, les essais et les questionnaires (59)), il y a donc une barrière supplémentaire à une prise en charge thérapeutique pour cette population. Il serait donc intéressant de comparer l'acceptation des soins chez les adultes entre les thérapies individuelles, les thérapies familiales et plus particulièrement multifamiliales. Cela semble d'autant plus important étant donné l'excellente acceptabilité du traitement par les familles d'adolescents. (31,34,60)

Le coût financier et humain est également en faveur de la thérapie multifamiliale : là où il faut mobiliser jusqu'à 3 thérapeutes pour une seule famille et ce sur plusieurs séances, il en faudra 6 pour 6 à 8 familles. Elle ne demande pas ou très peu de matériel supplémentaire en dehors des ateliers thérapeutiques et nécessite uniquement une salle suffisamment grande pour accueillir plusieurs familles et thérapeutes.(18,23,26)

Cet argument à lui seul pourrait justifier l'utilisation à plus grande échelle de la MFT : sur le plan financier elle demande peu de matériel qui ne soit pas déjà disponible dans les structures de soins, elle requiert uniquement d'une formation des soignants.

Etant efficace à plusieurs niveaux de sévérité de la maladie, en hospitalisation à temps complet, hôpital de jour ou suivi ambulatoire elle peut être utilisée à chacune de ces étapes, ne demandant pas de personnel supplémentaire à celui déjà dans les structures. (20,28,31,38)

On notera un obstacle évident inhérent à tout travail en groupe et toute thérapie en présentiel : il faut que les familles puissent se réunir toutes ensemble à un horaire fixe, ce qui peut être compliqué pour les parents seuls ou éloignés et a fortiori s'il fallait ajouter selon le type de thérapie la fratrie et l'entourage proche des patientes et évidemment disposer de locaux suffisamment grands pour accueillir tout le monde.

III. Perspectives

1. Quel avenir pour la thérapie multifamiliale ?

Il existe des barrières à la thérapie multifamiliale. Pour pallier à ces barrières qui limiteraient l'accès à la thérapie, il faudra trouver des solutions. Il s'agira par exemple de réduire la durée de la thérapie ou en augmenter l'intensité à l'instar de Marzola & al (32) qui ont adapté la MFT sur un format intensif et court (5 jours) pour des familles ayant des difficultés à accéder à la prise en charge classique avec une efficacité comparable à la thérapie familiale individuelle intensive.

Le concept de parent « expert » de la maladie et de son enfant, cher à la FT-AN, pourrait gagner à être développé : la thérapie multifamiliale se fonde en partie sur l'échange de points de vue, de réussites entre familles, certaines plus anciennes ou de patientes guéries étant de précieuses ressources au sein de ces groupes. On pourrait se plaire à imaginer des « familles pairs aidants » animant des groupes en ou hors d'hospitalisation.

On pourrait imaginer également reprendre certains concepts de la thérapie institutionnelle avec des « clubs thérapeutiques » étendus aux familles. Ces groupes pourraient se réunir hors du cadre hospitalier pour continuer à échanger sur leurs pratiques, s'apporter un soutien mutuel voire parfois décharger certaines familles épuisées ou dépassées en hébergeant des patientes, devenant des personnes ressources au même titre que la famille ou des amis. Il a déjà été prouvé pour la FBT que l'adjonction de consultations de parent à parent (les parents ayant déjà complété le programme Maudsley rencontrant des parents débutant le programme) améliorerait significativement la prise de poids des patientes plus il y a de consultations. (61)

Il nous est apparu empiriquement sur cette période de crise sanitaire que l'utilisation des nouvelles technologies et en particulier de la téléconsultation a permis de maintenir une prise en charge à distance et un lien avec les patients et de manière plus inattendue avec leur famille. Nous avons pu pratiquer des entretiens familiaux dans des conditions tout à fait confortables. Au vu du jeune âge de la patientèle et l'accès aux nouvelles technologies, la propension à utiliser les réseaux sociaux et les outils type visio-conférence, il serait envisageable de créer des groupes multifamiliaux avec thérapeutes pour faciliter l'accès à la thérapie si des obstacles à la présence lors des sessions de groupe dans la structure devaient exister et surtout si une crise de ce genre devait perdurer ou se produire à nouveau. Il est connu que cette impossibilité pour les familles à se déplacer empêche de proposer cette prise en charge. (50) Ces groupes pourraient comme imaginé précédemment continuer à évoluer en dehors du cadre hospitalier et sans soignant pour permettre un soutien et augmenter les interactions interfamiliales même après la thérapie.

