

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Réflexion autour de la place de la fratrie dans
l'anorexie mentale**

Présentée et soutenue publiquement le 15 septembre 2021 à 14h30
au Pôle Recherche
par **Aurore GOUEREC**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Asseseurs :

Monsieur le Docteur Damien SCLIFFET

Madame le Docteur Marion HENDRICKX

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Marion HENDRICKX

Avertissement

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

Table des matières

I. La fratrie	9
A. Définition du terme fratrie et des termes associés.....	10
1. Fratrie, frère et soeur.....	10
2. Fraternité, sororité.....	11
3. Sur le plan juridique.....	11
B. La fratrie dans l'Histoire et dans l'imaginaire collectif.....	12
1. Histoire de la fratrie.....	12
a) Taille des fratries.....	12
b) Rang dans la fratrie.....	13
c) Fratries recomposées.....	13
d) Les fratries actuelles.....	13
2. Les fratries dans les mythes, récits bibliques et contes.....	15
a) Les mythes anciens.....	15
(1) Antigone.....	15
(2) Isis et Osiris.....	16
(3) Castor et Pollux.....	17
b) Les récits bibliques.....	17
(1) Caïn et Abel : le premier fratricide.....	17
(2) Jacob et Esaü : le droit d'aînesse.....	18
c) Les contes.....	18
(1) Cendrillon : la rivalité fraternelle.....	18
(2) La Barbe Bleue : la fraternité.....	19
C. Approche théorique de la notion de fratrie.....	20
1. Approche psychanalytique.....	20
2. Approche systémique.....	21
3. Approche transgénérationnelle.....	22
II. L'anorexie mentale	24
A. Histoire de l'anorexie mentale.....	24
1. Antiquité et ascétisme.....	24
2. Moyen-Âge et possession démoniaque.....	25
3. Renaissance et anorexie sainte.....	25
4. Les premières descriptions médicales.....	25
5. L'anorexie mentale de nos jours.....	26
B. Clinique de l'anorexie mentale.....	27
1. Epidémiologie.....	27
2. Critères cliniques selon les classifications.....	28
3. Autres signes cliniques.....	28
4. Diagnostics différentiels et comorbidités.....	30
5. Prise en charge.....	31
6. Pronostic et évolution.....	33
C. Statut nosologique de l'anorexie mentale.....	34
1. Approches historiques.....	34

a) Approche psychanalytique.....	34
2. Approche systémique.....	35
a) Approche cognitivo-comportementale.....	36
3. Le modèle biopsychosocial.....	37
a) Facteurs de vulnérabilité.....	37
(1) Biologiques.....	37
(2) Psychologiques.....	38
(3) Socio-culturels.....	39
b) Facteurs déclenchants.....	40
c) Facteurs d'entretien.....	40
III. Fratrie et anorexie mentale.....	42
A. Fonctionnement familial dans l'anorexie mentale.....	42
1. Fratrie et maladie chronique.....	42
2. Un profil de famille type.....	44
3. Impact de la maladie sur la famille.....	46
4. Comment la patiente anorexique perçoit-elle sa fratrie ?.....	47
B. Impact de la fratrie sur la maladie.....	48
1. Fratrie unie, ennemie, neutre.....	48
2. Événements de fratrie pouvant jouer le rôle de déclencheur de la maladie.....	49
3. Place de la fratrie dans l'évolution de la maladie.....	52
C. Impact de la maladie sur la fratrie.....	53
1. Une multitude d'émotions.....	54
2. Stratégies de coping.....	55
3. Impact psychologique et psychiatrique de l'anorexie sur la fratrie.....	59
IV. Place de la fratrie dans les soins de la patiente anorexique.....	61
A. La thérapie familiale comme traitement de l'anorexie mentale.....	62
1. Premiers modèles applicables au traitement de l'anorexie mentale.....	63
a) La thérapie structurale.....	63
b) La thérapie stratégique de Milan.....	65
c) La thérapie intergénérationnelle.....	66
2. Modèles actuels validés pour le traitement de l'anorexie mentale.....	68
a) Le modèle Maudsley.....	68
b) La thérapie multifamiliale.....	69
3. Efficacité de la thérapie familiale dans le traitement de l'anorexie mentale.....	71
B. Les demandes de la fratrie.....	72
1. Accompagnement familial du trouble alimentaire.....	72
2. Les demandes de la fratrie.....	73
3. Avantages et obstacles de la participation aux soins de la fratrie.....	74
4. L'enfant unique.....	75
C. Inclure la fratrie dans le projet thérapeutique.....	76
1. Participation de la fratrie aux soins.....	76
2. Un espace dédié à la fratrie.....	78

Introduction

La relation fraternelle est l'une des plus importantes et des plus durables dans la vie d'un individu. Dans le cadre d'un trouble alimentaire comme l'anorexie mentale, les frères et sœurs sont confrontés au quotidien à la maladie. Même si de plus en plus d'études s'intéressent au vécu des parents dans le contexte de l'anorexie mentale de leur enfant, celles s'intéressant au vécu de la fratrie se font plus rares.

Afin de poser les jalons de notre réflexion, nous aborderons dans un premier temps les notions de fratrie et d'anorexie mentale. L'étude de l'évolution de la fratrie au cours du temps ainsi que sa représentation dans l'imaginaire collectif puis un abord théorique de cette notion nous permettent d'appréhender l'importance du lien fraternel dans la construction identitaire de l'individu.

L'abord clinique, pronostic et l'étude de la genèse de l'anorexie mentale nous permettent de mettre en lumière ce qui sous-tend les bouleversements de la dynamique familiale et plus précisément la dynamique fraternelle dans le contexte de la maladie.

En nous appuyant sur les travaux existants ainsi que sur notre propre expérience clinique, nous nous proposons d'étudier le profil de la fratrie d'une personne souffrant d'anorexie mentale, la place du lien fraternel dans l'émergence du trouble alimentaire ainsi que le risque psychiatrique pour la fratrie.

Nous nous interrogeons ensuite sur l'accompagnement de la fratrie, tant par son intégration au processus thérapeutique que par la prise en charge individuelle des frères et sœurs.

I. La fratrie

La relation entre frères et sœurs est l'un des trois piliers qui structurent la famille, avec la relation conjugale et la relation parentale. De la fusion à la haine, en passant par la complicité, l'entente cordiale, la compétition et la jalousie, les relations fraternelles sont le terrain propice aux premières expériences sociales et affectives.

La réalité de la fratrie résulte en premier lieu d'une contrainte imposée par les parents et non d'un libre choix. Les relations fraternelles sont influencées par les projets qu'ont les parents pour chacun des frères et sœurs ainsi que pour la fratrie dans sa globalité. Le défi pour chacun des enfants est de réussir à se constituer en tant qu'individu unique et original au sein du groupe fratrie (1).

D'après S. Cook-Darzens, « les relations fraternelles remplissent [...] trois fonctions essentielles : l'attachement (la fratrie en tant que communauté d'appartenance apporte soutien et sécurité) ; l'apprentissage des rôles sociaux (à travers les dynamiques fraternelles de rivalité, solidarité, domination/soumission, imitation...) ; et parfois la suppléance parentale (lorsqu'il existe des défaillances de la fonction parentale) » (2).

La définition de la fratrie, l'étude de l'évolution de celle-ci au cours du temps, sa représentation dans l'imaginaire collectif et l'abord théorique de cette notion nous permettent d'appréhender l'importance du lien fraternel dans la construction identitaire de l'individu et d'imaginer de quelle façon celui-ci peut être modifié dans le contexte de la maladie.

A. Définition du terme fratrie et des termes associés

Intéressons-nous dans un premier temps à définir la fratrie et les termes qui s'y rapportent afin d'avoir une base de compréhension concernant notre problématique. Intéressons-nous également au statut de la fratrie dans les textes de lois français, afin de comprendre les liens qui unissent légalement les frères et sœurs dans notre République.

1. Fratrie, frère et soeur

Selon l'Académie française, la fratrie désigne l'ensemble des frères et sœurs d'une même famille. Le terme est issu du latin *frater* qui signifie "frère", mot lui-même issu de l'indo-européen *brether*.

Le terme sœur dérive du latin *soror* lui-même découlant de l'indo-européen *swesor*. L'ensemble des sœurs d'une même famille est parfois désigné par le terme *sororie*.

Attention à ne pas confondre le terme latin *fratria* avec le terme grec *phratría* qui désigne une communauté, un ensemble réuni autour d'un but commun. Pour évoquer la notion de frère ou sœur biologique, les Grecs utilisaient le terme *adelphos* "frère" ou *adelphé* "soeur" signifiant "né d'un seul utérus".

Au fil du temps, de nombreuses expressions concernant les liens fraternels ont vu le jour. Dans les familles nobles ou fortunées, les frères et sœurs de lait partageaient la même nourrice. Les frères de sang, biologiques ou non, se jurent fidélité en unissant leur sang. Le faux-frère désigne le traître, le renégat. Les âmes-soeurs seraient deux individus ayant une compatibilité parfaite. Au sens figuré, le mot soeur se réfère à deux choses proches ou apparentées : « La brièveté est soeur du talent » (A. Tchekhov).

Dans le contexte religieux, les chrétiens sont considérés comme frères car tous fils de Dieu. La "bonne sœur" désigne quant à elle la religieuse ayant prononcé des vœux à l'Eglise.

2. Fraternité, sororité

Le mot fraternité est emprunté au latin *fraternitas* et désigne initialement le lien affectif et moral qui unit une fratrie. On désigne également par fraternité le lien unissant des êtres qui, sans être frères ou sœurs biologiques, se considèrent comme tels.

Plus largement, la fraternité émet l'idée que tous les êtres humains sont frères et devraient se comporter comme tel, sens retrouvé dans la devise de la République française.

L'équivalent féminin est donné par le terme sororité, initialement usité pour définir une communauté religieuse de femmes. De nos jours, ce terme est peu usité, on le retrouve dans les mouvements féministes ou bien pour désigner des groupes de femmes dans certaines universités, majoritairement aux Etats-Unis.

3. Sur le plan juridique

La loi du 30 décembre 1996 relative au maintien des liens entre frères et sœurs inscrit la notion de fratrie dans le droit civil. L'article 371-5 du Code civil dispose que « l'enfant ne doit pas être séparé de ses frères et sœurs, sauf si cela n'est pas possible ou si son intérêt commande une autre solution. S'il y a lieu, le juge statue sur les relations personnelles entre les frères et sœurs ». Dans les familles dites classiques, le principe de non-séparation des fratries est la règle, contrairement aux familles recomposées. L'article 375-7 du Code civil dispose que « le lieu d'accueil de l'enfant doit être recherché dans l'intérêt de celui-ci et afin de faciliter (...) le maintien de ses liens avec ses frères et sœurs en application de l'article 371-5 » (3).

Les définitions nous montrent que les termes liés à la fratrie sont légions et dépassent le cadre des liens biologiques. Les textes de loi soulignent l'importance de ces liens fraternels.

B. La fratrie dans l'Histoire et dans l'imaginaire collectif

Il semble intéressant pour appréhender notre sujet de nous attarder sur l'histoire et l'évolution des fratries au cours du temps afin de saisir la complexité des liens qui unissent les frères et sœurs selon les époques.

Egalement, les histoires de fratries sont légions depuis la nuit des temps, que ce soit dans les mythes antiques, les récits bibliques ou les contes. Elles sont l'occasion d'une réflexion sur le thème de l'identité, de l'autre et du semblable.

1. Histoire de la fratrie

Avant la révolution démographique amorcée au XIX^e siècle, il n'est pas rare que, du fait de la faible espérance de vie, la coexistence entre frères et sœurs soit plus fréquente que celle entre parents de générations différentes. Le lien fraternel est à l'époque mis en exergue par la chrétienté qui présente le Christ comme le frère aîné des chrétiens, « le premier né d'une multitude de frères » selon Saint-Paul (*Épître aux Romains* 8, 29). Cette fraternité est retrouvée chez les chevaliers ("frères d'armes") ou parmi les moines dans les monastères (4).

a) Taille des fratries

Avant la révolution démographique au début du XIX^e siècle, le nombre d'enfants par femme est très élevé. Les anthropologues l'expliquent par l'enfantement comme finalité du mariage et l'absence de contraception. Cependant, devant le taux de mortalité infantile important, la taille des fratries dépasse rarement une moyenne de 2 à 4 enfants (4).

Avant 1890, on recense en France 25% de familles nombreuses de 4 enfants ou plus. Puis entre 1918 et 1939, lors de l'entre-deux-guerre, il y a une majorité d'enfants uniques. Suite au baby-boom (qui s'étend de 1945 jusqu'à 1955-1960 environ), la taille des fratries augmente à nouveau, avec une forte augmentation des familles de 3 enfants ou plus. A partir des années 1930, on note une chute des familles de 4 enfants ou plus et plus de 30% de familles avec deux

enfants. Depuis 1950, on observe une stabilité de ce modèle de fratrie de deux (5).

b) Rang dans la fratrie

Jusqu'au IX^e-X^e siècle, on note une relative égalité des enfants de sexe masculin vis-à-vis des questions d'héritage et de succession. A partir du X^e siècle et jusqu'au XVIII^e siècle, c'est la primogéniture qui régit les questions de patrimoine : un seul des enfants est héritier, quel que soit son sexe et son rang de naissance, ceci afin d'éviter la dispersion du patrimoine au fil des générations. Le droit d'aînesse, surtout en vigueur dans les familles nobles, donne héritage au premier né de sexe masculin. Les filles sont bien souvent exclues des héritages avec comme justification le fait d'avoir déjà reçu une dot.

La Révolution de 1789 proclame l'abolition de tous les privilèges, entraînant en théorie la suppression du droit d'aînesse et de l'exclusion des filles. Cependant, cela n'est pas forcément respecté et ce jusqu'au milieu du XX^e siècle dans certaines sociétés, notamment rurales.

Aujourd'hui, en droit français, ni le sexe ni le rang dans la fratrie n'ont d'incidence sur le montant de l'héritage (4).

c) Fratries recomposées

Les termes "demi-frère" et "demi-soeur" font leur apparition au XIX^e siècle. Cependant, déjà au Moyen-Âge, au hasard des morts, des naissances et des remariages, la cellule familiale est en constante mouvance. A l'époque, c'est l'âge de raison (7 ans) et la taille de la fratrie qui sont les déterminants du partage de la garde des enfants en cas de séparation parentale. Mais dans la majorité des cas, les fratries recomposées sont le fait du remariage d'un parent veuf (4).

d) Les fratries actuelles

De nos jours, la majorité des couples en France souhaite avoir deux enfants. On retrouve une corrélation positive entre la taille de la fratrie d'origine et le nombre souhaité d'enfants.

Cette tendance devient cependant moins claire lorsque la personne a déjà fait l'expérience de la parentalité. Ces dernières décennies, on note une homogénéisation autour du modèle de famille à deux enfants (6).

D'après les données de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), en France en 2016, 25% des ménages sont composés d'un couple ayant au moins un enfant. Parmi ces familles, 44% ont un enfant mineur, 39% deux enfants, 13% 3 enfants et 4% 4 enfants ou plus (7).

En l'an 2000, sur un nombre total de naissances en France de 796 072, on observait 11 735 naissances de jumeaux. Le nombre total de naissances multiples était de 11 954, soit 1,5 % des naissances (8).

Selon les données de 2018, 68% des enfants mineurs vivent dans une famille dite traditionnelle avec leurs parents en couple, 21% vivent dans une famille monoparentale, et 11 % vivent dans une famille recomposée (9).

En 2000, l'IPSOS, entreprise de sondage française, interrogeait un échantillon de 1006 personnes sur leur fratrie et leur vision des liens fraternels.

Pour 73% des interrogés, les relations fraternelles sont très importantes même si 51% des interrogés considèrent que les liens fraternels se sont affaiblis par rapport au passé, dû principalement à l'évolution des modes de vie qui éloignent les membres d'une famille.

Pour 37% des interrogés, le nombre idéal de frères et sœurs est de 2. Il est de 3 pour 40% des interrogés.

Concernant l'échantillon interrogé, 29% ont un frère ou une sœur, 21% en ont deux, 16% en ont 3 et 23% en ont 4 ou plus. 11% sont des enfants uniques et parmi ces derniers,

84% auraient aimé avoir un frère ou une sœur.

91% des interrogés considèrent avoir de bonnes ou très bonnes relations avec leur fratrie (10).

L'étude des fratries au cours des siècles démontre que de tous temps, la relation horizontale développée entre frères et sœurs prend une place prépondérante dans la vie de l'individu et son développement identitaire et nous fait supposément penser que ces liens peuvent être modifiés dans le cadre de la maladie de l'un des membres de la fratrie.

2. Les fratries dans les mythes, récits bibliques et contes

Les histoires de fratries sont légion dans les mythes, récits bibliques et contes. Ces récits sont riches d'enseignements et sont un irremplaçable répertoire d'expériences sous formes de symboles. Ils permettent, à tout âge, une identification aux protagonistes et une meilleure compréhension de ce qui se joue sur le plan relationnel au sein d'une fratrie. Les récits suivants mettent en exergue le cheminement plus ou moins conscient des protagonistes au sein de leur fratrie et la manière dont chacun se constitue en tant qu'individu unique et original au sein du groupe.

a) Les mythes anciens

(1) Antigone

Dans les mythes grecs Œdipe Roi et Antigone, Sophocle met en scène les relations fraternelles qui unissent Antigone, Ismène, Polynice et Étéocle, deux soeurs et leurs deux frères issus de l'inceste involontaire d'Oedipe avec sa mère Jocaste. Suite au suicide de leur mère et à l'exile de leur père, Polynice et Étéocle se doivent d'assurer la régence de Thèbes un an chacun en alternance. Étéocle refusant de laisser le pouvoir à Polynice, ce dernier lève une

armée et les deux frères s'entretuent. Étéocle se voit offrir de grandes funérailles tandis que Polynice n'a le droit à aucune sépulture et ne peut donc pas gagner le monde de l'au-delà. Antigone, au péril de sa vie, décide de braver les interdits et d'offrir à son frère la sépulture qu'il mérite en se réclamant des lois divines.

