UNIVERSITÉ DE NANTES

_____

FACULTÉ DE MÉDECINE

_____

Année : 2020 N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Psychiatrie

par

Camille DUTEAU
Née le 06 juin 1992 aux Sables d'Olonne

_____

Présentée et soutenue publiquement le 9 juin 2020

_____

Cooccurrence de cas de troubles du comportement alimentaire au sein de la fratrie.

Quelles particularités cliniques et thérapeutiques? Quelles modalités de prise en charge?

_____

Président : Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Directeur de thèse : Docteur Sylvain LAMBERT

_____

Composition du jury

_____

Président du jury :

Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Agrégée de Psychiatrie, au CHU de Nantes

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Sylvain LAMBERT

Psychiatre, au CHU de Nantes

Membres du jury :

Madame le Professeur Anne SAUVAGET

Agrégée de Psychiatrie, au CHU de Nantes

Monsieur le Professeur Olivier BONNOT

Agrégé de Pédopsychiatrie, au CHU de Nantes

Remerciements

A Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC,

De me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. J'ai eu l'occasion de bénéficier de votre enseignement en addictologie, lors des temps universitaires, depuis l'externat maintenant, et je n'ai nul doute qu'il me sera bénéfique pour le reste de ma carrière. Je vous suis très reconnaissante de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Anne SAUVAGET,

D'avoir accepté de participer au jury de cette thèse, j'en suis honorée. Votre passion, votre dynamisme et votre engouement pour le métier est des plus admirable.

Veuillez trouver ici le témoignage de mon admiration et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Olivier BONNOT,

De votre présence dans ce jury qui est, pour moi, un honneur. Votre engagement en pédopsychiatrie et à l'enseignement est remarquable.

Je vous témoigne ici de ma grande considération et de mon respect.

A Monsieur le Docteur Sylvain LAMBERT,

Je te remercie de l'honneur que tu m'as fait en acceptant de diriger ce travail de thèse. J'aurai la chance d'en apprendre encore plus à tes côtés au semestre prochain. Ton expertise dans le domaine des TCA n'est plus à prouver, et ce même au-delà des frontières de la région nantaise. Ta curiosité et ton engagement dans ce domaine semblent infinis. Je te remercie de ta disponibilité et de tes riches retours sur mon travail.

Trouve ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon admiration.

A mes parents,

Merci pour les bases solides qui m'ont permis d'arriver jusqu'ici, votre soutien sans faille, vos encouragements et vos relectures de ce travail.

A ma mère, toujours présente et aimante, ancre de la famille à notre côte natale.

A mon père et Laurence, pour les sourires et la joie de vivre que vous partagez avec tous ceux qui vous entourent.

A *ma* fratrie,

Qui m'a permis de devenir celle que je suis aujourd'hui, tantôt la grande, tantôt la petite, toujours présente, je vous aime de tout mon cœur.

A ma « petite » grande sœur Leslie, la fonceuse, la courageuse, que nos ressemblances et nos différences continuent de nous enrichir mutuellement.

Aux « petits » … Axelle, l'océan Atlantique aura fini par nous séparer physiquement mais sache que je serai toujours là pour toi, merci pour ton écoute, pour tes mots et pour ta raison qui font de te toi ma meilleure confidente. Toutes ces qualités et toutes les autres font de toi une incroyable personne et feront de toi une incroyable professionnelle.

Vincent, mon frère, tous les moments partagés avec toi resteront à jamais gravés dans ma mémoire et dans mon cœur, mon plus grand soutien dans le cursus médical que nous partageons depuis toutes ces années, ton exemple, ton aide, tes mots et tes câlins gauches m'ont poussé à donner le meilleur de moi-même, tu es pour moi une grande fierté.

Aux meilleures « pièces rapportées »,

Stéphane, Benjamin et Philomène vous rendez chacun de mes frère et sœurs plus heureux et pour cela je vous suis extrêmement reconnaissante, merci de faire partie de cette famille.

A Sydney,

Pour ton soutien, ton aide, ta sensibilité cachée, nos discussions et nos débats. Merci de me permettre de te découvrir chaque jour un peu plus.

Avec tout mon amour.

A toute ma famille,

A mes grands-parents Agnès et Bernard, pour m'avoir donné l'envie d'apprendre depuis mon plus jeune âge, à nos balades en forêt et à cheval, aux séances de gymnastique et de natation, et bien sûr aux problèmes de tartelettes.

A ma grand-mère Renée, pour la force et le courage d'avoir élevé seule ma mère, mon oncle et ma tante tout en développant le vignoble familial, tu as toute mon admiration.

« Beuvez toujours, ne mourrez jamais » (Rabelais).

A tous mes oncles et tantes, mes cousins et cousines, mon neveu et ma nièce adorés.

A mes amis,

Qui m'ont tant appris tout au long de ma vie.

A Morgane et Violette dès le bac à sable, merci pour cette amitié précieuse et nos beaux souvenirs d'enfants.

A Chloé, de la maternelle à la faculté, que d'émotions et de temps partagés, nos caractères de feu ne nous ont pas épargnés mais c'est ce feu qui nous a forgées, prends bien soin de toi, je serai toujours là.

Aux JAMMMMJO'C, (Adèle, Margaux, Margaux, Marion, Mélanie, Jéro, Océane… et Manon) de m'avoir fait une petite place dans cette famille formidable, mentions spéciales :

A Verney, pour ta présence toutes ses années et nos papotages infinis, ton amitié m'est précieuse.

A Poipoi, pour ta joie de vivre, ton grain de folie et ton sens profond de l'amitié.

Et au reste de la grande famille sablaise, Clément, Fethi, Antho, Ben, Charles, David, Juliette… et tous les autres que je n'oublie pas.

Aux si belles rencontres sur les bancs de la faculté,

A Bineta, le génie, qui sait parfois se faire aussi discrète qu'elle est brillante, c'est une chance pour moi de t'avoir rencontrée, tu es une personne en or et tu as toute mon admiration.

A Karine, la boule d'énergie, *il faut dire que tu as le nez pour trouver les causes à défendre qui vont nécessiter cette qualité*, toujours dans le dialogue tu es le ciment de cette belle amitié qui perdurera malgré les kilomètres.

A Laurie, et sa carapace de boute-en-train, tu es une personne vraie et incroyable, je suis heureuse que la vie t'es mise sur ma route et je te souhaite beaucoup de bonheur sur la tienne.

A Éléonore, Othman, Clem, Betty, Mathilde, Barb, Elise, et tous les copains de la promo pour les bonnes séances de transpi à la salle ou sur le dance-floor.

A Marie, pour m'avoir supporté H24 pendant 4 mois et continuer d'être mon amie.

Aux si riches rencontres faites en Roumanie, Nico, Marine, Elena, les français, les italiens, les espagnols, les roumains et tous les autres.

A Emma, pour cette incroyable expérience, parce que tu es brillante, marrante et folle, merci la vie.

Aux incroyables personnes qui ont rendu mon année galloise inoubliable, Stubbs, Seren, Reg, Alex, Sami, Caroline, Col, Pauline, Etienne, Pierre, George, Henri, Miles, Gas, Tom et tous ceux que je ne cite pas.

A ceux rencontrés pas exactement dans les conditions les plus studieuses,

A Valentine, pour tout ce que tu m'as appris sur la vie, pour ton aide méthodologique sur ce travail et ta relecture bienveillante.

A Ju, Alizé, Hugo, Paul pour ces supers soirées et d'autres à venir.

A ma psy-famille nantaise,

A Barbara, ma découverte, mon coup de cœur, merci pour ton soutien et ta relecture de ce travail, à tout ce que nous allons encore partager.

A Luc, pour ta sensibilité, ton écoute attentive, ta prévenance, merci de m'avoir supporté avec Merlin pendant un an.

A Nella, pour avoir été ma seule mais préférée co-interne de toute façon.

A Antoine, Nico et Lulu pour cette colloc du feu de dieu.

A Lucie, Agathe, Gaëlle, Baptiste, Malcolm, Vincent, Valentin, Andoni, Laura, Auxane, Éléonore et Solène pour cette super ambiance de promo.

Aux supers professionnels rencontrés sur mon parcours, Mary, Anne-Lise, Laurence, Anne-Laure, Alexandre, Juliette, Jannick, Soïzick merci pour ce compagnonnage qui fait la richesse de l'internat.

Aux équipes qui m'ont accueillie à bras ouverts.

Aux patients qui m'apprennent chaque jour un peu plus et font la richesse de ce beau métier.

Abréviations

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

IMC : Indice de Masse Corporelle

HAS : Haute Autorité de Santé

FCS : Fausses Couches Spontanées

ADI-R : *Autism Diagnostic Interview-Revised*

UFED : *Unspecified Feeding and Eating disorders*

EDNOS : *Eating Disorders Not Otherwise Specified*

EBM : *Evidence Based Medicine*

FBT : *Family Based Treatment*

SCOFF : *Sick Control One stone Fat Food questionnaire*

TMF : Thérapie Multi-Familiale

HTP : Hospitalisation Temps Plein

HDJ : Hôpital De Jour

CS : Consultations

NOM : **DUTEAU** PRENOM : **Camille**

Titre de Thèse :

Cooccurrence de cas de troubles du comportement alimentaire au sein de la fratrie.

Quelles particularités cliniques et thérapeutiques? Quelles modalités de prise en charge?

RESUME

La fratrie est un lieu important de la construction du psychisme et de l'identité du sujet. Son existence peut toutefois empêcher la différenciation, fragiliser le narcissisme et donc favoriser la dépendance. Ces mêmes problématiques se retrouvent dans la psychopathologie de l'anorexie mentale qui est décrite comme une pathologie relationnelle. A travers une revue de la littérature ainsi qu'une enquête réalisant un recueil des pratiques, nous nous intéresserons à la clinique spécifique des cas de cooccurrence au sein de la fratrie. Lors de cas successifs l'accent est mis sur les modalités de prévention à mettre en place et l'appréhension de la place du symptôme dans le fonctionnement familial qui entraine sa répétition. Lors de cas simultanés, les principaux enjeux individuels concernent l'individuation, la revalorisation narcissique et s'appréhendent au regard de la problématique globale, qui est d'autant plus familiale qu'elle est partagée par deux de ces membres. La prise en charge en thérapie familiale est une composante centrale. Elle nécessite des modalités particulières pour ménager les interactions relationnelles extrêmes de compétition dans lesquelles peuvent se retrouver les patientes.

ABSTRACT

Relationships between siblings are an important foundation in the development of one's identity and psyche. However, its existence can prevent differentiation, weaken narcissism and thus induce dependency. These are some of the main features in the psychopathology of anorexia nervosa, which is primarily recognized as a relational pathology. Through a literature review and a professional practice collection survey, we will be discussing the specific clinical features of concordant cases in siblings. Reviewing successive cases the focus is often on methods targeting prevention and the impact of symptoms within the family dynamic : how the symptom might be so important in the family that it is repeating itself through another person. In simultaneous cases, the main issues affecting individuals are around individuation and the value of narcissism but need a global, i.e. familial, care as it is affecting two members of the family. The care through family therapy is an integral part of their care but requires careful adjustment in order to incorporate the extreme competing relationships experienced by patients.

MOTS-CLES

Fratrie, frère, sœur, anorexie mentale, Troubles du comportement alimentaire, TCA, cooccurrence, cas multiples.

KEY WORDS

Sibling(s), brother, sister, anorexia nervosa, eating disorders, concordant.

Table des matières

I. INTRODUCTION 1

A. CAS DE NOEMIE* *ET JULIE** 1

1. Histoire de la maladie 1

2. Evolution durant l'hospitalisation en pédiatrie 2

3. Discussion des hypothèses et des modalités thérapeutiques 4

4. Suivi du cas clinique 5

5. Conclusion du cas et ouvertures 5

II. LA FRATRIE - CREUSET DE LA SOCIALISATION 7

A. CONTES, MYTHES ET LÉGENDES 7

B. FRATRIE ET PSYCHANALYSE 8

1. Freud et les relations fraternelles 8

2. Melanie Klein et la « psychanalyse des enfants » 9

3. Kaës et le « complexe fraternel » 10

C. FRATRIE ET THEORIE DE L'ATTACHEMENT 11

D. FRATRIE ET SYSTEMIE 11

E. FRATRIE DU POINT DE VUE JURIDIQUE ET SOCIOLOGIQUE 12

F. EN RESUME 13

III. TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES : L'ANOREXIE MENTALE 14

A. HISTOIRE DE L'ANOREXIE MENTALE 14

B. EPIDEMIOLOGIE DE L'ANOREXIE MENTALE 15

C. MECANISMES ETIOPATHOGENIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE 16

1. L'anorexie mentale et la psychanalyse 17

2. Approche développementale 19

3. Théorie addictive 20

4. Approche cognitivo-comportementaliste 20

5. Approche systémique 21

6. Approche sociologique 23

7. Approche biologique et génétique 24

D. EN CONCLUSION 25

IV. LA PLACE DE LA FRATRIE FACE A L'ANOREXIE MENTALE 26

A. LIMITES A L'INCLUSION DE LA FRATRIE DANS LES SOINS 27

B. L'INFLUENCE DE L'ANOREXIE MENTALE DANS LA FRATRIE 27

1. Relations identifiées entre le patient et sa fratrie 27

2. Impact de la maladie sur la fratrie 27

C. ROLES DE LA FRATRIE DANS L'ETIOLOGIE ET L'EVOLUTION DE LA PATHOLOGIE 30

1. Rôles dans la survenue des TCA 30

2. Rôle dans l'évolution des TCA 31

D. COOCCURRENCE DE TCA AU SEIN DE LA FRATRIE 32

1. Cas particulier de la gémellité 34

2. Apports des caractéristiques retrouvées dans la littérature pour la prise en charge : 37

V. QUESTIONNAIRE « PRISE EN CHARGE DES TCA DANS LA FRATRIE » 39

A. INTRODUCTION 39
B. MATERIEL ET METHODE 39
C. RESULTATS 39
1. Quels espaces, quels soins et quels patients ? 39
2. Quelle place pour la fratrie dans les soins ? 41
3. Quelle expérience de cooccurrences de cas de TCA au sein de la fratrie et quelle prise en charge ? 41
4. Quelles sont les ressources identifiées à la prise en charge de deux cas de TCA dans de la fratrie? 42
5. Quelles sont les limites à la prise en charge de deux cas de TCA au sein de la fratrie ? 42
6. Quelles remarques et propositions de prise en charge selon l'expérience des professionnels ? 43
D. DISCUSSION 43
1. Limites 43
2. Centres et populations 44
3. La place de la fratrie dans les soins 44
4. Cooccurrence de cas de TCA au sein de la fratrie et leurs prises en charge 45
5. Particularités cliniques des cas de cooccurrence au sein de la fratrie 46
6. Particularités thérapeutiques et modalités de cette prise en charge 48

VI. CONCLUSION 49

VII. BIBLIOGRAPHIE 51

VIII. ANNEXES 57

A. ANNEXE I. 57
B. ANNEXE II. 58
C. ANNEXE III. 59
D. ANNEXE IV. 60
E. ANNEXE V. 66
F. ANNEXE VI. 69

I. Introduction

Lors de mon passage dans le service de pédiatrie prenant en charge des patientes atteintes d'anorexie en lien avec la pédopsychiatrie de liaison, j'ai pu rencontrer et suivre pendant quelques mois une jeune patiente atteinte d'anorexie restrictive. Parmi ses antécédents familiaux, on notait l'anorexie restrictive de sa sœur aînée, connue du service.

Lors d'échanges cliniques pluridisciplinaires, les prénoms et les cas des deux sœurs étaient parfois confondus, mélangés et les places de chacune peu claires alors que seulement l'une d'entre elles était prise en charge dans le service.

Ce cas clinique sera le point de départ de ma réflexion sur la prise en charge d'un deuxième cas de Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) au sein d'une même fratrie.

A. Cas de Noémie* *et Julie**

*les noms ont été modifiés

Noémie, 13 ans, présente une anorexie mentale de type restrictif depuis 1 an et demi.
Elle n'a pas d'antécédents médicaux notables hormis l'aménorrhée secondaire en lien avec l'amaigrissement.
Parmi les antécédents familiaux, on note une anorexie restrictive chez sa grande sœur Julie. On retrouve chez la maman un physique élancé et mince. Cette dernière peut parler de grignotage, notamment en situation de stress, mais nie les préoccupations corporelles ou pondérales.
Noémie vit au domicile des parents avec sa sœur aînée Julie ; elle est scolarisée en classe de 5ème. Noémie a quelques amies dont elle parle peu, elle est discrète au sein du groupe.

1. Histoire de la maladie

Noémie est accueillie la première fois aux urgences pour constipation et douleur abdominale. L'interrogatoire rapporte notamment une diminution des quantités alimentaires et une éviction de la viande. La ménarche a été marquée d'une spanioménorrhée durant 1 an suivie d'une aménorrhée depuis 8 mois. Les conclusions des urgentistes préconisent un traitement symptomatique et un retour à domicile.

Deuxième passage aux urgences une semaine plus tard, adressée par son médecin traitant, pour deux malaises en 24h, bradycardie et hypotension. L'interrogatoire retrouve une perte de poids de 11 kg depuis deux ans, dont 5 kg en un mois, passant de 55 kg à 44 kg pour 1m77 dévoilant un Indice de Masse Corporelle (IMC) effondré à 13,9. Noémie sera hospitalisée à la suite de ce passage dans le service de pédiatrie communautaire pour un bilan d'amaigrissement.

Dans l'histoire familiale, on note que la naissance de chacune des filles correspond à des deuils :
Le père de Monsieur, vivant avec sa femme dans une autre région, était atteint de démence fronto-temporale depuis 4 ans. Il est décédé quelques mois après la naissance de l'aînée, Julie.
La mère de Monsieur, après une rupture d'anévrisme quelques années auparavant, s'est dégradée sur le plan de la déglutition. Ses derniers mois de vie se sont déroulés en institution après la pose d'une sonde naso-gastrique. Monsieur et Madame lui rendaient visite régulièrement, passant de nombreuses heures sur la route. Elle est décédée la veille de la naissance de Noémie.

Les parents rapportent que dans sa petite enfance, Noémie pleurait beaucoup et faisait beaucoup de colères.
A l'âge de 5 ans, alors que la famille faisait une randonnée à vélo le long d'un canal, Noémie est tombée à l'eau. Noémie peut dire avoir eu peur de mourir. Ses parents verbalisent la même frayeur, Monsieur dira "on a eu peur de n'être plus que trois".
A 7 ans, Noémie faisait toujours beaucoup de colères, avec un vécu d'impuissance de la part des parents.
On retrouve dans l'enfance de Noémie de nombreuses angoisses : elle ne pouvait, par exemple, pas se rendre seule à l'étage chez elle. Elle appréhendait que ses parents puissent être ivres, alors que leur consommation d'alcool rapportée n'était pas concordante.
De 6 à 10 ans Noémie pratique le basket-ball en compétition, elle évoque le rejet de l'entraîneur qui pouvait avoir des propos durs envers elle, la rabaissant. Elle en faisait alors des cauchemars.
Nous avons exploré la possibilité de maltraitance ou d'abus sans en retrouver d'indices.
Sur le plan alimentaire, Noémie était décrite comme une « bonne mangeuse », sans surpoids.
Noémie dit avoir des amies mais ne peut décrire les relations qu'elle entretient avec elles ou la place qu'elle a au sein du groupe, elle exprime peu son ressenti ou ses émotions.

2. Evolution durant l'hospitalisation en pédiatrie

A son entrée, Noémie est très dénutrie, ralentie, pâle, avec les extrémités froides. Elle est bradycarde à moins de 35 battements par minute la nuit, nécessitant une surveillance par scope qui durera 3 mois.

Les bilans somatiques, biologiques et d'imagerie, ne retrouvent pas de motifs somatiques à l'amaigrissement.

Durant le premier mois d'hospitalisation, l'alimentation orale spontanée est quasi inexistante : une orange, quelques tranches de concombre durant les deux premières semaines. Une sonde naso-gastrique (SNG) est nécessaire, elle sera retirée trois mois plus tard.

Noémie est revendicatrice, dans l'opposition, verbalise une envie de maigrir et une dysmorphophobie importante.

Le diagnostic d'anorexie mentale de type restrictif est posé. Il est annoncé à Noémie et à ses parents lors du premier entretien familial à l'occasion duquel le contrat d'hospitalisation est acté. Cet entretien amène à discuter l'anorexie mentale restrictive de sa sœur, Julie, 16 ans, de son hospitalisation dans le service de pédiatrie deux ans auparavant et de sa prise en charge à l'hôpital de jour du service n'ayant cessé que six mois auparavant. Les parents verbalisent alors un vécu difficile de cette prise en charge.
Noémie peut évoquer des souvenirs douloureux de l'hospitalisation de Julie : parle de la difficulté pour elle de savoir sa sœur seule à l'hôpital et de l'inquiétude de ses parents. Elle dit avoir remarqué ses préoccupations concernant ses quantités alimentaires ingérées, ainsi que son apparence corporelle, durant cette période et notamment au moment des permissions de sa sœur au domicile. Elle verbalise, lors de l'entretien, de la culpabilité vis-à-vis de ses parents.

Elle présente au cours de l'hospitalisation de nombreux épisodes de crises d'angoisses et de pleurs incoercibles, ayant nécessité l'utilisation de Tercian® et Valium®. Ce traitement n'a été prescrit qu'en cas de crises d'angoisse.
La dysmorphophobie ainsi que le déni persistent malgré la maigreur, les convictions sont rigides. Elles soulèvent des questionnements sur la structure de personnalité comorbide au symptôme.
Noémie développe une potomanie jusqu'à 8 litres d'eau par jour.
Elle nie les hallucinations acoustico-verbales mais a pu être entendue soliloquer dans sa chambre. Elle semble persécutée par le contrat et par les soins.
Après 3 mois dans le service, Noémie présente des symptômes de dépression avec troubles du sommeil, tristesse de l'humeur persistante, aboulie, anhédonie, clinophilie (en dehors des moments d'hyperactivité), ralentissement psychomoteur, idées suicidaires passives non scénarisées mais exprimées de manière quotidienne, mises en lien par Noémie, avec la poursuite de l'hospitalisation.
Deux hypothèses sont soulevées : celle d'une dépression secondaire et celle d'accès à une dépression primitive avec un effondrement des défenses. Un traitement antidépresseur par Sertraline est initié à 25mg puis jusqu'à 100mg/j.

L'évolution insuffisante de sa renutrition, la gravité de son état clinique et la nécessité d'une contenance et d'un accompagnement psychiatrique plus importants, nous conduisent à évoquer une poursuite des soins dans l'unité de pédopsychiatrie. Cette option est difficilement envisageable pour les parents et sera repoussée.

Les référents sont amenés à ouvrir le contrat d'hospitalisation avec une permission supplémentaire au domicile.

Ces temps de permission mettent en lumière les importantes difficultés alimentaires de Noémie au domicile, se comparant à sa sœur : Noémie pointe la faible alimentation de sa sœur « je ne comprends pas pourquoi je mange et je suis hospitalisée alors que Julie ne mange pas et ne l'est pas, elle devrait être hospitalisée ».
Selon Madame, on ne peut pas parler de rechute pour Julie « car elle n'a jamais été guérie ».

Durant les entretiens familiaux, un génogramme est réalisé (figure 1, Annexe I). La famille se présente très soudée, ne prenant plaisir que dans les activités « tous les 4 ». Ils réfutent les hypothèses apportées par les thérapeutes, minimisant l'état de Noémie « pour ne pas la trahir ».

Noémie atteint le poids de sortie fixé par le contrat après 5 mois d'hospitalisation. Elle est suivie deux fois par semaine à l'hôpital de jour du service. Dès la première semaine Noémie perd du poids. La semaine suivante, une hospitalisation est de nouveau nécessaire. Elle y reste 5 jours avant d'être transférée dans l'unité de pédopsychiatrie.

3. Discussion des hypothèses et des modalités thérapeutiques

Différentes hypothèses diagnostiques ont pu être émises lors de la prise en charge de Noémie. Elles concernaient le caractère primaire ou secondaire des troubles anorexiques. En effet, certains éléments, comme les angoisses rapportées, ont pu faire évoquer des angoisses de nature psychotique. Les modalités thérapeutiques considérées seraient alors différentes, notamment en ce qui concerne le contrat de soins. Le contrat de soins, mis en place en pédiatrie, renseigne sur la structuration psychique du patient. Il lui permet d'utiliser ce phénomène transitionnel afin de « penser à autre chose qu'à manipuler de manière obsessionnelle l'organisation de son temps, son espace, ses relations et son alimentation ; il a, à ce titre, valeur de prescription d'un « espace de liberté » » (1). Dans le cas de structure psychotique, le contrat peut amener une désorganisation psychique et un vécu de persécution.

En outre, les éléments dépressifs prégnants, avec l'apparition d'idées suicidaires, la clinophilie, la culpabilité importante vis-à-vis de ses parents et la potomanie ont pu nous alerter sur une forme mélancolique (2). La prévention du risque suicidaire est difficile à mettre en place dans un service de médecine somatique telle que la pédiatrie générale. Pour toutes ces raisons, une demande d'hospitalisation dans le service de pédopsychiatrie paraissait plus adaptée à ce moment-là.