Cette possibilité de poursuivre les échanges familiaux hors de l'hôpital et même après la thérapie semble d'autant plus importante qu'une étude récente évoque les difficultés que peuvent rencontrer les parents à l'issue de la MFT. En effet la MFT de même que la FBT aborderaient de manière inadéquate la culpabilité des parents en externalisant la maladie, perpétueraient cette culpabilité parentale en augmentant l'anxiété au sujet de l'anorexie mentale et en leur attribuant la responsabilité de réalimenter leur enfant dans la phase 1 du traitement et une fois la thérapie terminée, elles laisseraient ces parents aux prises avec un avenir incertain et craignant pour le bien-être de leurs enfants. (62) Bien qu'efficace, cette thérapie peut encore être améliorée sur ces points précis. Cela donnerait une solution à l'une des barrières (distance physique, emplois du temps incompatibles) identifiées par les patients à inclure les membres de leur famille dans la prise en charge.

Des études montrent des résultats encourageant pour les interventions basées sur des outils internet pour les membres de la famille des personnes anorexiques au Royaume-Unis et en Australie. (63–65) On retrouve déjà des utilisations basées sur des outils internet (sites web) à destination des patients souffrant de TCA ou leurs familles dont l'acceptation est excellente. (63–65)

C'est un outil suffisamment souple pour être utilisé avec des familles de patientes hospitalisées ou non, adaptable sur la durée (sessions répétées sur plusieurs mois, semaine intensive). Il se dérive sous plusieurs formes et met l'accent selon la méthode sur l'autonomie des patientes ou l'empowerment des familles et permet de naviguer d'une frange du spectre des troubles alimentaires à l'autre (anorexie restrictive pure à boulimie nerveuse avec ou sans comorbidités).

Il ressort qu'un des aspects majeurs et possiblement initiateur de changements est l'intensité que permet la méthode, un véritable « effet de serre » décrit par plusieurs auteurs (18). L'échange constant de points de vue, les variations potentiellement infinies offertes pour les interactions lors des échanges inter et intrafamiliaux qui sont plus que la somme des participants mais un multiple de ceux-ci. (37)

2. Nouvelles données en attentes

Une étude randomisée, contrôlée (versus thérapie familiale individuelle) prospective et multicentrique est en cours de réalisation en France. Elle étudiera comme critère principal la non infériorité de la MFT dans l'amélioration de l'IMC. Les critères secondaires seront : l'acceptabilité du traitement, d'identifier une possible indication préférentielle à la MFT, si la MFT est non-inférieure : l'analyse de supériorité, un suivi à 6 mois après thérapie selon les

mêmes critères et fait nouveau et non négligeable : le coût de l'implémentation des deux techniques de thérapie familiale à travers une analyse coût-efficacité. (66)

Il apparaît au vu de la littérature actuelle sur les thérapies multifamiliales que plusieurs pistes n'ont pas été encore très explorées jusqu'à présent notamment :

- Le moment où introduire la thérapie multifamiliale : pendant l'hospitalisation, après l'hospitalisation ? En première ligne ?
- L'impact de la MFT à long terme : maintien de l'amélioration clinique ? Une étude semble le suggérer par un IMC qui se maintient jusqu'à 5 ans dans la FBT, est-ce comparable pour la MFT ? (67)
- Quelle forme de MFT et pour quel type de patients ? (Éducationnelle ? Maudsley ? Basée sur l'autonomisation ?)
- Quelle durée et fréquence des sessions est la plus optimale ?

L'IFT qui s'étale sur 5 jours se révèle efficace (32), faut-il alors maintenir le traitement pendant plusieurs mois comme dans la méthode Maudsley ? La FBT étant aussi efficace en format court qu'en format long pour l'anorexie mentale d'évolution récente et ce à long terme (68), bien que le format à long terme bénéficie à des populations plus sévères (67). Cet effet est-il comparable dans la thérapie multifamiliale ?

