

CRP
05/08

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Traitement des adolescentes anorexiques par la thérapie familiale

Par

Isabelle Boucher

Essai présenté à la Faculté d'éducation

En vue de l'obtention du grade de

Maître en éducation (M.Éd.)

Programme de psychoéducation

Mars 2008

© Isabelle Boucher, 2008

CRP-Education

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Traitement des adolescentes anorexiques par la thérapie familiale

Par

Isabelle Boucher

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Robert Pauzé

Directeur de l'essai

Luc Touchette

Membre du jury

Essai accepté le 29 avril 2008

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier chaleureusement mon directeur d'essai, M. Robert Pauzé. Vous avez été un phare pour moi dans ce cheminement professionnel mais également sur le plan personnel. Vous avez cru en mes capacités et avez accepté de me prendre sous votre aile malgré votre emploi du temps chargé. J'ai eu l'opportunité de bénéficier de vos judicieux conseils et de votre expertise remarquable concernant les troubles alimentaires, sachez que je vous suis très reconnaissante. Je me sens privilégiée et honorée d'avoir eu un directeur dévoué, présent et si compréhensif que vous. Encore merci! Je désire ajouter que vous avez été un professeur marquant et significatif au cours de mon cheminement académique aux études supérieures.

Je désire remercier mes parents et mes trois frères pour votre soutien et vos encouragements pendant ce fastidieux processus de rédaction. Vous m'avez démontré attention, réconfort et tolérance. Vous avez valorisé mes efforts et dédramatisé les embûches rencontrées. De plus, vous avez bien ri de mes astuces de procrastination. Je souhaite que vous sachiez que ces remerciements sont infimes par rapport à tout ce que vous avez fait et êtes dans ma vie. Merci de tout cœur chère famille!

À mes amis et collègues de travail qui m'avez écoutée dans les périodes difficiles, encouragée à persévérer, taquinée et même vous m'avez raisonnée par moments. Géronimo et Olivier, je vous remets une médaille pour votre présence et votre acharnement à me voir en train de rédiger...quelque fois désagréable (rire). Merci à vous deux d'avoir eu foi en moi. Charles, j'ai réellement apprécié mes derniers moments de rédaction en ta compagnie. Karine, merci pour l'apport critique. Tous, vous avez toujours été là pour moi et je vous en remercie.

Un remerciement particulier à mon adorable chienne, Leah, pour sa présence inconditionnelle à mes côtés. Blottie confortablement dans son petit lit, elle se reposait lorsque je rédigeais cet essai.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----|
| REMERCIEMENTS | 1 |
| INTRODUCTION..... | 6 |
| CHAPITRE 1 - DEFINITION, INCIDENCE, PREVALENCE ET PRONOSTIC | 9 |
| 1.1 DÉFINITION..... | 10 |
| 1.2 PRÉVALENCE.. .. | 11 |
| 1.3 PRONOSTIC..... | 12 |
| 1.4 PRÉSENCE D'AUTRES TROUBLES MENTAUX | 13 |
| 1.5 FONCTION PSYCHOLOGIQUE DE L'ANOREXIE..... | 13 |
| CHAPITRE 2 - FACTEURS DE RISQUE ASSOCIES A L'ANOREXIE NERVEUSE..... | 15 |
| 2.1 FACTEURS DE RISQUE BIOLOGIQUES..... | 16 |
| 2.1.1 <i>Facteurs génétiques</i> | 16 |
| 2.1.2 <i>Facteurs neurologiques</i> | 16 |
| 2.2 FACTEURS DE RISQUE PSYCHOLOGIQUES | 17 |
| 2.2.1 <i>Genre</i> | 18 |
| 2.2.2 <i>Tempérament</i> | 18 |
| 2.2.3 <i>Traits de personnalité</i> | 18 |
| 2.2.4 <i>Insatisfaction corporelle et pondérale</i> | 19 |
| 2.2.5 <i>Estime de soi</i> | 19 |
| 2.2.6 <i>Difficultés sociales</i> | 20 |
| 2.2.7 <i>Abus sexuel</i> | 21 |
| 2.3 FACTEURS FAMILIAUX | 22 |
| 2.3.1 <i>Fonctionnement familial</i> | 22 |
| 2.3.2 <i>Caractéristiques personnelles des parents</i> | 22 |
| 2.4 FACTEURS SOCIOCULTURELS | 23 |
| 2.5 PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES OU ARTISTIQUES..... | 244 |