4. Suivi du cas clinique

a) Hospitalisation en pédopsychiatrie

La symptomatologie alimentaire persiste de manière importante, nécessitant de nouveau la pose d'une SNG. Noémie verbalise souvent un sentiment de « rivalité », « d'injustice » et de « jalousie » vis-à-vis de sa sœur qui n'est plus suivie en pédiatrie et dont les quantités nutritives au domicile sont inférieures aux siennes. Selon Noémie, sa sœur est malade et elle non.

Noémie évoque aussi un cauchemar récurrent dans lequel sa sœur se suicide et elle ne peut rien faire.

En entretien familial, l'alliance est faible : l'équipe rapporte un collage important de Madame à Noémie physiquement et psychiquement, elle négocie dans son sens. Monsieur est, quant à lui, plus accroché à Julie. Une ADI-R (*Autism Diagnostic Interview-Revised*) est réalisée avec les parents qui mettent en évidence seulement des traits de personnalité obsessionnelle.

Cinq mois après l'entrée de Noémie en pédopsychiatrie, Julie est hospitalisée en endocrinologie. La famille se dit rassurée et Monsieur s'autorise à exprimer son soulagement, même si Noémie dit trouver cela triste. L'hospitalisation de Julie dure 3 semaines et un suivi au Centre Médico-Psychologique (CMP) de secteur est débuté pour elle.

Pour Noémie, une concertation est organisée avec les parents et le médecin du CMP. Elle conclut à la nécessité d'un suivi dans deux endroits différents pour les deux sœurs. De plus, une thérapie familiale est préconisée.

b) A un an

Un an après sa première hospitalisation en pédiatrie, Noémie est sortie du service de pédopsychiatrie. Aucun suivi en CMP n'a pu être mis en place à ce jour, et, du fait de son âge, Noémie n'a pas encore accès aux services spécialisés dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire.

5. Conclusion du cas et ouvertures

Dans ce cas clinique, des freins sont identifiables à une prise en charge optimale des deux patientes. Tout d'abord, Noémie avait-elle été suffisamment informée au sujet de la maladie de sa sœur ? Avait-elle pu être questionnée ou s'exprimer sur ses ressentis ? Pourtant, Noémie avait pu participer lors de l'hospitalisation de sa sœur à un « atelier fratrie ». Cet « atelier fratrie » a été mis en place au sein du service quelques années auparavant, il consiste en un temps à part du soin, animé par une éducatrice. Il n'y a pas de transmissions ni de reprise de ce temps. Cela nous semble être une limite importante de cet atelier, ce qui est confirmé dans le travail de thèse du Dr Loizeau à ce sujet (3).

De plus, la prise en charge en thérapie familiale, recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS), aurait pu être préconisée et mise en place dès le premier cas de la fratrie.
Par ailleurs, il n'y a pas eu de dépistage ou d'alerte plus précoce en lien avec les antécédents familiaux de troubles alimentaires, ni de la part du médecin traitant, ni de la part des parents.
Les parents dans ce cas sont désemparés, en difficulté pour aider leurs filles et très inquiets. Cependant, ils ne s'autorisent que peu à le verbaliser. En effet, il règne dans cette famille un esprit clanique menacé de trahison et de rupture lorsque les opinions divergent.

Ensuite, le partage des lieux de soins et des professionnels a probablement majoré l'indifférenciation et la rivalité au sein de cette fratrie. De plus, les prises en charge n'ont pas réussi à être coordonnées. Il semble difficile de pouvoir prendre en charge de manière globale et optimale une patiente, en ayant connaissance de troubles du même spectre, non traités, chez un membre de sa fratrie. D'autant plus lors de l'hospitalisation, le retour à domicile est travaillé grâce au contrat de poids qui conditionne les permissions. Celles-ci permettent, entre autres, de redonner de la compétence aux parents. La présence au domicile d'un membre de la fratrie décrit comme malade attise la rivalité déjà présente et fragilise d'avantage les moments de convivialité en famille.

Enfin, l'absence de suivi psychiatrique et psychologique individuel en ambulatoire au terme de la prise en charge hospitalière est fortement inquiétante et questionne sur l'offre et l'organisation des soins en cas de prises en charge multiples.

Les questionnements soulevés par ce cas sont donc de deux ordres :

- Quelles sont les caractéristiques cliniques particulières retrouvées dans les cas de cooccurrence ? (cas successifs : influence du 1er cas sur le 2ème, simultanés : influence des cas entre-eux)
- Quelles sont les influences (thérapeutiques et modalités de prise en charge) d'un deuxième cas au sein de la famille sur la prise en charge des troubles alimentaires ?

Pour répondre à ces questionnements nous décrirons tout d'abord dans ce travail la notion de fratrie puis de l'anorexie mentale (que nous étudierons de manière privilégiée au vue de sa présence majoritaire au sein de la littérature et des cas cliniques présentés) et les liens existants entre les deux pour expliquer les cas de cooccurrence. Nous exposerons une revue de la littérature concernant les cas multiples de TCA au sein de la fratrie, les caractéristiques retrouvées et la prise en charge. Nous présenterons ensuite les résultats de l'enquête relative à la prise en charge des cas multiples de TCA au sein des différents centres spécialisés de France, destinée à un recueil des pratiques. Nous terminerons avec la discussion : les caractéristiques mises en évidence et des propositions pour la prise en charge des cas de cooccurrence.

II. La fratrie - creuset de la socialisation

Afin de comprendre les mécanismes qui peuvent être à l'œuvre dans les cas multiples de troubles du comportement alimentaire au sein de la fratrie, nous allons définir tout d'abord la notion de fratrie, puis le cadre sociologique et les processus psychiques à l'œuvre dans cette entité.

Le concept de fratrie fait référence à deux terminologies. La fratrie renvoie d'une part à la fraternité ; terme de la devise républicaine française fondée sur l'idéologie de l'unification des citoyens. La condition de la fraternité ne correspond donc pas à une filiation commune, mais elle est le reflet d'une affiliation à des idées ou à des valeurs identiques à défendre (4). D'autre part, la fratrie renvoie également au fraternel qui évoque la dynamique du lien, des sentiments de l'un vers l'autre. La fraternité et le fraternel sont présents dans la plupart des fratries sans que cela ne soit systématique.

La fratrie est communément décrite comme un lieu important de construction du soi social. Elle offre la possibilité d'expérimenter les relations sociales ultérieures. Elle permet de se sentir semblable mais aussi de percevoir les différences entre le soi et les autres au sein des relations horizontales avec les pairs, et celles, verticales, avec ses parents. Le lien fraternel, mêlant différents enjeux que nous allons aborder, est au croisement des dimensions verticales et horizontales qu'il s'agit de conjuguer (5).

La fratrie a longtemps été oubliée dans l'étude familiale, notamment psychanalytique. L'intérêt pour les relations parents-enfant masquait l'importance des relations de la fratrie (6,7). Néanmoins, ces relations sont depuis des siècles largement illustrées dans les contes, les mythes et les légendes dont la description nous permet d'appréhender les thèmes en jeux au sein de la fratrie. Nous allons en décrire quelques exemples.

A. Contes, mythes et légendes

La jalousie fraternelle était le thème principal de Cendrillon et d'autres grands contes, alors que l'amour et la rivalité fraternelle caractérisent la majorité des contes des frères Grimm. L'élément commun dans ces fables est l'identification des héros-frères qui sont prêts à se sauver mutuellement (8).

L'histoire d'Abel et Caïn illustre la version biblique du lien fraternel. Caïn, le fils aîné d'Adam et d'Ève, tue son frère car Dieu préfère les offrandes d'Abel aux siennes. Alors, Dieu punit Caïn par la stérilité, l'exil et l'errance perpétuelle. Seth, le troisième enfant d'Adam et d'Eve, naît alors et remplace Abel. Le fratricide devient ainsi le premier meurtre qui fonde l'humanité (8). Dans cette histoire biblique, on retrouve aussi bien la préférence parentale et le meurtre entre frères, que l'enfant de remplacement.

L'histoire des jumeaux Jacob et Esaü illustre la rivalité fraternelle à travers le droit d'aînesse. Dans ce récit la question de la différenciation est abordée d'emblée avec des descriptions physiques dès la naissance, puis de caractères et de professions différentes. La préférence parentale tient une place importance, et c'est cette alliance mère-fils qui trompe le père à la fin du récit, lorsque la mère aide Jacob à se faire passer pour Esaü et se faire bénir en tant qu'aîné à la place de ce dernier.

Les œuvres de Sophocle, *« Œdipe Roi »*, *« Œdipe à Colone »* et *« Antigone »*, décrivent à la fois la rivalité, l'inceste et le fratricide. Œdipe est le père et en même temps le demi-frère de ses propres enfants : Antigone, Ismène, Polynice et Étéocle. Les deux sœurs et filles, Antigone et Ismène, suivent leur père en exil. Les deux frères et fils s'entretuent pour le pouvoir sur la ville de Thèbes (8).

A travers ces récits anciens nous retrouvons les thèmes de préférence parentale, d'alliance transgénérationnelles, de différenciation et d'identité et les sentiments de loyauté, de jalousie, d'amour et de rivalité fraternelle d'où découlent les comportements et fantasmes allant jusqu'au fratricide et à l'inceste. Ce sont ces mêmes thèmes sur lesquels se fondent les théories psychanalytiques faisant référence à la fratrie mais aussi à l'anorexie mentale.

B. Fratrie et psychanalyse

Dans cette partie nous décrirons les idées principales des grands courants psychanalytiques au sujet de la fratrie et son importance dans l'histoire subjective infantile notamment.

Nous allons chercher, à travers ces théories, à identifier le rôle de la fratrie dans l'individuation par les processus structurant le Moi et permettant la différenciation du sujet.

1. Freud et les relations fraternelles

Les concepts décrit par Sigmund Freud, fondateur de la psychanalyse, sont focalisés sur les relations verticales à travers la triangulation enfant-père-mère et le complexe d'Œdipe. Cependant, dans ses travaux, il cherche à rendre compte des effets des relations entre frères et sœurs sur leur organisation psychique ultérieure, du rôle joué par les liens fraternels dans la formation des liens sociaux et, plus tard, introduit la notion de complexe fraternel.

Il explique notamment qu'avec la naissance des autres enfants, l'enfant, qui devient l'aîné, vit des désirs mortels vis-à-vis des nouveaux arrivés et des sentiments d'abandon par sa mère. Freud évoque le concept de rivalité d'objet qui est en jeu pour garder l'attention et l'amour de la mère.

Il analyse le rôle de la fratrie comme étant une « rêverie de la fin de l'Œdipe, qui donne au frère un rôle intermédiaire entre la séduction et l'identification par des investissements communs » (7). Pour Freud, il

s'agit d'un basculement du complexe d'Œdipe par le transfert des affects destinés aux parents vers le frère ou la sœur : aimer la sœur à défaut de la mère, agresser le frère à défaut de pouvoir supprimer le père. Les relations entre eux restant régies par des attitudes de rivalité, d'envie, de jalousie et de compétition pour l'amour des parents.

Freud approfondit ensuite la jalousie fraternelle quand il décrit la jalousie normale dans l'Œdipe ou « le complexe fraternel ». « Ce complexe comporte d'une part, le deuil et la souffrance pour l'objet supposé perdu, et d'autre part une humiliation narcissique liée aux sentiments hostiles envers le rival **»** (8). La jalousie peut s'exacerber pour arriver jusqu'au désir de sa mort. Ensuite, cette rivalité peut être dépassée et le frère-rival se transforme alors en objet d'amour (8)**.**

Nous voyons ici l'importante ambivalence du lien fraternel qui frustre le sujet mais permet à la fois son identification. Nous verrons plus loin que cette problématique identitaire est au cœur du développement des TCA notamment à l'adolescence. Selon Freud la fratrie permet de dépasser l'Œdipe par le déplacement de celui-ci. Il introduit la notion de « complexe fraternel » revue plus tard par René Kaës.

Les théories freudiennes ne précisent pas, dans les théories citées, les impacts de la fratrie sur le narcissisme du sujet que nous allons aborder avec Klein.

2. Melanie Klein et la « psychanalyse des enfants »

Melanie Klein, psychanalyste austro-britannique, dans ses écrits sur *« La psychanalyse des enfants »* décrit elle aussi l'intrusion que représente la naissance d'un frère ou une sœur et explicite la notion de sevrage. Elle aborde la triangulation primitive qui transforme l'envie primaire pour le sein (relation orale primitive) en rivalité et jalousie vis-à-vis de l'intrus dans la relation idéalisée au bon sein (donneur de toute-puissance). Du fait qu'il assiste à la tétée du nouveau-né, l'enfant, surtout si l'écart d'âge le met en exergue, perçoit sans recours possible son exclusion, sa dépossession. « La perte de l'objet, en tant que perte du sein, se redouble de l'indifférence vis-à-vis de lui d'une mère qui est soudain absente pour lui, mais présente pour un autre. Il n'a pas la possibilité d'imaginer, comme pour ses parents, que, réunis, ils parlent de lui, pensent à lui. Le sevrage, la perte métaphorique du sein, la mise en œuvre de l'absence de l'objet primaire ont donc, dans ces cas, des particularités qui peuvent en rendre l'élaboration difficile, mais tout dépend des aléas des premières relations à la mère dont cette expérience révèle, rétroactivement, les aspects éventuellement traumatiques » (7).

Cette même scène du rival qui accapare la mère signifie surtout la perte du pouvoir sur la mère, et donc la perte de l'omnipotence et de la toute-puissance. « La satisfaction visible de la mère, avec et du fait de

l'existence et de l'action de l'autre, est alors une blessure qui, selon les cas, sera cause d'un sentiment d'annihilation, de dépression, de rage impuissante ou suscitera des mécanismes de négation. » (7). « L'identification ne pourra alors se faire que dans la recherche d'une autonomie et d'une autosuffisance qui se veulent absolues. L'imitation compulsive de la mère, ne laissant plus de place aux investissements propres au Moi, peut entraver les fondements mêmes de l'organisation narcissique » (7). Ce sont ces mécanismes que l'on retrouve dans certains cas d'anorexie mentale.

Nous pouvons observer ici la référence à l'organisation narcissique défaillante qui fait partie des facteurs prédisposants au développement de l'anorexie mentale. De même nous retrouverons par la suite les mécanismes de négation dans les théories psychanalytiques concernant l'étiopathogénie de l'anorexie.

Enfin nous allons nous intéresser au point de vue plus horizontal de René Kaës sur la relation fraternelle et sa vision du complexe fraternel.

3. Kaës et le « complexe fraternel »

René Kaës, psychologue et psychanalyste français, définit d'abord le complexe fraternel par ce qu'il n'est pas : il n'est pas seulement un déplacement ou un évitement du complexe d'Œdipe, il ne se limite pas non plus au complexe de l'intrus qui en serait plutôt un exemple. Il ne se caractérise pas seulement par la haine, l'envie et la jalousie. Le complexe fraternel comprend ces dernières dimensions, mais il comprend aussi « l'amour, l'ambivalence et les identifications à l'autre, semblable et différent. » (9)

Il désigne le complexe fraternel comme « une organisation fondamentale des désirs amoureux narcissiques et objectaux, de la haine et de l'agressivité vis-à-vis de cet « autre » qu'un sujet se reconnaît comme frère ou comme sœur » (9). Sa structure triangulaire et ses composantes archaïques et pré-œdipiennes l'articulent par de nombreuses faces au complexe nucléaire de la psyché, sans s'y réduire.

« Le complexe fraternel comporte deux formes opposables : la première, archaïque, où le sujet entretient avec le frère ou la sœur des relations qui ont essentiellement la consistance psychique d'un objet partiel, appendice du corps maternel imaginaire ou de son propre corps imaginaire ; la seconde forme s'inscrit dans un triangle de rivalité, pré-œdipien et œdipien » (9). Les premières esquisses des figures du double, de l'homosexualité narcissique et de la bisexualité psychique y sont aussi rencontrées.

Selon Kaës la relation fraternelle est prédominante dans la construction de l'identité (10).

Les différentes théories psychanalytiques de la première moitié du XXème siècle évoquées précédemment mettent en évidence une vision verticale de la fratrie, comme produit dérivé de la relation

aux parents, mais aussi une vision plutôt négative des relations fraternelles qui seraient gouvernées par la jalousie, la rivalité et la compétition. Ces caractéristiques sont néanmoins bien présentes dans les cas d'anorexie mentale et notamment les cas de cooccurrence au sein de la fratrie.
Les auteurs, psychanalystes, plus récents comme René Kaës cité précédemment mais aussi Bernard Brusset, posent un regard plus horizontal sur les relations de fratrie. Brusset résume le rôle de la fratrie par le fait que le frère (ou la sœur) est d'abord « l'intrus qui confronte l'enfant à l'autre de l'objet, puis le double spéculaire qui le confronte à lui-même comme autre, avant que s'élabore, par l'idéal du Moi, une distance de soi à soi dans le jeu des instances organisatrices et régulatrices du narcissisme »(7).

Nous allons maintenant aborder une approche étho-anthropologique à partir de la deuxième moitié du XXème siècle avec la théorie de l'attachement primaire de Bowlby qui donne une autre perspective aux relations fraternelles.

C. Fratrie et théorie de l'attachement

Cette théorie détermine différents modes d'attachement en fonction de la sécurité affective du lien, notamment à la figure d'attachement principale. Ainsi, l'expérience d'un entourage disponible et prévisible dans l'enfance procurerait à l'individu une sécurité lui permettant d'affronter séparation et frustration, en particulier lors des phases critiques de la vie, comme l'adolescence qui implique une prise de distance à l'égard d'objets et de personnes fortement investis. Au contraire, l'expérience de relation peu satisfaisante avec un entourage peu disponible ou imprévisible, risque d'entraîner chez l'enfant un retrait des affects, voire des attitudes de dépendance relationnelle. Ces attitudes constituent sans doute pour l'enfant une protection contre l'angoisse de perte et de séparation. Réciproquement, la sécurité relationnelle pourrait représenter un facteur de protection contre les conduites de dépendance lors des phases critiques du développement (11).

Selon John Bowlby, psychiatre et psychanalyste britannique, le frère ou la sœur représentent des figures d'attachement et sont l'objet d'un investissement émotionnel significatif (12). Ils sont parfois même dans le cas de jumeaux assimilés à la figure d'attachement principale (13).
Cela prend sens au moment de la différenciation Moi et Autrui : l'enfant, en cherchant sa place dans la fratrie en même temps qu'il prend conscience de soi, est amené à tenir compte de l'autre (6).

D. Fratrie et systémie

L'approche systémique considère la famille comme un système composé de différents sous-systèmes, dont celui de la fratrie. Elle s'intéresse aux liens unissant les sous-systèmes et leurs membres les uns aux

autres. Cependant, dans la littérature les auteurs pointent souvent l'impasse faite par les thérapeutes familiaux sur la fratrie pour se concentrer sur la triade père-mère-enfant (14,15).

D'après Muriel Meynckens-Fourez, pédopsychiatre et systémicienne française, la relation fraternelle est celle qui dure le plus longtemps dans l'histoire relationnelle d'une personne (16–18).
La relation fraternelle a, selon elle, trois fonctions principales :

- « Une fonction d'attachement, de sécurisation et de ressource.
- Une fonction de suppléance parentale.
- Une fonction d'apprentissage des rôles sociaux et cognitifs. » (16)

L'attribution des fonctions varie selon le contexte socio-culturel mais aussi selon la place de chacun au sein de la fratrie : l'aîné ouvre la voie, le second finit de dresser les frontières entre sous-systèmes parental et fraternel, tandis que le cadet, qui ferme le cortège, peut porter un fort sentiment de loyauté. Les relations fraternelles peuvent aussi renvoyer aux propres relations fraternelles des parents et être des pistes importantes à étudier lors des thérapies familiales.

Puis les dimensions juridique et sociologique qui permettent de définir le cadre sociétal et légal dans lequel nous exerçons.

E. Fratrie du point de vue juridique et sociologique

La définition de la fratrie en droit comme dans le langage courant désigne par ce terme « l'ensemble des frères et sœurs d'une même famille » (19). En revanche, le sens de « frère » et « sœur » reste flou. Le vocabulaire juridique ne le définit qu'au pluriel, comme les « fils/filles d'un même père et/ou d'une même mère ». La fratrie juridique comprend alors sans distinction les frères/sœurs germains, issus de deux parents communs et les demi-frères/sœurs, utérins (de même mère) ou consanguins (de même père).

La sociologie intègre également la résidence de l'enfant pour délaisser ou dépasser le lien de sang. La fratrie se trouve alors enrichie de « quasi-frères » et « quasi-sœurs », dont un parent de l'un est uni à un parent de l'autre. La définition de la fratrie dépend donc de l'importance respectivement donnée au lien d'affection ou de filiation. L'affectif peut alors prendre une place au risque de confondre fratrie et fraternité (19).

Dans ce sens la loi entretient une forme d'idéologie du lien fraternel, illustrée par l'article 375-1 du Code Civil qui indique « 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 frères et sœurs ».

Ce dernier cadre légal permet notamment de commencer à penser l'implication thérapeutique possible de la fratrie dans les soins : qui ? et à quelles conditions ? Il est pertinent de s'attacher à définir qui est présent lorsqu'on parle de la fratrie notamment du point de vue systémique où nous nous intéressons aux interactions au sein de ce sous-système familial.

F. En résumé

« Être frères (ou sœurs), c'est avoir la même généalogie, la même hérédité au sens large, la même famille, les mêmes parents et être de la même génération – dans un écart d'âge variable dans la gémellité fantasmatique, nul dans la gémellité réelle – et, une fois sur deux, être du même sexe. Dans la réalité, les choses peuvent être plus complexes : remariage, écart d'âge d'une génération, demi-frère, enfant vivant dans la famille mais extérieur à la fratrie (adopté, recueilli, etc.) » (7). Quoi qu'il en soit la fratrie peut être considérée comme un « brouillon des relations sociales » (15) où sont possibles les expérimentations relationnelles.

Du point de vue du développement, le frère ou la sœur constitue par son existence même un obstacle, une limitation dans la relation qui se veut exclusive avec la mère, avec le père ou avec les deux parents (20). À ce titre, il est source d'interrogation sur soi pour l'enfant à partir de ce qu'il est pour ses parents (7). L'enfant confronté à ses interrogations sera amené, au moment de la différenciation, à chercher sa place et se positionner dans la fratrie en même temps qu'il est amené à prendre conscience de l'autre (6). C'est autour de ce binôme, entre désir de ressemblance et désir de différence (21), que la fratrie par cette opposition est l'un des creusets de l'individuation.

Le lien fraternel se tisse avec des maillages qui varient au fil du temps, d'abord étroitement dépendants des projections et désirs parentaux, puis de plus en plus indépendants d'eux. La fratrie peut être pensée comme un appareil à transmettre, à transformer, à rebâtir l'histoire familiale et aussi, parfois, à la bâtir. Elle est le lieu d'apprentissage du « penser », du « faire », du « être » en famille et aussi, celui où s'expérimente la nécessité des non-dits, des secrets pour préserver le groupe ou certains de ses membres. Tout ceci crée un sentiment d'appartenance, « terreau de la construction identitaire » (9,22).

Ce sont ces caractéristiques du lien fraternel qui sont alors étudiées, utiles et utilisées en thérapie, et notamment en thérapie familiale, pour appréhender les troubles présentés par l'un des membres. C'est ce que nous allons aborder dans la partie suivante autour des troubles des conduites alimentaires et en particulier l'anorexie mentale.

III. Troubles des conduites alimentaires : l'anorexie mentale

Les troubles des conduites alimentaires sont classifiés dans le DSM-V en 7 catégories dont 4 nous intéressent plus particulièrement : l'anorexie mentale, la boulimie, l'hyperphagie boulimique et les troubles alimentaires non spécifiques (*Unspecied Feeding or Eating Disorders* (UFED)).

Nous avons fait le choix d'aborder dans la partie théorique, par souci de concision et de clarté, uniquement le sujet de l'anorexie mentale. Nous aborderons tout d'abord un bref historique de la pathologie et de sa nosographie, puis évoquerons quelques chiffres d'épidémiologie avant de décrire les différents mécanismes étiopathogéniques de l'anorexie mentale.

A. Histoire de l'anorexie mentale

Etymologiquement, le terme anorexie signifie perte d'appétit, du grec *an* (privatif) et *orexis* (appétit).

Les premiers écrits concernant l'anorexie remontent autour de l'an 0. Au temps des romains, le poète Ovide écrit « Les soucis qui la tiennent éveillée épuisent son corps misérable, la maigreur dessèche sa peau, toute la sève de ses membres s'évapore. Il ne reste que la voix et les os ; sa voix est intacte, ses os ont pris dit-on la forme d'un rocher ... Un son, voilà tout ce qui survit en elle » dans les métamorphoses (23) : le mythe de Narcisse et Echo. Echo nymphe éconduite de Narcisse, réduit à une voix écholalique par Junon pour avoir favorisé les infidélités de Jupiter avec d'autres nymphes.