3. La MFT face à une réalité clinique et sanitaire

Dans un contexte sanitaire tel que le nôtre, où il y a peu de soignants spécialisés dans la prise en charge des TCA, les restrictions budgétaires que subit l'hôpital public français,

la MFT pourrait apporter une réponse. Dans notre service de troubles des conduites alimentaires du CHR de Lille, centre référence des Hauts-de-France et donc concentrant des cas graves d'anorexie mentale ou de boulimie, les délais de prise en charge en hospitalisation peuvent parfois excéder 2 mois, notamment lors de crises sanitaires (ex avec la COVID 19).

De par mon expérience clinique d'interne au sein d'un service d'hospitalisation à temps complet TCA j'ai pu réaliser que même avec 3 internes, pratiquer des entretiens familiaux réguliers pour 11 patientes s'avère difficilement possible. Le fait d'intégrer ces patientes au sein de groupes multifamiliaux pourrait permettre une prise en charge plus efficace, en donnant aussi un espoir aux familles avec des patientes prises en charge en ambulatoire ou en hôpital de jour et donc par définition moins sévères.

Une prise en charge plus précoce via la MFT et la meilleure rémission à long terme qu'elle apporte pourrait permettre d'éviter une surcharge de la file d'attente en évitant les hospitalisations et réhospitalisations. Cela donnerait aussi une opportunité de mutualiser des moyens humains et des compétences cliniques. Cela nous donnerait la possibilité d'offrir une continuité des soins plus efficace et une meilleure réactivité : certaines patientes qui jusqu'alors ne pouvaient sortir d'hospitalisation pour différentes raisons (familles en difficulté, poids limite) ou qui le voudraient malgré un avis médical défavorable le pourraient désormais et celles en attente d'une hospitalisation bénéficieraient d'une « zone tampon » pour temporiser.

IV. Limites de l'étude

Sur les 16 études incluses, seules trois sont des essais randomisés (45,46,52) dont une seule de forte puissance. (52)

Le nombre absolu d'études retrouvées avec le critère principal retenu ici est faible. Peu d'études sur la thérapie multifamiliale dans la prise en charge de l'anorexie mentale existent. En chiffre absolu on retrouve peu d'études comparatives.

Il est possible que la revue ne soit pas exhaustive malgré l'attention portée à la sélection des articles, les bases de données n'étaient pas exhaustives de même que l'algorithme utilisé a pu omettre des articles en lien avec le sujet.

Il existe un biais d'attrition pour les mesures à long terme, biais récurrent dans les études sur l'anorexie, en effet cette population est plus à risque d'être perdue de vue ou d'arrêter le traitement que dans les autres troubles psychiatriques. (57,58)

Le traitement proposé étant une psychothérapie qui varie selon les praticiens et les structures dans laquelle elle est employée, elle est donc peu reproductible. On retrouve quasiment une variante par centre qui l'utilise et donc par étude. De plus elle évolue avec les années dans ces mêmes centres à son compte, s'éloignant un peu plus du modèle original (durée des interventions variable, populations qui ne sont pas toujours comparables en termes d'âge, de poids, de diagnostic, de sévérité de la maladie, différence entre les interventions et des intervenants). Ceci pourrait expliquer les divergences des études sur le sujet. Il faudrait pouvoir appliquer une méthode unifiée, après en avoir dégagé les composants qui permettent son efficacité et multiplier les études rigoureuses sur le plan méthodologique avec dans l'idéal une plus forte puissance.

D'un autre côté peut s'envisager ce que différents auteurs suggèrent, à savoir que les ingrédients pour la réussite de la thérapie multifamiliale n'étant pas liés à la forme de l'intervention mais plutôt au fond, à savoir l'intensité et « l'effet de serre » permis par le regroupement de familles affectées par la même pathologie, le type d'intervention multifamilial importerait alors peu. De fait ne faudrait-il pas simplifier l'intervention qui peut se trouver alourdie par certains ateliers et se concentrer sur ce qui est réellement moteur du changement dans cette thérapie ? Les ateliers thérapeutiques ne reçoivent d'ailleurs pas le même accueil par les participants qui seraient les plus à même de nous éclairer sur l'intérêt de ces ateliers. (69)