La verticalité et l'horizontalité des liens familiaux où chacun joue son rôle jusqu'au bout donnent tout son sens à la tragédie. La configuration de la fratrie altère les processus d'identification et de différenciation. En effet, deux couples de sexe différent s'opposent ou s'unissent dans l'amour et la haine fraternelle. La rivalité entre les frères les conduit au fratricide. Antigone, pour défendre des principes sacrés, se range du côté de l'amour fraternel, afin de réparer à tout prix l'honneur perdu de sa famille (11).

(2) Isis et Osiris

Dans la mythologie égyptienne, la déesse du ciel et le dieu de la terre ont 4 enfants : les jumeaux Osiris et Seth et les jumelles Isis et Nephtys. Osiris est désigné pour régner sur l'univers, ce qui enlève tout pouvoir à Seth. Osiris épouse Isis et Seth épouse Nephtys. Un jour, Osiris a une relation charnelle avec Nephtys, la prenant pour Isis. Seth, fou de jalousie, se venge en l'enfermant dans un sarcophage qu'il jette dans le Nil. Isis, aidée de sa sœur Nephtys, retrouve la dépouille d'Osiris et la cache mais Seth découvre le subterfuge. Il découpe alors le corps de son frère en multiples morceaux qu'il disperse un peu partout. Isis, qui ne se résout pas à la disparition d'Osiris, cherche un à un les morceaux qui composent son corps et confie la reconstruction de son mari à Anubis, l'embaumeur, qui réalise la toute première momie de l'histoire égyptienne.

Ce mythe nous questionne sur les troubles de nature identitaires et incestueux pouvant être retrouvés au sein de certaines fratries (11). Il évoque la rivalité fraternelle, ici pour le pouvoir, source de jalousie et de vengeance. On retrouve également un effort de solidarité

entre les deux sœurs pour sauver leur frère de la mort.

(3) Castor et Pollux

Castor et Pollux sont des jumeaux particuliers. L'un, Castor, est mortel, tandis que l'autre, Pollux, est divin. Ils livrent ensemble de nombreuses expéditions et combats et épousent deux sœurs. A la mort de Castor, Pollux est inconsolable : étant immortel, jamais il ne le rejoindra. Zeus, leur père, l'autorise à partager son immortalité avec son frère un jour sur deux, se rendant chacun alternativement aux enfers et dans le domaine des dieux (12).

La relation entre Castor et Pollux peut être vue comme le revers de celle de Caïn et Abel, citée plus loin. Ils représentent une allégorie de l'amour ultime entre frères, prêts à tous les sacrifices l'un pour l'autre, dans une totale réciprocité (13).

b) Les récits bibliques

(1) Caïn et Abel : le premier fratricide

Caïn et Abel sont les deux fils d'Adam et Eve et la première fratrie biblique. Caïn, l'aîné, était un fermier vivant de ses récoltes tandis qu'Abel, le cadet, était berger. Un jour, ils décidèrent de faire des offrandes à Dieu. Celui-ci accepta le don d'Abel mais refusa celui de Caïn. Ce dernier, furieusement jaloux de son frère, dévoré par la haine, le tua d'un coup brutal, réalisant le premier fratricide de l'histoire biblique. La Bible nous apprend, par la parole de Dieu, que Caïn, trop fier et jaloux, a choisi de haïr son frère allant jusqu'à l'assassiner, plutôt que de l'aimer et d'être heureux avec lui.

Ce récit biblique pose la question de la différence, qui existe jusqu'au cœur même de la famille ainsi que de la conscience et de la responsabilité vis-à-vis d'autrui. Il met également en exergue la question de la rivalité pour la reconnaissance parentale, le père étant ici représenté

par Dieu (13).

(2) Jacob et Esaü : le droit d'aînesse

La naissance d'Esaü précède de quelques minutes celle de Jacob. Esaü est chasseur et aventurier, c'est le préféré de son père. Jacob est calme et casanier et a la préférence de sa mère. Pour un bol de soupe, Esaü échange son droit d'aînesse avec son frère. Quelque temps plus tard, sur son lit de mort, leur père aveugle souhaite donner sa bénédiction à Esaü, qui a oublié le marché qu'il a fait avec son frère. Jacob usurpe alors l'identité d'Esaü et dupe son père qui le bénit. Une lutte fraternelle de plusieurs années s'engage alors entre les deux frères malgré la tentative de réconciliation menée par Dieu.

Ce récit biblique s'ingénie à brouiller les rôles et les spécificités de chacun. Il pose la question de l'identité propre et de l'individuation au sein de la fratrie (13). La rivalité fraternelle est là aussi abordée, ainsi que le besoin de reconnaissance paternelle.

c) Les contes

(1) Cendrillon : la rivalité fraternelle

L'histoire de Cendrillon est bâtie autour des « angoisses et des espoirs qui forment le contenu essentiel de la rivalité fraternelle et autour de l'héroïne triomphant de ses sœurs ». « Cendrillon est écrasée et avilie par ses demi-soeurs, sa belle-mère la sacrifie pour elles. Elle réalise les corvées les plus sales de la façon la plus parfaite, n'en tire aucun mérite et se voit donner encore plus de tâches ». C'est ce que ressent l'enfant quand il est touché par la rivalité fraternelle. L'émotion sous-jacente est l'angoisse de ne plus être le préféré de ses parents et que comparé à sa fratrie, il ne soit pas capable de s'attirer leur amour et leur estime.

« Cendrillon parle ouvertement de la rivalité fraternelle sous sa forme la plus extrême : la jalousie et l'hostilité des demi-soeurs et la souffrance que l'héroïne doit endurer à cause d'elles »

(14).

(2) La Barbe Bleue : la fraternité

La Barbe-Bleue est l'histoire d'un homme riche doté d'une barbe bleue lui donnant un aspect laid et terrible. Il a eu plusieurs épouses par le passé dont on ne sait ce qu'elles sont devenues. Une de ses voisines, séduite par ses richesses, accepte de l'épouser. Celle-ci, lors d'un voyage de la Barbe-Bleue, pénètre dans un cabinet interdit et y découvre les corps des précédentes épouses de son mari. Celui-ci découvre la trahison de sa femme et s'apprête à l'égorger, comme ses précédentes épouses. La sœur de l'infortunée épouse, prénommée Anne, monte dans une tour d'où elle cherche à voir si leurs frères, devant les visiter ce jour-là, sont sur le chemin : « Anne, ma sœur Anne, ne vois-tu rien venir ? ». Ces derniers surgissent enfin et tuent la Barbe-Bleue à coups d'épée. « Il se trouva que la Barbe-Bleue n'avait point d'héritiers et qu'ainsi sa femme demeura maîtresse de tous ses biens. Elle en employa une partie à marier sa sœur avec un gentilhomme, une autre partie à acheter des charges de capitaines à ses deux frères, et le reste à se marier elle-même à un fort honnête homme, qui lui fit oublier le mauvais temps qu'elle avait passé avec la Barbe-Bleue. » (*Contes de Perrault (éd. 1902)/La Barbe-Bleue*).

Dans ce conte de Perrault, deux sœurs et deux frères font front contre un ennemi commun. Il est intéressant de noter que la relation horizontale prend le dessus sur la relation verticale : l'épouse en difficulté fait appel à sa fratrie plutôt qu'à ses parents pour l'aider et la protéger. Cette solidarité entre frères et sœurs est bilatérale, pour remercier sa sœur et ses frères de leur aide, la dernière femme de la Barbe-Bleue partage avec eux son héritage afin de les protéger du besoin.

L'étude des mythes anciens, récits bibliques et contes met en exergue la façon dont la

fratrie peut être soutenante ou à l'inverse destructrice. Cela nous questionne sur l'élaboration dans le cadre des liens fraternels, de dynamiques similaires ou différentes en cas de maladie telle que l'anorexie mentale chez l'un des membres de la fratrie.

C. Approche théorique de la notion de fratrie

L'approche théorique de la notion de fratrie va nous permettre de mieux comprendre les processus identitaires mis en jeu dans le cadre de la relation fraternelle afin d'appréhender les modifications de la dynamique au sein de cette relation horizontale lorsque la maladie anorexique s'y immisce.

1. Approche psychanalytique

« Pour Freud (1916), le jeune enfant n'aime pas nécessairement ses frères et sœurs, et généralement il ne les aime pas du tout, car il voit en eux des rivaux pour l'amour parental. S'il y a des conflits dans la fratrie, c'est en raison de l'existence du désir de chacun de monopoliser à son profit l'amour de ses parents, la possession des objets et de l'espace disponible. Pour Lacan (1938), le complexe d'intrusion va progressivement être intégré et ainsi jouer un rôle d'organisateur du développement psychique, permettant ainsi de structurer la psyché. Enfin, pour Kaës (1978), l'expérience fraternelle est fondamentale car elle est articulée autour de deux axes : l'axe narcissique (la fratrie pose la question de la différenciation et de la séparation) ; l'axe objectal (le frère est un autre, distinct de soi, qui est investi sur le mode de l'amour, ou celui de l'agressivité). »

C'est à la fois malgré et grâce à la rivalité fraternelle, qui s'exprime notamment dans la quête de l'amour parental, que les frères et sœurs forment une communauté. Les relations fraternelles oscillent constamment entre amour et haine et posent la question de l'altérité. L'enjeu est de réussir à trouver un équilibre entre les aspects positifs et négatifs des

interactions. Au sein de sa fratrie, le défi pour chaque enfant est de réussir à se constituer en tant qu'individu unique et original, à être différent dans un groupe de semblables.

« Se construire comme différent tout en appartenant à un groupe de semblables est le défi à relever pour chacun des membres de la fratrie qui expérimente, tout à la fois, l'altérité et la similitude au sein du groupe » (15).

2. Approche systémique

« Dans sa famille, l'enfant réalise l'existence d'une microsociété [...]. Au sein de sa fratrie, il apprend à se situer par rapport à des pairs, à vivre des expériences de rivalité, à gérer son agressivité, et aussi à découvrir la complicité [...]. La famille peut être vue comme « un système complexe d'éléments en interaction ». La théorie générale des systèmes met en évidence le concept trinitaire reliant les éléments-membres de la famille-composant le système, leur organisation et les interactions entre eux » (12). L'organisation du système famille se décline en sous-systèmes, notamment le sous-système fratrie. Les interactions sont le fait que le comportement de l'un entraîne une réaction de l'autre, comme un ensemble de vases communicants.

L'arrivée d'enfants dans une famille déclenche un nouveau stade du cycle de vie du système. L'aîné garantit la nouvelle structure familiale, c'est lui qui ouvre les portes à chaque nouvelle étape de vie. L'arrivée du deuxième ou second continue de dessiner les frontières entre les sous-systèmes parental et fraternel. Il choisit à qui il va s'identifier, ses parents ou son aîné. Les cadets sont plus habitués à être choyés, ils ont tendance à se reposer plus facilement sur les autres. Dans les familles nombreuses, l'enfant du milieu est celui qui a le plus de difficultés à se différencier et à trouver sa place.

L'enfant unique est le seul réceptacle des attentes parentales. Il n'a pas l'occasion d'apprendre à négocier ou se disputer avec ses frères et sœurs et assume alors plus

difficilement rivalités et frustrations (12).

3. Approche transgénérationnelle

Selon l'approche transgénérationnelle, il existe une transmission transgénérationnelle et intergénérationnelle du vécu fraternel. Le lien unissant les frères et sœurs est porteur de ce qui a fonctionné mais également de ce qui a fait défaut dans les générations précédentes. Dans le deuxième cas, la fratrie a pour tâche d'élaborer, réparer et combler les défaillances au sein du lien fraternel des ancêtres.

On appelle mythe familial une croyance partagée par la famille. Il concerne l'interprétation d'un fait ou d'un comportement, un affect ou une pensée exprimés par un ou plusieurs de ses membres. Le mythe n'a pas d'auteur ou date d'origine, personne ne sait dans quelles circonstances ou comment il est né. Il n'est pas reconnu en tant que tel, sinon il serait mis en doute et, de ce fait, il perdrait son caractère de certitude. « Les mythes cimentent l'appartenance familiale. Bon nombre parmi eux contribuent à définir les contours et les traits de l'identité familiale ».

« Le mythe fraternel, comme le mythe familial, (est) transmis à travers les générations, moyennant certains aménagements. En prime, étant donné que les membres du couple parental proviennent de deux familles différentes, de deux fratries différentes, le couple (possède) deux mythes fraternels. [...] Dès lors, chaque parent, en fonction de son histoire, de son vécu personnel, de sa définition de la fratrie, va le transmettre à ses descendants. Petit à petit, la nouvelle fratrie va prendre ses distances par rapport à ces mythes fraternels. Elle ne reste cependant pas toujours indemne des influences mythiques des fratries l'ayant précédée. Les représentations collectives mythiques imprègnent donc le lien fraternel. Au sein du mythe fraternel se retrouvent des modèles de fonctionnement transgénérationnels ayant marqué

l'identité familiale. » (16,17).

Les relations fraternelles, oscillant entre rivalité et amour, questionnent sur l'altérité et sur la capacité de l'individu à se construire en tant qu'être unique au sein d'un groupe de semblables. L'arrivée d'un frère ou d'une sœur bouleverse un équilibre familial établi et crée une nouvelle dynamique. Les frères et sœurs sont également le réceptacle des attentes parentales et apprennent à se construire en se détachant petit à petit de celles-ci. On peut alors supposer que la construction identitaire de l'individu et l'équilibre fraternel seraient également perturbés par l'arrivée au sein du foyer de la maladie anorexique qui va bouleverser les codes et règles implicites établis.

Cette première partie nous a permis d'étudier la construction identitaire de l'individu au sein du groupe fratrie et en dehors du contexte de la maladie afin de poser les bases de notre réflexion concernant l'impact de l'anorexie sur les liens fraternels.

II. L'anorexie mentale

L'anorexie mentale, comme toute pathologie, bouleverse l'équilibre familial. L'étude de la genèse de l'anorexie mentale ainsi que son abord clinique et pronostic nous permettent de mettre en lumière ce qui sous-tend les bouleversements de la dynamique familiale et plus précisément la dynamique fraternelle dans le contexte de la maladie.

A. Histoire de l'anorexie mentale

Le terme anorexie provient du grec "an" et "orexis" et signifie sans appétit. Il est dérivé du terme *anorektos* qui signifie sans désir. L'anorexie est un symptôme pouvant être retrouvé dans de multiples pathologies somatiques ou psychiatriques. L'anorexie mentale est une maladie psychiatrique qui associe un refus de s'alimenter à des symptômes comportementaux et psychiques. Le terme anorexie apparaît à la fin du XIX^e siècle et la première description clinique de la pathologie anorexique remonterait au XI^e siècle. Les cas d'anorexie mentale les plus anciens datent du Moyen-Âge.

1. Antiquité et ascétisme

Des cas d'anorexie sont rapportés dès l'Antiquité, notamment dans les communautés religieuses. A cette époque, la dichotomie corps-esprit est très présente (18). Le corps est identifié au Mal et l'âme au Bon et cela entraîne une recherche de la purification via l'ascèse (19). Il n'est alors pas question de poids mais de pureté, celle-ci étant recherchée par d'autres moyens que l'inanition, tels que l'isolement ou l'auto-flagellation. On peut citer en exemple Saint Siméon le Stylite (390-459), qui a passé 39 ans de sa vie en prière en haut d'une colonne (20).

2. Moyen-Âge et possession démoniaque

Aucun cas d'anorexie n'est rapporté durant les périodes de grande famine mais celle-ci réapparaît progressivement avec la prospérité (21). Deux cas sont rapportés au V^e et au VIII^e siècle où l'anorexie est expliquée par la possession démoniaque. Un troisième cas est celui, légendaire, de Sainte Livrade qui, refusant toute forme de nourriture, aurait vu ses contours féminins disparaître et des cheveux lui pousser sur tout le corps. Sainte Marguerite de Hongrie quant à elle, répond par l'anorexie à son père qui souhaite la marier contre son gré et meurt d'inanition à l'âge de 28 ans. (18)

3. Renaissance et anorexie sainte

Dans son ouvrage *Holy anorexia*, Rudolph Bell dénombre, entre 1200 et 1600, 170 profils de femmes vivant en Italie pour lesquels une documentation suffisante montre la manifestation de signes évidents d'anorexie (22). Le cas le plus connu est celui de Sainte Catherine de Sienne, mystique du XIV^e siècle qui entend se dominer soi-même par la maîtrise exercée par la faim volontaire. Elle mène une vie d'ascèse et meurt de sous-alimentation à l'âge de 32 ans (23). A cette époque, la vie monastique et ascétique était une alternative pour les femmes souhaitant se rebeller contre leur condition de femme et mère au foyer, la religion leur offrant la promesse de sainteté et de paradis. (18)

4. Les premières descriptions médicales

En 1770, Richard Morton, médecin anglais, donne une première description clinique de l'anorexie mentale alors décrite par le terme de "nervous consumption", qu'il distingue des autres formes de perte d'appétit. Il met en avant une étiologie neuropsychologique et parle d'un régime causé par un état d'esprit malade et morbide (24).