Il faut attendre le Moyen-Âge pour retrouver les véritables descriptions d'anorexie appelée « *anorexia mirabilis* » décrivant la perte « miraculeuse d'appétit » de jeunes religieuses dont le refus des plaisirs de la chair était l'ultime sacrifice offert à Dieu (24), on parle aussi « *d'anorexie sainte* ». Ce phénomène assez fréquent pour être décrit à cette époque se propage donc chez les « sœurs » idéologiques et non consanguines cette fois-ci et peut nous interroger sur le processus culturel à l'origine de cette symptomatologie.

La première description médicale de l'anorexie mentale est généralement attribuée à Richard Morton, médecin anglais du XVIIème siècle, qu'il nomme « la consomption » ou « *phtisie nerveuse* », et dont les symptômes principaux sont le manque d'appétit, le refus de se nourrir, l'aménorrhée, l'hyperactivité, la constipation et la cachexie.

C'est en 1873 que l'anorexie mentale est reconnue comme une maladie mentale, individualisée sous le terme « *d'anorexia nervosa* » par William Gull, médecin britannique.

Au même moment en France Charles Lasègue individualise ce qu'il appelle « *anorexie hystérique* » et en fait une première description clinique bien connue comprenant "les trois A":

- Anorexie : symptôme principal sans perte d'appétit, mais une volonté de restriction alimentaire.
- Amaigrissement : secondaire à l'anorexie.
- Aménorrhée : primaire ou secondaire, ne fait pas nécessairement suite à l'amaigrissement (25).

On doit le terme « d'*anorexie mentale* » au professeur Charles Huchard qui appuie l'hypothèse d'une origine mentale du trouble à la fin du XIXème.

Mais la lutte entre l'origine somatique et psychologique se poursuivra avec la théorie endocrinienne jusque dans les années 1960, où des psychiatres et psychanalystes comme Hilde Bruch et Evelyne Kestemberg ébauchent l'hypothèse transnosographique de l'anorexie. L'anorexie mentale devient l'expression symptomatique de diverses maladies psychiatriques. Plus récemment, la littérature a suggéré qu'elle appartienne au trouble obsessionnel compulsif puis à une forme d'addiction, ce que nous développerons plus loin.

Les critères diagnostiques sont détaillés dans le DSM-V (en Annexe II) et comprennent la restriction alimentaire, la peur intense de prendre du poids et l'altération de la perception du corps, le tout malgré un poids significativement bas. Le critère d'aménorrhée, présent jusqu'à la version du DSM-IV-TR, n'est plus indispensable.

B. Epidémiologie de l'anorexie mentale

La prévalence de l'anorexie mentale varie en fonction des critères et des populations étudiées. Dans la population générale, elle toucherait 0,9 à 2,2% des femmes et 0,25 à 0,30% des hommes (26). L'anorexie mentale touche, dans 8 cas sur 10 des filles ou des femmes (26). Cette grande majorité féminine est largement illustrée dans ce travail puisse que l'ensemble des cas rapportés sont féminins, pour cela il arrive que nous puissions employer le féminin pour désigner les personnes atteintes d'anorexie mentale.

On retrouve dans une étude de cohorte prospective australienne très récente (27) (de 10 ans à plus de 30 ans de suivi) une prévalence de la maladie vie entière de 1,5% sexes confondus, avec 0,3% d'hommes et 2,2% de femmes, ce qui confirme les chiffres précédents. La même étude rapporte l'âge de début des troubles en fonction des sexes : 16,6 ans de moyenne chez les femmes et 23,5 ans chez les hommes.

Le pronostic de cette maladie est préoccupant : 50 % de rémission, 20 à 30 % de symptômes résiduels, 10 à 20 % de chronicisation (28), et 5-10 % de mortalité (26,28,29) touchant, qui plus est, des femmes jeunes (30). Parmi ces décès, la moitié est d'origine somatique, l'autre moitié par suicide (26).

Ce que nous pouvons observer à travers ce bref historique et point épidémiologique est l'évolution drastique au cours des derniers siècles de la reconnaissance de l'anorexie mentale, tout d'abord comme un syndrome médicalement identifié, puis comme un syndrome ayant une part psychique qu'il s'agit de prendre en charge. En outre, les chiffres nous montrent aussi l'importance de la prise en charge somatique concomitante dans cette maladie dont la mortalité, de sujets jeunes, est si importante.

C. Mécanismes étiopathogéniques de l'anorexie mentale

L'anorexie mentale est une pathologie dont l'origine et les mécanismes semblent plurifactoriels. En effet, les hypothèses sont génétiques, familiales ou environnementales, et ce qui est le plus souvent avancé actuellement : l'association de ces trois composantes (31), comme l'illustre l'adaptation du modèle biopsychosocial de Garner (figure 2 ci-dessous).

Pour repérer le poids des facteurs « génétiques », « familiaux » et « environnementaux » avec une bonne précision, les chercheurs réalisent des études d'agrégation familiale, de jumeaux et d'adoption.

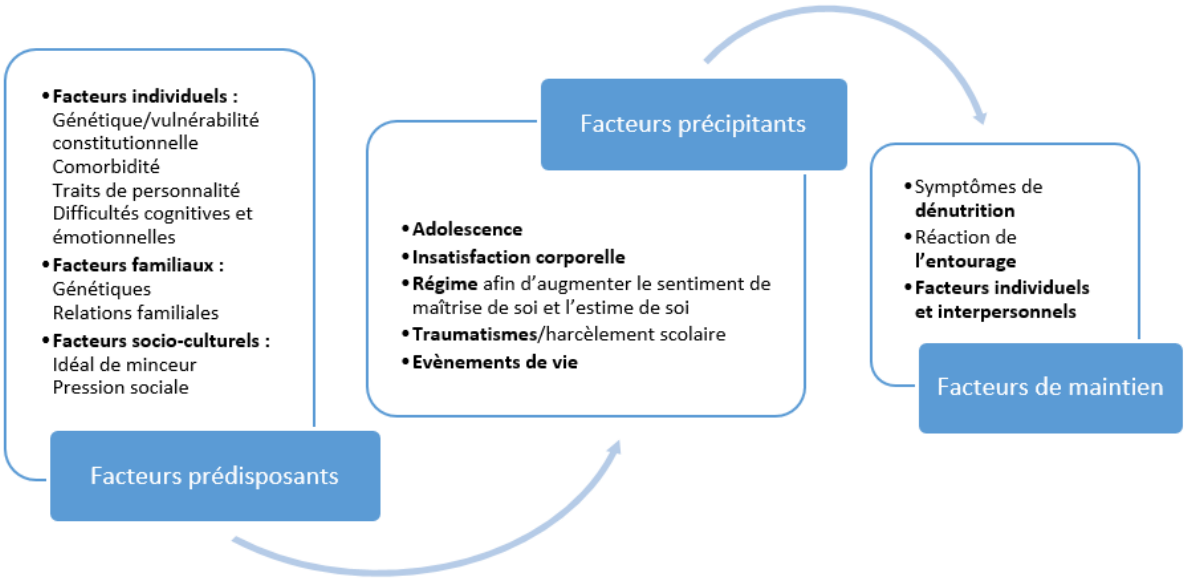


Figure 2. Adaptation du modèle biopsychosocial de Garner à l'anorexie mentale.

Afin de mieux appréhender les mécanismes qui peuvent être en jeu lors des cas multiples de TCA au sein de la fratrie nous nous intéresserons aux principaux courants de pensées et théories s'étant penchés sur l'étiopathogénie de l'anorexie mentale : approches psychanalytique et psychodynamique, approche développementale, théorie addictive, approche cognitivo-comportementaliste, approche systémique, approche biologique et génétique. Celles-ci, loin de se contredire, semblent se compléter.

1. L'anorexie mentale et la psychanalyse

a) L'anorexie mentale selon Freud

Sigmund Freud écrit à propos des patientes souffrant d'anorexie : « L'anorexie des jeunes filles, qui est un trouble bien connu, m'apparaît, après observation poussée, comme une forme de mélancolie chez des sujets à sexualité encore inachevée ». Ces jeunes femmes sont décrites par Freud comme craignant la féminité et l'hétérosexualité. Il met en parallèle l'acte de manger comme l'expression de la libido ou de pulsions sexuelles. L'anorexie est considérée comme un véritable symptôme de conversion lié au refoulement de la sexualité. La libido se voit déplacée de la génitalité vers l'oralité, l'acte alimentaire est érotisé et provoque le refoulement de l'appétit.

A cette époque, l'anorexie est rapprochée de l'hystérie.

b) Approche psychodynamique

Par la suite, des auteurs comme Hilde Bruch montrent que le refus de s'alimenter n'est pas dû à un véritable dégoût mais bien au contraire à une impulsion à manger contre laquelle l'anorexie représente une défense efficace. La jeune anorexique lutte contre le fantasme boulimique par la négation de ses besoins corporels, y trouvant une forme de jouissance et d'excitation appelée « orgasme de la faim » par Kestemberg en 1972. Elle parle de régression devant la sexualité génitale (2). La jeune fille anorexique apparaît comme une fille modèle qui alterne entre compliance et rébellion. Le refus de la nourriture serait une forme de toute puissance qui est à la fois hostile et rebelle en soi.

Ces comportements trouvent leurs fondements dans les processus adolescents et, plus précisément, de puberté qui oblige l'adolescent, pour acquérir son identité propre, à se séparer des objets primaires de l'enfance et qui entraîne la reviviscence des conflits fantasmatiques (œdipiens ou archaïques). Philippe Jeammet cite alors Kestemberg qui décrit « L'angoisse induite par le conflit œdipien et par la prévalence de la libido narcissique destinée à une distanciation d'avec les relations objectales conflictuelles, ne saurait mettre l'adolescent à l'abri d'une autre angoisse plus profonde qui est l'angoisse concernant la cohésion de sa personne. Il se veut étranger aux autres et se retrouve étranger à lui-même. » (32). On parle aussi de conflit d'introjection, qui peut se résumer par un conflit entre le besoin d'identification et la peur de celle-ci. Les angoisses entraînent « les remaniements constants de l'équilibre économique où les investissements narcissiques doivent réparer les difficultés causées par les investissements objectaux et *vice et versa*, caractéristiques de la constitution de la personnalité à cette période du développement, entraînent des mécanismes de défense extrêmement variés, mais rigides, et une symptomatologie très riche et mouvante » (32).

Ces mécanismes de défenses peuvent être des comportements, et dans le cas de l'anorexie mentale, des conduites de restriction, de régimes pour gérer la difficulté que représente l'écart entre l'image du Moi et l'image que l'autre lui renvoie. On retrouve ici la problématique du miroir, qui est utile dans la construction identitaire mais délétère dans la problématique narcissique. La patiente pourrait vouloir « s'effacer du regard de l'autre, passer inaperçue notamment en mangeant moins » (33).

Nous retrouvons ici les problématiques du miroir, de relation d'objet, de narcissisme ainsi que d'identité qui sont au cœur de notre propos aussi bien concernant la partie fratrie que l'anorexie mentale.

Philippe Jeammet, pédopsychiatre et psychanalyste français, a poursuivi et approfondi ces sujets dans l'anorexie mentale et introduit la notion de dépendance. L'anorexie étant décrite comme une problématique de dépendance du Moi à l'objet par l'écart narcissico-objectal qui menace le sentiment de continuité du sujet et son identité. Selon Jeammet, pour parer à cette menace « ce qui va faire tiers, et va avoir une fonction différenciatrice, quand on est dans ces relations de dépendance narcissique excessive, ce sont deux grandes modalités comportementales: les conduites d'opposition et les plaintes corporelles » qui leur permet d'affirmer leur différence, et d'asseoir leur identité au travers de ces voies qui sont pour eux celles de la différenciation (34) de par la distance qu'elle met avec l'autre (35).

Maurice Corcos, pédopsychiatre et psychanalyste français, parle lui aussi de « l'absence d'organisation stable du Moi » (2) chez les patientes souffrant de TCA. Cela résulte d'une difficulté de celui-ci à mettre en place des modalités défensives efficaces, nécessitant le recours régressif aux symptômes comportementaux et corporels comme contre-investissement d'une réalité psychique interne défaillante ou menaçante.

Selon Maurice Corcos et Philippe Jeammet (36), l'origine de la dépendance est à chercher dans l'inconstance des relations précoces mère-enfant, ce qui fait le lien avec l'approche développementale. La mère ne serait pas en capacité de distinguer elle-même les demandes affectives des besoins physiologiques de son nourrisson, et répondrait ainsi de façon inadéquate aux demandes de l'enfant. C'est ainsi que l'enfant ne parviendrait pas à identifier ses propres émotions et ses sentiments. Les bouleversements internes liés à l'adolescence ainsi que la nécessité de construire sa propre identité viendraient réactualiser ces angoisses d'abandon. Alors, selon la théorie psychosomatique, la patiente atteinte d'anorexie se débarrasse de l'angoisse en abusant de l'effet psychostimulant et euphorisant du jeûne qui empêche la perception de la fatigue (37).

Certains auteurs (38) tentent de faire évoluer la théorie prenant en compte l'approche psychodynamique et l'avancée neurobiologique, ils posent l'hypothèse de l'anorexie comme une difficulté précoce d'intégration du système perceptif et de ses représentations par le contrôle des pulsions jusqu'à l'abolition de la perception de la vie physiologique et de l'existence du corps. Cette nouvelle approche amène une réflexion sur la prise en charge : le travail sur le système perceptif, notamment proprioceptif, pour redonner une perception consciente du monde interne corporel.

Cette perception défaillante amenée par cette dernière théorie peut trouver son origine à travers les évènements de la petite enfance décrits dans la partie suivante sur l'approche développementale.

2. Approche développementale

Comme vu précédemment, l'une des origines des troubles du comportement alimentaire serait la façon inadéquate qu'aurait la mère de répondre aux signaux de son enfant (39) ; celle-ci le nourrirait au moindre signe d'angoisse, toutes les demandes de l'enfant étant interprétées comme un besoin de nourriture. L'enfant ne pourrait alors plus faire la différence entre la faim et une autre source de tension interne. Il sera alors désorienté par toute situation nouvelle et va accepter les interprétations erronées de sa mère, ce qui l'empêchera d'acquérir une bonne intégration de son image corporelle et de son identité.

Il est intéressant de mettre cela en parallèle des interactions précoces de la petite enfance et de l'apport de la théorie de l'attachement de Bowlby qui sont sous-entendus dans cette approche. En effet nous avons abordé dans la partie précédente les comportements en lien avec la sécurité de l'attachement et le rôle protecteur contre la dépendance d'une sécurité relationnelle.

Or, en ce qui concerne les TCA, une insécurité de l'attachement est retrouvée chez les patients :

- Les personnes atteintes de boulimie développent davantage un modèle d'attachement insécure-préoccupé qui se caractérise par des stratégies d'hyper-activation du comportement d'attachement avec débordement des affects et exagération des signes de détresse (2).
- Les personnes atteintes d'anorexie présentent majoritairement un modèle d'attachement insécure-évitant ou détaché caractérisé par des stratégies de désactivation du comportement d'attachement, avec évitement des affects et minimisation des signes de détresse (2,40).

Les patients avec un attachement insécure présentent des symptômes plus sévères (18), une moins bonne estime de soi et davantage de préoccupations corporelles indépendamment de l'âge, de l'IMC ou du type d'anorexie.

3. Théorie addictive

Les constatations cliniques ont amené à intégrer les TCA dans le champ des addictions, et l'on parle ainsi parfois « *d'addictions comportementales ».* Comme nous avons pu le voir précédemment dans la partie psychodynamique, Jeammet et Corcos parlent de « la substitution d'une dépendance à l'objet humain par la dépendance à un objet externe inanimé, disponible et manipulable » (36) dans l'anorexie. On retrouve le sentiment de « *craving* » de manque, de vide et d'impulsivité précédent le recours à l'objet addictif, le vécu de dépersonnalisation, la culpabilité importante lors des crises (boulimie notamment), la dépressivité et la lutte antidépressive, les manifestations somatiques du sevrage notamment, et surtout le maintien du comportement malgré les conséquences délétères à la fois psychologiques, biologiques et sociales. « Ainsi pour l'anorexique, l'état d'euphorie et de bien-être, « *l'orgasme de faim* », sembleraient correspondre à une sécrétion d'endorphines endogènes » (2).

Le symptôme a ici une véritable fonction de défense. L'hypothèse la plus courante est que l'anorexie se révèlerait chez des sujets prédisposés, par des facteurs déclenchants, et serait entretenue par des facteurs pérennisants, entraînant un véritable cercle vicieux, rappelant celui de l'addiction.

Cette théorie fait le lien vers l'approche cognitivo-comportementaliste qui place les comportements (dont les symptômes), les cognitions et les émotions au cœur de la prise en charge**.**

4. Approche cognitivo-comportementaliste

L'importance exagérée accordée à la minceur, au poids et à son contrôle est l'élément central de la conceptualisation cognitivo-comportementale des troubles alimentaires. Le poids prenant une importance démesurée - tout gain pondéral génère une anxiété excessive - et ce, même lorsque le poids est bas.

Ce sentiment accordé au poids et l'anxiété qui en découle incitent la personne à tenter d'exercer un contrôle volontaire sur son poids, ce qui génère une perte de sensibilité aux signaux de faim, de satiété et une rupture de l'équilibre naturel (38). La personne qui est convaincue que sa valeur dépend de son apparence physique et de sa minceur veut tout faire pour contrôler son poids et son alimentation par des jeûnes, des régimes drastiques ou des règles alimentaires rigides et devient fragilisée face aux troubles alimentaires. De plus, la disparition de l'attention aux signaux physiologiques renforce les symptômes de la maladie et le déni (38).

Le patient très préoccupé par son poids adopte souvent plusieurs autres comportements qui contribuent à perpétuer le trouble alimentaire. La pesée constitue souvent un enjeu important. Certains patients se

pèsent de façon excessive (jusqu'à plusieurs fois par jour) alors que d'autres évitent complètement de se peser. Les premiers accordent une importance démesurée au moindre changement de poids, ce qui augmente l'anxiété. Les seconds n'ont plus de repères objectifs et doivent se fier à leurs impressions qui sont par définition déformées et entretiennent les fausses croyances. À ceci s'ajoutent souvent des comportements d'évitement par rapport à certains types de nourriture, à certains types de vêtements et jusqu'à éviter de se regarder dans le miroir. Il arrive aussi qu'au contraire, ils surveillent de façon excessive certaines parties de leur corps qu'ils n'aiment pas. Cette pratique est appelée « *body-checking* » (26).

Nous notons à travers cette description que les différentes cognitions sont perturbées par la maladie, elles peuvent aussi l'être par les commentaires et réactions de la fratrie, ce que nous verrons plus loin.

5. Approche systémique

Comme nous avons pu le voir dans la partie systémique de la fratrie : pour les systémiciens, chaque famille est un « système », le fonctionnement dépend des interactions entre les différents membres et les règles qui les régissent. Lorsqu'un système possède des règles suffisamment souples pour permettre la cohésion, mais aussi en cas de crise, de trouver des solutions de réaménagement du système, il est alors viable et fonctionnel. Si au contraire, les règles sont rigides et fixes, un dysfonctionnement chronique peut apparaître en cas de crise et favoriser l'émergence de troubles psychiatriques.

Nous allons décrire brièvement les premiers modèles systémiques qui se sont attachés à décrire une « famille-type » des troubles du comportement alimentaire. Ces modèles qui cherchent à refléter le fonctionnement des familles ont tendance à les stigmatiser. Ils présentent des limites visibles dans les théories que nous exposerons par la suite. Ils insistent sur une dimension co-évolutive du trouble et l'importance de redonner de la compétence à la famille ce qui nous paraît d'autant plus pertinent dans le cas de cooccurrence de cas de TCA dans la fratrie.

a) Modèle de Minuchin

Salvador Minuchin, pédopsychiatre et thérapeute familial argentin, évoque trois facteurs impliqués qui sont la vulnérabilité individuelle, les relations intrafamiliales caractérisant la famille et l'auto-renforcement de la maladie par son rôle dans l'évitement des conflits (3).

Il avance la théorie de la « famille psychosomatique » qui se caractérise en 5 points : l'enchevêtrement entre les membres de la famille, la rigidité, la surprotection, l'absence de résolution des conflits (intolérance et évitement) et l'implication de l'enfant-symptôme dans le conflit parental (31). Ce modèle insiste sur la nature interactionnelle du trouble (enchevêtrement familial) (18).

b) Modèle de Selvini-Palazzoli

Mara Selvini-Palazzoli, psychiatre et systémicienne italienne, avance la théorie de la « famille anorexique », le modèle insiste sur les processus de communication intrafamilial. Proche de celui de Minuchin, il se décline lui aussi en 5 points : la cohésion familiale très forte, le sacrifice de soi, l'insistance sur le contrôle pulsionnel (des émotions, de la nourriture et de la sexualité), un sentiment très fort de justice (traitement strictement égalitaire des enfants par ex.) et le dysfonctionnement conjugal et stabilité du couple (18). Le problème résidant selon elle, dans un système d'alliance et de coalitions au sein de la famille (31). Elle décrit notamment la théorie d'imbroglio qui relate une situation relationnelle intergénérationnelle confuse au sein de la famille qui précéderait l'éclosion de l'anorexie (41).

c) Modèle d'Onnis

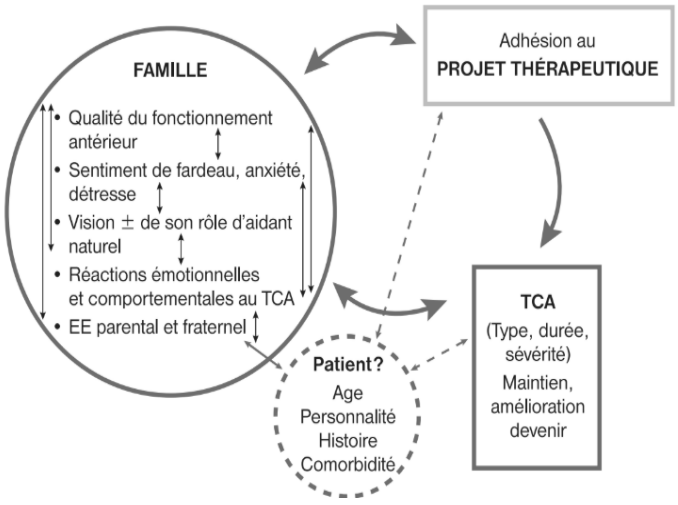
Luigi Onnis, psychiatre et systémicien italien, a insisté sur la prise en compte de la dimension diachronique des histoires individuelles et collectives, des valeurs partagées et des mythes familiaux, qui constitueraient la dimension sous-jacente et l'explication de la dimension synchronique.

Ce mythe familial serait pathologique dans les familles vivant des problèmes de TCA et empêcherait la souplesse et l'adaptation du système notamment à l'adolescence. Selon S. cook-Darzens, « il s'agirait de « mythes d'unité familiale » très prégnants, marqués par un manque de différenciation des limites entre générations et individus. Cela serait associé à de fortes craintes de rupture et de perte irréversibles qui leur feraient vivre tout mouvement d'autonomie et de détachement comme extrêmement menaçant, et justifieraient la mise en échec des processus de séparation individuation » (18).

Il introduit la notion de « l'expérience du temps suspendu », faisant référence à la suspension par les symptômes anorexiques de la transition à l'adolescence.

d) « L'approche empirique du rôle de la famille dans les TCA » (18) et le modèle de Maudsley

Selon, Solange Cook-Darzens, docteur en psychologie et thérapeute familial, « les perturbations familiales, quand elles sont repérées, ne seraient ni cause ni conséquence de la pathologie alimentaire, mais refléteraient un processus ininterrompu de coévolution entre la famille, la patiente et son trouble au cours du temps, le TCA devenant partie intégrante du contexte relationnel au sein duquel il s'est développé » (18,42).



Les résultats de recherche mettent en évidence la dynamique co-évolutive entre le fonctionnement familial et le développement de la maladie : ils encouragent à avoir une vision plus nuancée, voire plus "normative" de ces familles (18) (illustration figure 3 ci-contre). Les modèles explicatifs entièrement focalisés sur l'étiologie sont vraisemblablement moins utiles sur le plan thérapeutique que ceux qui s'intéressent aux facteurs de maintien et aux facteurs pronostiques.

Figure 3. Modèle de coévolution entre famille et TCA selon S. Cook-Darzens (38).

C'est à partir de recherches *Evidence Based Medecine* à l'hôpital Maudlsey à Londres qu'émerge la méthode Maudsley ou *Family Based Treament* (FBT) visant à redonner la compétence à la famille dans l'accompagnement et le traitement du trouble alimentaire.

6. Approche sociologique

L'approche sociologique dans notre travail trouve son sens dans l'hypothèse d'une forme de culture alimentaire qui influencerait la société, la famille et donc la fratrie. Ceci pourrait participer à expliquer la fréquence des cooccurrences de cas de TCA dans la fratrie. Comme nous allons le voir, l'hypothèse de cette culture n'est pas récente mais les évolutions sociétales la mettent en avant.