Si plusieurs études montrent une amélioration avec l'adjonction de la MFT à la FBT (49,52,53), il est impossible de déterminer s'il s'agit là d'une amélioration qu'apporte spécifiquement la MFT ou si elle provient de l'augmentation de fréquence et d'intensité des soins qui pourrait être similaire en ajoutant simplement d'autres séances de thérapie familiale individuelle. Les études qualitatives nous renseignent un peu plus sur ce point et suggèrent que l'apport de la MFT n'est pas qu'une simple augmentation dans l'intensité des soins mais qu'elle permet d'atteindre des cibles thérapeutiques supplémentaires. (35,70,71)

Le critère retenu dans ce travail n'est pas retrouvé dans les rares études portant sur la MFT dans la prise en charge de la boulimie uniquement. (43,72) Le poids n'est pas une variable qui y est étudiée. Dans les études qui comportent des sujets boulimiques ou EDNOS-BN en plus des sujets avec troubles restrictifs les résultats ne sont pas différenciés pour cette population, pour exemple l'étude de Johnston & al qui ne prend d'ailleurs en compte le critère du %IBW que pour la population anorexique.(51) Ce critère semble donc peu pertinent pour la boulimie et à fortiori les EDNOS-BN. Il ne l'est pas du tout pour le binge eating disorder pour lequel on ne retrouve de tout façon pas de prise en charge par la MFT.

On ne retrouve pas d'étude s'attelant spécifiquement à la recherche de barrières à la mise en place de la MFT. Cela a été fait pour la thérapie familiale individuelle : les barrières connues à l'adoption et la pratique de celle-ci sont soit des barrières qui lui sont inhérentes (comme l'anxiété du thérapeute à effectuer des repas thérapeutiques avec les familles et de gérer l'aspect diététique à la place des diététiciens), soit des barrières systémiques et organisationnelles (par exemple le peu de supports de référence et le manque de compréhension de la FBT), soit des barrières interpersonnelles (par exemple l'inconfort du thérapeute à travailler avec des familles s'il n'en a pas l'habitude ou reçu la formation) ou évidemment des barrières propre à la maladie (la difficulté à traiter des adolescents atteints de troubles alimentaires et plus spécifiquement l'anorexie mentale) (27)

L'une des barrières les plus importantes reste le nombre limité de soignants formés à la thérapie multifamiliale voire tout simplement formés à la prise en charge des TCA ainsi qu'un nombre insuffisant de structures en France selon la FFAB. Il est dès lors difficile pour les familles d'accéder à ces centres. La région des Hauts-de-France qui reste relativement bien dotée en comparaison avec le reste de la France ne compte que 3 centres spécialisés dont un seul (au CHRU) bénéficie d'une possibilité d'hospitalisation et de soins en réanimation pour des cas graves de dénutrition extrême.

Les données existent, on retrouve plusieurs formes de MFT basées sur différents modèles qui empruntent différents courants psychiatriques (thérapies de groupe, systémique, TCC, TCD) et ne la cantonnent donc pas à un courant spécifique. Cette variété est probablement à la fois une force et une faiblesse, elle n'est donc pas restreinte à une niche bien déterminée mais ne donne pas une version unifiée et suffisamment reproductible de cette méthode thérapeutique.

CONCLUSION

La thérapie multifamiliale s'avère efficace dans la prise en charge de l'anorexie mentale d'après plusieurs études en termes d'amélioration de poids. Elle est retrouvée plus efficace que la thérapie familiale individuelle, elle-même recommandée dans la prise en charge des adolescents. Elle est également efficace dans la prise en charge de patientes adultes. Pourtant elle reste peu répandue malgré cette efficacité.