Le XVIII^e siècle voit apparaître un nouvel idéal de beauté féminin et ainsi une

augmentation de la fréquence des troubles alimentaires pouvant cacher des cas d'anorexie mentale : la sitophobie qui est la crainte que la nourriture soit empoisonnée ou bien la chlorose également appelée "maladie des jeunes filles", liée à une carence en fer avec certaines formes retrouvant une perte d'appétit, un repli social et une dépression (18, 19). En 1794, E. Darwin donne une place dans sa nosographie de l'anorexie mentale à l'idée obsessionnelle d'être trop grosse. (25)

Marcé, en 1860, est le premier à aborder l'anorexie mentale d'un point de vue psychiatrique (19). Respectivement en 1873 et 1874, Sir William Gull, physicien britannique et Charles Lasègue, neuropsychiatre français, développent le terme d'*anorexie nervosa* et distinguent ainsi le trouble alimentaire de l'hystérie (26). A la fin des années 1800, l'anorexie mentale est intégrée au DSM-I (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux) sous l'étiquette de maladie névrotique.

Dans les années 1940, Sheehan et Summers documentent des différences cliniques significatives entre l'atrophie hypophysaire et l'*anorexia nervosa*, les recherches se tournant alors vers une étiologie psychologique de l'anorexie mentale (27). Waller, Kaufman et Deutsch mettent quant à eux en lumière les faibles capacités d'adaptation ainsi que la recherche de bénéfices secondaires propres aux patientes souffrant d'anorexie mentale. (28)

5. L'anorexie mentale de nos jours

Le XX^e siècle voit l'augmentation de l'incidence de l'anorexie mentale. On note en Europe une augmentation de son incidence entre 1950 et 1970 avec une stabilisation du nombre de cas depuis. Cette augmentation peut être expliquée par une facilitation de l'accès aux soins voire un accroissement de la demande de soin et du dépistage dans une société où une certaine pression est exercée sur les jeunes femmes concernant leur apparence physique

(29). La crainte de prendre du poids prendrait le pas sur la crainte de la sexualité ou du passage à l'âge adulte. Notre époque voit également apparaître d'autres formes de troubles alimentaires, notamment la boulimie, pouvant être associée ou non à l'anorexie mentale (30). Le trouble hyperphagique a également fait son apparition dans le DSM-V.

B. Clinique de l'anorexie mentale

L'alimentation est une fonction instinctuelle indispensable à la survie de l'être humain. Ce sont les mécanismes de régulation énergétiques et nutritionnels liés aux conduites alimentaires qui assurent la bonne homéostasie de l'organisme.

L'anorexie mentale est une pathologie d'origine multifactorielle caractérisée par un refus catégorique de s'alimenter de façon significative et durable. Ce refus de s'alimenter, associé à d'autres symptômes, peut potentiellement être source d'inquiétude et d'interrogations pour les proches. L'étude de la clinique de l'anorexie mentale va nous permettre d'appréhender quelles peuvent être les réactions de la famille et notamment de la fratrie à la symptomatologie amenée par la patiente.

1. Epidémiologie

La prévalence de l'anorexie mentale au cours de la vie serait de 1,4% chez les femmes et de 0,2% chez les hommes. C'est un trouble rare qui se déclenche le plus souvent entre 14 et 17 ans (31). L'évolution se fait pour la moitié des cas vers la rémission complète, 30% vers la rémission partielle et 20-30% vers une forme chronique ou le décès (32).

La pathologie se déclare le plus souvent à l'adolescence, à un âge où l'individu vit encore généralement avec sa famille et est en plein bouleversement identitaire ce qui impacte d'autant plus fortement la dynamique familiale.

2. Critères cliniques selon les classifications

Le détail des symptômes anorexiques nous permet de comprendre par quels processus la dynamique familiale et le sous-système fratrie peuvent être impactés par le trouble alimentaire.

Deux classifications internationales sont utilisées pour identifier l'anorexie mentale selon des critères diagnostiques précis : le DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual* de l'association américaine de psychiatrie) et la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies de l'OMS). 4 critères essentiels doivent être présents pour poser le diagnostic d'anorexie mentale.

Le premier critère est le refus de maintenir le poids à un niveau normal. Il n'y a plus de critère de poids exact mis en avant dans les classifications. Est retenu un poids en dessous de la norme comparativement à une personne du même sexe, âge, taille et état de santé.

Le deuxième critère est la peur pathologique de prendre du poids, associée à des conduites de restrictions et évictions alimentaires quantitatives (apports caloriques) et qualitatives (aliments gras, féculents...) ainsi que des conduites compensatoires comme les vomissements, l'hyperactivité physique, la prise de laxatifs ou l'exposition au froid.

Les patientes présentent également une insatisfaction corporelle et une dysmorphophobie, correspondant à une altération de la perception de leur poids et de leur corps.

Le dernier critère est le déni de la maigreur et de la gravité du trouble ou pour le moins des effets des comportements sur la santé.

Ces critères diagnostiques sont très généralement associés à une faible estime de soi, retrouvée dans 84,5% des cas (33).

3. Autres signes cliniques

Des anomalies du comportement alimentaire sont parfois observées : tri des aliments, lenteur lors des repas, rituels alimentaires, manipulation excessive des aliments.

Les distorsions cognitives sont nombreuses. Hormis le déni de la maladie et l'altération de la perception corporelles cités plus haut, les patientes souffrent de pensées envahissantes et de préoccupations excessives concernant leur poids, leur image corporelle et leur alimentation. Elles ont des croyances erronées concernant le fonctionnement du système digestif et les aliments. La psychoéducation visant à déconstruire ces croyances fait partie de la prise en charge de la maladie.

Les retentissements de la perte de poids et de la dénutrition sur le plan somatique sont multiples. « À la phase aiguë, l'atteinte cardiovasculaire peut toucher jusqu'à 87 % des patients, l'aménorrhée est quasi constante. Sont aussi fréquentes les manifestations hématologiques (anémie, leucopénie et thrombopénie), dermatologiques, rénales, les effets sur la structure du cerveau observé à l'imagerie, une hypercholestérolémie ou enfin un métabolisme du glucose perturbé. Chez les patientes en âge de procréer et souffrant d'anorexie mentale, on note aussi des complications gynécologiques, avec augmentation du nombre de fausses couches spontanées et du taux de césariennes. À plus long terme, les complications sont principalement osseuses, avec une ostéopénie, une ostéoporose et une augmentation du nombre de fractures. Le retard de croissance staturo-pondérale est une complication non négligeable, surtout si celle-ci s'installe pendant la période prépubertaire » (34).

Toutes ces complications sont à rechercher, leur prévention et leur traitement font partie intégrante de la prise en charge.

La multiplicité des symptômes et le retentissement de ceux-ci sur l'individu impacte également le reste de la famille qui va devoir s'adapter à la présence de la maladie et à ses manifestations parfois bruyantes.

4. Diagnostics différentiels et comorbidités

Comme toutes les pathologies psychiatriques, l'anorexie mentale est un diagnostic d'élimination qui nécessite de rechercher une affection médicale somatique avant toute conclusion. Les pathologies dans lesquelles l'anorexie est un symptôme prépondérant sont notamment les tumeurs cérébrales, les leucémies, la maladie de Crohn, l'hyperthyroïdie et le diabète insulino-dépendant.

Certaines affections psychiatriques entraînent parfois également une anorexie. C'est le cas par exemple de la schizophrénie où des idées délirantes d'empoisonnement peuvent être exprimées. Les patients souffrant de trouble du spectre autistique ont parfois des évictions ou phobies alimentaires spécifiques ou des rituels alimentaires. Ces rituels sont également retrouvés dans les troubles obsessionnels compulsifs. Dans l'épisode dépressif caractérisé sévère, les fonctions instinctuelles dont l'appétit sont perturbées.

Après avoir posé le diagnostic d'anorexie mentale, il est important de rechercher les comorbidités psychiatriques. Des symptômes dépressifs sont retrouvés dans 60 à 80% avec un risque suicidaire majoré. Le taux de suicide associé à l'anorexie mentale est le plus important de toutes les maladies psychiatriques. Un trouble anxieux généralisé, une phobie sociale ou un trouble obsessionnel compulsif sont également souvent comorbides à la pathologie. Des symptômes d'anorexie mentale sont aussi retrouvés chez les individus ayant une personnalité de type état-limite. (32,33)

Tout comme les symptômes alimentaires, les manifestations en lien avec les comorbidités psychiatriques ont un impact sur la dynamique familiale et sur le sous-système fratrie qui doit se réorganiser face à la clinique mise en exergue.

5. Prise en charge

Le dépistage du trouble alimentaire doit être le plus précoce possible afin de limiter au maximum l'évolution vers une forme chronique et afin de prendre en charge rapidement de possibles complications somatiques ou psychiatriques.

La prise en charge est ambulatoire ou hospitalière et se fait dans le cadre de la pluridisciplinarité (psychiatre, psychologue, diététicien, équipe infirmière et aide-soignante, psychomotricien, assistante sociale...).

Les objectifs de la prise en charge sont pondéraux, nutritionnels et psychothérapeutiques et propres à chaque patiente.

Le bilan initial est à la fois anamnestique, clinique, biologique et paraclinique. L'anamnèse s'intéresse particulièrement au contexte d'apparition du trouble alimentaire, à l'histoire pondérale de la patiente et aux comportements alimentaires. L'évaluation clinique tient compte des répercussions pondérales du trouble alimentaire ainsi que des répercussions somatiques et psychiatriques. Un bilan biologique est systématiquement réalisé, dans le but d'écarter un diagnostic différentiel et de mettre en évidence des complications liées à la dénutrition. Sur le plan paraclinique, une ostéodensitométrie est proposée pour évaluer le retentissement du trouble sur le plan osseux.

La prise en charge ambulatoire est favorisée en absence d'urgence médicale ou psychiatrique. Une hospitalisation est envisagée dans certains cas, notamment une perte de poids majeure ou une stagnation pondérale malgré une renutrition en ambulatoire. Certains signes de gravité cliniques, biologiques ou paracliniques font également discuter une hospitalisation en urgence, tout comme le risque suicidaire ou des comorbidités psychiatriques sévères.

Une prise en charge psychothérapeutique est indispensable et a plusieurs objectifs : favoriser l'adhésion aux soins, comprendre et accepter la nécessité d'une renutrition, réintroduire la notion de plaisir dans l'alimentation, travailler les distorsions cognitives, renforcer l'estime de soi et améliorer les relations interpersonnelles.

Plusieurs types de psychothérapies ont fait leur preuve dans le traitement de l'anorexie mentale. Le choix doit être adapté à l'état médical de la patiente, à ses capacités et à ses souhaits. Les deux principales thérapies proposées sont la thérapie familiale, que nous détaillerons plus tard dans notre travail et la thérapie cognitivo-comportementale.

Sur le plan nutritionnel, l'objectif initial est la renutrition. Celle-ci doit être prudente et progressive afin d'éviter toute complication. Le recours à des compléments nutritionnels oraux ou à une assistance nutritive par sonde naso-gastrique est parfois nécessaire.

L'objectif secondaire est la rééducation nutritionnelle et diététique afin que la patiente retrouve une alimentation équilibrée, tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

La psychoéducation passe par une information sur les mécanismes biologiques de régulation pondérale, les causes de l'obésité, les effets de l'exercice physique, les difficultés en lien avec la maigreur, les mécanismes cognitifs et émotionnels conduisant à manger en excès, les aspects psychosociaux qui entretiennent le désir irrationnel de minceur et les mécanismes physiologiques de régulation de la prise alimentaire que sont la faim, la satiété et le plaisir.

Il n'existe pas de traitement pharmacologique de l'anorexie mentale. Les psychotropes sont principalement utilisés pour traiter les comorbidités psychiatriques. (32,33,35)

La prise en charge de l'anorexie mentale peut être source de bouleversements au sein de la famille et notamment pour les frères et sœurs. Ceux-ci peuvent expérimenter

l'hospitalisation de leur sœur ou bien le port de la sonde naso-gastrique et toutes les interrogations que cela suppose. D'autres questionnements concernant l'évolution de la maladie peuvent intervenir et impacter l'équilibre fraternel.

6. Pronostic et évolution

En absence de prise en charge médicale, l'évolution spontanée de la maladie se fait vers la chronicité. La mortalité dans l'anorexie mentale, tant par suicide que par complications de la dénutrition, est l'une des plus élevées des troubles psychiatriques. Il existe plus rarement des rémissions spontanées, retrouvées majoritairement dans les formes à début précoce qui sont de meilleur pronostic (32).

Dans le cadre d'une prise en charge médicale, l'évolution se fait dans 47% des cas vers le rétablissement. Dans 34% des cas on note une amélioration clinique avec persistance de symptômes *a minima* et dans 21% des cas une chronicisation caractérisée par une absence d'amélioration voir une dégradation clinique (29).

Si l'on regarde l'amélioration des principaux symptômes pris isolément, on retrouve une normalisation du poids chez 60% des sujets, un retour de règles chez 57% et une normalisation du comportement alimentaire chez 47% (29).

Les facteurs de mauvais pronostic sont un délai important avant la prise en charge médicale, les formes de début extrêmement précoce ou celles à début tardif, un déni de la maladie surtout s'il persiste plus de 4 ans, un poids initial très faible, la présence de comorbidités psychiatriques et le faible étayage familial et social. Le pronostic est également moins bon dans les cas d'anorexie masculine.

Le taux de mortalité est de 9%. Les complications liées à la dénutrition entraînent 54% des décès et le suicide est en cause dans 27% des cas. 19% des patientes décèdent d'autres causes moins bien définies.

Dans l'immense majorité des cas et malgré le rétablissement, des préoccupations alimentaires, corporelles et pondérales persistent tout au long de la vie. (33)

L'anorexie mentale est une pathologie grave et de pronostic incertain, cela malgré une prise en charge bien conduite. La question se pose de savoir comment la fratrie fait face dans son vécu et sa dynamique à l'incertitude engendrée par la maladie.

C. Statut nosologique de l'anorexie mentale

L'étude nosologique de l'anorexie mentale va nous permettre de mieux comprendre les processus identitaires mis en jeu dans le cadre de la relation fraternelle afin d'appréhender les modifications de la dynamique au sein de cette relation horizontale lorsque la pathologie s'y immisce.

1. Approches historiques

a) Approche psychanalytique

Au début-milieu du XX^e siècle, l'anorexie mentale est initialement décrite comme une forme d'hystérie par les premiers psychanalystes. Le modèle de dépression mélancoliforme est ensuite évoqué devant la présence d'éléments dépressifs au cours de l'évolution du trouble. Certains considèrent l'anorexie comme un "équivalent dépressif" voire une défense contre la dépression, comme Gero (1967) qui la compare à un travail de deuil, celui de la perte de l'objet.

Pour Bruch (1978), l'anorexie mentale prend un caractère délirant au vu de la perturbation de la perception de l'image du corps. Selvini-Palazzoli (1974) qualifie le trouble de «paranoïa intrapersonnelle» et le situe à mi-chemin entre les positions schizoparanoïde et dépressive.

« Pour Brusset (1977), l'anorexie [...] reflète l'instabilité de l'organisation psychique, mais ne signe pas en elle-même la présence d'une structure psychique particulière. Plus qu'une organisation stable de la personnalité, elle constitue un aménagement pervers lié au maintien d'une dépendance excessive aux objets externes ».

Pour Jeammet (1990), l'anorexie mentale est une problématique de dépendance à l'objet. Dans un contexte de narcissisme primaire fragilisé, l'adolescente se retrouve confrontée à une situation paradoxale. Elle tente à la fois de protéger son narcissisme en refusant de renoncer aux liens de l'enfance et à la fois de maîtriser le plus complètement possible l'objet de désir qui est vécu comme source de danger pour l'intégrité du soi. Elle ressent en même temps l'obligation et l'impossibilité de se séparer : « ce dont j'ai besoin, parce que j'en ai besoin, c'est ce qui me menace ». (36)

2. Approche systémique

L'approche systémique décrit le symptôme anorexique comme ayant un rôle dans l'homéostasie familiale. Dans la théorie du système familial de Minuchin, psychiatre et thérapeute familial, la patiente seule n'est pas anorexique, c'est toute la famille qui est anorexique. Certaines formes d'environnements familiaux favoriseraient un mode passif de

défiance comme le fait de refuser de s'alimenter ce qui compliquerait le processus d'individuation de la patiente. L'anorexie mentale permettrait de réduire la crise familiale induite par l'adolescence et légitimerait le fait que les parents du sujet anorexique continuent de s'occuper de leur adolescent comme s'il était encore un enfant. (37,38)

a) Approche cognitivo-comportementale

Selon l'approche cognitivo-comportementale, la cognition jouerait un rôle déterminant tant dans la survenue du trouble anorexique que dans son maintien. Les distorsions cognitives retrouvées dans l'anorexie mentale concernent l'alimentation, l'image corporelle, les relations aux autres et l'estime de soi. Ces pensées erronées perturberaient le traitement des informations relatives au corps, aux aliments et aux autres. Il en résulterait une propension à lier de façon étroite l'image du corps avec l'estime de soi, le bonheur et la réussite.

« Au début du trouble, il existe un besoin extrême de contrôle sur la nourriture en rapport avec les sentiments d'inefficacité et de perfectionnisme, eux-mêmes en interaction avec une estime de soi basse. Ce besoin de contrôle de soi à travers l'alimentation se fonderait sur plusieurs raisons : la restriction qui fournit un résultat immédiat et direct sur le contrôle de soi ; son effet puissant sur les autres ; il est encouragé par la famille qui focalise sur le comportement alimentaire ; il influence les effets de la puberté et est encouragé par les sociétés occidentales ». (39)

Le maintien du trouble s'opérerait de plusieurs manières. La restriction alimentaire accroissant le sentiment de maîtrise, le succès initial entraîne la poursuite du comportement. La patiente finit par exercer une maîtrise dans tous les domaines de sa vie et éprouve alors une profonde résistance au changement. La restriction alimentaire est encouragée par l'inanition et par les distorsions cognitives concernant la perception du corps et la nourriture.