Dans de nombreux textes de sciences humaines ou sociales, les anorexiques « symbolisent » la modernité ou au contraire une forme médiévale de spiritualité (43) (anorexie sainte), l'oppression masculine ou la rébellion contre cette oppression. Comme le met en évidence Philippe Jeammet ce moment correspond à une autre époque, à « un monde, non pas coercitif, mais cadré, référencié »(35) dans lequel les désirs vont être empêchés de se réaliser par des contraintes (surmoi) notamment la sexualité à cette époque ; « dès lors le conflit de désir apparaît comme une réalité humaine » (35). C'est sur ce conflit que s'appuie le point de vue freudien non invalidé par Jeammet mais qu'il nuance comme nous allons le voir du fait des changements sociétaux.

Selon l'approche sociologique par le biais des appels médiatiques l'anorexie pourrait être considérée comme un « fait social ». L'existence d'une « épidémie » fait l'objet de débats : entre ceux l'invalidant et parlant de « mythe » épidémique et ceux validant au moins d'une augmentation de l'incidence de l'anorexie depuis les années 1970 dans les pays occidentaux (43). Cette deuxième hypothèse pourrait

s'expliquer par ce que met en évidence Philippe Jeammet dans ses observations sur notre société actuelle : « une société beaucoup plus libre, dont l'adage pourrait être « fais ce que tu veux, y compris sur le plan sexuel, mais fais-le bien » » (35).

Selon ses écrits dont la justesse des propos va nous faire éviter la paraphrase : nous connaissons une « certaine chance d'avoir pu accéder à cette liberté, seulement elle a un prix à payer : il n'est plus interdit de faire ce qu'on désire, on s'aperçoit qu'on désire des choses contradictoires » ce que nous avons pu nommer pour les patientes atteintes d'anorexie. « Or, on sait que l'idéal du moi n'est pas un maître moins contraignant que le surmoi (l'avantage du surmoi étant qu'il peut s'humaniser, être représenté, figuré par des personnages humains qui peuvent nous aider à le relativiser, à savoir que l'interdit est là avant tout pour protéger et non pas pour priver). On peut toujours être mieux que l'on est, on peut toujours mieux faire, on peut toujours être plus compétitif. Mais où est la limite ? » Dans les cas d'insécurité interne, « si l'on ne porte pas un minimum de valeurs intérieures suffisantes, cet idéal sera ressenti comme un vampire qui vous dira : « Toujours plus, toujours plus ! ». Et ces patientes le ressentent très bien, ce tyran domestique qui a envahi l'intérieur de leur tête, et à côté duquel nos exigences, nos contraintes ne sont rien » (35). Ces propos donnent un autre éclairage à la prise en charge des patients et notamment au fait de poser des limites claires qui au lieu de priver donne un espace de liberté.

7. Approche biologique et génétique

Nous abordons cette approche pour montrer la diversité des recherches cliniques et thérapeutiques dans le champ de l'anorexie mentale ce qui nous renseigne d'autant plus sur la complexité de ce trouble.

Sur le plan biologique, nous ne rentrerons pas dans les détails pour ce travail mais nous pouvons citer la revue systématique de la littérature réalisée par Rask-Andersen (44), où sont approfondies les pistes de recherches thérapeutiques concernant les polymorphismes génétiques influençant les mécanismes biologiques des maladies mentales en général, notamment l'anorexie mentale et ses symptômes. Néanmoins l'auteur rappelle que « les symptômes psychologiques de l'anorexie mentale sont faiblement corrélés à des mécanismes moléculaires spécifiques » (44), nous n'aurons donc pas de suite de traitement médicamenteux qui guérit de l'anorexie mentale.

Concernant l'approche génétique, les études portent sur des séries de jumeaux de recrutement systématique (30) ainsi que les études d'adoption (45) car elles sont les plus représentatives. Ces études présentent des limites concernant la méthodologie : certaines sont réalisées avec un petit nombre de jumeaux, d'autres ne précisent pas s'il s'agit de jumeaux monozygotes dichorioniques ou monochorioniques (46,47). Elles ne peuvent donc pas trancher entre une héritabilité génétique ou

environnementale prénatale. De plus, il est prouvé que l'estimation de l'héritabilité ne montre pas tous les facteurs génétiques impliqués (48).

A l'heure actuelle les études se tournent vers les études impliquant les polymorphismes mono-nucléotidiques (SNP).

Selon les études, malgré les limites décrites précédemment, l'héritabilité de l'anorexie mentale a été estimée de 43% à 70 % (49–52), si l'on considère une prévalence globale autour de 1 % dans la population générale. Nous notons cependant que l'allèle de vulnérabilité le plus impliqué à l'heure actuelle n'augmente le risque d'anorexie mentale que de 1,8 en risque relatif (2,30).

Ces études sont intéressantes pour notre propos de deux façons : premièrement, elles permettent observer la cooccurrence de cas au sein de la fratrie à travers l'accès à des paires de jumeaux (exclusivement des jumelles dans la littérature existante) et deuxièmement, le pourcentage élevé d'héritabilité nous permet de faire l'hypothèse de nombreux cas au sein de la fratrie, non rencontrés et non pris en charge.

D. En conclusion

Aucune de ces théories ou approches n'explique à elle seule la genèse et le maintien de la maladie, elles permettent en revanche d'appréhender la complexité et le caractère multifactoriel de cette pathologie. Nous retiendrons notamment l'image de Corcos concernant le processus anorexique : « un piège narcissique que vient très rapidement verrouiller le phénomène addictif dans ses effets tant physiques que sociaux » (53). Les théories et les différentes approches faites dans cette partie mettent en avant le caractère relationnel de l'anorexie mentale. Or, nous avons pu voir dans la partie précédente que la famille, en particulier la fratrie, prenait une part majeure dans la vie relationnelle d'une personne d'autant plus dans l'enfance et l'adolescence. Si la fratrie est le creuset des relations sociales et que l'anorexie dépend de ces relations alors, la fratrie prend une place très importante. Elle est à la fois impactée par la maladie et peut être directement ou indirectement responsable de celle-ci. Afin d'argumenter et d'étayer ce propos nous aborderons dans la partie suivante l'évolution de la place de la fratrie dans le travail familial. Nous nous intéresserons à l'influence des troubles des conduites alimentaires, et plus précisément de l'anorexie mentale sur la fratrie. Nous décrirons les rôles de la fratrie dans l'étiologie et l'évolution de la maladie. Nous détaillerons les cas de cooccurrence de la maladie au sein de la fratrie en détaillant les cas successifs, simultanés mais aussi le cas particulier de la gémellité. Enfin, nous discuterons les apports de ce travail pour la prise en charge de cas de cooccurrence de l'anorexie mentale dans la fratrie. L'étayage et l'argumentation s'appuiera sur une revue de la littérature réalisée sur le sujet ainsi sur l'utilisation des théories et approches décrites précédemment.

IV. La place de la fratrie face à l'anorexie mentale

Comme l'illustre Solange Cook-Darzens par son titre « la fratrie dans l'ombre de l'anorexie mentale » la fratrie est l'objet d'un petit nombre d'études, actuellement en augmentation, qu'il nous a semblé important de parcourir. Nous pouvons expliquer le petit nombre d'études par le point historique suivant :

Les thérapeutes familiaux ont de tout temps donné une place à la fratrie dans le travail familial, mais de manière indirecte, selon une vision intergénérationnelle (17). Selon cette perspective verticale, la fratrie était vue à travers les relations avec les parents notamment (54). Deux conceptualisations principales sont décrites faisant référence à ce que nous avons développé précédemment :

- La présence d'une triangulation pathologique où l'enfant-symptôme sert à ses parents pour éviter ou contourner le conflit conjugal (retrouvé dans les théories de Munichin et de Selvini).
- La reproduction parentale de leur propre système fratrie, de leurs propres mythes familiaux, mettant leurs enfants sous l'influence de leurs réactions et de leurs conceptions de la fratrie idéale.

Malgré l'impact indéniable du transgénérationnel, ce type de lecture purement verticalisée du système, a tendance à pathologiser les relations de fratrie (16,18).

Ce n'est que plus récemment, que certains auteurs se sont intéressés au retentissement de la maladie sur la fratrie et les relations fraternelles (55–61), mais aussi la place de ces relations dans l'apparition et le maintien des troubles (17,62–64) dans une vision plus horizontale et intragénérationnelle. Le retentissement des pathologies dans la fratrie a tout d'abord été étudié pour des maladies chroniques (en psychiatrie avec les familles de patients présentant des troubles psychotiques (65)) avant d'être étendu à l'anorexie mentale. L'avantage de cette lecture horizontale est de prendre en compte les relations des frères et sœurs entre eux, de s'intéresser à leur vécu et d'en dégager des ressources.

Nous avons réalisé une revue de la littérature à partir des bases de données suivantes : PubMed, Pascal Françis (CNRS), CAIRN, et sciencesdirect en utilisant les mots clés MeSH : *eating disorder(s), anorexia*, *sibling(s)*, *brother*, *sister*, *concordant*. La littérature internationale mentionnant ces mots-clés a été parcourue, les articles n'étant pas rédigés en langue française ou anglaise exclus a posteriori.

Nous ferons tout d'abord un point non exhaustif sur les limites d'accès, plutôt en pratique ici, à la fratrie par les professionnels. Ce sont des limites que nous avons pu retrouver dans la littérature et qui ne concernent pas nécessairement tous les professionnels ni toutes les structures de soins.

A. Limites à l'inclusion de la fratrie dans les soins

Il est important de noter que les parents, les patients ou la fratrie elle-même, peuvent parfois émettre des résistances à l'implication de la fratrie dans les soins (17), par refus d'avoir mal ou de faire mal, par culpabilité, peur ou honte. Cela rend donc parfois difficile l'accès systématique à la fratrie par les professionnels (54,57,58). Les thérapeutes peuvent eux aussi, avoir leur propre résistance notamment face à des familles nombreuses où le nombre d'interactions à appréhender devient très important (31). Enfin, c'est parfois une contrainte institutionnelle qui peut limiter l'accès de la fratrie à l'unité par ex. (18).

B. L'influence de l'anorexie mentale dans la fratrie

Nous chercherons à montrer ici comment (mécanismes et conséquences) la maladie influence-t-elle la fratrie.

1. Relations identifiées entre le patient et sa fratrie

Les premières études ont cherché à démontrer une « fratrie type » (nombre de frères et sœurs, aîné, cadet, ordre de naissance etc…) des patients atteints de TCA et notamment d'anorexie mentale, sans résultats généralisables (17,54).

Les auteurs ont pu observer que les patients vivent les relations fraternelles et plus généralement familiales différemment que le reste de leur fratrie (18,58). Solange Cook-Darzens décrit que les patients qui vivent avec un mode d'attachement plus insécure, ont un sentiment plus marqué de rivalité et de jalousie vis à vis de la fratrie. Ils vivent des relations fraternelles plus fusionnelles ou dépendantes, ont une moins bonne intégration sociale et plus de difficultés avec l'estime de soi et l'autonomisation (18).

2. Impact de la maladie sur la fratrie

Comme évoqué parmi les limites plus tôt, pour évaluer l'impact de la maladie sur la fratrie encore faut-il y avoir accès et l'interroger, ce qui n'est pas systématique et déploré par les auteurs (31,54,57,58).

Cette absence de prise en charge de l'ensemble de la famille systématiquement, est illustrée dans une étude clinique à Rouen (52). Le vécu des frères et sœurs : peur, préoccupations, culpabilité, incompréhension est rapporté par les parents dans un premier temps, et c'est donc leurs dires qui ont motivé les équipes à rencontrer la fratrie et à s'intéresser à elle. Les frères et sœurs peuvent aussi se sentir oubliés, exclus et douloureusement impuissants (56) comme le rapporte l'article de Régine Scelles (22), professeur de psychologie clinique.

a) Impacts négatifs de la maladie sur la fratrie

Les auteurs observent une détérioration de la relation du reste de la fratrie avec le patient (55) : les frères et sœurs éprouvent des émotions négatives (57) intenses (60,61) et conflictuelles (61). Les auteurs

rapportent les sentiments de colère, peur, honte, ressentiment, tristesse, frustration, culpabilité et inquiétude (55,57,59,66).

Cette détérioration des relations peut s'expliquer par les descriptions de la « sœur tyrannique » dont les comportements contrôlent tout au sein de la maison y compris ses frères et sœurs. Au-delà du contrôle imposé par la maladie, les comportements autodestructeurs de leur sœur peuvent être difficiles à supporter et créer de l'incompréhension.

De plus, les préoccupations parentales sont perçues par la fratrie et génèrent de l'inquiétude qui affecte leur quotidien et leur vie (66) : dans une étude de cohorte prospective de patients anorexiques et leur fratrie (57), les résultats montrent que 20% des membres de fratrie non atteints disent que la maladie avait affecté leur travail à l'école et 25% leur temps de loisirs.

De même, les moments conviviaux en famille, tels que les moments de la préparation et des repas, sont décrits comme tendus et ne sont plus des moments agréables identifiés par les fratries (59). Nous pouvons en déduire que lors d'une cooccurrence de cas, d'autant plus simultanés, ce phénomène est présent et sûrement même accentué.

La famille peut être aussi la cible de stigmatisation qui concernera alors plutôt la famille dans sa globalité et peut attaquer le sentiment de compétence parentale (55,56). C'est le cas lors d'un premier cas d'anorexie mentale dans la famille, nous pouvons extrapoler à un cas de cooccurrence dans la fratrie qui attaquerait d'avantage les sentiments de compétence parentale et de culpabilité.

La maladie questionne aussi la place de chacun dans la fratrie. En effet, la place des membres de la fratrie du patient au sein de la famille, mais aussi à l'extérieur (exemple de l'école (59)), peut être modifiée et perturbée. Le développement d'une relation de jalousie et rivalité « avec ce concurrent qui occupe toute l'attention » (56) peut apparaître. Nous pouvons donc faire l'hypothèse que deux choix se présentent à eux : prendre alors le rôle de « ceux ou celui en bonne santé » contrastant avec « celui malade » (17,55,59) avec pour mission en filigrane de restaurer le sentiment de compétence parentale, ou bien peut-être « choisir » la maladie lui aussi.

Sur le plan alimentaire, la littérature rapporte que les membres de la fratrie de patient ont pu questionner leur propre habitude alimentaire, leur façon de manger ou la taille et forme de leur corps. D'autres ont pu même expérimenter des comportements alimentaires de leur frère ou sœur malade (59,61,62).

Nous avons pu observer que la « normalité » de la relation préalable est perturbée et, comment cela peut influencer négativement la fratrie : son vécu mais aussi ses comportements. Nous avons pu voir précédemment le rôle du frère ou de la sœur, aîné notamment, dans les processus d'identification. Or, si la norme devient la maladie (dans le cas de troubles et de problématique non traités ou non « guéris ») au sein du « mythe familial fraternel » *et* si cette norme est acceptée par la famille, elle fait alors le nid d'autres comportements identiques ou similaires chez les autres membres de la fratrie et ces comportements restent ou deviennent les modes de communication préférentiels de la famille.

b) Impacts positifs de la maladie sur la fratrie

Nous montrerons ici que les impacts positifs de la maladie sur la fratrie, décrits par les auteurs, sont influencés par la prise en charge.

Areemit et al. dans leur étude sur le vécu du reste de la fratrie de patient atteint de TCA, rapportent des éléments positifs à la survenue de la maladie au sein de la famille. Ils parlent notamment d'une plus grande proximité familiale, plus d'empathie, de responsabilité, d'adaptabilité et d'une plus grande capacité à la résolution de problèmes (59). Cela génère de la solidarité familiale malgré les conflits (57).

Dans certains cas, la maladie amène la famille entière à consulter. Cela permet de repérer d'éventuelles souffrances qui peuvent être de natures variables. La consultation familiale joue alors un rôle de prévention car il arrive qu'un membre plus en souffrance puisse être recouvert par les problèmes (parfois plus visibles) du patient désigné. Les auteurs questionnent même le fait qu'un premier cas puisse amener un deuxième cas qui serait plus grave (55).

Ces observations mettent en évidence un facteur de confusion important. En effet, les familles interrogées sont les familles prises en charge, et elles le sont notamment en thérapie familiale. En thérapie familiale les interactions sont observées et travaillées avec la famille pour permettre par exemple, pour n'en citer qu'un, une meilleure adaptabilité. Comment discriminer alors ce qui est un impact positif imputable à la maladie ou à sa gestion par la thérapie familiale (59) ?

Même si nous nous sommes intéressés jusqu'ici à ce qui faisait de la fratrie une victime collatérale de la maladie, différents auteurs ont pu montrer à l'inverse une participation de la fratrie au développement et éventuellement à l'entretien de la pathologie. C'est ce versant que nous allons développer dans la partie suivante.

C. Rôles de la fratrie dans l'étiologie et l'évolution de la pathologie

Bien qu'il ait pu être montré que l'étiologie était multifactorielle, les auteurs ont pu mettre en évidence l'influence de la situation ou des relations familiales (60), notamment fraternelles, contribuant au risque de développer une anorexie mentale. Nous chercherons ici à montrer quel type d'influence à la fratrie et par quels mécanismes peuvent-t-il influencer la survenue de la maladie et son maintien.

1. Rôles dans la survenue des TCA

La rivalité et la comparaison du poids et de la silhouette peuvent jouer un rôle dans le développement de la maladie (31,64), mais peuvent aussi être facteur de mauvais pronostic si elle perdure pendant l'épisode anorexique (18). De même cette rivalité entraîne parfois des critiques et des moqueries portant sur l'apparence physique de la fratrie entre elle, qui peuvent impacter la construction de l'image corporelle et l'estime de soi (63).

La modification ou la perte des alliances au sein de la fratrie comme lors du départ de la maison, une maladie, un décès, une naissance (17) sont des facteurs déclenchants fréquemment retrouvés. Comme nous avons pu le démontrer précédemment la fratrie joue un rôle important dans la vie du sujet et prend la place d'une figure d'attachement principale. Les départs de la maison ou modifications des alliances sont vécues par la patiente comme une véritable séparation, réactivant chez elle des angoisses d'abandon et de perte.

Ceci est d'autant plus vrai dans les relations fraternelles décrites comme fusionnelles. Solange Cook-Darzens (18) parle de celles-ci comme des « relations gémellaires, véritables ou fonctionnelles, où l'identité de chacun se confond avec celle de l'autre » où l'autre figure le double.

Deux hypothèses se posent dans ce cas de relations fusionnelles et de confusion identitaire : d'un côté la maladie peut permettre un processus de différenciation et d'individuation (17) et d'un autre, la maladie incarnée chez l'un peut atteindre les deux enfants sur le plan imaginaire et fantasmatique (22).

C'est aussi ce que décrit Solange Cook-Darzens avec la description de « l'enfant malade », parmi les différents « types de fratrie ». L'enfant exprime son mal-être de manière somatique, comme sa sœur malade. Nous pouvons faire l'hypothèse que ce terrain « risque de favoriser la somatisation comme mode privilégié d'expression de la souffrance en miroir des processus anorexiques » (17), et peut-être, de favoriser l'apparition d'un deuxième cas au sein de la fratrie.

2. Rôle dans l'évolution des TCA

De nombreux auteurs (10,17,31) pointent l'intérêt de la présence de la fratrie dans le processus thérapeutique. Pourtant très peu d'études se sont penchées sur l'impact thérapeutique de la présence de la fratrie en thérapie familiale (67). Celles l'ayant fait ne rapportent pas de lien ou prédiction entre la présence de la fratrie et l'évolution clinique des patients (67).

En outre, des rôles curatifs de la fratrie sont décrits par S. Cook-Darzens (18) :

- « Le rôle de soutien non critique » (18). Déjà présent dans le programme de Maudsley, ce soutien aiderait à la réinsertion du patient dans le groupe fratrie permettant notamment de détrianguler l'enfant-symptôme en évitant qu'il se retrouve seul ou que d'autres enfants soient triangulés à leur tour.
- « Le rôle de porte-parole ou de médiateur » (18). Le fait que certaines informations ou messages soient apportés par la fratrie permet qu'ils soient mieux acceptés ou pris en compte. De même, en formulant différemment certains sujets abordés, la fratrie peut les rendre plus acceptables.
- « Le rôle de tremplin vers l'autonomie » (18). La relation fraternelle, plus symétrique que celle parents-enfant, peut aider les patients à se réinsérer dans le monde extérieur.

De plus, la fratrie renseigne sur le fonctionnement familial global et même sur le fonctionnement conjugal, clarifie les rôles et les places de chacun. Sa présence permet de travailler autour de la rivalité fraternelle, la différenciation, mais aussi de dévier l'attention exclusive des parents de la patiente atteinte d'anorexie.

Les mécanismes d'influence de la fratrie sur l'évolution de la maladie (17,18) sont illustrés par la figure 4 ci-contre (17) : d'une part, de par leur existence, leur présence, les frères et sœurs peuvent attiser ou apaiser la détresse et motiver ou non à lutter contre l'anorexie. D'autre part, la réaction de la fratrie à l'anorexie est variable : rejet, hostilité, soutien, empathie. Enfin, la fratrie a une influence indirecte sur le sentiment de compétence ou d'incompétence parentale.

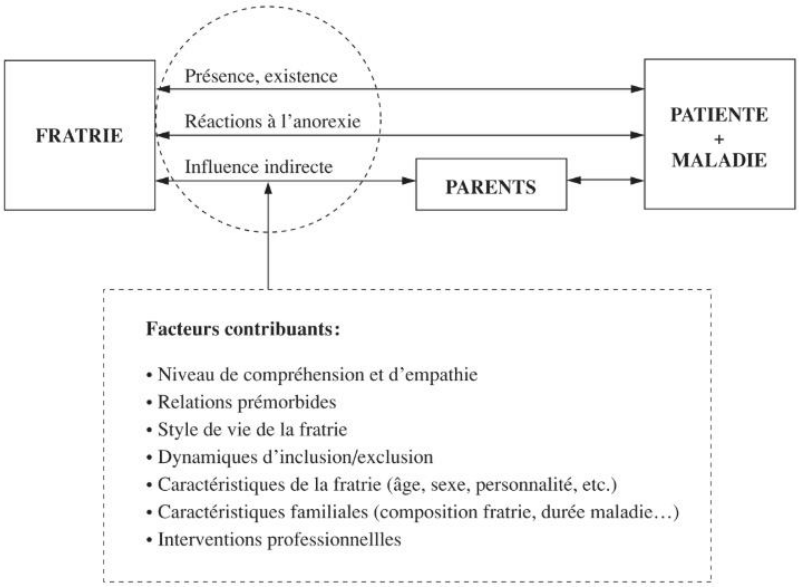


Figure 4. Modèle conceptuel de l'influence de la fratrie sur l'évolution d'adolescents anorexiques (18).

D. Cooccurrence de TCA au sein de la fratrie

Les données épidémiologiques sont en faveur de la participation de facteurs familiaux dans le risque d'anorexie mentale. Ainsi, de nombreuses études ont montré que le risque de développer une anorexie mentale est d'autant plus important qu'il existe un sujet proche atteint dans la famille (31,54,68).

Gorwood et al. (27), synthétisent huit études contrôlées (Tableau I en Annexe III) qui montrent une fréquence de 40/1 283 soit 3,12% d'anorexie mentale chez les apparentés au premier degré de femmes souffrant d'anorexie elles-mêmes, pour 4/1 914 soit 0,2% chez les apparentés au premier degré de femmes contrôles ; c'est-à-dire un risque multiplié par 16 chez les apparentés d'un sujet souffrant d'anorexie mentale.

Nous notons que peu de recherches ont étudié spécifiquement les cas d'anorexie au sein de la fratrie parmi les apparentés au premier degré. Celles l'ayant fait dataient des années 90 et rapportaient que 3 à 10% des sœurs des patients développent la maladie elles-mêmes (61).
Une étude plus récente réalisée à l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris (47) confirme ces chiffres : l'étude explorait les troubles psychiatriques chez les différents membres de la fratrie de 58 patientes suivies (voir tableau II en Annexe III). Les résultats retrouvent l'existence de troubles des conduites alimentaires chez 10,3% des fratries interrogées.

En ce qui concerne les « *case report* », dans la base de données "PUBMED", avec les mots-clés MESH « *anorexia* » et « *concordant* », 30 résultats correspondent, dont 2 en polonais et allemand. Finalement 16 résultats seulement correspondent à des études psychiatriques, dont 9 « *case report* » en faveur d'une concordance du diagnostic et 1 discordant. Parmi les cas cliniques, tous concernent des paires de jumeaux. Ceci peut être expliqué par le fait que cette population est la plus étudiée dans le champ de la fratrie (69).

Cependant à travers les lectures, plusieurs vignettes cliniques illustrant articles ou livres mettent en évidence des cas de concordance pour la maladie au sein des fratries, le plus souvent successifs dans le temps (17,31,66). Nous allons en décrire quelques exemples afin de montrer les particularités de ces situations.