On peut se demander pourquoi, au vu des bénéfices directs et indirects et les avantages qu'apporte la MFT, cette technique n'est pas plus employée dans la prise en charge des troubles alimentaires. Elle est pourtant manualisée et déjà présente dans une dizaine de pays et ce depuis 20 ans. (14) Elle gagnerait sans doute à être plus diffusée via des formations, ce qu'entreprennent déjà certains centres. (20) Il pourrait être intéressant d'explorer les barrières, si elles existent, qui empêcheraient une utilisation généralisée et à grande échelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. HAS, INSERM, AFDAS-TCA. Recommandation de bonne pratique. Argumentaire . Anorexie mentale : prise en charge. 2010;1–167.
2. Couturier J, Isserlin L, Norris M, Spettigue W, Brouwers M, Kimber M, et al. Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Eat Disord.* 2020;8(1):1–80.
3. Excelense NI for H and C. Eating disorders: recognition and treatment. *Natl Inst Heal Care Excell [Internet].* 2017;(May 2017):1–41. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69%0Ahttps://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>
4. Grigioni S, Déchelotte P. Épidémiologie Et Évolution Des Troubles Du Comportement Alimentaire. *Médecine Nutr.* 2012;48(1):28–32.
5. Mohammadi MR, Mostafavi SA, Hooshyari Z, Khaleghi A, Ahmadi N, Molavi P, et al. Prevalence, correlates and comorbidities of feeding and eating disorders in a nationally representative sample of Iranian children and adolescents. *Int J Eat Disord.* 2020;53(3):349–61.
6. Smink FRE, Van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14(4):406–14.
7. Roux H, Chapelon E, Godart N. Épidémiologie De L'Anorexie Mentale : Revue De La Littérature. *Encephale.* 2013;39(2):85–93.
8. Treasure J, Todd G. Interpersonal maintaining factors in eating disorder: Skill sharing interventions for carers. *Bio-Psycho-Social Contrib to Underst Eat Disord.* 2016;1(4):125–37.
9. Ágh T, Kovács G, Supina D, Pawaskar M, Herman BK, Vokó Z, et al. A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eat Weight Disord.* 2016;21(3):353–64.
10. López-Larrosa S. Quality of Life, Treatment Adherence, and Locus of Control: Multiple Family Groups for Chronic Medical Illnesses. *Fam Process.* 2013;52(4):685–96.
11. Eisler I. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Fam Ther.* 2005;27(2):104–31.
12. le Grange D, Eisler I. Family interventions in adolescent anorexia nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2009 Jan;18(1):159–73.
13. Madden S, Hay P, Touyz S. Systematic review of evidence for different treatment settings in anorexia nervosa. *World J psychiatry [Internet].* 2015 Mar 22;5(1):147–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25815264>
14. Eisler I, Simic M, Blessitt E, Dodge L. *Maudsley Service Manual for Child and Adolescent Eating Disorders.* 2016;(July):154.
15. Dawson L, Baudinet J, Tay E, Wallis A. Creating Community – The Introduction of Multi-Family Therapy for Eating Disorders in Australia. *Aust New Zeal J Fam Ther.* 2018;39(3):283–93.
16. Eisler I, Lock J, le Grange D. Family-based treatments for adolescents with anorexia nervosa: Single-family and multifamily approaches. In: *The treatment of eating disorders: A clinical handbook.* New York, NY, US: Guilford Press; 2010. p. 150–74.
17. Eisler I, Dare C, Russell GFM, Szukler GI, Le Grange D, Dodge E. Family and Individual Therapy in Anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54(11):1025.