3. Le modèle biopsychosocial

Le modèle biopsychosocial, développé à partir de multiples études cherchant à expliquer l'étiologie de l'anorexie mentale, fait aujourd'hui consensus pour expliquer l'apparition de celle-ci : des facteurs de risque de développer la maladie sont présents de façon innée ou se développent lors d'expériences de vie de l'individu. Ces facteurs prédisposants associés à un ou des facteurs précipitants déclenchent la maladie. Cette dernière va se maintenir dans le temps via des facteurs d'entretien.

Le développement suivant permet de nous interroger sur les liens qui peuvent être faits entre un potentiel rôle de la fratrie en tant que facteur de risque de développer la maladie, facteur de précipitation ou d'entretien.

a) Facteurs de vulnérabilité

(1) Biologiques

Le sexe féminin est l'un des principaux facteurs de risque de développer une anorexie mentale. Le ratio retrouvé dans la majorité des études est d'un homme atteint pour dix femmes.

De plus en plus d'études s'intéressent à la part d'hérédité dans l'anorexie mentale. On retrouve dans cette pathologie un phénomène d'agrégation familiale, avec une prévalence du trouble plus importante dans certaines familles. Des études menées sur des fratries et plus précisément sur des jumelles homozygotes mettent en évidence une héritabilité de 50 à 70% (40–42). Ceci est à mettre en parallèle avec le risque de développer une anorexie mentale qui est plus important en cas d'antécédents périnataux (29). En effet, les grossesses gémellaires sont plus à risque de complications per et post-partum d'où une probable sur-représentation des cas d'anorexie mentale dans cette population.

Il existerait un risque de développer une anorexie mentale multiplié par 16 chez les

femmes apparentées au premier degré de femmes souffrant d'anorexie (42).

Le rôle des oestrogènes dans la genèse du trouble a été exploré, l'étude de Klump retrouvant un risque significativement plus élevé chez des jumelles monozygotes à fort taux d'œstradiol comparativement à des jumelles dizygotes (43). D'autres auteurs suggèrent que c'est une réponse anormale aux œstrogènes à la puberté, sous-tendue par plusieurs mécanismes, qui pourrait être un facteur de risque d'anorexie mentale (44).

La piste neuro-endocrinienne est également évoquée. Notamment le rôle des neuropeptides et des hormones qui interviennent dans la régulation des dépenses énergétiques et de l'appétit. Il a été démontré que chez les sujets anorexiques, il existe une dysrégulation hétérogène de ces systèmes via des dosages plasmatiques et du liquide céphalorachidien.

Le microbiote intestinal pourrait également entrer en jeu dans la genèse des troubles du comportement alimentaire via des anomalies de régulation des réponses neuroendocrinienne et émotionnelle notamment au stress et à la prise alimentaire. (45,46)

(2) Psychologiques

Des travaux comparatifs ont été réalisés en utilisant comme groupe contrôle la fratrie des patientes souffrant de trouble alimentaire afin d'étudier l'influence de diverses variables étiologiques, notamment le développement pondéral, l'image corporelle, les attitudes alimentaires ainsi que la perception de la qualité de l'attachement parental, des relations familiales et des relations avec les pairs.

Les facteurs de vulnérabilité mis en évidence sont une insatisfaction corporelle plus marquée, une faible estime de soi, des traits perfectionnistes, une difficulté à gérer les émotions et un attachement insécuré comme en témoignent les résultats des différents travaux : « les

patientes souffrant de TCA ont un vécu familial différent de celui de leurs sœurs. Par exemple, elles vivent un attachement plus insécure, notamment au père ; une perception des relations de fratrie plus marquée par la rivalité, la jalousie et le manque d'affection ; plus d'expériences de moquerie sur l'apparence physique et le poids ainsi qu'une image corporelle plus perturbée ; une moins bonne intégration sociale et plus de problèmes d'estime de soi et de difficultés d'autonomisation. Des taux plus élevés de problèmes émotionnels et comportementaux, de perfectionnisme et de psychopathologie ont également été observés chez les futures patientes anorexiques ou boulimiques, en comparaison à leur sœur la plus proche en âge » (2).

(3) Socio-culturels

Le corps et ses représentations sont l'une des pierres angulaires de la problématique anorexique. Ces dernières décennies, l'idéal social de minceur, notamment chez la femme et encore plus chez l'adolescente, est prépondérant. Une enquête internationale de 2007 comparant les normes de minceurs selon les pays, met en évidence qu'en France la minceur est valorisée pour les femmes et que c'est l'un des « pays où la volonté de perdre du poids est la plus fréquente chez les femmes : six Françaises sur dix déclarent vouloir perdre du poids » (47). « Un biais de surestimation du poids et de la silhouette est ainsi systématiquement retrouvé dans la population générale, mais il est largement majoré chez les patientes anorexiques. Cette représentation de soi altérée et l'attention excessive qui lui est portée constituent un facteur de risque de décompensation du TCA » (48).

L'entrée dans la puberté associée à l'exposition permanente à des standards de beauté et à la pression sociale de performance conduirait à une insatisfaction corporelle qui constituerait elle-même un facteur de vulnérabilité au développement de trouble alimentaire, comme en témoigne l'étude de la psychiatre américaine Anne E. Becker réalisée aux îles Fidji dans les années 1990. En 1995, en absence de télévision, les jeunes fidjiennes semblaient être

indemnes des troubles alimentaires touchant l'Occident. En 1998, après quelques années d'exposition aux écrans de télévision et notamment à des feuilletons et publicités occidentaux, une partie des adolescentes a déclaré vouloir le même corps et la même taille que les femmes qu'elle voyait à la télévision et à développer des symptomatologies de troubles du comportement alimentaire (49,50).

b) Facteurs déclenchants

L'initiation d'un régime alimentaire est le facteur déclenchant d'anorexie mentale le plus souvent retrouvé. Il multiplierait par 5 à 18 fois le risque de développer un trouble alimentaire (51,52). L'insatisfaction corporelle exacerbée par la puberté déclenche souvent le premier régime. Cette restriction alimentaire est souvent liée à des stressors psychosociaux (critiques sur le physique, rupture sentimentale, départ d'un proche voire abus sexuel) et, dans un contexte d'estime de soi basse, peut être la porte d'entrée à une anorexie mentale.

c) Facteurs d'entretien

La dénutrition joue un rôle prépondérant dans le maintien du trouble alimentaire. Elle entraîne des affects dysphoriques et des préoccupations alimentaires constantes ainsi qu'un retrait social et un désintérêt pour les expériences sociales et sexuelles. La déstructuration des prises alimentaires perturbe progressivement les rythmes biologiques et contribue à renforcer les symptômes anorexiques et le sentiment de perte de contrôle. (53,54)

Les conduites anorexiques font émerger un fonctionnement rigide lié à des rituels et des croyances erronées. Cette rigidité est vécue comme sécurisante par les patientes. Certains auteurs voient l'anorexie comme une conduite d'évitement des émotions, des relations et des nouvelles expériences perçues comme trop menaçantes ce qui participerait au maintien du trouble et de l'isolement. (55)

Les bénéfices secondaires de l'anorexie mentale sont également un facteur de maintien du trouble (55). Les symptômes anorexiques visibles génèrent de l'inquiétude et permettent d'obtenir l'attention des proches sans forcément avoir à formuler verbalement un besoin, un désir ou un état émotionnel. Une éventuelle guérison peut paraître menaçante et générer des angoisses d'abandon.

Cette deuxième partie nous a permis d'étudier précisément les tenants et aboutissants de la maladie anorexique afin de nous permettre de comprendre plus aisément dans la suite de notre propos les liens pouvant exister entre la pathologie alimentaire et la dynamique fraternelle.

III. Fratrie et anorexie mentale

« Nul ne vit sans conséquences pour lui-même avec une personne atteinte d'une maladie grave. [La] disproportion et [la] non-reconnaissance de ce que vit l'entourage des malades en psychiatrie [et] l'expérience de voir son frère ou sa sœur changer radicalement ébranle notre sécurité intérieure et vient mettre en doute des éléments de notre vie que l'on croyait sûrs. ». (56)

Nous nous interrogeons dans ce chapitre sur les liens qui unissent la maladie anorexique et la fratrie. Nous nous questionnons sur un potentiel impact de la fratrie sur l'émergence du trouble alimentaire et inversement sur le retentissement que peut avoir la maladie sur la dynamique fraternelle et sur le vécu de chaque membre de la fratrie.

A. Fonctionnement familial dans l'anorexie mentale

Avant de nous intéresser exclusivement au cas de l'anorexie mentale, étudierons en premier lieu le vécu de la fratrie dans le contexte de la maladie en général. Nous nous questionnerons également sur l'existence ou non d'un profil de famille type où l'anorexie serait plus fréquente que dans d'autres profils familiaux. Puis nous évoquerons le vécu et les bouleversements pouvant avoir lieu sur le plan familial dans le cas d'un membre atteint d'anorexie mentale, en nous appuyant sur les études ayant été réalisées sur le sujet. Enfin, nous nous attarderons sur le vécu qu'a la patiente anorexique de sa relation avec ses frères et sœurs.

1. Fratrie et maladie chronique

La présence de la maladie au sein d'un foyer, que ce soit l'anorexie ou autre, est source

de bouleversement de la dynamique familiale et du sous-système fratrie.

Daniel Oppenheim, psychiatre français, s'est questionné, dans le cadre de sa pratique au sein d'un service d'oncologie pédiatrique, sur le vécu des fratries d'enfants atteints de cancer. Il parle d'une « réalité nouvelle qui se constitue pendant le temps de la maladie mais qui ne disparaît pas complètement ensuite » et met des mots sur les interrogations des fratries, pouvant être ceux de tout enfant ayant un frère ou une soeur souffrant de maladie : « Suis-je responsable ? Pourquoi lui : est-ce une punition, et pour quelle faute ? Serai-je un jour puni de même ? Est-ce ainsi que les parents punissent, ou Dieu ? Est-ce le lot des aînés, des trop bons élèves, ou des trop mauvais, des garçons, ou des filles, des enfants trop aimés ou de ceux qui ne le sont pas assez, etc. ? Pourquoi pas moi ? Cet événement confirme-t-il le destin malheureux de notre famille, ouvre-t-il une nouvelle période de notre histoire ? Et, dans ce cas, quelles en seront les caractéristiques ? Et la place que j'y occuperai ? Mon frère est-il toujours le même ? M'en veut-il de ne pas être malade ? Quelles seront désormais nos relations ? Et si c'était tombé sur moi, comment aurais-je réagi, et mes parents ? L'auraient-ils préféré ? » (57).

Quelques chercheurs se sont intéressés au vécu de la fratrie d'enfants souffrant de handicap. Marcelli, pédopsychiatre français, considère que « les réactions et la souffrance des frères et sœurs dépendent de la façon dont les parents gèrent psychologiquement la présence de leur enfant handicapé ». Pour Fisman et Wolf, « la manière dont les parents et la famille considèrent le handicap et la manière dont la famille en parle à l'environnement semblent plus importantes que les variables statiques et le handicap lui-même. » (58,59).

Wintgens et Hayez se sont intéressés au vécu de la fratrie d'enfants souffrant d'autisme. D'après leur étude, « le vécu de la fratrie va s'exprimer de manières différentes, allant d'un enrichissement des valeurs humaines à des signes plus franchement pathologiques, en

passant par une adaptation plus ou moins réussie ».

Ils mettent en évidence une évolution de la dynamique familiale vers deux pôles opposés que sont la résilience ou la compromission de la santé mentale.

Pour la fratrie, la résilience se manifeste par une plus grande autonomie et une solidarité fraternelle. La confrontation des frères et sœurs à la différence enrichit « leur maturité, leur capacité à faire face à l'adversité, leur compassion, leur tolérance, leur réflexion sur le sens de la vie et bien d'autres valeurs encore ».

Certains phénomènes adaptatifs sont mis en évidence : la parentification (surtout chez les aînés), le désir d'améliorer sa propre image afin de correspondre au maximum aux attentes parentales, le sentiment d'être délaissé, des angoisses vis-à-vis de soi-même, du frère malade ou handicapé ou des parents, de la honte et de la culpabilité pouvant entraîner un sentiment d'isolement et la confrontation à l'impuissance notamment vis-à-vis d'un fantasme de guérison.

La compromission de la santé mentale peut passer par le ressentiment et un sentiment d'injustice devant le manque d'attention parentale que peut ressentir la fratrie. Il peut exister des troubles du comportement, une somatisation ou des difficultés scolaires afin d'attirer l'attention sur soi, ou bien une culpabilité pathologique liée à des mauvaises pensées envers le frère ou la sœur malade (60).

La question se pose alors de savoir si les mécanismes qui sous-tendent les liens entre anorexie mentale et fratrie sont les mêmes que dans toute autre maladie. Intéressons-nous avant cela aux profils de familles et de fratries au sein desquelles se développe le plus souvent la pathologie alimentaire.

2. Un profil de famille type

Il a été démontré que certains facteurs familiaux pouvaient jouer un rôle dans la genèse et le maintien des troubles du comportement alimentaire bien que ceux-ci n'en soient pas les

mécanismes exclusifs ou essentiels.

Minuchin (1978) aux Etats-Unis et Selvini-Palazzoli (1978) en Italie sont les premiers à décrire des processus familiaux dysfonctionnels pouvant contribuer au développement et au maintien d'une anorexie mentale chez l'adolescente. D'après leurs recherches, "la famille anorexique" est fusionnelle, elle valorise le groupe plus que l'individu, est peu souple avec de faibles capacités d'adaptation. Sont aussi fréquemment retrouvés des processus de triangulation qui impliquent la patiente (ou future patiente) dans des conflits conjugaux.

Cependant, les approches familiales de Selvini-Palazzoli et de Minuchin, qui sont des études observationnelles non contrôlées, manquent de rigueur scientifique et sont incompatibles avec les nouveaux modèles d'orientation multifactorielle décrits. De plus, la configuration familiale décrite dans ces modèles est rarement retrouvée au complet (61,62).

L'Academy for Eating Disorders est d'ailleurs fortement opposée aux modèles prônant les dysfonctionnements familiaux comme étiologie principale de l'anorexie mentale. Elle condamne également les généralisations suggérant que les familles sont responsables de la maladie de leur enfant. Il découlerait de ces suggestions des risques non négligeables et notamment une fragilisation de l'alliance thérapeutique des familles. (61,63)

Concernant la composition des fratries où l'un des membres souffre d'anorexie mentale, les études sont controversées. « Si Jeammet (1993) soutient qu'il n'existe pas de profil type de fratrie, Bruch (1975), de son côté, montre que l'anorexie serait plus fréquente dans une fratrie féminine, quelle que soit la taille de la fratrie ; Kaganski et Remy (1989) notent que l'émergence de l'anorexie est plus fréquente pour la fille au rang de cadette, d'autant plus que l'écart d'âge est faible. Selon Leglise (1999), l'anorexie est plus fréquente pour l'enfant du milieu, si elle n'est pas l'unique fille de la fratrie. » (2).

Concernant la taille de la fratrie, il semblerait que l'anorexie mentale soit plus fréquente dans les fratries plus nombreuses (64).

En conclusion, à ce jour, aucun profil de fratrie type n'a été mis en évidence en ce qui concerne l'anorexie mentale.

3. Impact de la maladie sur la famille

Eisler détaille les conséquences de la maladie anorexique sur la famille. L'anorexie organise les interactions familiales en entraînant une focalisation sur l'alimentation et la perte de poids. Il y a une restriction temporelle sur l'ici et maintenant (situation de crise permanente et hypervigilance). On retrouve une restriction des modèles interactionnels avec une surprotection ainsi qu'une inhibition des sentiments d'impuissance et de tristesse et une perte de la capacité à s'ouvrir sur des possibilités d'action et d'adaptation. Certains schémas familiaux d'interaction peuvent être amplifiés, par exemple un rapprochement mère-fille et un éloignement du père. Les besoins individuels de chacun des membres de la famille sont inhibés, il existe une entrave des adaptations nécessaires au changement (autonomie, transition scolaire, séparation...). Les parents font part d'un sentiment d'impuissance, de désespoir et de perte de contrôle sur leur vie personnelle et sur le trouble alimentaire de leur enfant. (65)

« Toutes les études sont unanimes pour reconnaître le niveau de détresse élevé vécu par les familles de sujets souffrant d'un trouble du comportement alimentaire. La très grande majorité des proches a sous-estimé le trouble avec des sentiments de regret d'avoir tardé à le repérer, et des émotions négatives associées : frayeur, impuissance, colère, désespoir, solitude et dégoût. Mais aussi culpabilité et honte au regard de leur aveuglement. Un sentiment intense de deuil et de perte de la personne qu'ils ont connue et qui est maintenant si différente, une

peur envahissante devant la détérioration physique de leur proche ; le tout couplé au manque de support et à un sentiment d'impuissance. » (66).

Les proches s'adaptent au trouble alimentaire, ils font face quotidiennement aux symptômes anorexiques, notamment lors des repas, habituels moments privilégiés de rencontre et d'échanges. Les relations familiales se détériorent progressivement, les proches ont le sentiment d'être manipulés, ils font face au déni de la maladie par la patiente et à son refus de communiquer. « Le trouble alimentaire agit comme une barrière entre le proche et le patient, qui rend la communication conflictuelle voire impossible, avec aussi le poids de la dépendance du patient envers le proche, qui vient fausser la relation. » (66)

Le trouble alimentaire prend une place à part entière au sein de la famille et bouleverse de ce fait les liens établis. On suppose alors que l'équilibre fraternel est également modifié, que ce soit les relations avec la sœur malade ou bien l'impact que la pathologie peut avoir sur l'équilibre personnel de chaque individu constituant la fratrie.