Dans le premier cas décrit par Vandorpe, la sœur aînée de deux ans présente une anorexie préalable à l'installation de la maladie chez sa sœur. La relation est décrite comme étant teintée de rivalité, tournant autour de la comparaison et du contrôle. Dans ce cas, les fluctuations de la maladie chez la plus jeune sont très en lien avec les séparations d'avec sa sœur : les troubles s'améliorant lors du départ de celle-ci,

se majorant à son retour (31), autrement dit lorsque la grande sœur est présente la plus jeune ne peut exister et attirer l'attention qu'à travers la maladie.

Dans le second cas, les sœurs ont débuté un régime ensemble. La mère précise que l'une des filles a pu « s'arrêter et se réajuster », elle amène donc l'autre en consultation. Cette dernière affirme que sa sœur souffre également d'un trouble alimentaire, d'abord nié et minimisé par la mère qui pourra ensuite confirmer les troubles. Madame dira avoir également souffert d'anorexie à l'adolescence (31). Les antécédents familiaux plus largement ne sont pas le propos de ce travail, il semble toutefois important d'observer ces antécédents (TCA ou même psychiatriques) car ils pourraient mettre en évidence une « culture alimentaire familiale » qui ferait le nid des troubles.

Shafii, en 1975, décrit deux cas successifs d'anorexie mentale chez deux sœurs. Une jalousie et une rivalité importante sont mises en évidence. Ces composantes sont majorées lorsqu'à la suite de la prise en charge, la plus jeune peut tenir tête à ses parents, et changer d'école comme elle le désire. L'auteur met en lumière une relation pseudo-symbiotique entre les sœurs et une identification pathologique à la mère, ainsi qu'une répression de l'agressivité envers le père déplacée sur elles-mêmes (70).

Dans l'étude de Noël et al, publiée en 2014, est illustré le cas de deux sœurs concordantes pour la maladie de manière successive. Anaïs, 11 ans, était tenue à l'écart de la prise en charge pour anorexie mentale de sa sœur de deux ans son aînée. Tout d'abord elle refusait de venir à l'hôpital, que ce soit pour participer aux entretiens familiaux, au groupe multifamilial ou pour rendre visite à sa sœur. « Non informée sur la maladie, Anaïs n'avait pas appris à différencier sa sœur de ses comportements anorexiques » (66). Ensuite, tenue à l'écart par ses parents qui pensaient qu'en se tenant physiquement à distance de l'anorexie mentale (de l'hôpital, de sa sœur) et en n'en parlant pas, leur fille serait plus à même de continuer à vivre sa vie. Finalement, Anaïs a elle-même développé une anorexie mentale qui l'a amenée à être hospitalisée dans un autre service. Les auteurs font l'hypothèse « qu'elle n'a pas pu supporter la moindre disponibilité parentale et n'a pas trouvé d'autre solution que l'anorexie pour attirer, à son tour, leur attention et probablement également pour renouer avec sa sœur » (66).

Nous pouvons observer à travers ces cas des caractéristiques des relations fraternelles comme la rivalité, la jalousie et la compétition qui sont ici exacerbées et sur lesquelles se base la maladie. De plus, nous remarquons que les relations fraternelles décrites ici sont de type fusionnel, elles ne permettent pas à l'un de se différencier de l'autre autrement que par la maladie. Le deuxième cas pourrait alors être une défense contre cette différenciation et séparation trop angoissante. Enfin le mode d'expression

alimentaire du symptôme peut être influencé par la « culture alimentaire » de la famille que nous avons pu aborder précédemment et qui s'illustre dans les cas cliniques de ce travail.

Dans la partie suivante nous allons aborder le cas particulier de la gémellité, car c'est le plus communément décrit ; les populations de jumeaux étant les plus étudiées. Par ailleurs, ces situations nous permettent d'observer de manière accentuée les difficultés de séparation et d'individuation que peuvent expérimenter à la fois : les jumeaux de manière générale, les patientes atteintes d'anorexie et d'autant plus les paires de jumeaux souffrant d'anorexie mentale. Nous chercherons (aussi) à mettre en évidence d'autres caractéristiques de la cooccurrence des troubles à travers ce cas particulier.

1. Cas particulier de la gémellité

Selon l'INSEE, en France en 2000, 15 accouchements sur 1000, soit près d'un accouchement sur 70, ont donné naissance à deux enfants.

a) Caractéristiques du lien et des relations gémellaires

Lors de la petite enfance, les jumeaux forment une unité à trois avec la mère. Chaque nourrisson est confronté à un sentiment d'abandon lorsque la mère donne des soins à l'autre. Ce sentiment d'abandon précoce pousse paradoxalement les jumeaux l'un vers l'autre dans un rapport d'identification fusionnelle en miroir, majorant l'indifférenciation. La relation gémellaire est donc profondément ambivalente (71).

René Zazzo en 1985 souligne que le couple de jumeaux fonctionne comme une dyade spécifique qui fait de l'un l'opposé complémentaire de l'autre, qu'il s'agisse de jumeaux monozygotes ou dizygotes (71).

Dans l'article clinique d'Anne Marie Paul, est décrit le cas d'une fillette jumelle présentant une inhibition intellectuelle avant l'entrée dans l'apprentissage de la lecture. Ce cas permet de « mettre en évidence l'importance des fantasmes archaïques gémellaires de dévoration et d'empiétement de l'espace psychique, et leur rôle dans la mise en place défensive d'un empêchement de penser faisant craindre l'installation d'un retard mental » (71).

Dans le cas de jumeaux, la question de la différenciation et de l'individuation est encore plus complexe (72). Sokol et al., en 2009, retrouvent par exemple un cas de jumelles où chacune ne parle d'elle qu'à la première personne du pluriel (73). La maladie peut être une façon d'accéder à la séparation (17). La rivalité est mise en évidence dans chaque cas (72–74).

Nous allons ensuite décrire, à travers des situations cliniques de la littérature, les caractéristiques retrouvées chez les paires de jumeaux dont seulement l'un des deux est atteint de la maladie anorexique.

b) Cas de jumeaux discordants pour la maladie anorexique

Halmi et Brodland, en 1973 (75), décrivent un cas d'anorexie mentale à l'âge de 10 ans chez l'une des jumelles. Le perfectionnisme et la compétitivité sont retrouvés chez les deux jumelles. L'auteur précise qu'à l'âge de 12 ans sa sœur n'avait pas développé de symptômes anorexiques mais que dans le temps cela ne pouvait pas s'exclure.

Askevold et Heiberg, en 1979 (76), présentent un cas de jumelles monozygotes. Elles débutent un régime ensemble, perdent du poids, l'une se réajuste et l'autre tombe dans la maladie. Ce cas questionne les facteurs environnementaux non partagés de fragilité car les jumelles monozygotes partagent leur patrimoine génétique ainsi que certains des facteurs environnementaux, notamment familiaux.
Afin de comprendre les facteurs environnementaux pouvant être à l'origine de la maladie, Thornton et al. en 2017 (69) ont inclus dans leur étude 22 paires de jumelles, supposées monozygotes, discordantes pour la maladie. Les facteurs étudiés permettent de comparer la personnalité, les évènements de vie, les comorbidités et la santé : les résultats ne rapportent pas de différences concernant les évènements de vie ou les comorbidités. Des traits de personnalités perfectionnistes sont retrouvés chez les patientes mais l'étude ne permet pas de déterminer s'il s'agit d'un facteur de risque pour développer une anorexie mentale. L'étude peut confirmer des résultats déjà connus concernant l'IMC des patientes restant significativement plus bas que leur jumelle non malade.

Magagna, en 2007 (13), décrit un cas clinique de jumelles discordantes pour la maladie anorexique. Néanmoins elle note que la gémellité a pu interférer dans la prise en charge de la patiente. En effet, peu de place est laissée à l'alliance et au transfert, puisque pour la patiente « seule sa jumelle peut la comprendre ».

Ces écrits mettent en évidence un perfectionnisme important dans les cas de jumeaux en particulier chez celui atteint. On remarque les relations très fusionnelles qui ne laissent pas de place à un tiers.

c) Cas de jumeaux concordant pour l'anorexie mentale

Halmi et Brodland, en 1973 (75), décrivent un cas de jumelles concordantes pour la maladie de manière successive. Les jumelles étaient décrites comme fusionnelles, s'habillant de la même façon. Pour chacune, des facteurs environnementaux non partagés sont retrouvés mais la vulnérabilité génétique ne peut pas être écartée.

Debow, en 1975 (77), fait état d'un cas de jumelles concordantes de manière concomitante pour la maladie. Il observe une comparaison importante entre elles, ainsi qu'une rivalité, matérialisée sous la

forme de la nourriture. Il met en avant une particularité clinique retrouvée dans la présentation de l'anorexie des jumelles : il était nécessaire pour elles de manger exactement la même quantité.

Simmons et Kessler, en 1979 (72), rapportent un cas de jumelles développant la maladie de manière concomitante. Ce qui est mis en évidence, à l'instar du cas précédent, est l'importance pour les jumelles de manger exactement la même quantité de nourriture que l'autre. De plus, chaque jumelle pense que l'autre est trop mince.

Dans le « *case report* » de Suematsu et al, en 1986 (74), parmi 7 paires de jumelles, dont au moins une était connue pour le diagnostic d'anorexie mentale, 2 paires se sont trouvées être concordantes pour la maladie. Les auteurs rapportent que l'une des jumelles commence un régime, puis que la seconde l'imite. La notion de compétition entre les jumelles est très présente et porte sur le fait de manger de moins en moins. Les auteurs pensaient que dans ces situations un cas d'anorexie mentale semblait « avéré » / « *genuine* » et un cas secondaire, réactionnel.

Hall, en 1994 (64), rapporte son expérience : 5 des 25 patientes anorexiques qui lui sont adressées dans l'année ont une sœur qui souffre de la maladie, 2 parmi elles attribuent directement la comparaison à leur sœur comme un facteur déclenchant de la maladie.

Le Grange et Schwartz, en 2003 (78), décrivent un cas de jumelles monozygotes concordantes simultanément pour l'anorexie mentale. La maladie a commencé à l'adolescence par une compétition intense entre les jumelles concernant le sport puis autour de la nourriture et du poids. Elles pouvaient être jalouses entre elles si l'une s'entraînait plus que l'autre, faisait plus de tâches ménagères permettant de brûler plus de calories que l'autre, en venant à copier leurs mouvements « si l'une bougeait son pied, l'autre faisait de même ». Sur le plan alimentaire, aucune jumelle ne mangeait si l'autre ne mangeait pas exactement la même chose, avec l'exacte même portion.

Sokol et al, en 2009 (73), rapportent un cas de triplets concordantes simultanément pour la maladie. Ils mettent en évidence des facteurs précipitants : la dynamique familiale stressante, l'absence d'individualisation de chacune d'elles traitées comme un groupe, les relations très fusionnelles, la compétition et la comparaison entre elles ainsi que des encouragements à perdre du poids.

Nous avons nous-même pu rencontrer le cas de jumelles monozygotes atteintes toutes deux d'anorexie mentale restrictive. La relation est fusionnelle avec une grande similarité à la fois physique mais aussi dans la voix, les expressions, la façon de parler. Une forte compétitivité est rapportée chez elles. L'intérêt majeur de ce cas pour illustrer nos propos, outre le fait de la cooccurrence gémellaire, est que leur prise

en charge a nécessité d'être organisée partiellement au sein de deux centres de soins différents. Le cas clinique est décrit dans son ensemble en Annexe IV.

A travers ces cas concordants de jumelles nous avons pu mettre en évidence les caractéristiques citées pour les autres cas de cooccurrence comme les relations fusionnelles, la rivalité, la comparaison et la compétition qui apparaissent exacerbées. Elles sont chacune un « modèle » pathologique pour l'autre et vivent, la plupart du temps ensemble sous le même toit. Nous retrouvons de même le fait que l'une puisse pointer la maigreur notamment chez l'autre avec un déni de la maladie pour elle-même, ce qui était retrouvé dans le cas de Noémie et Julie qui ne sont pas des sœurs jumelles. Les cas de cooccurrence simultanés se développeraient-ils chez des sujets fragilisés au préalable par une culture familiale et par une relation gémellaire, réelle ou fantasmatique, fusionnelle empêchant l'individuation ? C'est, en tout cas, une hypothèse qui nous parait probante à l'heure actuelle et qui va nous permettre une réflexion orientée du côté de la différenciation sur le mode de prise en charge de ces cas.

2. Apports des caractéristiques retrouvées dans la littérature pour la prise en charge :

a) Prévention primaire

Ce que nous apporte la littérature concernant la prise en charge est notamment l'importance de l'information et de la prévention auprès des fratries (66). En effet, au regard des cas cliniques exposés précédemment, l'information auprès des fratries aurait toute sa place pour prévenir les cas secondaires décrits par les auteurs (64,74).

b) Prévention secondaire

Certains parents peuvent informer les professionnels qui entourent les enfants (enseignants, encadrants d'activités extra scolaires, etc.) pour leur permettre d'être vigilants aux symptômes de détresse que pourrait exprimer l'enfant en dehors de la maison (66). Comme vu précédemment les parents, les patients ou la fratrie elle-même, peuvent émettre des réticences à la participation de la fratrie aux entretiens. Selon Solange Cook-Darzens, il faudra que le thérapeute explique les bénéfices de cette implication et éventuellement pallie ce manque en utilisant diverses techniques : demande de nouvelles, contacts téléphoniques, technique de la « chaise vide » ou même des questionnaires familiaux à rapporter à la maison (17). Ces derniers sembleraient pertinents dans le cadre du dépistage de souffrances ou de troubles dans la fratrie.

c) Prévention tertiaire

Nous avons pu voir précédemment que l'une des questions centrales dans la clinique de l'anorexie mentale est l'individuation, en particulier dans la clinique adolescente. Afin de pouvoir travailler cette

thématique, des psychiatres et pédopsychiatres, comme Donald Winnicott, parlent de l'espace thérapeutique (79). Le mot espace renvoie à la fois au lieu physique, mais aussi à une notion plus abstraite qui est l'espace relationnel dans lequel le patient rencontre son entourage (80). Dans la majorité des études évoquées précédemment traitant de la prise en charge, la notion d'espaces différenciés est spécifiée pour les fratries en soins concomitants. Il semblerait que la séparation psychique et physique des espaces soit préconisée (73,74,77,78). Cette différenciation est portée par le cadre de soins.

Dans le cas de jumelles atteintes toutes les deux, une séparation physique « de chambres, voire d'hôpital a pu être nécessaire » (73,74,77). La séparation permettrait notamment de minimiser la compétition entre elles (74). Au contraire, Sokol et al. dans le cas des triplets, se sont servis de cette compétitivité entre elles pour les entraîner du côté de la guérison (73). Une séparation psychique est nécessaire dans chaque cas. Elle est accessible par le biais de thérapies individuelles séparées, avec des thérapeutes différents (73,78). Simmons rapporte que les jumelles étaient vues par des thérapeutes différents mais qui collaboraient entre eux, pour éviter de rejouer leur propre compétition ou celle des jumelles (72).
Nous pouvons donc penser qu'une séparation psychique par la séparation des espaces tenue par le cadre est nécessaire dans tous les cas, et que la séparation physique est conditionnée lors de compétitivité trop importante pour autoriser l'entrée dans les soins.

La prise en charge de cas concordants, et d'autant plus des jumelles, ne peut se faire selon les mêmes recommandations que les cas individuels (78). Les entretiens familiaux ou la *Family Based Treatment* (FBT) sont préconisés (66,78) selon des modalités adaptées. Dans le cas de Le Grange, les deux sœurs sont pesées séparément et le poids n'est pas discuté lors des temps en commun (78).
Du côté de la famille, la participation aux groupes de parole de parents (18) et la guidance parentale sont des pistes d'optimisation de la prise en charge soulevées par Delage (55). La thérapie multifamiliale est une autre piste permettant de limiter l'isolement de la famille, mais aussi d'inclure les fratries qui bénéficient de ce temps d'échange (18). La littérature concernant les groupes de fratrie reste, quant à elle, sporadique et de ce fait peu concluante à l'heure actuelle (18,52). Il serait intéressant d'en étudier davantage à ce sujet.
Après avoir décrit la littérature jusqu'ici, nous allons exposer le recueil d'expérience réalisé auprès des professionnels prenant en charge des patients atteints de TCA dans toute la France.

V. Questionnaire « Prise en charge des TCA dans la fratrie »

A. Introduction

Les différents cas cliniques présentés précédemment ainsi que la revue de la littérature, ont pu mettre en évidence des incertitudes et une absence d'uniformité en terme de prises en charge de plusieurs cas de TCA au sein d'une même fratrie. Les données épidémiologiques de ces situations sont manquantes. Il n'existe pas, à ma connaissance, de recommandations sur le sujet.

L'objectif de ce recueil (consultable en Annexe V) est d'explorer les pratiques au sein des différents centres référents TCA et parmi les professionnels prenant en charge ces patients. Le but étant de questionner l'existence d'une uniformité dans les pratiques ou de recommandations locales.

B. Matériel et Méthode

Un questionnaire en ligne a été réalisé et diffusé à des professionnels prenant en charge des patients atteints de TCA, par le biais du réseau de la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB), du 10 février au 10 avril 2020. Le document se présente sous forme d'auto-questionnaire, interrogeant des données transversales concernant les caractéristiques de patients pris en charge ainsi que les centres d'accueil, et des données rétrospectives sur les modalités de prise en charge des patients. Il comprend 20 questions dont : 3 questions fermées, 3 questions à choix unique et 10 questions à choix multiples pour lesquels les résultats ont été interprétés sous forme de pourcentage. Les 4 questions restantes, étaient des questions ouvertes dont les résultats ont été interprétés sous forme de synthèse.

C. Résultats

42 professionnels du réseau de la FFAB ont participé à ce questionnaire. Tous les professionnels n'ont pas répondu à l'ensemble des questions, en fonction de leur expérience personnelle. Nous présenterons les résultats sous forme de pourcentage dans le *Tableau III* ci-dessous (Tableau complet en Annexe VI) et citerons les questions ouvertes dans les parties suivantes.

1. Quels espaces, quels soins et quels patients ?

La première partie interroge les professionnels sur la région et le type de centre dans lequel ils exercent, l'offre de soins proposée ainsi que la tranche d'âge des patients accueillis.

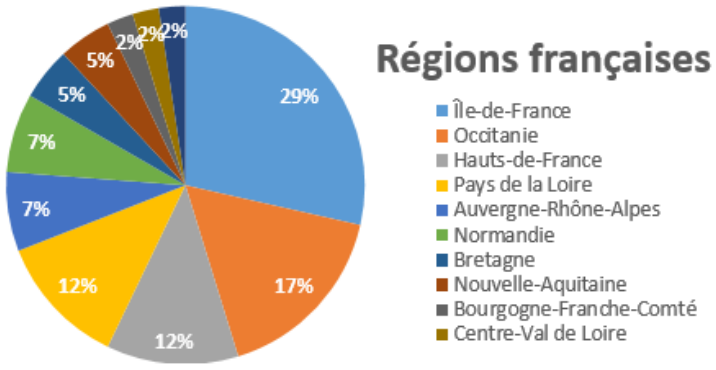


Figure 5. Répartition des réponses par régions

Tableau III. Résultats du questionnaire destiné au professionnels sur la prise en charge de la fratrie dans les soins et les cas de cooccurence de TCA au sein de la fratrie.
(légende : HTP Hospitalisation Temps Plein, HDJ Hôpital de Jour, CS Consultations, seq hospitalisation sequentielle, AR Anorexie Restrictive, B Boulimie, HB Hyperphagie Boulimique, Tth Thérapeute).

PARTIE 1 : CENTRES ET POPULATIONS									Nombre de réponses total par question
Q1 : AGE PATIENT	< 18 ans strict		> 18 ans strict		à partir de 14-15 ans				41
POURCENTAGE	34,1%		31,7%		34,1%				
Q2 : SERVICES	Psychatrie		Addictologie/TCA		Service somatique				42
POURCENTAGE	28,6%		28,6%		42,9%				
Q3 : OFFRE DE SOINS*	HTP + HDJ + CS	HDJ + CS	HTP + HDJ	HTP + CS	HTP + HDJ + CS + seq	HTP seule	HDJ seul	CS seule	42
POURCENTAGE	**52,4%**	9,5%	4,8%	11,9%	2,4%	2,4%	4,8%	7,1%	
Q4 : REGION	Voir figure 5								42
Q5 : LIEN ENTRE CENTRE*	OUI DANS REGION		OUI HORS REGION		NON				42
POURCENTAGE	**92,9%**		**54,8%**		2,4%				

PARTIE 2 : PLACE DE LA FRATRIE DANS LES SOINS					
Q6 : Q° EXISTENCE FRATRIE	OUI	NON			42
POURCENTAGE	**97,6%**	2,4%			
Q7 : RENCONTRE FRATRIE	OUI	NON			42
POURCENTAGE	**71,4%**	28,6%			
Q8 : SI OUI, RENCONTRE…	UNE FOIS	PONCTUELLEMENT	CHAQUE ENTRETIEN		30
POURENTAGE	3,3%	**93,3%**	3,3%		
Q9 : SI OUI, RENCONTRE*	FRATRIE SEULE	AVEC PARENTS	PARENTS+ PATIENT		30
POURCENTAGE	33,3%	40,0%	**83,3%**		
Q10 : OBJECTFS*	RECUEIL ANAMNESE	EXPLO FAMILIALE	REPÉRER SOUFFRANCE	RESSOURCE	30
POURCENTAGE	**50,0%**	**70,0%**	**86,7%**	**83,3%**	

PARTIE 3 : SI DEUX CAS DE TCA AU SEIN DE LA MEME FRATRIE								
Q11: COOCCURENCE	RARE	PEU FREQUENT	FREQUENT	TRES FREQUENT				42
POURCENTAGE	7,1%	35,7%	**54,8%**	2,4%				
Q12 : CAS …*	SIMULTANÉS	SUCCESSIFS						39
POURCENTAGE	**100%**	**38,5%**						
Q13 : CAS FRÉQUENTS*	2 AR	1 AR et 1 B	2B	1 AR et 1HB	1B et 1HB	2 HB	3 AR	38
POURCENTAGE	**76,3%**	**44,7%**	7,9%	**26,3%**	7,9%	2,6%	2,6%	
Q14 : CADRE SOINS*	Même thérapeute	Deux thérapeute	Même équipe soignante	Deux équipes différentes	Même centre	Deux centres		34
POURCENTAGE	5,9%	**85,3%**	29,4%	**61,8%**	23,5%	**44,1%**		
Q15*-1 : ENTRETIEN FAM	OUI	NON						34
POURCENTAGE	**91,2%**	8,8%						
Q15-2 : SI OUI RECUE PAR	1 Tth diff du suivi indiv	1 Tth le même	2 Tths					31
POURCENTAGE	22,6%	35,5%	41,9%					
Q16 : QUI EST PRESENT?*	Deux patients	2 patients + fratrie	2 patients + parents	toute la famille				31
POURCENTAGE	6,5%	6,5%	16,1%	**93,5%**				
Q17 : TEMPS SYNTHESE	OUI	NON						39
POURCENTAGE	**87,2%**	12,8%						

2. Quelle place pour la fratrie dans les soins ?

Une grande majorité des professionnels questionnent les patients sur l'existence d'une fratrie et ¾ les rencontrent. Des hypothèses ont été proposées quant à l'objectif de ces rencontres : le recueil de l'anamnèse des troubles et l'exploration familiale du point de vue de la fratrie, le repérage de la souffrance éventuelle de la fratrie et des ressources qu'elle représente pour le patient. Comme vu dans le tableau précédent la majorité des professionnels valident ces hypothèses. Enfin, des commentaires libres formulent l'intérêt de travailler sur la représentation, précisent l'exploration familiale en pointant la recherche d'autres modèles d'autonomisation dans la famille, cherchent à maintenir le lien fraternel, et enfin, ont l'objectif d'information à la fratrie qui a été précisé à plusieurs reprises.

3. Quelle expérience de cooccurrences de cas de TCA au sein de la fratrie et quelle prise en charge ?

Nous avons tout d'abord évalué subjectivement la fréquence rapportée de deux cas de TCA au sein d'une même fratrie. 55% des professionnels interrogés considèrent cette situation comme fréquente. 100% des professionnels répondants ont rencontré des cas successifs dans le temps et 38,5% ont pu rencontrer des cas simultanés.

Parmi les situations les plus fréquemment rencontrées nous notons deux cas d'anorexie restrictive (76,3%), 1 cas d'anorexie restrictive et 1 cas de boulimie (44,7%) et 1 cas d'anorexie restrictive et 1 cas d'hyperphagie boulimique (26,3%). Il semble important de noter que les TCA sont des troubles évolutifs et que la présentation initiale peut varier au cours de la vie de la personne.

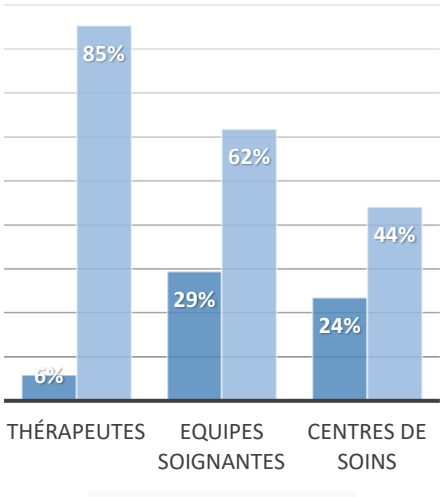


Figure 6. Organisation des soins lors de cas cooccurents dans la fratire.