18. Scholz M, Asen E. Multiple family therapy with eating disordered adolescents: Concepts and preliminary results. *Eur Eat Disord Rev.* 2001;9(1):33–42.
19. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014;48(11):977–1008.
20. Skarbø T, Balmبرا SM. Establishment of a multifamily therapy (MFT) service for young adults with a severe eating disorder-experience from 11 MFT groups, and from designing and implementing the model. *J Eat Disord.* 2020;8(1):1–12.
21. Laqueur HP, Laburt HA ME. Multiple Family Therapy. *Curr Psych Ther.* 1964;(4):150–4.
22. Asen E. Multiple family therapy: an overview. *J Fam Ther [Internet].* 2002 Feb 16 [cited 2020 Feb 23];24(1):3–16. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1467-6427.00197>
23. McFarlane WR. Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders.* New York, NY, US: Guilford Press; 2002. xxiii, 403–xxiii, 403.
24. Cook-Darzens S. Les thérapies multifamiliales (TMF). In 2016. p. 269–84.
25. COOKLIN, A. ; MILLER, A.C. ; McHUGH B. An institution for change : Developing a family day unit. *Fam Process.* 1983;(22):453–68.
26. Dare C, Eisler I. A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *Eur Eat Disord Rev.* 2000;8(1):4–18.
27. Murray SB, Le Grange D. Family therapy for adolescent eating disorders: An update. *Curr Psychiatry Rep.* 2014;16(5).
28. Depestele L, Claes L, Lemmens GMD. Promotion of an autonomy-supportive parental style in a multi-family group for eating-disordered adolescents. *J Fam Ther.* 2015;37(1):24–40.
29. Knatz S, Murray SB, Matheson B, Boutelle KN, Rockwell R, Eisler I, et al. A Brief, Intensive Application of Multi-Family-Based Treatment for Eating Disorders. *Eat Disord.* 2015;23(4):315–24.
30. Tantillo M, McGraw JS, Hauenstein EJ, Groth SW. Partnering with patients and families to develop an innovative multifamily therapy group treatment for adults with anorexia nervosa. *Adv Eat Disord [Internet].* 2015;3(3):269–87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/21662630.2015.1048478>
31. Tantillo M, McGraw JS, Lavigne HMG, Brasch J, Le Grange D. A pilot study of multifamily therapy group for young adults with anorexia nervosa: Reconnecting for recovery. *Int J Eat Disord.* 2019;52(8):950–5.
32. Marzola E, Knatz S, Murray SB, Rockwell R, Boutelle K, Eisler I, et al. Short-term intensive family therapy for adolescent eating disorders: 30-month outcome. *Eur Eat Disord Rev.* 2015;23(3):210–8.
33. Tantillo M. A relational approach to eating disorders multifamily therapy group: Moving from difference and disconnection to mutual connection. *Fam Syst Heal.* 2006;24(1):82–102.
34. Scholz M, Rix M, Scholz K, Gantchev K, Thömke V. Multiple family therapy for anorexia nervosa: Concepts, experiences and results. *J Fam Ther.* 2005;27(2):132–41.
35. Voriadaki T, Simic M, Espie J, Eisler I. Intensive multi-family therapy for adolescent anorexia nervosa: Adolescents' and parents' day-to-day experiences. *J Fam Ther.* 2015;37(1):5–23.

36. Couturier J, Kimber M, Jack S, Niccols A, Van Blyderveen S, McVey G. Understanding the uptake of family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: Therapist perspectives. *Int J Eat Disord*. 2013;46(2):177–88.
37. Hollesen A, Clausen L, Rokkedal K. Multiple family therapy for adolescents with anorexia nervosa: A pilot study of eating disorder symptoms and interpersonal functioning. *J Fam Ther*. 2013;35(SUPPL. 1):53–67.
38. Gelin Z, Fuso S, Hendrick S, Cook-Darzens S, Simon Y. The Effects of a Multiple Family Therapy on Adolescents with Eating Disorders: An Outcome Study. *Fam Process*. 2015;54(1):160–72.
39. Mehl A, Tomanová J, Kuběna A, Papežová H. Adapting multi-family therapy to families who care for a loved one with an eating disorder in the Czech Republic combined with a follow-up pilot study of efficacy. *J Fam Ther*. 2013;35(SUPPL. 1):82–101.
40. Tous S. Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique : une expérience ambulatoire Solange Cook-Darzens et Catherine Doyen. 2007;
41. Fleminger S. A model for the treatment of eating disorders of adolescents in a specialized centre in the Netherlands. *J Fam Ther*. 2005;27(2):147–57.
42. Denhag I, Henje E, Nilsson K. Parental caregiver burden and recovery of adolescent anorexia nervosa after multi-family therapy. *Eat Disord [Internet]*. 2019;00(00):1–17. Available from: <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1678980>
43. Stewart C, Voulgari S, Eisler I, Hunt K, Simic M. Multi-Family Therapy for Bulimia Nervosa in Adolescence. *Eat Disord*. 2015;23(4):345–55.
44. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinesithérapie*. 2015;15(157):39–44.
45. Geist R, Heinmaa M, Stephens D, Davis R, Katzman DK. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry*. 2000;45(2):173–8.
46. Whitney J, Murphy T, Landau S, Gavan K, Todd G, Whitaker W, et al. A practical comparison of two types of family intervention: An exploratory RCT of family day workshops and individual family work as a supplement to inpatient care for adults with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2012;20(2):142–50. 62
47. Doyen C, Cook-Darzens S, Mouren MC. Multiple family group therapy for young adolescents with anorexia nervosa: A descriptive study. *Eat Disord Causes, Diagnosis Treat*. 2012;(April 2016):127–39.
48. Girz L, Lafrance Robinson A, Forouge M, Jasper K, Boachie A. Adapting family-based therapy to a day hospital programme for adolescents with eating disorders: Preliminary outcomes and trajectories of change. *J Fam Ther*. 2013;35(SUPPL. 1):102–20.
49. Gabe K, Pinhas L, Eisler I, Katzman D, Heinmaa M. The effect of multiple family therapy on weight gain in adolescents with anorexia nervosa: Pilot data. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(3):196–9.
50. Dimitropoulos G, Farquhar JC, Freeman VE, Colton PA, Olmsted MP. Pilot study comparing multi-family therapy to single family therapy for adults with anorexia nervosa in an intensive eating disorder program. *Eur Eat Disord Rev*. 2015;23(4):294–303.
51. Johnston JAY, O'Gara JSX, Koman SL, Baker CW, Anderson DA. A Pilot Study of Maudsley Family Therapy With Group Dialectical Behavior Therapy Skills Training in an Intensive Outpatient Program for Adolescent Eating Disorders. *J Clin Psychol*. 2015;71(6):527–43.
52. Eisler I, Simic M, Hodson J, Asen E, Berelowitz M, Connan F, et al. A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry [Internet]*. 2016;16(1):1–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-1129-6>