4. Comment la patiente anorexique perçoit-elle sa fratrie ?

Il semble intéressant, avant d'étudier comment la fratrie perçoit la sœur malade, comment celle-ci vit son rapport à ses frères et sœurs dans le cadre de la maladie.

Une étude cherchant à modéliser les perceptions qu'ont les patientes anorexiques de leur fratrie a mis en évidence trois mécanismes d'influence. Le premier est l'existence même de frères et sœurs qui par leur présence peuvent motiver ou non à lutter contre l'anorexie. La patiente malade est également sensible aux réactions de sa fratrie à la maladie, qui peuvent aller de l'hostilité à l'empathie. Le dernier est l'influence indirecte que peut avoir la fratrie "en bonne santé" sur le sentiment de compétence ou d'incompétence des parents. (67)

Les frères et sœurs sont reconnus par la patiente anorexique comme une source majeure de soutien. Ils sont perçus comme des modèles positifs motivant la personne atteinte d'anorexie mentale à se rétablir. Cependant, les patientes peuvent également éprouver un sentiment d'isolement vis-à-vis de leur fratrie ce qui réduit leur capacité à accéder à leur soutien en cas de besoin. (68)

On remarque que la patiente peut expérimenter plusieurs degrés dans la relation à sa fratrie, que ce soit une forme de rivalité, une neutralité ou bien un soutien bienveillant. Qu'en est-il de l'impact que peut avoir la fratrie sur l'émergence ou le maintien du trouble alimentaire ?

B. Impact de la fratrie sur la maladie

1. Fratrie unie, ennemie, neutre

Avant de nous intéresser à l'impact que peut avoir la maladie sur la relation fraternelle et sur l'état psychique des frères et sœurs, étudions l'impact que peut avoir la fratrie sur l'émergence voir le maintien de l'anorexie.

La fratrie permet d'entrer en relation avec ses pairs et de vivre des expériences relationnelles multiples. « Plusieurs études [...] confirment des expériences très fortes d'antagonisme et de jalousie au sein de la fratrie, mais également la présence de relations fraternelles fusionnelles ou dépendantes (de la future patiente à un frère ou une sœur aînée), suggérant d'importantes difficultés de différenciation. Une fréquence importante de critiques fraternelles portant sur le poids, l'apparence physique et les comportements alimentaires est également mise au jour, surtout au moment des repas, autant par la patiente que par ses frères et sœurs. ». (67)

La rivalité entre frères et sœurs, qui se manifeste notamment par des critiques ou des

moqueries sur le poids ou l'apparence corporelle, peut être à l'origine d'une mésestime de soi importante pour la future patiente. Ce stress d'origine fraternelle peut être à l'origine du développement ou de l'exacerbation d'un trouble alimentaire. L'anorexie peut aussi en partie trouver sa source dans la jalousie fraternelle, également à l'origine de difficultés de différenciation et d'autonomisation.

La relation fraternelle fusionnelle peut aussi être source de difficultés de différenciation. Dans les familles nombreuses, la relation fusionnelle s'établit parfois avec la fratrie entière, l'identité du sujet passant essentiellement par les règles, les rites et la culture de la fratrie, et l'enfant ou l'adolescent n'existant que par son appartenance au clan fraternel. Les relations fusionnelles sont aussi souvent retrouvées dans un contexte de jumeauté. Dans ces situations où la différenciation du Moi est mise à mal, le processus anorexique pourrait jouer le rôle de tiers séparateur.

L'émergence du trouble alimentaire peut alors être favorisée par un vécu compliqué de la relation fraternelle par la patiente, par ailleurs déjà fragilisée par d'autres facteurs, comme étudié plus tôt. Nous nous questionnons sur la mise en évidence de certains événements qui pourraient avoir un rôle dans le déclenchement ou l'évolution de la maladie.

2. Événements de fratrie pouvant jouer le rôle de déclencheur de la maladie

« L'importance des relations fraternelles apparaît lors d'un changement fondamental dans la structure de la fratrie, mariage, décès, divorce d'un frère ou d'une sœur, hospitalisation. Certains enfants décompensent à cette occasion. Parfois, un frère ou une sœur perd son meilleur confident ou voit partir celui qui attirait l'attention sur lui ou celui qui faisait un peu "écran" entre lui et les parents. Le jeu se redistribue dans le sous-système fratrie. ». (12)

Intéressons-nous à l'histoire de Marie, qui attire notre attention sur l'importance du lien fraternel dans le développement identitaire de l'individu et sur comment la modification de ce lien peut être un facteur de risque de développer une anorexie mentale .

Marie a 30 ans. Elle souffre d'un trouble alimentaire grave depuis plusieurs années. Elle se nourrit à peine, fait plusieurs heures de sport par jour, prend des cachets pour maigrir et boit des litres d'eau et de thé quotidiennement. Elle est en demande de soins car elle réalise son emprisonnement dans les symptômes et sa difficulté à y faire face. Son compagnon et son père, ses personnes ressources, sont à bout. Devant une perte de poids importante en quelques semaines, les entretiens sont majoritairement dirigés vers l'ici et maintenant et laissent peu de place à l'exploration de son passé et de son enfance. Elle a peu de liens avec sa mère et a une sœur décédée. La priorité donnée aux soins est une restructuration alimentaire et une diminution des conduites d'hyperactivité. Un jour, elle rapporte n'avoir pas fait de sport pendant une journée entière le lundi précédent, elle qui en fait habituellement au moins 3 à 4 heures quotidiennement. La questionnant à ce sujet, on apprend que c'était la date anniversaire du décès de sa sœur, Anne. Celle-ci s'est suicidée à l'âge de 16 ans, lorsque Marie en avait 14. Elle nous apprend le lien fort qui l'unissait à l'époque à sa sœur, la seule personne étayante de son entourage face à des parents absents voire négligents. Marie explique que chaque année depuis le suicide de sa sœur, le jour anniversaire, elle reste allongée dans son lit dans le noir et pense à leur relation. Pas d'hyperactivité ce jour-là. Cela fait 16 ans que sa grande sœur est décédée et Marie fait le rapprochement entre son trouble alimentaire et la disparition d'Anne : « quand elle est partie, une part de moi s'est éteinte, elle était tout pour moi, depuis j'aimerais disparaître aussi ».

On remarque ici nettement le lien fort qui unissait Marie à sa grande sœur et la difficulté pour elle de faire face au décès de cette dernière à une période où Marie, adolescente, était en pleine quête identitaire. Le trouble alimentaire vient s'installer à un moment clé de l'existence de

Marie, l'empêchant de s'épanouir comme si elle ne pouvait avoir ce droit, sa sœur adolescente également ayant disparu.

« Une analyse de dossiers à laquelle s'est livrée une équipe de Rouen (Gérardin, 2007) montre que 74% des patients présentent au moins un événement de vie, un an avant le début perçu des troubles alimentaires. Parmi ces différents événements, le départ d'un membre de la fratrie est la troisième situation la plus fréquente (16% des cas), après le divorce des parents et le décès d'un proche. » (2).

Emilie, dans une lettre, nous parle de son ressenti vis-à-vis du départ de sa sœur et de l'installation de l'anorexie qui s'en suit.

Dans un contexte de vie déjà difficile, le départ de sa sœur dans le cadre des études est vécu comme un abandon par Emilie. « A l'heure de l'adolescence et de la recherche d'indépendance, ces épreuves m'ont conduite à me sentir seule, perdue et à vouloir changer radicalement pour tenter d'y remédier. J'entends par là un changement physique, ce que je pensais être la solution pour me faire accepter et me constituer un cercle d'amis ». Emilie se met en quête d'un cercle social pour contrer la solitude ressentie suite au départ de sa sœur. Elle modèle sa silhouette pour se faire accepter par ses pairs, persuadée alors que la valeur d'un individu est liée à son apparence physique. L'engrenage qui la fera sombrer dans l'anorexie mentale est activé.

Là encore la relation entre Emilie et sa sœur est très forte, tant bien qu'elle vit comme un abandon son départ du foyer familial. Emilie éprouve par la suite des difficultés à se construire en absence de sa sœur comme soutien et possiblement modèle et tombe dans l'anorexie en tentant de combler le vide laissé par l'absence de sa sœur.

« Parmi les événements de fratrie, certains auteurs ont également évoqué le rôle possible de relations fraternelles incestueuses pendant l'enfance et l'adolescence dans la survenue de troubles du comportement alimentaire » (2), comme c'est le cas pour Elodie, victime d'inceste.

Elodie souffre d'un trouble alimentaire depuis la sortie de l'adolescence. Dans son passé on retrouve des abus sexuels de l'âge de 6 à 13 ans par son frère aîné. Quelques années plus tard, l'affaire passe en justice et son frère est condamné. Cependant, au sein du groupe familial, c'est Elodie le bourreau et son frère la victime : leurs parents et la grand-mère, dont Elodie était très proche, nient les maltraitances et accusent Elodie d'avoir bouleversé l'équilibre familial via ses accusations. Peu à peu, leur relation se délite et Elodie prend de la distance. Elle fait le lien entre le traumatisme et l'anorexie mentale. Les privations alimentaires entraînant son amaigrissement sont une manière de montrer à sa famille le traumatisme dont elle souffre encore à ce jour et d'exprimer l'injustice ressentie.

Ces trois vignettes cliniques sont différents exemples dans lesquels le frère ou la sœur joue sans le savoir un rôle dans la genèse du trouble alimentaire. Etudions maintenant la place que peut avoir la fratrie dans le maintien du trouble alimentaire.

3. Place de la fratrie dans l'évolution de la maladie

Dans 20% des cas, la maladie se chronicise avec un enfermement de la patiente dans ses symptômes, la chronicisation posant la question du deuil d'une relation fraternelle idéale, comme dans l'histoire de Sandy.

Sandy a 29 ans et souffre d'anorexie mentale depuis l'âge de 17 ans. La maladie a débuté insidieusement après un régime puis une chirurgie bariatrique alors qu'elle avait reçu

des moqueries sur son physique et des brimades de son père. Aujourd'hui elle vit avec sa mère, elle passe ses journées dans sa chambre à faire de l'origami et des coloriages. Elle n'a pas de projet de vie, tant sur le plan personnel que professionnel. Elle est rencontrée régulièrement par l'équipe de psychiatrie, lors d'hospitalisations séquentielles. Depuis plusieurs années que l'équipe la suit, elle voit peu d'évolution à son état, son alimentation restant problématique et les projets engagés n'aboutissant pas.

Le cap de la trentaine qui approche fait réaliser à Sandy qu'elle est "bloquée" dans sa vie et sa maladie depuis plus de 15 ans. Elle a vu ses frères et sœurs quitter la maison, se marier et avoir des enfants et elle, la petite dernière, reste une petite fille qui n'ose pas prendre son envol. Même si Sandy répond toujours présente pour garder ses neveux et nièces, les liens avec sa fratrie se sont peu à peu étiolés, chacun ayant peu à peu pris ses distances. Il lui est difficile d'être mise face à son inertie en présence de sa fratrie qui a vécu plein d'expériences de vie.

Dans le cas de Sandy, la maladie crée une distance tant physique qu'émotionnelle entre la patiente et sa fratrie.

Les frères et sœurs peuvent parfois avoir un impact sur la genèse ou le maintien de la maladie anorexique. Un départ, un décès ou des violences sont autant de facteurs favorisant l'émergence du trouble. Inversement, étudions quel peut être l'impact de la maladie sur les frères et sœurs, que ce soit dans leur stratégies d'adaptation face aux symptômes ou sur les répercussions de l'anorexie sur leur santé psychique.

C. Impact de la maladie sur la fratrie

Davtian, en parlant des proches de patient psychotique, explique que « pour faire face à l'impact des troubles de leur proche, les frères et sœurs vont passer, souvent à leur insu, par un travail psychique important qui va consister à détricoter ce qui est à l'autre, ce qui est à eux et

ce qui leur reste en commun. Ainsi ils vont tenter de retrouver une relation où ils ne se sentiront plus menacés. Les parents, centrés sur leur enfant malade, ne repèrent pas souvent l'enjeu dans lequel se trouvent les frères et sœurs, ni leur solitude. Ils sont souvent déconcertés par la façon dont ils font face à cette épreuve familiale. » (69).

Intéressons-nous aux ressentis de la fratrie ainsi qu'aux stratégies mises en place, plus ou moins consciemment, par les frères et sœurs pour faire face aux bouleversements engendrés par la maladie anorexique au niveau familial.

1. Une multitude d'émotions

« Dans l'étude de Highet et al. (2005), les frères et sœurs sont d'abord très sensibles face au changement d'attitude du sujet, puis éprouvent colère, peur, ressentiment, tristesse, frustration et inquiétude pour finalement se détacher de la situation, un peu comme s'ils avaient perdu leur frère ou sœur. De plus, comme les conflits sont exacerbés autour de la façon de réagir face au trouble, les parents se déchirent et les autres enfants de la fratrie y voient un manque de cohérence et d'autorité, là où dans des familles non touchées par une addiction, ils vivraient simplement une différence d'opinion normale entre les deux parents. » (66).

La fratrie de la patiente anorexique doit, tout comme les parents, vivre au quotidien avec les symptômes de la maladie. Elle doit faire face à une modification de sa relation avec la sœur qui devient plus renfermée socialement. La fratrie est également témoin de la souffrance parentale engendrée par la maladie. Cette modification des relations avec sa famille peut être source de tristesse ou d'anxiété pour la sœur malade et/ou les parents. Parfois c'est la colère qui prend le dessus, tournée vers la sœur qui de par la maladie bouleverse l'équilibre familial ou envers les parents qui peuvent donner l'impression de nier la gravité du trouble ou de ne pas agir de la meilleure façon. La culpabilité est également fréquente, elle peut être couplée à un sentiment d'impuissance ou bien à la colère, le sujet réalisant que sa sœur n'a pas d'emprise

sur les symptômes : « les frères et sœurs vacillent entre deux pôles contraires : ils ont l'impression que leur sœur malade "le fait exprès", mais aussi qu'elle n'a aucun contrôle sur ses symptômes ». (67)

Enfin, si la fratrie ne trouve pas d'espace de parole et un environnement compréhensif, un sentiment de solitude peut être exacerbé, notamment du fait que la sœur malade accapare l'attention parentale.

2. Stratégies de coping

On appelle stratégie de coping l'ensemble de réactions et de stratégies élaborées par un individu pour faire face à une situation stressante. Les frères et sœurs vont s'adapter de multiples façons au trouble alimentaire et aux modifications des liens familiaux et fraternels engendrés par celui-ci.

Certains vont agir dans l'intérêt de leur sœur, pour l'aider. Par exemple, pendant les repas « terminer son assiette plus rapidement, encourager sa sœur à terminer son assiette ou, au contraire, prendre plus de temps pour finir son repas dans le but de détourner l'attention parentale » (70) et hors des repas, passer du temps avec elle, la distraire, discuter. Cela permet de conserver un lien fraternel qui n'est pas trop distendu par l'anorexie.

Les frères et sœurs plus âgés peuvent agir en "pseudo-parents" ou aidants naturels envers leur sœur. Cela peut s'expliquer si les parents sont absents ou défaillants mais ce rôle risque d'être délétère à la fois pour la relation parents-enfant et pour la relation fraternelle. Chez les fratries plus jeunes, on peut retrouver une hypermaturité qui se traduit par une autonomisation précoce pouvant être expliquée par la moindre disponibilité parentale.

Dans l'exemple ci-dessous, la sœur de Tatiana s'adapte à la présence de la maladie en

prenant inconsciemment le rôle de “pseudo-parent”.

Tatiana a 17 ans et souffre d'anorexie depuis un an. Ses parents sont séparés. Son père a refait sa vie à l'étranger, il revient rarement en France et donne peu de nouvelles. Sa mère est peu présente au domicile, jonglant entre deux emplois pour subvenir aux besoins de Tatiana et ceux de sa grande sœur Sara de 19 ans.

Sara s'est naturellement positionnée en troisième parent. C'est elle qui s'occupe de l'intendance à la maison, notamment des courses et des repas. C'est la personne la plus au fait des difficultés que rencontre actuellement Tatiana et de ce fait, il a semblé important de la rencontrer en entretien familial. Ces entretiens sont l'occasion de discuter avec les deux sœurs de la modification de leur lien fraternel faisant suite à la maladie ainsi que de la place de chacune dans la relation afin que Sara puisse trouver le temps de vivre sereinement sa vie de jeune femme.

Dans cet exemple, la sœur de Tatiana s'adapte au remaniement familial engendré par la maladie en prenant le rôle de parent de substitution, ce qui n'est pas sans risque pour son épanouissement et sa santé psychique.

Certains vont éviter la confrontation en faisant attention à ce qu'ils disent et éviter à tout prix les conversations autour de l'anorexie. Cette stratégie peut être source de ressentiment et de solitude.

D'autres externalisent l'anorexie mentale. Ils différencient la maladie de leur sœur, ce qui leur « permet de reconnaître les symptômes de l'anorexie là où l'on voit des crises de colère, des comportements tyranniques ou absurdes face à l'assiette » (70). Cela nécessite d'avoir une information préalable sur les symptômes et cognitions anorexiques et permet de diriger les

sentiments négatifs perçus non pas sur la sœur malade mais sur la maladie elle-même afin de préserver le lien fraternel. D'autres, conscients de la douleur engendrée par le trouble que subit leur sœur, vont avoir une attitude empathique et être dans le pardon des comportements dysfonctionnels induits par la maladie.

Avoir espoir en la guérison est une autre stratégie de coping. Se projeter dans un avenir sans maladie peut permettre à la fratrie de gérer son anxiété. Cet espoir est d'ailleurs généralement instillé par les parents et les soignants dans une tentative de minimiser l'angoisse liée à la maladie.