La figure 6 nous permet d'observer les préconisations de prise en charge faites par les professionnels du réseau lors de cas multiples : « même thérapeute » pour les deux cas ou « thérapeutes différents », idem pour les équipes et les centres.

De même lors des rencontres organisées avec toute la famille lors de l'atteinte de plusieurs patients dans la même fratrie : 41,9% de ces professionnels rapportent la présence nécessaire de 2 thérapeutes, 35,5% pensent qu'un seul thérapeute différent de celui prenant en charge les patients reçoit la famille, et 22,6% pensent que ce thérapeute peut être le même.

Les résultats des questions ouvertes ont été rassemblés par thèmes et synthétisés entre guillemets.

4. Quelles sont les ressources identifiées à la prise en charge de deux cas de TCA dans de la fratrie?

Individuel :

« Travail d'adolescence », « entraide et soutien », « vécu proche », « solidarité fraternelle », « légitimité aux soins », « repérage plus précoce pour le deuxième cas ».

Familial :

« Facilitation de la mise en place d'une thérapie familiale », « une réflexion familiale systémique du rôle du symptôme », « rôle du symptôme anorexique pouvant être différent en fonction du membre de la fratrie atteint et nécessiter un autre abord », « aménagements familiaux », « amélioration de la communication intrafamiliale », « meilleure reconnaissance des besoins et des émotions de chaque membre de la famille », « meilleur empowerment familial et des compétences parentales », « trouver une dynamique familiale positive pour la prise en charge du TCA », « meilleure alliance », « meilleur investissement et élan positif, d'autant plus si la prise en charge précédente a connu une évolution positive ».

Professionnel :

« Echanges et points de vue enrichissant de deux équipes, de deux médecins différents ».

Certains ont pu commenter ne pas avoir trouvé de ressources.

5. Quelles sont les limites à la prise en charge de deux cas de TCA au sein de la fratrie ?

Individuel :

« Lorsque les patients sont rencontrés avec la même problématique mais qui n'est pas nécessairement liée à la même cause, il y a un risque d'amalgame des situations », « nécessité d'individualiser les ados qui rentrent dans les soins par le même syndrome », « dans la prise en charge de l'une attention à ne pas utiliser le matériel de l'autre », « confidentialité dans la prise en charge », « déni plus fort », « forte rivalité » « jalousie et compétition à travers le TCA », « question de « qui sera la plus malade ? » ».

Familial :

« Épuisement parental », « culpabilité parentale », « perte de confiance en les soins avec plus de résistance et moins d'alliance », « retours au domicile compliqués : conflictualité, notamment autour des repas », « accès à la fratrie compliqué », « réticence parentale », « famille est « dédiée » aux soins et à la maladie ».

Professionnel :

« Bien différencier les espaces thérapeutiques pour chacun », « limiter la comparaison des parents et des équipes », « attention au clivage », « éviter prise en charge simultanée dans le même centre ».

Sur le plan pratique le *« lien entre 2 équipes différentes et deux médecins dans la prise en charge peut être compliqué notamment en province », « trouver un lieu de soins pour chaque patient », « difficile pour les parents de repérer les équipes et les thérapeutes prenant en charge chacun de leur enfant », « filière de soins saturée avec peu de professionnels formés disponibles », « faute déontologique lors de la prise en charge par un même psychothérapeute individuel, des deux situations ».*

6. Quelles remarques et propositions de prise en charge selon l'expérience des professionnels ?

Remarques :

« Sur 3 fratries suivies, c'est le deuxième cas qui s'est révélé être le plus grave avec des troubles du développement », « la plupart du temps on entend parler du TCA d'une autre sœur sans jamais la rencontrer », « lors de prise en charge de fratries le lien "transférentiel" ne se faisait qu'avec l'une d'entre elles », « toujours compliqué pour le médecin et pour l'équipe : secrets de l'une et de l'autre, comparaisons inévitables... », « vigilance concernant le secret professionnel ».

Propositions de prises en charge :

« Dans le cas de moyens en personnel suffisants : 2 thérapeutes différents pour les prises en charge individuelles, un troisième thérapeute pour la prise en charge familiale et mise en commun lors de réunions de synthèse », « thérapie multifamiliale, thérapie familiale, thérapie individuelle, prise en charge psychocorporelle », « dans l'idéal, nous mettrions 2 équipes distinctes pour les suivre », « la prise en charge de toute la famille est incontournable comme le recommande la HAS mais également des prises en charge différenciées pour chacun des patients de la fratrie », « prises en charges bien individualisées », « créer un registre anonymisé pour déceler puis dépister des familles à risque ».

D. Discussion

1. Limites

Cette enquête comporte plusieurs biais. Des biais de sélection dus au mode de recrutement : le questionnaire n'a été transmis qu'au sein du réseau de la FFAB. Certaines parties de la France sont moins participantes à ce réseau, nous n'avions eu aucun accès aux DOM-TOM ou à la Corse, ni de réponses du Grand Est. Il n'y a pas, à ma connaissance, de centres spécialisés repérés en Outre-Mer.

Nous retrouvons de plus, un biais de mémoire. Faisant référence à des situations passées, plus ou moins anciennes selon l'expérience, les professionnels interrogés pouvaient se souvenir de situations particulièrement difficiles à gérer, ou ne se souvenir que d'une partie des informations concernant la prise en charge. Un plus grand nombre de réponses sur l'ensemble de la France aurait sûrement permis des résultats plus représentatifs et généralisables.

Le questionnaire n'a été en ligne que 2 mois et au vu de la crise sanitaire à laquelle nous faisons face en ce printemps 2020, il a été choisi de ne faire qu'une seule relance un mois après.

Sur le plan des données, il n'y a pas eu de distinction faite entre les réponses concernant les enfants et les adultes ce qui peut rendre les propositions de prise en charge difficilement généralisables. Il serait intéressant dans le futur, de pouvoir cibler et différencier la prise en charge pédiatrique (formes d'anorexies pré-pubères et pubères), la prise en charge de l'adolescent et de l'adulte (formes d'anorexies pubères exclusivement).

De même la répartition les résultats ne tenait pas compte du type de service dans lequel se déroulait de prise en charge (psychique ou somatique) et dont les réponses concernant la prise en charge et les difficultés rencontrées peuvent différer (notamment du point de vue de la différenciation, question moins centrale dans le cadre des soins somatique).

2. Centres et populations

Concernant la répartition territoriale, une majorité des professionnels répondant exerçait dans la moitié nord du pays. On remarque que l'Île-de-France était particulièrement représentée ce qui peut être expliqué par un nombre de centres de soins spécialisés plus importante, d'où les études françaises émanant pour beaucoup de Paris (17,42,47,66). La transmission des informations est favorisée quant à elle par le réseau de la FFAB (créé à l'initiative de JL Venisse à Nantes) dont l'essence est de valoriser les liens et les échanges. Cette valeur portée par la FFAB biaise évidemment le résultat suivant : l'écrasante majorité des répondants décrivait des liens avec d'autres centres, en particulier ceux de la région s'ils existent (certains centres rapportaient être les seuls au sein de leur région). Les liens avec entre les centres permettent, entre autres, de transférer la prise en charge de patients sur un autre lieu de soins et permettre la séparation physique lorsque la prise en charge n'est pas suffisante à la levée des symptômes comme cela est décrit dans la littérature (66,73,74,77) et dans le deuxième cas clinique de ce travail (en Annexe IV).

3. La place de la fratrie dans les soins

Au regard des résultats décrits concernant la pratique des professionnels actuellement et des données de la littérature sur le sujet nous allons pouvoir établir une conduite à tenir pour la prise en charge. Nous la préconisons au niveau de la prévention primaire et secondaire d'un deuxième cas.

Les résultats illustrent la volonté d'une plus grande attention portée à la fratrie actuellement en France. A travers notre exposé nous avons pu mettre en évidence ce qui fait la richesse de leur présence. Leurs rencontres permettront de prévenir d'éventuels cas secondaires dans les familles. De plus ces fratries

fragilisées par la maladie d'un ou de plusieurs membres sont en demande de soutien et l'inclusion de tous ses membres en fait partie (18,55,56). Ce soutien passe aussi par l'information donnée aux fratries (66), elle pourrait être transmise par des supports directement adressés à la fratrie qui permettrait une meilleure compréhension et implication dans les soins afin de prévenir d'un deuxième cas. En effet, dans les écrits les fratries sont souvent en première ligne, témoins des comportements alimentaires de leur frère ou sœur malades (18). Ils s'associent parfois à leur régime (31) ou essayent leurs habitudes alimentaires pathologiques (61,62). Sachant cela le recueil d'informations sous forme de questionnaire standardisé incluant les items du *SCOFF*, dernière page d'un dépliant par exemple (à partir du guide pour la fratrie du Dr Yves Simon car il n'existe pas à ce jour de fiche anorexie HAS pour la fratrie), pourrait permettre un repérage et un dépistage plus précoce de deuxième cas de TCA dans la fratrie (17,66).

L'hospitalisation, lorsqu'elle est nécessaire, peut agir comme une séparation (s'il elle n'est pas même véritablement prescrite) et entraîner dans la fratrie restante un réaménagement des alliances. Cela peut déstabiliser certains de ses membres les plus fragiles. Nous avons pu voir notamment que la séparation dans la fratrie (13,31) (départ de la maison) est classée comme 3ème évènement de vie le plus à risque dans le développement d'une anorexie mentale (17). Cela nous renvoie problématique du double par l'identification en miroir entrainant une confusion psychique majorant l'indifférenciation dans la fratrie (surtout dans le cas de relation fusionnelle). Ce double qui agissait comme une protection contre l'angoisse de perte, lorsqu'il disparait laisse l'autre incomplet seul face à l'altérité et déséquilibre le narcissisme du sujet. Ces mécanismes peuvent être à l'œuvre dans un deuxième cas au sein de la fratrie. L'hospitalisation d'un membre est donc un moment à risque pour le reste de la fratrie et devra nécessiter une attention particulière.

4. Cooccurrence de cas de TCA au sein de la fratrie et leurs prises en charge

Dans cette partie nous soutiendrons l'utilité de ce travail de par la fréquence de ces cas, valoriserons l'information et aborderons l'idée de la « culture alimentaire familiale ». Nous mettrons en avant les caractéristiques prédominantes dans les cas de cooccurrence au sein de la fratrie et les préconisations de prises en charge d'au moins deux cas (prévention tertiaire) à tous les niveaux d'intervention.

Le questionnaire présenté, destiné à réaliser un état des lieux, ne se prétendait pas objectif sur le plan épidémiologique. Nous notons cependant que plus de la moitié des professionnels rapportait la cooccurrence de cas au sein de la même fratrie comme « fréquente ». Ces résultats sont cohérents avec les données de la littérature : les études ayant montré que 3 à 10% des sœurs des patientes atteintes d'anorexie développaient la maladie (27,61), les « *case report* » identifiés (64,70,72,74,75,77,78) et les cas

cliniques inclus dans plusieurs articles (17,31,66). 100% des professionnels répondants ayant déjà rencontré des cas multiples ont connus des cas successifs dans le temps (insistant de nouveau sur la prévention primaire et secondaire) et 38,5% des cas simultanés. L'absence de descriptions systématiques et de recommandations sur le sujet malgré la fréquence rapportée valide l'intérêt clinique de ce travail.

Nous avons abordé précédemment la question de l'importance de l'information qui est valable à tous les niveaux de prévention. Les professionnels se doivent de donner des informations lors de cas simultanés, concernant l'orientation si les thérapeutes n'ont accès qu'à un membre de la fratrie (31) ou, dans le meilleur cas, les rencontrer pour une évaluation diagnostique éventuelle. Le piège à éviter lors de deuxième cas d'une cooccurrence soit disant « successive » est de passer à côté d'un TCA toujours actif chez l'autre membre de la fratrie. Cela pourrait alors mettre la fratrie en rivalité « à qui ira le plus mal ». A l'inverse certains patients disent repérer des TCA dans la fratrie (ou chez leur parents) ce qui peut être fantasmé, ou pas ; d'où l'importance de les rencontrer.

5. Particularités cliniques des cas de cooccurrence au sein de la fratrie

a) Particularités individuelles

Sur le plan individuel, nous aurions pu attendre des patients de la même fratrie qu'ils puissent s'entraider et se soutenir par un vécu proche. Au contraire, dans les cas cliniques de la littérature, mais aussi ceux illustrant ce travail, les patients eux-mêmes aux prises avec la maladie, pouvaient difficilement soutenir leur frère ou sœur malade. La rivalité et la compétitivité sont décrites au centre de la relation (17,72–75,77,78). Tous décrivaient la rivalité, la jalousie et la compétition se jouant à travers le TCA, avec la question de « qui sera la plus malade ? ». De même le déni était rapporté comme étant plus fort dans le cas de fratrie atteinte, ce qui concorde avec les observations faites dans le cas clinique initial de ce travail ; Noémie présente un déni massif et a l'idée que seule sa sœur est malade.

Lorsque les patients étaient rencontrés avec la même problématique, mais qui n'était pas nécessairement liée à la même « cause », il existait, probablement du fait de l'indifférenciation, un risque d'amalgame des situations aussi bien par les parents que par les professionnels. De même, le repérage et l'individualisation par les parents des équipes et des thérapeutes prenant en charge chacun de leur enfant, ne s'avèrent pas toujours évident comme l'illustre le cas clinique de Maud et Clothilde (en Annexe IV). Dans la littérature traitant des cas de jumeaux, l'individuation était décrite comme particulièrement complexe (72), du fait des processus d'identification et de double décrits précédemment. Ces mécanismes favorisent les cas de cooccurrence. En effet, malgré l'absence de preuve chiffrée les cas cliniques montrent une importante proportion de jumelles parmi les cas de cooccurrence. La maladie lorsqu'elle ne touche qu'un membre de la fratrie peut jouer le rôle de séparation. En revanche, lorsqu'elle touche deux membres de la même

fratrie cela questionne un mouvement de défense, de lutte contre la séparation (deuil impossible de la dyade fusionnelle) ou un moyen d'attirer l'attention sur la souffrance personnelle (faille narcissique et existence seulement à travers le regard de l'autre, en particulier de ce double). Ces éléments concernant les cas de jumelles nous permettent de formuler l'hypothèse selon laquelle dans les cas de cooccurrence de sœurs non jumelles la gémellité pourrait être fantasmée (81). Ce sujet pourrait être approfondi dans des recherches futures et nous amène aussi à la question : comment valoriser l'expérience thérapeutique de l'une pour l'autre et inversement tout en respectant la subjectivité de chacun ?

b) Particularités familiales

Lors des cooccurrences, nous retrouvions une meilleure alliance, un meilleur investissement et un élan positif, d'autant plus si la prise en charge précédente (en cas de cas successifs) a connu une évolution positive. A l'inverse lors de chronicisation, d'évolution non favorable, l'alliance avec la famille pouvait alors être impactée. Nous pouvons rapprocher de nouveau ici la situation clinique de Noémie et sa famille où l'échec de la prise en charge de l'ainée malade a pu affaiblir l'alliance lors de la prise en charge du deuxième cas dans la fratrie. L'épuisement et la culpabilité parentale déjà présents dans les cas « uniques » d'anorexie sont lors des cooccurrences d'autant plus important et la compétence parentale fortement attaquée (55,56). La famille est « dédiée » aux soins et à la maladie et s'isole socialement.

La forte conflictualité, notamment autour des repas est aussi décrite et majorée (59). Nous pensons à la tyrannie dont peut faire preuve les patientes notamment atteintes d'AR, imposant à leur frère et sœur les mêmes restrictions, alimentaires mais aussi parfois d'activités lorsque la dispense leur est prescrite.

Enfin nous observons que la cooccurrence de deux cas d'anorexie restrictive (présentations cliniques initiales : les TCA pouvant être évolutifs) est le cas le plus fréquemment rencontré. Cette situation (deux fois le « même » trouble) vient interroger sur la place, familiale, de ces symptômes lorsqu'ils sont présents chez deux membres de la fratrie, ainsi que de manière fréquente chez les apparentés au premier degré notamment la mère (31). Sur le plan familial les mécanismes psychopathologiques à l'œuvre peuvent être des difficultés majeures de séparation des parents et une telle indifférenciation des sujets que la maladie, ici l'anorexie serait le seul mode d'expression possible de la souffrance familiale et individuelle. Cela nous questionne aussi sur l'existence d'une « culture alimentaire familiale », abordée plus tôt dans le travail. Elle peut être une façon particulière de manger, où la place que prend l'alimentation ou le poids dans une famille déterminerait la valeur de l'individu. Cela fait écho à la situation de Noémie et sa maman qui peut manger en lien avec le stress et avec la situation de Clothilde et Maud où les jumelles souffrent d'anorexie et le reste de la fratrie présente aussi des particularités alimentaires. Ce sujet pourrait faire l'objet de recherches supplémentaires dans le futur.

6. Particularités thérapeutiques et modalités de cette prise en charge

La thérapie individuelle (de soutien, psychodynamique, cognitivo-comportementale) est recommandée et nécessaire pour chacun des deux patients. La séparation et l'individuation pour chacun sont travaillées, permettant au sujet de renforcer son narcissisme. Concernant les modalités, la volonté des professionnels était en faveur d'un suivi par deux thérapeutes différents, ce qui concorde avec la littérature existante (72,73,78). Cette volonté peut s'expliquer par des objectifs d'individualisation des prises en charge afin d'éviter la confusion. Le suivi psychiatrique pourrait être effectué par un seul thérapeute mais il nécessite la mise en place d'un cadre de soins bien pensé et particulier (en fonction des unités) afin de dégager des espaces thérapeutiques pour chacun et ne pas risquer de trahir le secret professionnel. Nous émettons ici l'idée selon laquelle les efforts de différenciation et de séparation des prises en charge devraient être proportionnels à l'importance de la dimension fusionnelle de la relation. Remettant dans les mains du soin cette décision de séparation, cela permet au patient de diminuer l'angoisse de l'ambivalence entre le besoin d'autonomie et la peur de celle-ci.

Des entretiens familiaux sont encouragés de manière ponctuelle. L'organisation des rencontres avec toute la famille implique des aménagements. Les entretiens se déroulent avec le thérapeute de l'une qui souhaite rencontrer la famille et au mieux avec un deuxième thérapeute, faisant tiers, lors de ces rencontres permettant de dégager le thérapeute individuel et de le sauvegarder dans son rôle (78)**.** Cela permet notamment de diminuer la comparaison, la compétitivité et de travailler d'emblée l'individuation en défaut le plus souvent dans les cas concordants pour la maladie. La compétitivité est exacerbée dans ce cas de cooccurrence, nous éviterons donc de partager des informations sur le poids ou l'avancée de l'une ou l'autre des patientes lors des entretiens familiaux (78).

Une thérapie familiale permettant un abord dégagé du symptôme est préconisée pour un premier cas. Nous insistons donc d'autant plus sur l'importance de celle-ci lors de cooccurrence afin de travailler les places de chacun (enfants-symptôme) et notamment l'enchevêtrement intergénérationnel. Ces entretiens sont aussi le liant et font le lien entre les prises en charges. Elle peut aussi permettre de redonner de la compétence aux parents pour leur donner la possibilité de faire face aux réajustements nécessaires. Des aménagements semblables aux entretiens familiaux semblent nécessaires et dans l'idéal la thérapie familiale serait réalisée dans un lieu neutre par un troisième thérapeute.

Nous pensons aussi aux aménagements mis en place pour éviter le repli de la famille sur elle-même. Nous pensons notamment aux groupes de parole de parents, de fratrie, mais aussi aux thérapies multifamiliales (TMF). Ces outils, faisant partie des recommandations de la HAS, ne sont en pratique pas toujours mis en

place. Ils sont un soutien et une opportunité de valeur, notamment dans le cas de familles à qui la thérapie unifamiliale ne convient pas, ou pour qui l'expérience des soins a affecté l'alliance. Nous insistons de nouveau sur le sentiment d'incompétence parentale encore plus fort avec une demande de guidance auquel les équipes peuvent répondre de façon contraire (notamment concernant le symptôme : contrôle ou non par les parents en fonction des institutions). Il est donc essentiel de favoriser les liens entre les prises en charge afin de faciliter la cohérence parentale et redonner de la confiance dans leur rôle. Ce manque de confiance et une très forte culpabilité pourraient-elles être des signes de fragilités individuelles chez les parents ? La clinique laisse présager des comorbidités psychiatriques confirmées par l'étude de Perdereau et al (*Tableau III* Annexe III), il serait néanmoins intéressant de le vérifier sur des études à plus grande échelle. Ces fragilités et comorbidités ne nécessiteraient-elles pas alors une prise en charge en thérapie individuelle ? La question est la même que pour les membres restant de la fratrie.

Près de 90% des professionnels organisaient des synthèses pour les équipes, ce qui montre l'importance de ce temps d'échanges. Le partage d'informations et l'analyse des interactions permettent d'éviter le clivage souvent en jeu dans cette pathologie et notamment dans le cas d'une fratrie. Ce rite de l'institution psychiatrique doit certainement s'ajuster à ce cas de figure familial, et il incombe aux équipes d'être vigilantes à ne pas confondre les deux prises en charge.
Sur le plan professionnel, nous pouvons valoriser les échanges et le partage de points de vue enrichissants de deux équipes ou deux médecins différents lors de cas de cooccurrence.

VI. Conclusion

La fratrie a été théorisée par de nombreuses écoles de pensées et sa définition évolue au gré du temps et de la société. Nous avons pu montrer l'importance des frères et sœurs dans l'organisation du sujet, de son narcissisme et leurs rôles de creuset des relations sociales où le sujet peut se permettre d'expérimenter. Or ces thèmes ont pu être repérés comme facteurs prédisposants, précipitants et de maintien dans l'anorexie mentale. En effet, l'anorexie mentale est décrite comme une maladie où les enjeux relationnels sont majeurs. Elle s'installe majoritairement à l'adolescence dans un contexte de fragilité narcissique et d'absence d'organisation stable du Moi. Par ailleurs une héritabilité importante et une surreprésentation de l'anorexie au sein de la famille sont mises en évidence.

Il n'est donc pas surprenant de faire face à des cas de cooccurrence dans la fratrie qui sont de deux types : successifs ou simultanés. Les deux situations partagent des caractéristiques concernant les relations fraternelles préalables, nous pensons notamment aux fortes rivalité, jalousie, et compétition présente dans ces fratries. Ces relations entrainent une importante comparaison notamment sur le plan alimentaire, corporel et pondéral.

Concernant les cas successifs cette comparaison favorise l'émergence des troubles et la moindre disponibilité parentale majore la rivalité. L'anorexie de l'un peut agir comme une tentative de différenciation réactivant les angoisses d'abandon de l'autre et qui met en place des comportements pour les réduire. Le passage par la maladie permet alors à la fois de retrouver psychiquement le double et l'attention des parents. Sur le plan thérapeutique la prise en charge du premier cas doit permettre un dépistage plus précoce du deuxième cas et pourra influencer l'alliance avec la famille.

Lors de cas simultanés la particularité principalement retrouvée est le caractère fusionnel de la relation fraternelle, l'impact de la comparaison se plaçant plutôt parmi les facteurs de maintien. La prise en charge sera alors axée sur l'individuation en priorité par le biais de thérapie individuelle séparée. La séparation des espaces thérapeutiques peut être psychique mais nécessite parfois une séparation physique. Il convient de prendre en charge les deux cas qui non seulement coexistent mais dépendent l'un de l'autre au risque, dans le cas contraire, de ne traiter que symptomatiquement le trouble alimentaire qui restera alors latent. La thérapie familiale, d'autant plus nécessaire dans ce cas, s'intéressera à explorer l'utilité du symptôme dans la dynamique familiale. Une fois mise en lumière elle permettra au système familial de se réajuster.

Enfin, la cooccurrence des troubles chez deux membres de la fratrie ou plus, nous interroge sur l'existence de fragilités, de difficultés relationnelles ou même psychiatriques plus importantes dans la famille qu'il serait riche d'explorer aussi bien dans la pratique clinique que comme objet de recherche afin de permettre une meilleure prise en charge globale. Il convient de garder à l'esprit que dans ces situations le travail familial avec toutes les ressources qu'il apporte, est indispensable.

VII. Bibliographie

1. Guisseau-Gohier M, Grall-Bronnec M, Lambert S, Venisse JL. Pertinence des contrats de soins dans le traitement de l'anorexie mentale. L'information psychiatrique. 2007;83(5):389-95.

2. Corcos M. Le Corps insoumis. Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires. Dunod. Paris; 2011.

3. Loizeau M. L'adolescente anorexique et sa fratrie : approche clinique, théorique et réflexion autour d'un espace de prise en charge. Nantes; 2015.

4. Vinay A, Jayle S. Faire fratrie : réflexions autour du lien fraternel. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. oct 2011;59(6):342-7.