| | |
|---|-----------|
| CHAPITRE 3 - DESCRIPTION DE TROIS MODELES D'INTERVENTION..... | 25 |
| 3.1 MODÈLE DE CONSULTATION FAMILIALE DE COOK-DARZENS | 26 |
| 3.1.1 <i>Évaluation familiale.....</i> | <i>28</i> |
| 3.1.2 <i>Évaluation globale de l'organisation et des interactions de la famille.....</i> | <i>29</i> |
| 3.1.3 <i>Deux formes d'application de la consultation familiale</i> | <i>29</i> |
| 3.1.4 <i>Apports et limites du modèle thérapeutique de Cook-Darzens</i> | <i>32</i> |
| 3.2 MODÈLE THÉRAPEUTIQUE DE MAUDSLEY | 37 |
| 3.2.1 <i>Différences du modèle de Maudsley par rapport aux autres thérapies.....</i> | <i>38</i> |
| 3.2.2 <i>Phases de l'intervention.....</i> | <i>39</i> |
| 3.2.3 <i>Candidats avec les meilleures probabilités de succès.....</i> | <i>43</i> |
| 3.2.4 <i>Qualifications requises.....</i> | <i>45</i> |
| 3.2.5 <i>Apports et limites du modèle thérapeutique de Maudsley.....</i> | <i>45</i> |
| 3.3 PROGRAMME D'INTERVENTION MULTIDIMENSIONNELLE DU CHUS | 48 |
| 3.3.1 <i>Étapes du suivi thérapeutique</i> | <i>49</i> |
| 3.3.2 <i>Processus d'évaluation</i> | <i>49</i> |
| 3.3.3 <i>Étapes du modèle d'intervention.....</i> | <i>51</i> |
| 3.3.4 <i>Apports et limites du modèle d'intervention multidimensionnelle du CHUS.....</i> | <i>53</i> |
| CHAPITRE 4 - PROPOSITION D'UNE INTERVENTION..... | 55 |
| 4.1 MODALITÉS D'INTERVENTION..... | 56 |
| 4.1.1 <i>Équipe d'intervention.....</i> | <i>56</i> |
| 4.1.2 <i>Processus d'évaluation</i> | <i>58</i> |
| 4.2 LIGNES DIRECTRICES DE L'INTERVENTION PROPOSÉE..... | 58 |
| 4.3 DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION PROPOSÉE | 61 |
| 4.3.1 <i>Thérapie familiale.....</i> | <i>61</i> |
| 4.3.2 <i>Entretien individuel.....</i> | <i>63</i> |
| 4.3.3 <i>Groupes de soutien.....</i> | <i>64</i> |
| 4.3.4 <i>Suivis thérapeutiques complémentaires</i> | <i>65</i> |
| CONCLUSION. | 67 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... | 69 |
| ANNEXE A – CARTE CONCEPTUELLE DE L'ANOREXIE NERVEUSE..... | 74 |
| ANNEXE B – CARTE CONCEPTUELLE DE LA BOULIMIE | 76 |

Introduction

De nombreuses publications et études scientifiques démontrent clairement l'interaction de multiples facteurs de risque associés aux troubles des conduites alimentaires, entre autres, l'anorexie nerveuse. Les chercheurs orientant leurs études sur les difficultés vécues par les adolescentes anorexiques et leurs familles s'entendent sur le fait que ce trouble résulterait de la combinaison de nombreux facteurs de risque tels que les facteurs personnels, familiaux, sociaux et environnementaux. Bien que cette problématique des dysfonctions alimentaires soit multifactorielle, les modèles d'intervention familiale proposés dans la littérature scientifique ciblent généralement un certain nombre de variables spécifiques omettant toutefois certaines données influentes ce qui restreint l'efficacité et la pertinence des interventions effectuées.