Minimiser son ressenti, se mettre à distance voire fuir la vie familiale ou faire comme si de rien n'était et demander de rester à l'écart est une stratégie utilisée par certains frères et sœurs. Ce comportement peut signifier une minimisation des souffrances pour appuyer la volonté de se différencier de la sœur malade ou bien peut également être un moyen de se conserver, de garder une vie à soi, indépendante du trouble alimentaire. Cependant il faut rester vigilant sur le sentiment de solitude et sur la détérioration du lien fraternel que cela peut engendrer comme dans le cas des jumelles Lucile et Fanny.

Lucile et sa sœur jumelle Fanny ont 16 ans. Depuis plusieurs mois, Lucile a développé un trouble alimentaire qui s'aggrave malgré des soins intensifs. L'histoire de Lucile est marquée par un handicap physique congénital fort visible et également douloureux qui fait qu'à sa naissance elle a reçu beaucoup de soins et d'attention de ses parents qui s'inquiétaient de la voir souffrir. L'histoire récente de la famille est marquée par le divorce des parents qui voient les jumelles en garde alternée.

Parallèlement au trouble alimentaire, Lucile a développé de fortes angoisses et est devenue très fusionnelle avec sa mère, allant jusqu'à dormir avec elle. Que ce soit en entretien

individuel ou en présence des parents, il est peu fait mention de sa sœur Fanny. Le père rapporte que pour celle-ci, la cohabitation avec sa mère et Lucile est compliquée, cette dernière agissant de façon “tyrannique” à la maison, notamment en ce qui concerne l'alimentation, pouvant entrer dans des colères noires rien que pour une odeur de cuisine par exemple. La mère confirme et exprime avoir des difficultés à poser un cadre à Lucile, cédant à ses requêtes tout en sachant que ça ne l'aide pas à lutter contre la maladie.

D'après ses parents, Fanny serait une jeune fille épanouie, ayant plein de projets, sortant beaucoup avec ses amis et se réfugiant régulièrement chez son père pour échapper au climat délétère qui règne chez sa mère.

Dans ce contexte, la maladie anorexique creuse un fossé entre les jumelles auparavant complices. Lucile, qui s'enfonce dans la maladie, réclame de plus en plus d'attention à sa mère puis quand elle est hospitalisée, aux soignants. Fanny au contraire, prend peu à peu son indépendance, presque plus vite que prévu suite à la maladie de sa sœur.

De par le récit de ses parents, on entend que Fanny, qui n'a pas été reçue en entretien et qui n'est pas venue visiter sa soeur durant l'hospitalisation, a un réel besoin de prendre ses distances et cela possiblement au prix d'un sentiment d'isolement et de minimisation de sa souffrance.

Lucile accapare tellement l'attention parentale que Fanny ne trouve plus sa place au sein de la famille et tend à s'isoler pour se préserver ce qui n'est pas sans risque pour sa santé psychique.

Certains enfants vont être critiques ou agressifs, dans la confrontation, vont avoir une attitude blessante voire dévalorisante envers leur sœur. Parfois, cela va jusqu'à la rébellion via une chute des résultats scolaires, des provocations ou des conduites à risque, nécessitant un renforcement et un recentrage de l'attention parentale. A l'inverse, d'autres vont agir en “enfant parfait” afin de satisfaire au maximum les attentes parentales et ne pas leur ajouter de soucis.

Les stratégies de coping mises en place par la fratrie sont nombreuses et comme tout processus adaptatif peuvent être coûteuse en énergie. Etudions quel peut être l'impact sur le plan psychique pour la fratrie de ces remaniements de la dynamique familiale autour des symptômes anorexiques.

3. Impact psychologique et psychiatrique de l'anorexie sur la fratrie

La lettre de Camille, sœur d'une patiente, est forte d'enseignement en ce qui concerne la détresse pouvant être engendrée par la maladie au sein du noyau familial et chez les frères et sœurs.

Camille, 15 ans, écrit une lettre aux soignants pour exprimer son inquiétude concernant Justine, sa jumelle, qui souffre d'anorexie mentale. « Il me semble très important de vous dire ce qui se passe réellement chez nous, Justine ne vous dit pas tout mais je ne lui en veut pas. C'est extrêmement difficile pour elle comme pour nous, c'est une mission difficile. Mes parents ne peuvent plus continuer comme ça, on ne sait plus quoi faire, nous ne sommes pas formés pour cette situation. Il me semblait très important de vous le faire savoir ». Par ces mots, Camille exprime son inquiétude à la fois pour sa sœur mais également pour ses parents. Elle exprime également son désarroi, possiblement source de culpabilité.

Les études s'étant intéressées à l'impact psychologique et psychiatrique que peut avoir la maladie anorexique sur la fratrie sont très peu nombreuses.

En 2009, l'équipe de Podlipski du CHU de Rouen a mené des entretiens semi-dirigés et questionnaires d'auto-évaluation auprès de 14 fratries. L'étude retrouve un épisode dépressif dans 35,7% des cas (soit 5 frères ou sœurs sur 14) et dans la moitié des cas une estime de soi

défaillante. Il n'est pas retrouvé de trouble anxieux ni de trouble alimentaire ou insatisfaction corporelle pathologique. (71)

L'étude de Strober met en évidence que dans le cas de sœurs jumelles, la sœur non atteinte d'anorexie développe un syndrome dépressif dans la moitié des cas. Dans le cas de sœurs non jumelles, un syndrome dépressif est retrouvé à la fréquence de 1,4 à 6,6%. (72)

En 2017, une revue de littérature regroupe 20 études portant sur l'expérience de la maladie anorexique en tant que fratrie. Il en ressort qu'une partie des participants éprouve des émotions accablantes et intenses caractérisées par un sentiment de détresse et une incapacité à faire face. 5 études rapportent qu'une partie des participants a fait l'expérience de trouble anxieux et/ou de syndrome dépressif, mis en lien avec une crainte de la rechute ainsi qu'à l'incertitude pronostique. Les fratries se retrouvent également confrontées à des sentiments de désespoir, d'impuissance, d'injustice et de ressentiment. (73)

La littérature fait également état d'une atmosphère familiale compétitive autour de la minceur, une attitude problématique à l'égard de la nourriture, de la silhouette et du poids dans la famille en général, et chez les sœurs en particulier. (74)

Le manque d'études sur le sujet et le fait qu'un certain nombre d'entre elles incluent souvent des échantillons très mixtes de mères, de pères, de frères et sœurs et, parfois, de personnes atteintes d'anorexie elles-mêmes limite le développement de théories et de modèles précis à la fois pour les sous-groupes (par exemple la fratrie) et pour les familles. Il en ressort cependant que le trouble alimentaire est à risque psychopathologique individuel important, le plus souvent sur un versant d'internalisation (troubles dépressifs et anxiété) et source de difficultés identitaires.

Ce chapitre nous a permis de mettre en évidence qu'il n'y a pas de fratrie type dans laquelle se développerait plus la maladie anorexique. Malgré le peu d'études sur le sujet, il est mis en évidence que les frères et sœurs développent de multiples stratégies pour s'adapter à la présence de l'anorexie et que cela leur coûte sur le plan psychique, avec un risque majoré de troubles dépressifs et anxieux et de possibles difficultés à se développer sur le plan identitaires. Etudions maintenant par quels moyens la fratrie peut être intégrée à la prise en charge de l'anorexie afin de créer une nouvelle dynamique familiale d'où elle ne serait pas exclue. Intéressons-nous également aux moyens de détecter les frères et sœurs en souffrance afin de leur offrir un accompagnement optimal.

IV. Place de la fratrie dans les soins de la patiente anorexique

Après avoir mis en évidence que la maladie anorexique peut entraîner une souffrance psychique auprès des frères et sœurs de la patiente, intéressons-nous à la prise en charge pouvant leur être proposée, à la fois dans le cadre des soins de leur sœur mais également sur le plan individuel. Nous étudierons dans un premier temps les différents modèles de thérapie familiale qui est une forme de prise en charge qui a fait ses preuves dans le traitement de l'anorexie mentale. Dans un second temps nous évaluerons quelles sont les demandes de la fratrie en ce qui concerne les soins. Pour terminer, nous axerons notre réflexion sur la prise en charge de la fratrie au sein du cercle familial et de façon individuelle.

A. La thérapie familiale comme traitement de l'anorexie mentale

La thérapie familiale est un traitement ayant fait ses preuves dans l'anorexie mentale. Cette forme de prise en charge permet d'inclure l'entièreté de la famille dans les soins. Intéressons-nous aux différentes formes de thérapies familiales et à celles les plus pertinentes dans l'anorexie mentale afin de voir de quelle manière la fratrie peut être incluse dans les soins.

« Pendant longtemps, la famille a été tenue à l'écart de la prise en charge de l'adolescente anorexique, soit parce qu'elle était considérée comme nocive, soit parce qu'on pensait que le chemin de la guérison devait nécessairement passer par une expérience psychologique de séparation. Il y a encore une dizaine d'années, certains cliniciens continuaient d'affirmer que l'anorexie mentale était une affection de la famille mais qu'elle ne pouvait pas se traiter en famille. L'hospitalisation de la patiente était donc (et est encore) traditionnellement assortie d'une séparation totale du milieu familial et d'une vision de la famille comme étant souvent délétère. ». (75)

La thérapie familiale est initialement développée aux Etats-Unis dans les années 1950 puis est ensuite importée en Europe dans les années 1970 par des psychiatres italiens.

Elle prend en considération la dynamique propre au groupe famille afin de replacer les symptômes et les conflits dans le fonctionnement familial. La thérapie familiale repose sur la conviction que la famille est capable de résoudre elle-même ses difficultés mais que pour cela elle peut avoir besoin d'être accompagnée. Elle fait rupture avec le paradigme psychiatrique classique qui postule que le trouble émerge de l'individu lui-même. (76)

Le traitement familial dans l'anorexie mentale constitue un outil thérapeutique de choix. Les interventions consistent à provoquer des changements au niveau des modes d'interaction entre les différents membres de la famille. L'objectif est que la famille réussisse à résoudre elle-même les tensions et dysfonctionnements entraînant une souffrance du système familial. 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. (33,77)

1. Premiers modèles applicables au traitement de l'anorexie mentale

a) La thérapie structurale

Salvador Minuchin, psychiatre d'origine argentine, a théorisé l'approche structurale dans le cadre des thérapies familiales. L'objectif de la thérapie structurale est de mettre en évidence les déséquilibres qui rendent intenable le fonctionnement familial. Minuchin travaille sur les règles de la famille, notamment ce qu'il nomme ses "frontières" implicites ou explicites. Les dysfonctionnements seraient liés à une transgression des frontières qui séparent les sous-

systemes.

Il dégage plusieurs schémas transactionnels de ses observations dont l'enchevêtrement, qui est caractérisé par une proximité émotionnelle et relationnelle dans les relations familiales (frontières diffuses) et le désengagement, caractérisé par une faible adaptation au stress environnemental (frontières rigides).

Selon Minuchin, les deux missions de la famille sont d'offrir un sentiment d'appartenance à ses membres et de permettre la différenciation de chacun. Or, ces schémas transactionnels défaillants seraient à l'origine d'une inhibition des processus d'autonomisation et d'individuation.

Les membres d'une famille vont s'ajuster à une situation donnée via la mise en place d'alliances, de conflits ou voire de triangulations. Le risque est que ces ajustements entretiennent le problème en emprisonnant les membres dans un rôle défini et en figeant les relations.

Dans le cadre de l'anorexie mentale, le système familial résiste aux changements en maintenant et en rigidifiant son fonctionnement.

La thérapie structurale s'attache aussi à mettre en évidence les différents stades du cycle de vie d'une famille. Cela correspond aux arrivées et départs du noyau familial, qui bousculent la structure de la famille. Les moments critiques sont ceux où les besoins d'appartenance se heurtent aux besoins individuels.

L'objectif de la thérapie structurale est de favoriser une flexibilité du fonctionnement familial afin de permettre une adaptation au changement.

Dans un premier temps, le thérapeute respecte le système comme il se présente et l'observe (notion de *joining*). Il doit déterminer le type de frontières qui existent entre le système et l'extérieur et entre les membres du système en s'aidant de plusieurs indicateurs : Qui s'assoit

à côté de qui ? Qui prend la parole en premier ? Quel temps de parole est octroyé à chaque membre ?

Dans un second temps, le thérapeute utilise des outils d'intervention pour modifier les relations familiales et construire de nouvelles frontières. Ceci permet une restructuration du système via l'amélioration des capacités adaptatives de la famille face au stress.

Concernant plus précisément l'anorexie mentale, le thérapeute s'attache dans un premier temps à changer la focalisation autour du trouble alimentaire puis dans un second temps à supprimer la fonction des symptômes alimentaires. Minuchin est notamment connu pour ses *lunch sessions* durant lesquelles il induit un stress familial majeur en proposant aux parents de faire manger un sandwich à leur fille malade, durant la consultation. Ceci est un moyen d'amorcer une restructuration, le thérapeute soutenant les parents pour qu'ils puissent s'allier et dépasser leurs éventuels conflits. (33,76,78)

b) La thérapie stratégique de Milan

Jay Haley est un pionnier américain de la thérapie familiale et membre fondateur de l'Ecole de Palo Alto. Il théorise l'approche stratégique dans le cadre des thérapies familiales. Il s'intéresse principalement à la fonction du symptôme au sein du système famille. Il décrit celui-ci comme un comportement adaptatif aux comportements des autres membres du système, une sorte de "tactique relationnelle" qui permet une collaboration implicite avec les autres. Le symptôme permettrait à la personne porteuse de diriger la relation.

Pour J. Haley, la lecture des relations familiales se fait en termes de pouvoir : « mes troubles du comportement incitent mon entourage à réagir. Indirectement, grâce à mes problèmes, je commande autrui. » (78).

L'objectif de la thérapie stratégique est, dans un premier temps, de mettre en évidence la fonction du symptôme et les séquences répétitives d'interactions qui découlent des enjeux de

pouvoir. Dans un second temps, via une attitude active et directive qui passe notamment par la prescription de tâches, le thérapeute induit un changement dans la séquence des comportements.

Mara Selvini-Palazzoli est une psychiatre italienne spécialisée dans l'anorexie mentale, co-fondatrice de l'École de Milan. Elle utilise, dans le cadre de la thérapie familiale, plusieurs techniques visant à stimuler le changement dans les relations et comportements familiaux. La connotation positive permet de recadrer le problème en valorisant sa fonction dans l'homéostasie familiale en reconnaissant que la solution trouvée par la famille est la plus adaptée au vu des difficultés présentes. Cela rassure la famille et permet, paradoxalement, de stimuler sa capacité au changement. La prescription de tâches passe par la prescription du symptôme, la prescription de la rechute ou la prescription de rituels et permet à la famille de se situer du côté du changement.

La technique du questionnement circulaire, qui interroge un membre de la famille sur les interactions observées entre deux autres membres, permet la mise en place d'une alliance successive et équitable à chacun au cours de la séance.

Concernant les familles anorexiques, chaque système se présentant en thérapie doit réaliser la prescription invariable : les parents doivent quitter régulièrement le domicile en cachette, sans prévenir les enfants de leur départ et de leurs intentions. L'absence momentanée des parents oblige la fratrie à se repositionner. Le patient désigné est alors mis sur un pied d'égalité avec les autres membres de la fratrie, libéré de son rôle de malade. La complicité fraternelle est mobilisée pour s'organiser en absence des parents, ce qui ne se fait pas toujours sans heurts. (33,76,78)

c) La thérapie intergénérationnelle

Murray Bowen est un psychiatre américain pionnier de la thérapie familiale. Il a développé la théorie des systèmes familiaux, une approche systémique qui se concentre sur les échanges émotionnels familiaux plutôt que sur les individus isolés au sein de la famille. L'objectif est la différenciation de soi caractérisée par un positionnement qui n'attend pas le soutien de l'autre et qui ne réagit pas émotionnellement à ses critiques. Selon Bowen, cela donne « la liberté de se mouvoir dans n'importe quel système de relation » (Bowen, 1984). Cette différenciation de soi permet une cohérence familiale qui ne nie pas les différences. Mais ce mouvement peut mettre en péril l'homéostasie du système, d'autant plus si elle ne s'inscrit pas dans le sens de l'histoire familiale. (78)

Au niveau familial, un état de stress permanent plus ou moins associé à des dysfonctionnements conjugaux entraînent une triangulation des relations avec une projection des tensions sur l'enfant. Cela favorise l'effondrement des barrières intergénérationnelles et inhibe le processus de différenciation de soi, déterminant clé de la maladie anorexique.

L'objectif de la thérapie familiale est de mettre en évidence les processus émotionnels et la triangulation au sein de la famille et de ses sous-systèmes. La réalisation d'un génogramme peut permettre de dégager des processus émotionnels actuels en fonction des cycles de vie et évènements de vie organisés sur plusieurs générations. N'importe quelle dynamique familiale serait susceptible d'être réactivée. (33)

La place dans la fratrie revêt également son importance. La position occupée par un parent dans sa fratrie et ses relations avec ses frères et sœurs impacte la nature d'une partie de ses liens avec ses propres enfants. La surprotection d'un parent envers un puîné pourra attiser la jalousie de l'aîné et l'amener à se positionner contre le plus jeune mais également

contre le parent. (78)

Le travail avec les familles d'anorexiques se fait par l'accompagnement vers une renégociation des relations d'intimité/dépendance et de distance/autonomie dans une perspective transgénérationnelle. (33)

d) Limites de ces premiers modèles

Malgré l'efficacité de ces modèles familiaux et leur taux de succès élevé, certaines réserves sont à prendre en compte. Sur le plan scientifique, ces études s'orientent vers une vision pathologique des familles d'anorexiques. L'organisation familiale est enfermée dans un schéma type décrit à partir d'un modèle de normalité familiale uniquement fondé sur des observations cliniques et descriptives. Le risque est alors de fragiliser les familles et l'alliance thérapeutique en proposant une vision pathogène de leur fonctionnement.