5. Almodovar J-P. Les expériences fraternelles dans le développement de l'enfant. In: Frères et Soeurs. SOULE M. p. 29-43.

6. Espiau G, Beaumatin A. Rôle de la fratrie dans la socialisation de l'enfant. In: L'enfant dans le lien social [Internet]. Toulouse: ERES; 2003. p. 113-7. (Petite enfance et parentalité).

7. Brusset B. Le lien fraternel et la psychanalyse. Revue française de psychanalyse. 2008;72(2):347.

8. Tsoukatou A. Lien fraternel, de la psychanalyse aux mythes et aux systèmes. Thérapie Familiale. 2005;26(1):55.

9. Kaës R. Le complexe fraternel archaïque. Revue française de psychanalyse. 2008;72(2):383.

10. Angel S. La fratrie, des liens indestructibles. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2004;32(1):35-48.

11. Bowlby J, Kalmanovitch J. L'attachement. 2015.

12. Xavier J. Le lien fraternel en clinique de l'adolescent. À propos de trois situations cliniques d'anorexie mentale. Perspectives Psy. 2010;49(2):90-101.

13. Magagna J. Transformation: from twin to individual. Journal of Child Psychotherapy. avr 2007;33(1):51-69.

14. Goldbeter-Merinfeld É. Frères et sœurs au croisement des temps et des lieux. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2004;32(1):91.

15. Buisson M. la fratrie, creuset de paradoxes. L'Harmattan. 2003.

16. Meynckens-Fourez M. 2. La fratrie, le point de vue éco-systémique. In: Les ressources de la fratrie [Internet]. Toulouse: ERES; 2007. p. 37-68. (Relations).

17. Cook-Darzens S. La fratrie, dans l'ombre de l'anorexie mentale. Thérapie Familiale. 2009;30(3):327.

18. Cook-Darzens S. Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. ERES; 2014.

19. Scailteur V, Batchy E, Kinoo P. La fratrie en expertise civile. Thérapie Familiale. 2009;30(1):71-89.

20. Mahler M, Dupont J. Symbiose et séparation-individualisation. Le Coq-héron. 2013;213(2):59.

21. Chaltiel P, Romano E. L'espace fraternel dans la thérapie familiale. Cahiers critiques de thérapie familiale et pratiques de réseaux. (32(1)):49-65.

22. Scelles R, Gerardin P, Bénard M, Bréchon G, Fillatre M, Latreille S, et al. La fratrie de la patiente anorexique à l'adolescence. Étude clinique exploratoire. Bulletin de psychologie. 2009;Numéro 501(3):279.

23. Ovide. Les métamorphoses. 2019.

24. Micheli-Rechtman V. L'anorexie, un symptôme contemporain ? La clinique lacanienne. 2003;6(1):139-44.

25. Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie [Internet]. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011.

26. Godart N, Lamas C, Nicolas I, Corcos M. Anorexie mentale à l'adolescence. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. mars 2010;23(1):30-50.

27. Mitchell BL, Campos AI, Rentería ME, Parker R, Sullivan L, McAloney K, et al. Twenty-Five and Up (25Up) Study: A New Wave of the Brisbane Longitudinal Twin Study. Twin Res Hum Genet. 2019;22(3):154-63.

28. Collège National des Universitaires en Psychiatrie , Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique. item 69 - Troubles des conduites alimentaire chez l'adolescent et l'adulte. In: Référentiel de Psychiatrie et Addictologie.

29. Venisse JL. Repères de l'approche thérapeutiques de l'anorexie mentale. La Lettre du Psychiatre. août 2011;VII(4).

30. Gorwood P, Wohl M, Purper D. Génétique des pathologies psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent. EMC - Psychiatrie. janv 2004;1(1):4-14.

31. Vandorpe M, Kinoo P. Les patient(e)s anorexiques et leur fratrie. Thérapie Familiale. 2008;29(3):355-73.

32. Jeammet P. Chapitre VI. Évelyne Kestemberg : la métapsychologie à l'épreuve de la clinique adolescente. In: Le tourment adolescent Tome 2 [Internet]. Presses Universitaires de France; 2010 p. 219.

33. Jung J, Roussillon R. L'identité et le « double transitionnel ». Revue française de psychanalyse. 2013;77(4):1042.

34. Jeammet P. Spécificités de la psychothérapie psychanalytique à l'adolescence. Psychothérapies. 2002;22(2):77.

35. Jeammet P. Chapitre 8. Approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires : l'évolution des conceptions et ses incidences sur la métapsychologie. In: Anorexie et boulimie [Internet]. De Boeck Supérieur; 2006. p. 95.

36. Corcos M, Flament M, Jeammet P. Les conduites de dépendance: dimensions psychopathologiques communes. Paris: Masson; 2003.

37. Jaeger P. Pour sortir du double chaos psychique et somatique de l'anorexie : l'écoute du biologique Soigner l'anorexie, de Colette Combe. Revue française de psychosomatique. 2004;25(1):173.

38. Askenazy F, Beaumont M, Serpa-Rouede A, Dor-Nedonsel E, Serret S. Vers une nouvelle approche clinique de l'anorexie mentale. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. mars 2012;60(2):120-5.

39. Bruch H. The golden cage: the enigma of anorexia nervosa. 1st Harvard University Press paperback ed. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 2001. 150 p.

40. Doba K. Chapitre 2. Troubles de l'attachement et anorexie mentale. De l'évaluation à la psychothérapie. In: L'anorexie mentale [Internet]. Dunod; 2015. p. 57.

41. Selvini-Palazzoli M. Les jeux psychotiques dans la famille. ESF. Paris; 1990.

42. 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. Thérapie Familiale. 2013;34(1):39.

43. Darmon M. Devenir anorexique. Une approche sociologique [Internet]. Paris: La Découverte; 2008. 350 p. (Poche/Sciences humaines et sociales).

44. Rask-Andersen M, Olszewski PK, Levine AS, Schiöth HB. Molecular mechanisms underlying anorexia nervosa: Focus on human gene association studies and systems controlling food intake. Brain Research Reviews. mars 2010;62(2):147-64.

45. Klump KL, Suisman JL, Burt SA, McGue M, Iacono WG. Genetic and environmental influences on disordered eating: An adoption study. J Abnorm Psychol. nov 2009;118(4):797-805.

46. Holland AJ, Hall A, Murray R, Russell GFM, Crisp AH. Anorexia Nervosa: A Study of 34 Twin Pairs and One Set of Triplets. Br J Psychiatry. oct 1984;145(4):414-9.

47. Perdereau F, Godart N, Jeammet P. Antécédents psychiatriques familiaux dans l'anorexie mentale. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. mai 2002;50(3):173-82.

48. Pettersson E, Lichtenstein P, Larsson H, Song J et al. Genetic influences on eight psychiatric disorders based on family data of 4 408 646 full and half-siblings, and genetic data of 333 748 cases and controls. Psychol Med. 2019;49(7):1166-73.

49. Yao S, Larsson H, Norring C, Birgegård A, Lichtenstein P, D'Onofrio BM, et al. Genetic and environmental contributions to diagnostic fluctuation in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Psychol Med. 29 oct 2019;1-8.

50. Gorwood P. The human genetics of anorexia nervosa. European Journal of Pharmacology. 7 nov 2003;480(1-3):163-70.

51. Wade T, Martin NG, Neale MC, Tiggemann M, Treloar SA, Bucholz KK, et al. The structure of genetic and environmental risk factors for three measures of disordered eating. Psychol Med. juill 1999;29(4):925-34.

52. 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. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. sept 2009;57(6):523-8.

53. Corcos M. Le contrat de soins dans le traitement hospitalier de l'anorexie mentale : séparation-réappropriation-subjectivation. Adolescence. 2006;56(2):385.

54. Vandereycken W. Siblings of patients with eating disorders. International journal of eating disorders. 1992;

55. 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. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. déc 2014;62(8):508-13.

56. Delbaere-Blervacque C, Courbasson CMA, Antoine C. L'impact des troubles du comportement alimentaire sur les proches : une revue de la littérature. Psychotropes. 2009;15(3):93.

57. Halvorsen I, Rø Ø, Heyerdahl S. Nine-year follow-up of girls with anorexia nervosa and their siblings: retrospective perceptions of parental bonding and the influence of illness on their everyday life. Eur Eat Disord Rev. janv 2013;21(1):20-7.

58. Benninghoven D, Tetsch N, Jantschek G. Patients with eating disorders and their siblings: An investigation of body image perceptions. Eur Child Adolesc Psychiatry. mars 2008;17(2):118-26.

59. Areemit RS, Katzman DK, Pinhas L, Kaufman ME. The experience of siblings of adolescents with eating disorders. J Adolesc Health. juin 2010;46(6):569-76.

60. Latzer Y, Ben-Ari A, Galimidi N. Anorexia nervosa and the family: Effects on younger sisters to anorexia nervosa patients. International Journal of Adolescent Medicine and Health [Internet]. oct 2002;14(4).

61. Garley D, Johnson B. Siblings and eating disorders: a phenomenological perspective. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. juin 1994;1(3):157-64.

62. Tsiantas G, King RM. Similarities in body image in sisters: the role of sociocultural internalization and social comparison. Eat Disord. 2001;9(2):141-58.

63. Taylor CB, Bryson S, Celio Doyle AA, Luce KH, Cunning D, Abascal LB, et al. The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on women at high risk for eating disorders. Pediatrics. août 2006;118(2):731-8.

64. Hall P. Anorexic siblings. Br J Psychiatry. févr 1994;164(2):268-9.

65. Davtian H, Collombet E. Pour une meilleure prise en compte des frères et sœurs de personnes souffrant de troubles psychotiques. Thérapie Familiale. 2009;30(3):315.

66. Noël L, de Maynadier L. La fratrie de l'enfant anorexique. Archives de Pédiatrie. oct 2014;21(10):1149-52.

67. Hughes EK, Burton C, Le Grange D, Sawyer SM. The Participation of Mothers, Fathers, and Siblings in Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 21 déc 2018;47(sup1):S456-66.

68. Maloney MJ, Shepard-Spiro P. Eating attitudes and behaviors of anorexia nervosa patients and their sisters. General Hospital Psychiatry. déc 1983;5(4):285-8.

69. Thornton LM, Trace SE, Brownley KA, Ålgars M, Mazzeo SE, Bergin JE, et al. A Comparison of Personality, Life Events, Comorbidity, and Health in Monozygotic Twins Discordant for Anorexia Nervosa. Twin Res Hum Genet. 2017;20(4):310-8.

70. Shafi M, Salguero C, Finch SM. Anorexia à deux. Psychopathology and treatment of anorexia nervosa in latency-age siblings. J Am Acad Child Psychiatry. 1975;14(4):617-32.

71. Paul A-M. Gemellité et inhibition intellectuelle : construction d'un espace de pensée séparé en psychothérapie psychanalytique de l'enfant. La psychiatrie de l'enfant. 2017;61(2):271.

72. Simmons RC, Kessler MD. Identical twins simultaneously concordant for anorexia nervosa. J Am Acad Child Psychiatry. 1979;18(3):527-36.

73. Sokol MS, Carroll AK, Heebink DM, Hoffman-Rieken KM, Goudge CS, Ebers DD. Anorexia nervosa in identical triplets. CNS Spectr. mars 2009;14(3):156-62.

74. Suematsu H, Kuboki T, Ogata E. Anorexia nervosa in monozygotic twins. Psychother Psychosom. 1986;45(1):46-50.

75. Halmi K, Brodland G. Monozygotic twins concordant and discordant for anorexia nervosa. Psychol Med. nov 1973;3(4):521-4.

76. Askevold F, Heiberg A. Anorexia nervosa--two cases in discordant MZ twins. Psychother Psychosom. 1979;32(1-4):223-8.

77. Debow SL. Identical Twins Concordant for Anorexia Nervosa. Canadian Psychiatric Association Journal. avr 1975;20(3):215-7.

78. le Grange D, Schwartz S. Family therapy for identical twins with anorexia nervosa. Eat Weight Disord. mars 2003;8(1):84-7.

79. Winnicott D. Jeu et réalité. Paris: Gallimard; 1975.

80. Fousson J. L'espace thérapeutique : entre jeu et responsabilité. le chameau psychiatrique.

81. Rivière M, Haza M. D'un fantasme de gémellité à une anorexie mentale : psychopathologie du double. Adolescence. 2013;T.31 1(1):27.

VIII. ANNEXES

A. ANNEXE I.

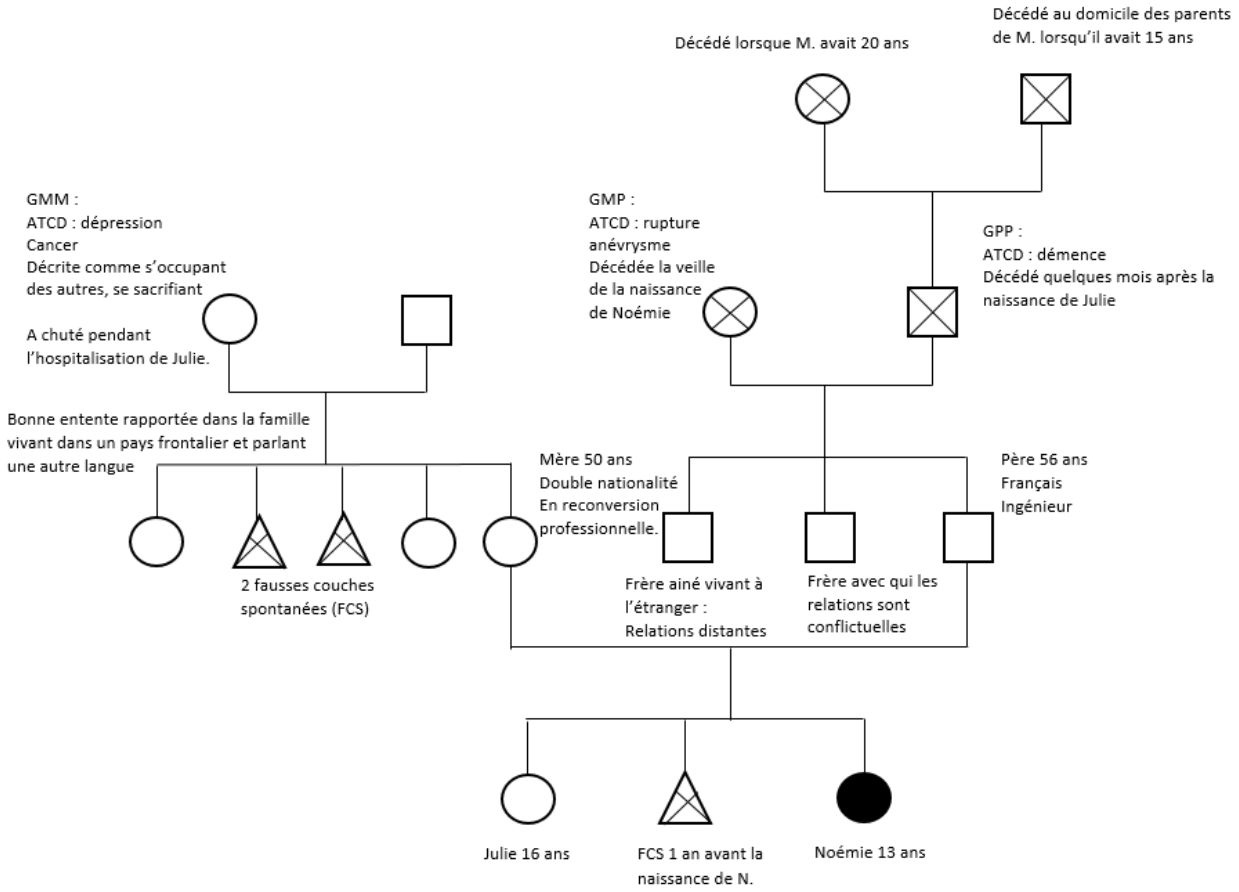


Figure 1. Génogramme de la famille de Noémie.

B. ANNEXE II.

Critères diagnostiques de l'anorexie mentale (DSM-V) :

Anorexia Nervosa: 307.1 (F50.01 or F50.02)

A. Restriction of energy intake relative to requirements leading to a significantly low body weight in the context of age, sex, developmental trajectory, and physical health. Significantly low weight is defined as a weight that is less than minimally normal or, for children and adolescents, less than that minimally expected.

B. Intense fear of gaining weight or becoming fat, or persistent behavior that interferes with weight gain, even though at a significantly low weight.

C. Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or persistent lack of recognition of the seriousness of the current low body weight.

Specify if:

In partial remission: After full criteria for anorexia nervosa were previously met, Criterion A has not been met for a sustained period, but either Criterion B or C is still met.

In full remission: After full criteria for anorexia nervosa were previously met, none of the criteria have been met for a sustained period of time.

Specify current severity: The minimum level of severity is based, for adults, on current body mass index (BMI) (see below) or for children and adolescents, on BMI percentile. The ranges below are derived from World Health Organization categories for thinness in adults; for children and adolescents, corresponding BMI percentiles should be used. The level of severity may be increased to reflect clinical symptoms, the degree of functional disability, and the need for supervision.

Mild: BMI > 17 kg/m2

Moderate: BMI 16-16.99 kg/m2

Severe: BMI 15-15.99 kg/m2

Extreme: BMI < 15 kg/m2

C. ANNEXE III.

Tableau II. Fréquence de l'anorexie mentale chez les apparentés de sujets anorexiques à partir des études contrôlées existantes et analysées par Gorwood et al. (30).

1er auteur	Année	Morbidité parmi les apparentés au premier degré de Anorexiques Proposants n	Apparentés n	Atteints (%)	Contrôles Proposants n	Apparentés n	Atteints (%)
Gershon	1983	24	2/99	(2,0)	43	0/265	(0,0)
Herpertz	1988	42	3/69	(4,0)	37	0/61	(0,0)
Logue	1989	17	0/132	(0,0)	13	0/107	(0,0)
Stern	1992	34	2/153	(1,3)	34	0/140	(0,0)
Strober	1985	60	6/60	(10,0)	95	3/95	(3,2)
Strober	1990	97	16/387	(2,1)	107	0/738	(0,0)
Lilenfeld	1998	26	1/93	(1,1)	44	0/190	(0,0)
Strober	2000	152	10/290	(3,4)	181	1/318	(0,3)

Tableau III. Troubles psychiques chez les apparentés de 58 patientes atteintes d'anorexie mentale, suivies à l'IMM par l'équipe de Perdereau et al. (43).

	Père		Mère		Fratrie ★		Gr Parents Mat		Gr Parents Pat		Oncles, Tantes, Cousins Mat		Oncles, Tantes, Cousins Pat		Aucun	
	n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Troubles thymiques états dépressif	8	13,8	24	41,4	4	6,8	8	13,8	2	3,4	1	1,7	5	8.6	18	31
Tentative de suicide	2	3,4	4	6,9	3	5,2	2	3,4	2	3,4	0	0	2	3,4	46	79,3
Suicide	0	0	0	0	0	0	1	1,7	1	1,7	0	0	1	1,7	52	89,7
TCA ★	0	0	10	17,2	6	10,3	1	1,7	0	0	6	10,3	3	5,1	34	58,6
Toxicomanie	0	0	0	0	1	1,7	0	0	0	0	0	0	0	0	56	96,6
Éthylisme	3	5,2	3	5,2	0	0	1	1,7	1	1,7	2	3,4	0	0	48	82,8
Trouble anxieux	5	8,6	6	10,3	0	0	1	1,7	0	0	0	0	0	0	47	81,0
Troubles phobiques hystériques	1	1,7	1	1,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	55	94,8
TOC	0	0	0	0	1	1,7	0	0	0	0	1	1,7	1	1,7	54	93,1
Troubles de la personnalité	4	6,9	4	6,9	1	1,7	1	1,7	0	0	0	0	0	0	49	84,5
Troubles thymiques état maniaque	0	0	0	0	0	0	1	1,7	0	0	0	0	1	1,7	55	94,8
Schizophrénie	1	1,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,7	55	94,8
État délirant hallucinatoire	1	1,7	0	0	0	0	0	0	1	1,7	0	0	0	0	55	94,8
État démentiel	0	0	0	0	0	0	2	3,4	0	0	0	0	0	0	55	94,8

D. ANNEXE IV.

Cas de Maud* *et Clothilde*,* 16 ans :

*noms ont été changés

Description sémiologique :

Maud est hospitalisée dans le service Lou-Andréas Salomé pour troubles des conduites alimentaires à type d'anorexie restrictive.

Parmi les antécédents familiaux on note l'anorexie restrictive pure chez sa sœur jumelle Clothilde ; les deux sœurs ayant été hospitalisées à une semaine d'intervalle dans le même service d'une autre région. On note également le décès de la grand-mère paternelle d'un cancer, concomitant avec le début des troubles alimentaires des deux sœurs.

Concernant les antécédents médicaux on peut citer la gémellité et la naissance prématurée avec des inquiétudes logiques à l'époque des parents concernant le poids. On retrouve une cassure de la courbe de croissance à 12 ans, ainsi qu'une aménorrhée primaire.

Maud redouble sa première avec options scientifiques, doublement en lien avec les soins pendant la première première.

Elle vit au domicile de ses parents, avec sa sœur jumelle, Clothilde, son petit frère, François* (15 ans) et sa petite sœur, Emma* (8 ans).

La famille paternelle est d'origine asiatique le grand-père paternel (GPP) est venu en France à l'âge de 15 ans. Monsieur a 2 frères qui exercent le même métier que le GPP, une grande mésestime de soi est noté chez le père ainsi qu'une importante rivalité avec son père et ses frères.
Les parents avaient failli se séparer avant la naissance d'Emma les jumelles auraient empêché cette séparation.
Nous pouvons retrouver des détails dans le génogramme (figure 1) et la flèche de vie de Maud (figure 2) en dernière page de ce cas.

Maud parle de timidité, elle est plutôt isolée socialement. Elle a un entourage amical restreint qu'elle partage avec sa sœur, ce qui lui convient.

<u>Histoire de la maladie :</u>

Maud rapporte le début des troubles à l'âge de 14 ans dans un contexte pluriel : ambiance familiale tendue, prise de poids suite à une fracture et difficultés d'adaptation dans son collège.

Le 1er RDV est pris pour Clothilde. Durant l'entretien d'accueil avec les deux parents ils ne parlent que des difficultés alimentaires de Clothilde, ils mettent en avant le conflit avec eux, elle peut leur répondre et s'opposer, notamment au père qui ne le supporte pas. En toute fin d'entretien les parents annoncent qu'ils auront sûrement besoin d'un autre entretien pour leur autre fille Maud, qui patiente en salle d'attente et qui présente les mêmes symptômes.

Un contrat ambulatoire est posé avec chacune des jumelles stipulant un poids d'hospitalisation que Clothilde atteindra dans un premier temps et Maud une semaine après. Selon Clothilde, Maud aurait du mal à faire différemment d'elle. Par exemple le fait que Maud descende sous la barre fixée par le contrat pour retrouver sa sœur, alors que Clothilde aurait souhaité qu'elle ne soit pas hospitalisée en même temps.

Maud parle, elle, d'apparition de crises hyperphagiques volontaires pour éviter une hospitalisation. L'hospitalisation a lieu un service de pédiatrie. Elle permet la prise de 6 kg qui seront perdus progressivement à la sortie.

6 mois plus tard elle est de nouveau hospitalisée en pédiatrie et perd du poids durant ce séjour. Après 1 mois d'hospitalisation Maud est admise dans le service de Pédopsychiatrie durant 5 mois. Elle atteint un poids minimal de 34,7 kg et sortira avec un poids de 37,4 kg. La sortie est influencée par la difficulté à rester durablement dans les soins hospitaliers et la prise en charge se poursuit en hôpital de jour.

L'évolution du trouble de sa sœur Clothilde lui a permis d'être admise dans une unité de soins de suite et réadaptation TCA et soins-études. Elle le vit comme une trahison de la part de son médecin psychiatre, parlant d'un fort sentiment d'injustice vis-à-vis de sa sœur qui, elle, reste dans les soins. Elle exprime le sentiment d'avoir été sacrifiée pour permettre à sa sœur d'avoir plus de soins. Elle pourra plus tard entendre que les orientations dépendaient des évolutions de chacune.

<u>Transfert de Maud dans l'unité Lou-Andreas Salomé à Nantes :</u>

Les soins à l'hôpital de jour étant insuffisant pour Maud et devant la gravité de ses troubles alimentaires son psychiatre fait appel au centre de référence TCA de Nantes.

A son entrée elle pèse 34,5 kg pour 1,58 m correspondant à un **IMC de 13,82**. Elle est bradycarde la nuit à 32bpm. L'hospitalisation sera marquée par une semaine en endocrinologie pour une renutrition entérale par SNG.

Cliniquement au plan alimentaire, on retrouve une **restriction** avec compte des calories et diminution puis éviction des graisses, sucres, et féculents ; marqué par des obsessions et rigidité autour des repas.

Elle présente un envahissement psychique majeur par des questionnements autour de l'anorexie : commentaire des actes et de l'apparence par une petite voix "qui prend presque toute la place".

La pratique du sport est actuellement contre-indiquée pour elle. Elle nie une hyperactivité.