L'objectif du présent essai vise à regrouper les connaissances dans le domaine de l'anorexie nerveuse tant sur le plan de la prévalence, du pronostic que des facteurs de risque associés à cette maladie. De plus, nous détaillerons et nommerons les apports et limites de trois programmes prometteurs d'intervention familiale auprès d'adolescentes anorexiques. Cette démarche est celle que nous aurions emprunté si un milieu d'intervention oeuvrant auprès de familles nous avait sollicité afin de proposer un programme d'intervention idéal pour répondre aux besoins des familles d'une adolescente est anorexique. Ainsi, l'intervention proposée pourrait s'implanter dans un centre de santé et de services sociaux, plus précisément, au sein d'une équipe intervenant auprès d'une clientèle âgée de 12 à 18 ans dont la santé mentale est menacée.

Le premier chapitre portera sur la description des traits caractéristiques et de la dynamique des personnes souffrant d'anorexie nerveuse ainsi que sur la prévalence actuelle dans la population générale et nous relèverons les indices d'un pronostic défavorable en lien avec cette problématique particulièrement présente chez les adolescentes. Nous aborderons également l'existence de psychopathologies chez les jeunes anorexiques.

En second chapitre, nous dresserons un portrait détaillé des facteurs de risque associés à l'anorexie tant sur le plan individuel, familial, social, environnemental, psychologique que médical. Cette recension des facteurs influençant et déterminant le développement et le maintien de la problématique anorexique chez l'individu permet de constater la complexité et l'impact réel de cette maladie sur toutes les sphères de développement de la jeune. Les multiples affectations de l'anorexie sur celle-ci et son environnement permettent de constater les risques tangibles de développer des problèmes chroniques de santé physique et mentale. En outre, cette recension nous permet de porter un regard critique sur la portée des interventions les plus pertinentes sur la clientèle anorexique. Le développement de modèles d'intervention regroupant l'ensemble des facteurs de risque apparaît, à cet effet, une prioritaire.

Le troisième chapitre contiendra la description de trois programmes de traitement de l'anorexie nerveuse parmi les plus prometteurs dans le domaine. Les fondements et les orientations de ces modèles reposent sur des interventions privilégiées à caractère familial. Ce type de travail au niveau familial est indiqué auprès d'une clientèle adolescente présentant un profil anorexique et évoluant dans leur milieu naturel. Suite à la présentation de chacun des modèles d'intervention, nous exposerons les apports et limites de ceux-ci.

L'objectif du quatrième chapitre aura pour objectif d'exposer un programme d'intervention lequel nous apparaît le plus approprié afin de répondre aux besoins spécifiques des jeunes anorexiques. Cette proposition d'intervention portera sur les modalités, les lignes directrices de l'intervention ainsi que sur la démarche clinique à favoriser auprès de cette clientèle.

Chapitre 1

Définition, incidence, prévalence et pronostic

1.1 Définition

L'anorexie mentale fait partie des troubles des conduites alimentaires. Cette maladie se caractérise par une préoccupation acharnée pour la minceur (Fairburn et Harrison, 2003; Gilchrist, Ben-Tovim, Hay, Kalucy et Walker, 1998). Les individus qui en souffrent refusent de maintenir un poids corporel approprié à leur genre, à leur âge et à leur grandeur. Les anorexiques affichent une peur intense de grossir, quoique leur poids soit inférieur à la normal. Par ailleurs, ces personnes semblent incapables de percevoir adéquatement leur image corporelle (Szabo, 1998; Gilchrist *et al.*, 1998). De plus, chez les femmes qui souffrent de ce trouble, on retrouve également la présence d'une aménorrhée (DSM-IV, 1996).

Les critères diagnostiques retenus afin d'établir un diagnostic d'anorexie nerveuse sont les suivants:

- Refus de maintenir un poids minimal selon l'âge et la grandeur (poids se situant à 85% du poids minimal normal);
- Peur intense de prendre du poids et de devenir obèse ne disparaissant pas avec la perte de poids et persistant même après plusieurs années;
- Distorsion de l'image corporelle et déni de la perte de poids sérieuse;
- Aménorrhée (absence de menstruation pendant au moins trois cycles consécutifs).