S'ajoute à cela un manque de compatibilité avec les nouveaux modèles d'orientation multifactorielle et l'absence de prise en compte des symptômes alimentaires et de leurs conséquences sur le fonctionnement familial.

2. Modèles actuels validés pour le traitement de l'anorexie mentale

a) Le modèle Maudsley

La thérapie par le modèle Maudsley est une méthode développée par le britannique Christopher Dale et ses collègues du Maudsley Hospital de Londres à la fin des années 1980. La version manualisée du modèle Maudsley, intitulée FBT (Family-Based Treatment), est développée aux Etats-Unis.

La méthode Maudsley est un modèle intégratif et développemental qui cible

l'organisation familiale, le fonctionnement socio-affectif de la patiente et les interactions de celle-ci dans le contexte de la maladie et les ajustements familiaux à la maladie. Il intègre des éléments des thérapies structurale, stratégique, narrative, psychoéducative, cognitivo-comportementale et psychodynamique. L'objectif thérapeutique est d'isoler les facteurs familiaux de maintien et d'aggravation des symptômes. Cette thérapie s'adresse aux familles de patientes de moins de 18 ans et dont le trouble alimentaire évolue depuis moins de 3 ans.

Le cadre thérapeutique est divisé en 3 phases. La première phase, qui dure une dizaine de séances, est consacrée au développement d'une alliance thérapeutique avec la famille par le biais notamment d'un soutien empathique, afin d'externaliser le processus pathologique, c'est-à-dire différencier le problème de la patiente. L'objectif thérapeutique est l'amélioration symptomatique de la patiente (reprise pondérale). Les parents sont mis à contribution pour former une « équipe unie et cohérente » afin de reprendre le contrôle des symptômes alimentaires. Cela peut passer par la mise en place de repas thérapeutiques avec les parents et la patiente.

La deuxième phase de la thérapie, qui dure habituellement 5 à 7 séances, permet la négociation de nouvelles modalités relationnelles et mène à la troisième phase qui permet d'aborder des thèmes familiaux plus vastes. L'objectif est alors l'autonomisation de la patiente et la « reconstruction d'une identité familiale moins modelée par la maladie ». « Cette approche familiale s'appuie sur l'utilisation systématique de techniques d'externalisation, de diminution des attitudes critiques et de renforcement d'attitudes empathiques vis-à-vis de la patiente, ainsi que sur l'encouragement de la fratrie à soutenir la sœur malade. » (33,61).

b) La thérapie multifamiliale

La thérapie multifamiliale consiste à regrouper plusieurs familles (entre 4 et 7) autour d'une même pathologie. Peter Laqueur, psychiatre américain, est considéré comme étant le pionnier de la thérapie multifamiliale. Il a créé le terme dans les années 1960, systématisé la pratique et approfondi les mécanismes en appliquant initialement la méthode à des patients schizophrènes et leur famille. L'objectif de la thérapie multifamiliale est de diminuer l'isolement et la culpabilité au sein de la famille en créant un espace de solidarité où peuvent se tenir échanges d'idées et d'expériences, les familles étant considérées comme co-thérapeutes.

La thérapie multifamiliale combine les approches tirées de la thérapie de groupe et de la thérapie familiale, ainsi que des pratiques d'orientation psychodynamique et cognitivo-comportementale.

Cook-Darzens dégage trois dimensions thérapeutiques à la thérapie multifamiliale. Une dimension psycho-éducative qui permet l'information des familles au sujet de l'anorexie mentale et l'apport de savoir-faire pour mieux lutter contre la maladie. La dimension groupe de parole permet de lutter contre le sentiment d'isolement, de honte et de culpabilité des familles par un phénomène de reconnaissance mutuelle. Elle permet aussi aux familles de s'ouvrir à d'autres fonctionnements familiaux via des expériences croisées. La dimension thérapie familiale et inter-familiale permet d'aborder des dysfonctionnements familiaux possiblement difficiles à appréhender dans un autre cadre et à prévenir l'émergence d'interactions dysfonctionnelles entre patient, famille et maladie. (75)

Plusieurs techniques sont utilisées : le groupe dans le groupe, un sous-groupe de patients est mis au centre (une famille, toutes les mères, toutes les patientes...) et répond à un exercice donné ; le *cross-parenting*, lors d'un exercice autour d'un thème précis, des parents

“adoptent” la patiente d’une autre famille ; la famille fictive, une mère, un père et une patiente issus de familles différentes font un exercice selon un thème précis. La “boîte à soucis” permet le recueil de problématiques diverses pouvant être abordées aux séances suivantes. La visite d’anciennes patientes et familles venant témoigner de leur chemin vers la guérison est un moyen de donner espoir envers l’avenir.

La thérapie multifamiliale est également un moyen de donner un sentiment de responsabilité et de compétence à la famille, constructif dans le processus thérapeutique.

3. Efficacité de la thérapie familiale dans le traitement de l’anorexie mentale

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.

Une étude menée à Londres sur 10 ans (de 1987 à 1997) comparant l’efficacité de la thérapie familiale de type Maudsley aux thérapies individuelles de soutien ou psychodynamiques met en évidence qu’après un an de thérapie familiale ou individuelle, toutes deux conduites dans des conditions similaires, la thérapie familiale s’est avérée plus profitable (sur le plan somatique et psychologique) pour les adolescents de moins de 18 ans non chronicisés. Elle semble également plus profitable pour les adultes dont le trouble a débuté à l’adolescence. Pour les personnes dont la maladie a débuté à l’âge adulte, c’est la thérapie individuelle qui semble plus efficace. Dans le cas d’une évolution de la maladie depuis plus de 3 ans chez l’adolescent, « la thérapie familiale et la thérapie individuelle ont donné des résultats équivalents. » (61,79).

Une étude menée par l'équipe de Maudsley met en évidence que la thérapie familiale est plus profitable concernant les changements sur le plan psychologique tandis que la thérapie individuelle fait ses preuves dans l'amélioration des symptômes alimentaires. (80)

Concernant la durée de la thérapie familiale, les recommandations cliniques vont dans le sens d'une prise en charge médicale et familiale continue et prolongée de 2 à 5 ans. Pour les adolescentes entre 12 et 18 ans présentant une forme peu sévère et de survenue récente de la maladie, une prise en charge n'excédant pas 6 mois aurait la même efficacité à court et plus long terme. (61,81)

Les conclusions des guides de bonnes pratiques de l'Institut national d'excellence clinique de Grande-Bretagne (NICE, 2004), de l'Association psychiatrique américaine (APA, 2006) et de la Haute autorité de santé en France (HAS, 2010) insistent sur la nécessité d'inclure toutes les familles et tous les membres de la famille dans le traitement des patientes anorexiques. (61) Mais qu'en est-il du souhait de la fratrie concernant son implication dans la prise en charge ? Attardons-nous sur les demandes des frères et sœurs concernant les soins.

B. Les demandes de la fratrie

Même si la thérapie familiale est indiquée dans le traitement de l'anorexie mentale, il peut être compliqué d'inclure une famille entière dans les soins. Intéressons-nous aux attentes de la famille et plus précisément de la fratrie concernant les soins de la patiente anorexique.

1. Accompagnement familial du trouble alimentaire

Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'accompagnement des familles dans le cadre d'un trouble alimentaire.

« Solange Cook-Darzens se fait depuis plusieurs années le porte-parole de l'absolue nécessité de l'accompagnement de la famille confrontée au trouble alimentaire (Cook-Darzens,

2008). En Grande-Bretagne, le mouvement est amorcé avec l'inscription dans son Cadre national pour la prise en charge de la santé mentale de l'obligation d'évaluer les besoins et la détresse des proches au moins une fois par an. Au Maudsley Hospital de Londres, des outils d'évaluation des besoins des proches ont été élaborés [...] pour conduire une évaluation des besoins des proches et de la signification des symptômes pour eux. En parallèle, Sepulveda, Whitney, Hankins et Treasure (2008) ont validé une échelle de l'impact des symptômes du trouble alimentaire sur les accompagnants (EDSIS pour Eating Disorders Symptom Impact Scale). »

« Ces outils d'évaluation vont dans le sens des conclusions de certaines études qui suggèrent d'associer la famille à la thérapie du patient, de lui donner un rôle de "cothérapeute" plutôt que de "copatiente". Plutôt que de se centrer sur le rôle étiologique de familles qualifiées de "dysfonctionnelles" dans les années 1980, il est d'abord nécessaire de comprendre l'impact que le développement d'un trouble alimentaire a sur les proches, et en quoi il peut lui-même générer des "dysfonctionnements" qui vont devenir des facteurs de maintien des troubles. Ainsi, prendre en compte les besoins des proches devrait diminuer leur détresse et leur niveau d'émotions exprimées (EE). Le proche, plus serein, pourra mieux accompagner le patient et devenir un facteur facilitant dans la guérison, au lieu d'un facteur de maintien des troubles. » (66).

Les études mettent en évidence que le trouble peut être à l'origine de déséquilibre de la dynamique familiale qui vont eux-même avec le temps faire perdurer la maladie. Il semble de ce fait important d'inclure la famille dans les soins, par le biais par exemple de la thérapie familiale, afin que chacun se repositionne au sein du cercle familial et se sente écouté sur le plan individuel. Cependant, la fratrie est souvent mise à l'écart, la prise en charge se concentrant principalement sur la patiente et les parents. Etudions ce qu'attend la fratrie concernant les soins de sa sœur et sur le plan individuel.

2. Les demandes de la fratrie

En 2014, une équipe de Toulouse enquête sur le vécu de la prise en charge par la fratrie. Elle se heurte à un faible recrutement de frères et sœurs très souvent exclus du processus de soins : « la fratrie relate un sentiment de mise à l'écart associé à un sentiment d'impuissance ». Cette dernière souhaiterait obtenir plus d'informations sur la maladie et être plus active afin de se sentir plus en lien avec sa famille. Les parents appuient la demande des frères et sœurs, les qualifient de « dommages collatéraux les plus importants » de l'anorexie. (82)

La fratrie souhaite donc être actrice à part entière de la prise en charge. Intéressons-nous aux avantages de sa participation aux soins mais également aux limites que cela implique.

3. Avantages et obstacles de la participation aux soins de la fratrie

Intégrer la fratrie dans sa dimension horizontale (sous-groupe fratrie) et verticale (transgénérationnelle) au processus de soins permet de repérer les dynamiques fraternelles dysfonctionnelles et ainsi d'optimiser la réorganisation familiale afin qu'elle ne soit pas délétère ou inadaptée.

La fratrie peut également servir d'interlocuteur privilégié pour la patiente qui pourra se confier sur des problématiques différentes de celles engagées avec ses parents, étant possiblement moins dans la crainte de l'inquiéter ou de la décevoir.

Il existe cependant des limites à la participation de la fratrie au projet thérapeutique. C'est le cas par exemple lors des hospitalisations à temps plein dans un objectif de mise à distance du milieu familial qui ne permettent pas d'inclure la fratrie aux soins. Dans beaucoup de services, les visites sont interdites aux enfants de moins de 15 ans ce qui empêche également les contacts fraternels et la rencontre des professionnels avec les fratrie au cours de l'hospitalisation.

Dans les cas où une thérapie familiale est engagée, certains modèles axent la prise en charge sur la gestion parentale et excluent la fratrie.

La famille elle-même peut être réticente à la participation de la fratrie : « Certains parents soucieux de protéger la fratrie de stress et perturbations supplémentaires, ou de se protéger eux-mêmes d'une certaine souffrance, sont également réticents. Ils ont souvent peur que l'acte jugé thérapeutique pour leur fille-patiente ne devienne antithérapeutique pour le frère ou la sœur, peur que les bénéfices des consultations pèsent moins lourd que leurs contraintes. Il arrive aussi, mais plus rarement, qu'un frère ou une sœur plus âgé(e) refuse catégoriquement de participer aux entretiens, certains d'entre eux sollicitant un entretien pour expliquer les raisons de ce refus ! Il s'agit généralement de blessures familiales mal cicatrisées, d'un contentieux dont il (elle) ressent tout le potentiel explosif ou délétère, d'une peur d'avoir mal ou de faire du mal. » (61).

La participation de la fratrie aux soins permet de travailler autour d'une dynamique familiale plus réaliste. Les frères et sœurs, possiblement rattachés au groupe de pairs, peuvent être un soutien important pour la patiente. Cependant les frères et sœurs ou leur parents sont parfois réfractaires à leur implication dans les soins. Qu'en est-il des familles ne comportant qu'un seul enfant.

4. L'enfant unique

Notre exposé ne peut être complet sans un mot sur les enfants uniques. La dynamique familiale est dans ce cas très différente. Comment l'enfant unique peut-il trouver le soutien que lui aurait apporté une fratrie ?

« Si [...] la fratrie constitue un potentiel thérapeutique significatif dans le traitement de l'anorexie, nous pouvons légitimement nous interroger sur les difficultés spécifiques auxquelles l'enfant unique est confronté. La structure même des familles à enfant unique pourrait favoriser une "triangulation", de par l'absence d'alliés fraternels et le poids des attentes parentales qui pèsent sur l'enfant. Comment dégager la patiente de ce triangle alors qu'on demande aux parents de s'impliquer activement dans la gestion du symptôme et qu'il n'y a pas de contrepoids fraternel ? » (67).

Il est dans ce cas de figure intéressant pour la famille et le thérapeute de chercher dans l'entourage de la patiente une "fratrie de substitution" par le biais d'amis ou de cousins par exemple et de les inclure dans des activités extra-familiales afin que la patiente fasse l'expérience du groupe de pairs.

Dans la situation où la fratrie ainsi que les parents sont partants pour une participation active dans les soins de la patiente, sous quelles modalités peut-on leur proposer une participation ? Intéressons-nous également aux différentes prises en charge pouvant être proposées aux frères et sœurs afin qu'ils aient un espace individuel ou exprimer une potentielle souffrance.

C. Inclure la fratrie dans le projet thérapeutique

1. Participation de la fratrie aux soins

En dépit des recommandations internationales qui préconisent de l'intégrer au dispositif de soin, la fratrie est actuellement peu prise en compte dans les prises en charge de patientes anorexiques.

La prise en charge en thérapie familiale a déjà été abordée précédemment. Elle fait ses preuves concernant la réorganisation familiale d'où l'intérêt de la participation de la fratrie à une partie des séances au moins, afin qu'elle ne soit pas l'oubliée de la nouvelle dynamique familiale.

Une adaptation de la thérapie multifamiliale avec participation de la fratrie pourrait également être envisagée. Cette forme de prise en charge étant plus ludique via de nombreux exercices de mise en situation, les frères et sœurs seraient possiblement moins réfractaires à y participer.

Il semble également intéressant qu'en cas d'hospitalisation, la fratrie puisse être à même de pouvoir bénéficier de temps d'échange avec la patiente. En effet, « la fratrie peut parfois être plus à même de parler et transmettre des informations relatives [à l'anorexie] car elle n'est pas "engluée dans des patterns émotionnels bloquant" concernant [l'anorexie] comme peuvent l'être les parents » (12). Cependant, l'accessibilité des enfants de moins de 15 ans aux services hospitaliers n'est généralement pas possible. L'intégration d'un espace famille ou d'un "coin fratrie" au sein du service comme lieu d'échange pourrait être une alternative à une visite en chambre.

Une autre piste permettant l'intégration de la fratrie au processus thérapeutique est la participation de celle-ci à des repas thérapeutiques familiaux ainsi qu'à des ateliers cuisine. « L'utilisation d'un rituel à des buts thérapeutiques permet à la famille de se figurer concrètement les étapes et d'être impliquée dans les changements qui se sont opérés ou qui devront être réalisés afin d'accompagner au mieux le membre "malade" de cette famille. Le repas familial thérapeutique vient conjuguer un effet de cadre en invitant la famille dans un lieu qui est familier à un seul de ses membres, le service d'hospitalisation, et un rituel familial qui est

le partage du repas en famille. » (83,84).

2. Un espace dédié à la fratrie

« L'évaluation du fonctionnement et du vécu de la fratrie peut se faire dans différents contextes : entretiens familiaux incluant la fratrie, entretiens avec la fratrie seule, entretiens individuels avec certains membres de la fratrie, voire entretiens avec les parents seuls ». Certains points semblent importants à aborder : le niveau de connaissance sur la maladie anorexique et le sens donné à celle-ci, le vécu propre en lien avec la maladie et les réactions que celle-ci a pu amener, les modifications au sein de la famille notamment les changements de règles ou d'habitudes, la qualité du soutien obtenu des parents et l'identification de personnes ressources, la qualité des relations fraternelles et des relations avec les parents, actuelles et avant l'apparition de la maladie, les attentes vis-à-vis de la prise en charge. (67)

En 2009, le Docteur Yves Simon, psychiatre belge, a édité un recueil intitulé : « Guide pour la fratrie d'un adolescent souffrant d'un trouble alimentaire » (85) . Ce document, disponible gratuitement sur internet, donne des informations sur l'anorexie mentale et le processus anorexique, rapporte des témoignages de frères et sœurs et donne des conseils aux fratries concernant des situations auxquelles elles peuvent être confrontées. Ce guide, facile d'accès, peut être une base pour les frères et sœurs en demande d'informations concernant l'anorexie et souhaitant avoir une part active dans la prise en charge de leur sœur. Cela peut également leur permettre d'avoir le sentiment d'être reconnu et écouté.

Les "groupes fratries" sont des groupes de parole destinés aux enfants et adolescents ayant un frère ou une soeur en situation de handicap ou de maladie. L'objectif est de proposer un espace de rencontre et de dialogue. Le partage de son vécu personnel face à la maladie à des enfants ou adolescents ayant une situation familiale similaire peut permettre de trouver

écho à son ressenti.