Elle montre un déni partiel des troubles avec beaucoup de mal à investir les soins. Elle est très en difficulté avec l'idée de la prise de poids, de l'inactivité et de la prise alimentaire imposée par le contrat d'hospitalisation.

Elle présente une **aménorrhée primaire** ainsi qu'une cassure des courbes de poids et de taille.

Elle ne rapporte pas de crise de boulimie, pas de purges par vomissements ou médicaments, mais une hyperphagie par le passé dans le but de maintenir le poids.

Hypothèses diagnostiques et thérapeutiques :

Les hypothèses ne sont pas des hypothèses diagnostiques. La présence du trouble est avérée dans les deux cas d'après les observations cliniques des praticiens et l'élimination de diagnostics somatiques lors de la première hospitalisation en pédiatrie. Les hypothèses portent ici sur la question de l'entretien des troubles chez les jumelles, ainsi que la prise en charge pour celles-ci.

Une des hypothèses porte sur la rivalité et la compétition importante entre les jumelles pouvant être facteur de l'entretien des troubles. Les jumelles peuvent par exemple comparer la quantité de nourriture de l'une et l'autre, elles se regardent d'ailleurs manger.

Clothilde peut avoir « envie de replonger par rivalité ».

Dans ce cas une des hypothèses thérapeutiques pourrait être la séparation des espaces.

De même, du fait de la gémellité mais aussi de la dynamique familiale, les places de chacune peuvent être décrites comme indifférenciées. Tout d'abord Maud et Clothilde, jumelles monozygotes, se ressemblent physiquement, elles ont aussi la même voix et les mêmes expressions. De plus les parents ne distinguent pas les prises en charge ni les enfants : par exemple les parents appelaient le service de l'une pour avoir les informations ou les papiers de l'autre.

Une autre hypothèse porte sur le plan familial. Manifestement, Maud souligne que l'anorexie des deux jumelles a permis un apaisement des tensions qui étaient très importantes entre les deux parents, avec notamment moins de crises de colère de la part de son père. L'anorexie aurait alors pour fonction de

décentrer les parents de leur propre conflit. De même, la rencontre avec les professionnels aurait aidé ses parents dans leur positionnement.

Les thérapies conjugales et familiales sont, dans cette situation, des pistes de travail.

Discussion des modalités thérapeutiques en fonction des hypothèses :

Dans ce cas, l'option de 2 lieux de soins différents n'a pas pu être retenue dès la première hospitalisation dans service de pédiatrie car il n'en existe qu'un. En outre, dans le but de permettre aux jumelles de prendre une place différenciée notamment auprès des équipes, elles ont été mises en chambres séparées dans deux ailes différentes du service, garantissant alors 2 équipes soignantes différentes. Elles gardaient cependant le même médecin psychiatre.

Dans l'objectif de différencier les prises en charge, les jumelles ont été séparées à la sortie de pédiatrie suivant leurs évolutions cliniques. Clothilde a été admise dans l'unité de soins de suite et réadaptation TCA et soins-études, alors que Maud a été hospitalisée en pédopsychiatrie avant d'entrer dans l'unité Lou-Andréas Salomé.

Les processus de miroir et d'identification projective semblent très à l'œuvre dans le couple de jumelles. La prise de distance parait effectivement, à ce moment de la prise en charge, nécessaire pour une reconstruction d'espaces individuels.

Maud pouvait alors parler de sa sœur jumelle comme étant un modèle écrasant, souhaitant s'en défaire. Elle pouvait dire que la séparation d'avec sa sœur est confortable car moins de conflits.

En ce sens un projet de soins-études dans un autre établissement avait pu lui être proposé. Elle exprimait des sentiments mitigés notamment sur le fait de l'éloignement géographique, dit qu'elle aurait préféré celui proche de chez elle, mais sa sœur y était.

Des entretiens de famille en présence de la fratrie avaient pu être réalisés en pédiatrie. Ils apportaient notamment des éléments sur les conflits parentaux qui prenaient place principalement sur les temps du repas. Selon les membres de la famille, Madame ne saurait pas cuisiner et Monsieur refusait catégoriquement de manger ce qu'elle proposait, se préparant autre chose. Cela amenait d'importants conflits. Monsieur pouvait alors avoir des excès de colère important et par exemple lancer la poêle par la fenêtre. Chaque membre de la famille, notamment de la fratrie, réagissant différemment à ce climat : Maud et Clothilde développant des troubles alimentaires, François devenu « vegan » peu après le début

de la maladie de ses sœurs et Emma pouvant quitter la table et manger ce qu'elle voulait lorsque tout le monde avait terminé.

Dans cette ambiance familiale et notamment autour des repas, on peut percevoir l'utilité de l'anorexie permettant notamment de décentrer les parents de leur conflit et de les amener à s'organiser ensemble pour accompagner leurs filles dans la gestion de la maladie.

Une thérapie de couple ou individuelle a pu être proposée aux parents ; elle reste inenvisageable pour eux à l'heure actuelle. De même, la thérapie familiale avait pu être commencé mais mise en échec selon la famille, par une alliance faible avec la seule association proposant la thérapie familiale sur Brest.

Pour conclure, il aura été possible d'organiser dans le service Lou-Andreas Salomé un entretien avec les deux jumelles qui confirmera une partie de nos hypothèses :

Rapidement lors de l'entretien, le discours des jumelles tourne à l'affrontement avec la conclusion de vécus de désignation et de jugement. Elles sont sensibles à l'idée de pouvoir parler de leur propre ressenti en commençant la phrase par « je ressens ». Elles sont aussi sensibles à la projection dans l'avenir et aux souhaits de l'une pour l'autre. Elles font toutes deux le constat qu'elles ressentent une difficulté à exister quand elles sont l'une à côté de l'autre et l'intérêt de favoriser l'individuation. Ceci valide la nécessité différenciation de soins et d'espaces de soins. Maud reparle d'ailleurs de soins-études de son côté.

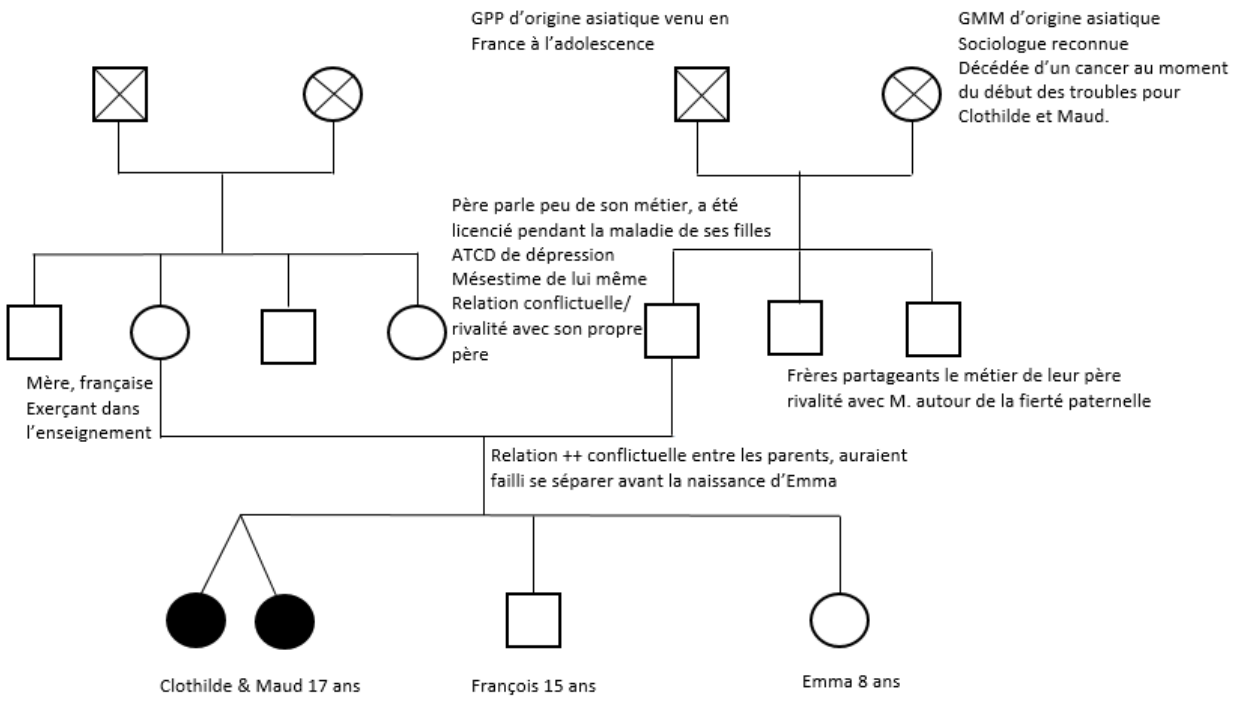


Figure 9. Génogramme famille de Clothilde et Maud

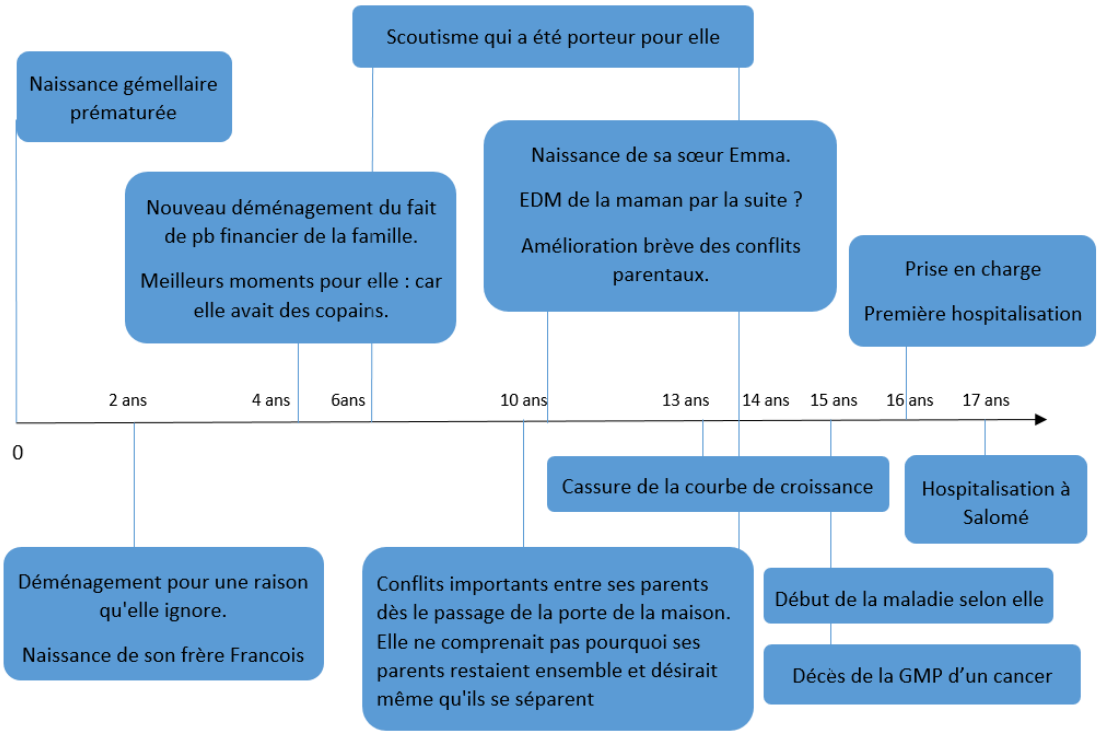


Figure 10. Flèche de vie de Maud

E. ANNEXE V.

Questionnaire adressé aux professionnels du réseau de la FFAB

Partie 1 : Quel type de centre et quels liens avec les autres centres

1. Quelle est la tranche d'âge des patients pris en charge au sein de votre service?

2. Est-ce un service... (plusieurs réponses possibles) :
    a. Psychiatrique de secteur
    b. D'addictologie
    c. De médecine somatique
    d. Autre

3. Quelles sont les possibilités de soins au sein de votre service? (plusieurs réponses possibles)
    a. Hospitalisation temps plein
    b. Hospitalisation de jour
    c. Consultations ambulatoires
    d. Autre

4. Quelle est votre région ?
    Menu déroulant avec la liste des régions françaises

5. Êtes-vous facilement en lien avec d'autres centres spécialisés?
    a. Oui dans ma région
    b. Oui hors de ma région
    c. Non
    d. Autre

Partie 2 : Place de la fratrie dans les soins :

6. Questionnez-vous systématiquement vos patients sur l'existence d'une fratrie?
    a. Oui
    b. Non

7. Rencontrez-vous la fratrie des patient(e)s pris en charge pour TCA?
    a. Oui
    b. Non

8. Si oui, les rencontrez-vous ...
    a. Une fois ?
    b. Ponctuellement ?
    c. A chaque entretien familial ?

9. Si oui, les rencontrez-vous... (plusieurs réponses possibles)
    a. Seul(s) ?
    b. Avec les parents ?
    c. Avec les parents et le/la patiente ?

10. Quels sont les objectifs? (plusieurs réponses possibles)
    a. Recueillir l'anamnèse des troubles
    b. Exploration familiale
    c. Repérer la souffrance
    d. Repérer s'ils représentent une ressource
    e. Autre

Partie 3 : Si deux cas de TCA au sein de la fratrie (antécédent familial de TCA dans la fratrie actuel ou passé) :

11. Selon vous la cooccurrence de TCA dans la fratrie est-elle...
    a. Rare ?
    b. Peu fréquente ?
    c. Fréquente ?
    d. Très fréquente ?

12. Parmi les situations que vous rencontrez, sont-ils des cas... (plusieurs réponses possibles)
    a. Simultanés dans le temps ?
    b. Successifs dans le temps ?

13. Parmi vos situations quels sont les cas les plus fréquents... (plusieurs réponses possibles)
    a. 2 cas d'anorexie restrictive
    b. 1 cas d'anorexie restrictive, 1 cas de boulimie
    c. 2 cas de boulimie
    d. 1 cas d'anorexie restrictive, 1 cas d'hyperphagie boulimique
    e. 1 cas de boulimie, 1 cas d'hyperphagie boulimique
    f. 2 cas d'hyperphagie boulimique
    g. Autre

14. Dans les situations que vous avez eu à prendre en charge de 2 cas de TCA vous avez opté le plus fréquemment pour... (plusieurs réponses possibles)
    a. Le même thérapeute ?
    b. Deux thérapeutes différents ?
    c. La même équipe soignante ?
    d. Deux équipes soignantes différentes ?
    e. Le même centre de soin ?
    f. Deux centres différents ?

15. Dans le cas de deux patient(e)s atteints de TCA, recevez-vous la famille ?
    a. Oui, par le même thérapeute
    b. Oui, par un thérapeute différent
    c. Oui avec deux thérapeutes
    d. Non

16. Dans le cas de deux patient(e)s atteints de TCA, un espace familial dédié rassemble...
    a. Les deux patient(e)s ?
    b. Les deux patient(e)s et la fratrie ?
    c. Les deux patient(e)s et les parents ?
    d. Toute la famille ?
    e. Autre ?

17. Organisez-vous un temps de synthèse pour les équipes?
    a. Oui
    b. Non

18. Quelles sont, selon vous, les ressources que peuvent apporter la prise en charge de deux cas de TCA au sein d'une même fratrie? Réponse libre.

19. Quelles sont, selon vous, les principales limites et difficultés de la prise en charge de deux cas de TCA au sein d'une même fratrie? Réponse libre.

20. Merci de m'indiquer ici les remarques ou propositions de prise en charge selon votre expérience. Réponse libre

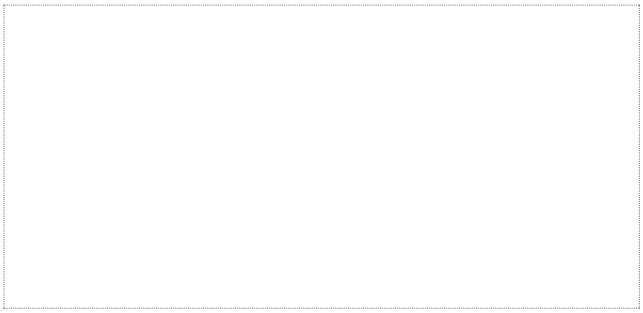
F. ANNEXE VI.

Tableau III. Résultats du questionnaire destiné au professionnels sur la prise en charge de la fratrie dans les soins et les cas de cooccurence de TCA au sein de la fratrie (légende : HTP Hospitalisation Temps Plein, HDJ Hôpital de Jour, CS Consultations, seq hospitalisation sequentielle, AR Anorexie Restrictive, B Boulimie, HB Hyperphagie Boulimique, Tth Thérapeute).

PARTIE 1 : CENTRES ET POPULATIONS								Nombre de réponses total par question
Q1 : AGE PATIENT	< 18 ans strict		> 18 ans strict		à partir de 14-15 ans			
NOMBRE DE REPONSES	14		13		14			41
POURCENTAGE	34,1%		31,7%		34,1%			
Q2 : SERVICES	Psychatrie		Addictologie/TCA		Service somatique			
NOMBRE DE REPONSES	12		12		18			42
POURCENTAGE	28,6%		28,6%		42,9%			
Q3 : OFFRE DE SOINS*	HTP + HDJ + CS	HDJ + CS	HTP + HDJ	HTP + CS	HTP + HDJ + CS + seq	HTP seule	HDJ seul	CS seules	
NOMBRE DE REPONSES	22	4	2	5	1	1	2	3	42
POURCENTAGE	**52,4%**	9,5%	4,8%	11,9%	2,4%	2,4%	4,8%	7,1%	
Q4 : REGION	Voir figure 5								42
Q5 : LIEN AVEC AUTRES CENTRE*	OUI DANS REGION		OUI HORS REGION		NON				
NOMBRE DE REPONSES	39		23		1				42
POURCENTAGE	**92,9%**		**54,8%**		2,4%				
PARTIE 2 : PLACE DE LA FRATRIE DANS LES SOINS									
Q6 : Q° EXISTENCE D'UNE FRATRIE	OUI		NON						
NOMBRE DE REPONSES	41		1						42
POURCENTAGE	**97,6%**		2,4%						
Q7 : RENCONTRE FRATRIE	OUI		NON						
NOMBRE DE REPONSES	30		12						42
POURCENTAGE	**71,4%**		28,6%						
Q8 : SI OUI, RENCONTRE…	UNE FOIS		PONCTUELLEMENT		A CHAQUE ENTRETIEN				
NOMBRE DE REPONSES	1		28		1				30
POURENTAGE	3,3%		**93,3%**		3,3%				
Q9 : SI OUI, VOUS LE RENCONTREZ*	FRATRIE SEULE		AVEC LES PARENTS		PARENTS + PATIENT				
NOMBRE DE REPONSES	10		12		25				30
POURCENTAGE	33,3%		40,0%		**83,3%**				
Q10 : OBJECTFS*	RECUEIL ANAMNESE		EXPLO FAMILIALE		REPÉRER SOUFFRANCE		RESSOURCE		
NOMBRE DE REPONSES	15		21		26		25		30
POURCENTAGE	**50,0%**		**70,0%**		**86,7%**		**83,3%**		
PARTIE 3 : SI DEUX CAS DE TCA AU SEIN DE LA MEME FRATRIE									
Q11: COOCCURENCE TCA FRATRIE	RARE		PEU FREQUENT		FREQUENT		TRES FREQUENT		
NOMBRE DE REPONSES	3		15		23		1		42
POURCENTAGE	7,1%		35,7%		**54,8%**		2,4%		
Q12 : CAS …*	SIMULTANÉS		SUCCESSIFS						
NOMBRE DE REPONSES	39		15						39
POURCENTAGE	**100%**		**38,5%**						
Q13 : CAS FRÉQUENTS*	2 AR	1 AR et 1 B	2B	1 AR et 1HB	1B et 1HB	2 HB	3 AR		
NOMBRE DE REPONSES	29	17	3	10	3	1	1		38
POURCENTAGE	**76,3%**	**44,7%**	7,9%	**26,3%**	7,9%	2,6%	2,6%		
Q14 : CADRE SOINS*	Même Tth	Deux Tth	Même équipe	Deux équipes	Même centre	Deux centres			
NOMBRE DE REPONSES	2	29	10	21	8	15			34
POURCENTAGE	5,9%	**85,3%**	29,4%	**61,8%**	23,5%	**44,1%**			
Q15*- 1 : ENTRETIENS FAMILIAUX	OUI		NON						
NOMBRE DE REPONSES	31		3						34
POURCENTAGE	**91,2%**		8,8%						
Q15- 2 : SI OUI FAMILLE RECUE PAR…	1 thérapeute diff du suivi indiv		1 thérapeute le même		2 thérapeutes				
NOMBRE DE REPONSES	7		11		13				31
POURCENTAGE	22,6%		35,5%		41,9%				
Q16 : QUI EST PRESENT?*	Deux patients		2 patients + fratrie		2 patients + parents		toute la famille		
NOMBRE DE REPONSES	2		2		5		29		31
POURCENTAGE	6,5%		6,5%		16,1%		**93,5%**		
Q17 : TEMPS DE SYNTHESE	OUI		NON						
NOMBRE DE REPONSES	34		5						39
POURCENTAGE	**87,2%**		12,8%						

Vu, le Président du Jury,

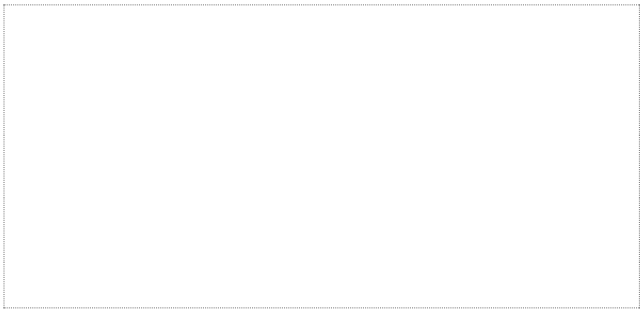
(tampon et signature)



Professeur Marie GRALL-BRONNEC

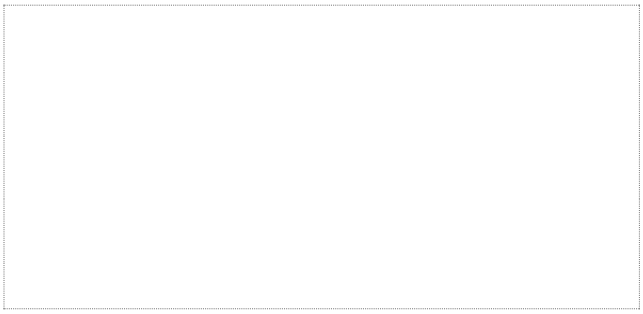
Vu, le Directeur de Thèse,

(tampon et signature)



Docteur Sylvain LAMBERT

Vu, le Doyen de la Faculté,



Professeur Pascale JOLLIET

NOM : **DUTEAU** PRENOM : **Camille**

Titre de Thèse :

Cooccurrence de cas de troubles du comportement alimentaire au sein de la fratrie.

Quelles particularités cliniques et thérapeutiques? Quelles modalités de prise en charge?

RESUME

La fratrie est un lieu important de la construction du psychisme et de l'identité du sujet. Son existence peut toutefois empêcher la différenciation, fragiliser le narcissisme et donc favoriser la dépendance. Ces mêmes problématiques se retrouvent dans la psychopathologie de l'anorexie mentale qui est décrite comme une pathologie relationnelle. A travers une revue de la littérature ainsi qu'une enquête réalisant un recueil des pratiques, nous nous intéresserons à la clinique spécifique des cas de cooccurrence au sein de la fratrie. Lors de cas successifs l'accent est mis sur les modalités de prévention à mettre en place et l'appréhension de la place du symptôme dans le fonctionnement familial qui entraine sa répétition. Lors de cas simultanés, les principaux enjeux individuels concernent l'individuation, la revalorisation narcissique et s'appréhendent au regard de la problématique globale, qui est d'autant plus familiale qu'elle est partagée par deux de ces membres. La prise en charge en thérapie familiale est une composante centrale. Elle nécessite des modalités particulières pour ménager les interactions relationnelles extrêmes de compétition dans lesquelles peuvent se retrouver les patientes.

ABSTRACT

Relationships between siblings are an important foundation in the development of one's identity and psyche. However, its existence can prevent differentiation, weaken narcissism and thus induce dependency. These are some of the main features in the psychopathology of anorexia nervosa, which is primarily recognized as a relational pathology. Through a literature review and a professional practice collection survey, we will be discussing the specific clinical features of concordant cases in siblings. Reviewing successive cases the focus is often on methods targeting prevention and the impact of symptoms within the family dynamic : how the symptom might be so important in the family that it is repeating itself through another person. In simultaneous cases, the main issues affecting individuals are around individuation and the value of narcissism but need a global, i.e. familial, care as it is affecting two members of the family. The care through family therapy is an integral part of their care but requires careful adjustment in order to incorporate the extreme competing relationships experienced by patients.

MOTS-CLES

Fratrie, frère, sœur, anorexie mentale, Troubles du comportement alimentaire, TCA, cooccurrence, cas multiples.

KEY WORDS

Sibling(s), brother, sister, anorexia nervosa, eating disorders, concordant.