53. Salamiou E, Campbell M, Simic M, Kuipers E, Eisler I. Intensive multi-family therapy for adolescent anorexia nervosa: an open study of 30 families. *J Fam Ther* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2020 Feb 23];39(4):498–513. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1467-6427.12075>
54. Denny I, Henje E, Nilsson K. Parental caregiver burden and recovery of adolescent anorexia nervosa after multi-family therapy. *Eat Disord* [Internet]. 2019;00(00):1–17. Available from: <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1678980>
55. HAS, Gelin Z, Fuso S, Hendrick SS, Cook-Darzens S, Simon Y, et al. Cognitive Analytical Report Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa. *J Fam Ther* [Internet]. 2015 [cited 2020 Feb 17];23(1):160–72. Available from: <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1656461>
56. Van Der Kaap-Deeder J, Vansteenkiste M, Soenens B, Verstuyf J, Boone L, Smets J. Fostering self-endorsed motivation to change in patients with an eating disorder: The role of perceived autonomy support and psychological need satisfaction. *Int J Eat Disord*. 2014;47(6):585–600.
57. Fassino S, Pierò A, Tomba E, Abbate-Daga G. Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: A comprehensive literature review. *BMC Psychiatry*. 2009;9:67.
58. DeJong H, Broadbent H, Schmidt U. A systematic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2012;45(5):635–47.
59. Slater J, Treasure J, Schmidt U, Gilchrist P, Wade TD. A Pilot Study of Associations Between Treatment for Anorexia Nervosa and Carers' Distress. *Clin Psychol Psychother*. 2015;22(4):372–6.
60. Krautter T, Lock J. Is manualized family-based treatment for adolescent anorexia nervosa acceptable to patients? Patient satisfaction at the end of treatment. *J Fam Ther*. 2004;26(1):66–82.
61. Rhodes P, Baille A, Brown J, Madden S. Can parent-to-parent consultation improve the effectiveness of the Maudsley model of family-based treatment for anorexia nervosa? A randomized control trial. *J Fam Ther*. 2008;30(1):96–108.
62. Wufong E, Rhodes P, Conti J. We don't really know what else we can do: Parent experiences when adolescent distress persists after the Maudsley and family-based therapies for anorexia nervosa. *J Eat Disord*. 2019;7(1):1–18.
63. Beintner I, Jacobi C. Internet-based aftercare for women with bulimia nervosa following inpatient treatment: The role of adherence. *Internet Interv* [Internet]. 2019;15(November 2018):67–75. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.11.004>
64. Grover M, Naumann U, Mohammad-Dar L, Glennon D, Ringwood S, Eisler I, et al. A randomized controlled trial of an Internet-based cognitive-behavioural skills package for carers of people with anorexia nervosa. *Psychol Med* [Internet]. 2011/05/20. 2011;41(12):2581–91. Available from: <https://www.cambridge.org/core/article/randomized-controlled-trial-of-an-internetbased-cognitivebehavioural-skills-package-for-carers-of-people-with-anorexia-nervosa/D8F1C0CD8AFF3E66BB218F1ECA650229>
65. Spencer L, Schmidt-Hantke J, Allen K, Gordon G, Potterton R, Musiat P, et al. A web-based intervention for carers of individuals with anorexia nervosa (We Can): Trial protocol of a randomised controlled trial investigating the effectiveness of different levels of support. *Internet Interv* [Internet]. 2019;16(December 2017):76–85. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.02.005>
66. Carrot B, Duclos J, Barry C, Radon L, Maria AS, Kaganski I, et al. Multicenter randomized controlled trial on the comparison of multi-family therapy (MFT) and systemic single-family therapy (SFT) in young patients with anorexia nervosa: Study protocol of the THERAFAMBEST study. *Trials*. 2019;20(1):1–14.
67. Lock J, Agras WS, Bryson S, Kraemer HC. A comparison of short- and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2005;44(7):632–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000161647.82775.0a>