Selon les informations présentées dans le DSM-IV (1996), il y aurait deux sous-types d'anorexie, soit le sous-type restrictif (sous-type 1) et le sous-type boulimique (sous-type 2). Le premier se caractériserait par des conduites alimentaires restrictives non accompagnées de comportements boulimiques ou purgatifs, alors que le second se décrirait aussi par des conduites alimentaires restrictives, mais accompagnées de comportements boulimiques suivis de vomissements et/ou utilisation de purgatifs sur une base régulière. Ces deux sous-types se distinguent non

seulement sur le plan des conduites alimentaires adoptées, mais également sous l'angle des facteurs de risque familiaux associés et du pronostic. De fait, il appert que les anorexiques boulimiques (sous-type 2) proviennent de familles dont le fonctionnement familial présente davantage de lacunes (Fornari, Wlodarczyk-Bisaga, Matthews, Sandberg, Mandel et Katz, 1999). Par ailleurs, ces jeunes filles sont plus difficiles à traiter en psychothérapie comparativement aux anorexiques restrictives (sous-type 1) (Bruch, 1979; Bulik, Sullivan, Carter, McIntosh et Joyce, 1999 dans Garner, 2004).

1.2 Prévalence

Selon l'Institut National de la Nutrition (2001), 40% des jeunes filles canadiennes âgées de 9 ans ont déjà suivi un régime dans le but de perdre du poids. En outre, 80% des adolescentes entreprendront une diète à un moment ou à un autre de leur adolescence (Patton *et al.*, 1997, dans Szabo, 1998). De ce pourcentage, la plupart des filles qui font un régime n'en ont pas besoin puisque leur poids corporel se situe à l'intérieur des normes du poids santé (Whitaker *et al.*, 1989, dans Szabo, 1998). Selon Hsu (1990), le fait d'entreprendre une diète alimentaire est un facteur de risque très important dans le développement des désordres alimentaires mais seule une petite proportion d'entre elles développeront une anorexie nerveuse. Pour ces dernières, la diète est assurément un élément déclencheur (Gilchrist *et al.*, 1998).

Selon la *Canadian Paediatric Society*, l'incidence de l'anorexie mentale aurait augmenté dramatiquement depuis les 30 dernières années et plusieurs auteurs prétendent que cette maladie létale serait en croissance (Eagle *et al.*, 1995; Jones *et al.*, 1980; Lucas *et al.*, 1990; Moller-Madsen *et al.*, 1992; Szmukler *et al.*, 1986; Willi *et al.*, 1983; William *et al.*, 1987 dans Bulik, 2002). D'autres auteurs, cependant, affirment qu'il n'y a pas de changement significatif quant à l'incidence de l'anorexie (Hall *et al.*, 1991; Hoek *et al.*, 1995; Jorgensen *et al.*, 1992; Neilson *et al.*, 1990; Willi *et al.*, 1990, dans Bulik, 2002). On évalue le nombre de nouveaux cas

d'anorexie par année à 19 femmes et 2 hommes pour 100 000 habitants (Fairburn et Harrison, 2003). La prévalence de ce trouble se situe entre 0,1 % à 1 % dans la population générale (Bulik, 2002; Robin, 1998; Pomerleau et coll., 2001; Bergh, Lindberg et Södersten, 2002). Cette problématique touche principalement les jeunes filles âgées entre 14 à 19 ans (Bulik, 2002; Robin, 1998; Pomerleau et coll., 2001; Bergh *et al.*, 2002) bien que ce trouble soit maintenant identifié chez des enfants âgés de moins de 12 ans (Pomerleau et coll., 2001). Dans les faits, le ratio est évalué de 9 à 10 filles pour 1 garçon (Alvin, 2001; Anderson et Holman, 1997, dans Szabo, 1998; Gilchrist *et al.*, 1998; Van Den Brouke, 1984, dans Chambly, Corcos, Guilbaud et Jeammet, 2002).