Au sein de ces groupes, plusieurs thèmes peuvent être abordés (l'annonce de la maladie, comment aider son frère ou sa sœur ? Les frères et sœurs ont-ils un rôle à jouer dans les soins et l'accompagnement ? Les fêtes de famille...) et la discussion peut reposer sur des médiations (goûter, jeux, vidéos) afin de mettre les participants à l'aise et de leur permettre de s'exprimer.

Les groupes fratries peuvent être l'occasion de repérer des frères et sœurs en souffrance psychique et de leur proposer un entretien individuel afin d'explorer plus avant de possibles difficultés.

Conclusion

L'anorexie mentale est l'un des troubles alimentaires les mieux caractérisés et les perturbations de la dynamique familiale dans le contexte de la maladie sont de plus en plus étudiées. Cependant, rares sont les études qui à ce jour se sont intéressées à l'impact sur le plan psychiatrique du trouble alimentaire sur la fratrie, les études existantes étant axées principalement sur le vécu parental.

L'étude de la fratrie nous a permis de comprendre les mécanismes sous-jacents à la construction identitaire de l'individu au sein d'un groupe de pairs.

L'étude de l'anorexie mentale a posé les jalons de notre réflexions nous permettent d'appréhender à quoi peuvent faire face la patiente et sa famille dans le contexte de la maladie.

L'étude du sous-système fratrie montre que la fratrie peut avoir un impact sur l'émergence ou le maintien de la maladie (par exemple le départ d'un frère) et que, inversement, l'anorexie mentale a un impact sur la fratrie. Les relations familiales étant bouleversées et réorganisées autour des symptômes anorexiques, la fratrie met en place des stratégies d'adaptation pour faire face au mieux à la maladie, parfois au péril de sa santé mentale.

Dans le contexte de la maladie anorexique, il semble important de laisser à la fratrie l'opportunité d'exprimer son ressenti en thérapie familiale, afin de réorganiser au mieux et sans déséquilibre le système famille. Il semble également pertinent de proposer à la fratrie une prise en charge individuelle afin qu'elle ait un espace de parole, qu'elle puisse recevoir des informations adéquates concernant l'anorexie mentale et que puissent être détectées au plus tôt de potentielles difficultés psychiatriques sous-jacentes ou émergentes.

Bibliographie

1. Bourhaba S. Singularité et multiplicité des relations fraternelles. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux*. 2004;no 32(1):23-33.
2. Cook-Darzens S. La fratrie, dans l'ombre de l'anorexie mentale. *Ther Fam*. 14 oct 2009;Vol. 30(3):327-52.
3. Kesteman N. Focus - Droits et obligations des fratries. *Inf Soc*. 27 nov 2012;n° 173(5):46-8.
4. Lett D. Les fratries dans l'histoire. *Inf Soc*. 27 nov 2012;n° 173(5):13-22.
5. Brée S. Évolution de la taille des familles au fil des générations en France (1850-1966). *Population*. 25 août 2017;Vol. 72(2):309-42.
6. Régnier-Loilier A. Taille de la fratrie d'origine, nombre souhaité d'enfants et descendance finale. *Inf Soc*. 27 nov 2012;n° 173(5):70-3.
7. Couples et familles - Couples et familles | Insee [Internet]. [cité 22 févr 2021].
8. Pons J-C. La grossesse gémellaire : 1 fois 2 ou 2 fois 1 ? [Internet]. *Les jumeaux : 1 fois 2 ou 2 fois 1 ? Érès*; 2008 [cité 27 févr 2021].
9. Marie C-V, Breton D. Les « modèles familiaux » dans les Dom : entre bouleversements et permanence. Ce que nous apprend l'enquête Migrations, famille et vieillissement. *Polit Soc Fam*. 2015;119(1):55-64.
10. La fratrie aujourd'hui [Internet]. Ipsos. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/la-fratrie-aujourd'hui>
11. Chapuis B. La fratrie : mythe et réalité. *Empan*. 6 juin 2016;n° 102(2):92-7.
12. Tilmans-Ostyn E, Meynckens-Fourez M. Les ressources de la fratrie. *Erès*; 1999. 288 p.
13. Frères ennemis, frères de sang, frères de lait... les fratries dans l'histoire - Marie Cappart [Internet]. [cité 23 janv 2021].
14. Bettelheim B. *Psychanalyse des contes de fées*. Pocket; 1999. 476 p.
15. Troupel O. Comment fonctionnent les relations fraternelles ? *Spirale*. 26 avr 2017;N° 81(1):45-54.
16. Duret I, Brancart C. Le blason fraternel : un outil pour découvrir et explorer le lien de fratrie et son évolution dans l'histoire de la famille. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux*. 14 août 2012;n° 48(1):263-78.
17. Eiguer A. Les mythes de la famille et du thérapeute familial et leur déconstruction. *Carnet PSY*. 2009;n° 134(3):31-5.
18. Bemporad JR. Cultural and Historical Aspects of Eating Disorders. *Eat Disord*. :20.
19. Dell'Osso L, Abelli M, Carpita B, Pini S, Castellini G, Carmassi C, et al. Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 7 juill 2016;12:1651-60.
20. Gibbon E, Buchon (historien.) *JAC. Histoire de la décadence et de la chute de l'Empire romain*. Société du Panthéon Littéraire; 1843. 992 p.
21. Di Nicola V. Anorexia nervosa: A syndrome of the affluent society by Mara Selvini Palazzoli. 1 sept 1985;22:199-205.
22. Bell RM. *Holy Anorexia*. University of Chicago Press; 1987. 277 p.
23. Maître J. *Sainte Catherine de Sienne : patronne des anorexiques ?*
24. Morton R. *Phthisiologia, or a Treatise of Consumptions: Wherein the Difference, Nature, Causes, Signs, and Cure of All Sorts of Consumptions Are Explained; ... Habit of the Body; II. Of an Original Cons*. Forgotten Books; 2017. 374 p.
25. Darwin E, Mitchill SL, Carlisle D, Darwin RW, Thomas & Andrews. *Zoonomia, or, The laws of organic life: In three parts*. Printed at Boston: By D. Carlisle, for Thomas and Andrews, sold at their bookstore ..., by I. Thomas, Worcester [and 5 others; 1803.

26. Vandereycken W, Deth RV. Who was the first to describe anorexia nervosa: Gull or Lasègue? *Psychol Med.* nov 1989;19(4):837-45.
27. Sheehan HL, Summers VK. The syndrome of hypopituitarism. *Q J Med.* oct 1949;18(72):319-78.
28. Waller JV, Kaufman RM, Deutsch F. Anorexia Nervosa: a Psychosomatic Entity. *Psychosom Med.* janv 1940;2(1):3-16.
29. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry.* juill 2006;19(4):389-94.
30. Russell gfm. The changing nature of anorexia nervosa: an introduction to the conference. 1985;9.
31. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr.* 1 mai 2019;109(5):1402-13.
32. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie.* 2016.
33. Nandrino J-L. *L'anorexie mentale. Des théories aux prises en charge* [Internet]. Paris: Dunod; 2015. 336 p. (Psycho Sup).
34. Roux H, Chapelon E, Godart N. Épidémiologie de l'anorexie mentale : revue de la littérature. *L'Encéphale.* avr 2013;39(2):85-93.
35. Vibert S. *Psychopathologie et psychanalyse de l'anorexie mentale : modèles dynamiques.* Que Sais-Je. 28 mai 2015;50-90.
36. Lazaratou H, Anagnostopoulos DC. Le défi thérapeutique de l'anorexie mentale. *Psychotherapies.* 2006;Vol. 26(1):21-5.
37. Hill OW. *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context.* By Salvador Minuchin, Bernice L. Rosman and Lester Baker. London: Harvard University Press. 1978. Pp 351. £10.50. *Br J Psychiatry.* mai 1979;134(5):534-5.
38. Godart NT, Perdereau F, Rein Z, Berthoz S, Wallier J, Jeammet P, et al. Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *J Affect Disord.* janv 2007;97(1-3):37-49.
39. Eiber R, Vera L, Mirabel-Sarron C, Guelfi J-D. [Self-esteem: a comparison study between eating disorders and social phobia]. *L'Encephale.* févr 2003;29(1):35-41.
40. Himmerich H, Bentley J, Kan C, Treasure J. Genetic risk factors for eating disorders: an update and insights into pathophysiology. *Ther Adv Psychopharmacol* [Internet]. 12 févr 2019 [cité 14 févr 2021];9.
41. Yilmaz Z, Hardaway JA, Bulik CM. Genetics and Epigenetics of Eating Disorders. *Adv Genomics Genet.* 2015;5:131-50.
42. Gorwood P, Wohl M, Purper D. Génétique des pathologies psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent. *EMC - Psychiatr.* janv 2004;1(1):4-14.
43. Klump KL, Keel PK, Sisk C, Burt SA. Preliminary evidence that estradiol moderates genetic influences on disordered eating attitudes and behaviors during puberty. *Psychol Med.* oct 2010;40(10):1745-53.
44. Young JK. Anorexia nervosa and estrogen: Current status of the hypothesis. *Neurosci Biobehav Rev.* 1 juill 2010;34(8):1195-200.
45. Fetissov SO, Hamze Sinno M, Coquerel Q, Do Rego JC, Coëffier M, Gilbert D, et al. Emerging role of autoantibodies against appetite-regulating neuropeptides in eating disorders. *Nutrition.* 1 sept 2008;24(9):854-9.
46. Garcia FD, Coquerel Q, do Rego J-C, Cravezic A, Bole-Feysot C, Kiive E, et al. Anti-neuropeptide Y plasma immunoglobulins in relation to mood and appetite in depressive disorder. *Psychoneuroendocrinology.* 1 sept 2012;37(9):1457-67.

47. Robineau D, Pol T de S. Les normes de minceur : une comparaison internationale. *Popul Soc.* 2013;N° 504(9):1-4.
48. Guardia D, Luyat M, Cottencin O. L'anorexie mentale, une histoire de silhouettes. :6.
49. Stice E, Whitenton K. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Dev Psychol.* sept 2002;38(5):669-78.
50. Becker AE. Television, disordered eating, and young women in Fiji: negotiating body image and identity during rapid social change. *Cult Med Psychiatry.* déc 2004;28(4):533-59.
51. Johnson-Sabine E, Wood K, Patton G, Mann A, Wakeling A. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls--a prospective epidemiological study: factors associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychol Med.* août 1988;18(3):615-22.
52. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ.* 20 mars 1999;318(7186):765-8.
53. Anorexie et boulimie : approche dialectique [Internet]. Elsevier; 2009 [cité 15 mai 2021].
54. Vitousek K, Manke F, Gray J, Vitousek M. Caloric restriction for longevity: II—The systematic neglect of behavioural and psychological outcomes in animal research. *Eur Eat Disord Rev Eur Eat Disord Rev.* 1 nov 2004;12:338-60.
55. Schmidt U, Wade TD, Treasure J. The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): Development, Key Features, and Preliminary Evidence. *J Cogn Psychother.* 1 janv 2014;28(1):48-71.
56. Davtian H. Frères et sœurs face aux troubles psychotiques. Unafam; 2006. 96 p.
57. Oppenheim D. Fratrie de l'enfant cancéreux. *Lett SPF.* 2013;N° 29(1):85-95.
58. Marcelli D. [Clinical study of the siblings of the handicapped child]. *Sem Hopitaux Organe Fonde Par Assoc Enseign Med Hopitaux Paris.* 24 mars 1983;59(12):845-9.
59. Fisman S, Wolf L. The Handicapped Child: Psychological Effects of Parental, Marital, and Sibling Relationships. *Psychiatr Clin North Am.* 1 mars 1991;14(1):199-217.
60. Wintgens A, Hayez J-Y. Le vécu de la fratrie d'un enfant souffrant de handicap mental ou de troubles autistiques : résilience, adaptation ou santé mentale compromise. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 nov 2003;51(7):377-84.
61. Cook-Darzens S. Apports de la recherche familiale dans les troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent : acquis, défis et nouvelles perspectives. *Ther Fam.* 17 mai 2013;Vol. 34(1):39-67.
62. Dare C, Grange DL, Eisler I, Rutherford J. Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disorder families. *Int J Eat Disord.* 1994;16(3):211-26.
63. Le Grange D, Lock J, Loeb K, Nicholls D. Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2009;NA-NA.
64. Vandorpe M, Kinoo P. Les patient(e)s anorexiques et leur fratrie. *Ther Fam.* 9 oct 2008;Vol. 29(3):355-73.
65. 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.
66. Delbaere-Blervacque C, Courbasson CMA, Antoine C. L'impact des troubles du comportement alimentaire sur les proches : une revue de la littérature. *Psychotropes.* 2009;Vol. 15(3):93-111.
67. Cook-Darzens S. Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. ERES; 2014 [cité 11 nov 2020].
68. Dimitropoulos G, Klopfer K, Lazar L, Schacter R. Caring for a sibling with anorexia nervosa: A qualitative study. *Eur Eat Disord Rev.* sept 2009;17(5):350-65.
69. Davtian H, Collombet É. Pour une meilleure prise en compte des frères et sœurs de personnes souffrant de troubles psychotiques. *Ther Fam.* 14 oct 2009;Vol. 30(3):315-26.
70. de Maynadier L, Noël L, Cook-Darzens S, Duriez N, Mouren M-C. Les stratégies de coping des jeunes frères et sœurs confrontés à l'anorexie mentale prépubère de leur sœur : une étude exploratoire. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 juill 2015;173(6):474-80.

71. Podlipski M-A, Bénard M, Brechon G, Latreille S, Scelles R, Fillatre M, et al. La fratrie de l'adolescente anorexique : apports pratiques d'une étude clinique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* sept 2009;57(6):523-8.
72. Lilienfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, et al. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch Gen Psychiatry.* juill 1998;55(7):603-10.
73. Fox JR, Dean M, Whittlesea A. The Experience of Caring For or Living with an Individual with an Eating Disorder: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies: Experience of Caring for someone with AN. *Clin Psychol Psychother.* janv 2017;24(1):103-25.
74. Latzer Y, Ben-Ari A, Galimidi N. Anorexia nervosa and the family: Effects on younger sisters to anorexia nervosa patients. *Int J Adolesc Med Health.* 1 oct 2002;14:275-81.
75. Brunaux F, Cook-Darzens S. La thérapie multifamiliale. *Ther Fam.* 1 avr 2008;Vol. 29(1):87-102.
76. Dupont S. La thérapie familiale [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2017. 128 p. (Que sais-je ?).
77. Madden S, Hay P, Touyz S. Systematic review of evidence for different treatment settings in anorexia nervosa. *World J Psychiatry.* 22 mars 2015;5(1):147-53.
78. Meynckens-Fourez M, Henriquet-Duhamel M-C. Dans le dédale des thérapies familiales. Un manuel systémique [Internet]. Toulouse: Érès; 2007. 224 p. (Relations).
79. Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* janv 2013;46(1):3-11.
80. House J, Eisler I, Simic M, Micali N. Diagnosing eating disorders in adolescents: A comparison of the eating disorder examination and the development and well-being assessment. *Int J Eat Disord.* 2008;41(6):535-41.
81. Lock J, Grange D le. Family-based treatment of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2005;37(S1):S64-7.
82. Delage B, Melioli T, Valls M, Rodgers RF, Chabrol H. Étude exploratoire du vécu de la prise en charge des parents et de la fratrie de jeunes filles anorexiques. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 déc 2014;62(8):508-13.
83. Andolfi M. La thérapie familiale multigénérationnelle: Outils et ressources pour le thérapeute. De Boeck Supérieur; 2018. 194 p.
84. Podlipski M-A, Laviolle J, Gonzales B, Georgin C, Leclerc S, Lasfar M, et al. Le repas familial thérapeutique. *Perspect Psy.* 10 août 2015;Vol. 54(1):20-9.
85. Simon DY, Simon-Baïssas I. Guide pour la fratrie d'un adolescent souffrant d'un trouble alimentaire. :90.

AUTEUR : Nom : GOUEREC

Prénom : Aurore

Date de soutenance : 15 septembre 2021

Titre de la thèse : Réflexion autour de la place de la fratrie dans l'anorexie mentale

Thèse – Médecine – Lille « Année 2021 »

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : anorexie mentale ; TCA ; trouble du comportement alimentaire ; fratrie

Résumé :

L'anorexie mentale est une pathologie psychiatrique touchant principalement l'adolescente et la jeune adulte. Ses répercussions sont importantes au sein du cercle familial et de plus en plus d'études s'intéressent au vécu des parents dans le contexte de la maladie. Cependant, peu d'intérêt est actuellement porté au vécu des fratries. En nous appuyant sur les travaux existants et en illustrant notre propos par des cas cliniques, nous nous intéressons à ce qui se joue dans la fratrie dans le cas où l'un des membres souffre d'anorexie mentale. L'étude des liens fraternels en dehors du contexte de la maladie ainsi qu'un état des lieux sur les connaissances actuelles concernant l'anorexie mentale nous permettent de poser les jalons de notre réflexion. Nous nous interrogeons sur l'impact que les liens fraternels pourraient avoir sur l'émergence et/ou le maintien du trouble alimentaire et inversement sur la façon dont celui-ci pourrait bouleverser les membres de la fratrie et la dynamique fraternelle. Notre réflexion aboutit à des considérations thérapeutiques sur la place de la fratrie dans les soins de la patiente anorexique ainsi que sur l'attention pouvant être apportée aux frères et sœurs afin de détecter une potentielle souffrance en lien avec la maladie et pouvoir leur proposer un espace pour échanger de façon encadrée.

Composition du jury :

Président:

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Damien SCLIFFET

Madame le Docteur Marion HENDRICKX

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Marion HENDRICKX