68. Rockwell RE, Boutelle K, Trunko ME, Jacobs MJ, Kaye WH. An innovative short-term, intensive, family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: Case series. *Eur Eat Disord Rev.* 2011;19(4):362–7.
69. Colahan M, Robinson PH. Multi-family groups in the treatment of young adults with eating disorders. *J Fam Ther.* 2002;24(1):17–30.
70. Engman-Bredvik S, Carballeira Suarez N, Levi R, Nilsson K. Multi-family therapy in anorexia nervosa—A qualitative study of parental experiences. *Eat Disord.* 2016;24(2):186–97.
71. Schmidt U, Asen E. Editorial: Does multi-family day treatment hit the spot that other treatments cannot reach? *J Fam Ther.* 2005;27(2):101–3.
72. Stewart CS, Baudinet J, Hall R, Fiskå M, Pretorius N, Voulgari S, et al. Multi-family therapy for bulimia nervosa in adolescence: a pilot study in a community eating disorder service. *Eat Disord [Internet].* 2019;00(00):1–17. Available from: <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1656461>

AUTEUR : Nom : SCLIFFET

Prénom : Damien

Date de soutenance : 22 juin 2020

Titre de la thèse : Intérêt de la thérapie multifamiliale dans la prise en charge de l'anorexie mentale.

Thèse - Médecine - Lille « 2020 »

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : Anorexie mentale, Thérapie multifamiliale

Résumé :

Introduction : L'anorexie mentale est une pathologie lourde et complexe dont les traitements actuels restent limités. La thérapie multifamiliale est une thérapie utilisée entre autres dans la prise en charge de l'anorexie mentale depuis une vingtaine d'années. Notre objectif était de dresser un état des lieux des recherches ayant évalué son efficacité dans la prise en charge de l'anorexie mentale grâce à une revue de la littérature.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une revue systématique de littérature par l'intermédiaire des bases de données PubMed et Google Scholar, en utilisant l'algorithme de mots clés suivants : *(bulimia OR anorexia OR feeding eating disorders) AND (multifamily therapy OR multiple family therapy)*. La période d'investigation allait de janvier 2000 à janvier 2020. Seuls les articles écrits en anglais et en français ont été inclus.

Résultats : Sur 16 études incluses, 14 montrent une amélioration significative du poids. 4 études montrent une amélioration significative du poids à la fin du traitement et lors du suivi en comparaison avec la thérapie familiale qui est le traitement de référence de l'anorexie mentale.

Conclusion : La thérapie multifamiliale semble être une thérapie prometteuse dans la prise en charge de l'anorexie mentale, aussi bien par son efficacité comparable voire supérieure à la thérapie familiale individuelle que par des atouts inhérents à son utilisation. Des études supplémentaires seront nécessaires pour le confirmer.

Composition du Jury :

Président : Professeur O. COTTENCIN

Asseseurs : Professeur THOMAS

Professeur R. JARDRI

Directeur de thèse : Docteur A. MOSSAD