1.3 Pronostic

Outre sa prévalence élevée, la nature potentiellement létale et invalidante de ce trouble alimentaire affecte autant le développement global des patients que celui de leur famille (Cook-Darzens, 2002). Globalement, 50% des personnes anorexiques présentent un pronostic favorable, 25% un pronostic intermédiaire et 25% un pronostic défavorable. En outre, il apparaît que 5% des personnes anorexiques en meurent et ce taux augmente jusqu'à 20% chez les anorexiques adultes chroniques (Lock, 2001).

Parmi les facteurs influençant le pronostic de la maladie, notons la durée de la maladie, la sévérité de la perte de poids, la durée de l'hospitalisation, le nombre de rechutes, la présence de comportements boulimiques et compensatoires ainsi que l'existence d'autres troubles mentaux (Fisher, 2003). L'âge de la personne au moment de l'apparition du trouble influencerait également le pronostic. D'après l'étude de la *Society for Adolescent Medicine* (1995), les jeunes patientes (75% de réussite) ont plus de facilité à se sortir de l'anorexie nerveuse que les patients adultes (50% de réussite). Toutefois, certains chercheurs, notamment Steinhausen (1997 et 1999), concluent que la différence entre le pronostic des adultes et celui des adolescents

n'est pas significatif. Selon Fisher (2003), la clientèle présentant le pronostic le plus défavorable serait les enfants diagnostiqués avant l'âge de 11 ans. Cette constatation s'expliquerait par le fait que la maladie interviendrait dans le développement de ces enfants.

En somme, les facteurs qui semblent les plus fortement associés à un pronostic défavorable sont les suivants: une longue histoire de maladie, une perte de poids sévère, la présence de période d'hyperphagie et de comportements compensatoires (Fisher, 2003).

1.4 Présence d'autres troubles mentaux

Parmi les psychopathologies les plus fréquemment associées à l'anorexie mentale figurent les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, les troubles obsessionnels compulsifs, la dépression majeure et les abus de substances. (American Dietetic Association, 2001). On observe en outre que les symptômes associés à ces différents troubles psychologiques augmenteraient en intensité avec une perte de poids accrue (Fairburn et Harrison, 2003).

1.5 Fonction psychologique de l'anorexie

Selon Crisp, les symptômes de privation de l'anorexie dévoileraient une façon primitive de gérer les conflits liés à l'adolescence et ils engendreraient une régression vers des stades développementaux antérieurs (Steiner, Kwan, Shaffer, Walker, Miller, Sagar et Lock, 2003). La restriction alimentaire prendrait son origine dans le besoin de se sentir en contrôle de sa vie. Ainsi, cette nécessité de contrôler serait déplacée vers la quantité et le type de nourriture ingérée (Fairburn et Harisson, 2003). De plus, les personnes anorexiques présenteraient une distorsion dans la perception de leur corps. En effet, dans l'esprit d'une personne anorexique, le surpoids signifie « ne pas être suffisamment bon » tandis que la minceur est

synonyme de réussite. En réduisant son poids corporel, la jeune anorexique conçoit qu'elle sera une meilleure personne (Gilchrist *et al.*, 1998).

Selon Burch, l'adolescente anorexique ressent un sentiment d'inefficacité et de vide accompagné d'une importante difficulté à accéder à ses émotions (Steiner *et al.*, 2003). En d'autres mots, celle-ci est dépassée par les multiples demandes que nécessite la puberté. L'adolescente adopte des comportements rigides à propos de la nourriture, ce qui lui procurerait un sentiment de contrôle et de compétence. Ces attitudes lui permettraient de se protéger contre l'anxiété et la peur. Ainsi, les conduites alimentaires symptomatiques revêtent une valeur adaptative (Steiner *et al.*, 2003). L'anorexie devient un moyen d'affronter les nombreuses tâches développementales de la puberté et, par le fait même, de gérer l'anxiété engendrée.

Chapitre 2

Facteurs de risque associés à l'anorexie nerveuse

2.1 Facteurs de risque biologiques

Deux catégories distinctes de facteurs biologiques sont reconnues comme étant associées à l'anorexie mentale soit les facteurs génétiques et les facteurs neurologiques.

2.1.1 Facteurs génétiques

La transmission génétique est un facteur de risque soulevé par les scientifiques. En effet, 3 à 10% de la fratrie, 27% des mères et 16% des pères des anorexiques souffrent de cette maladie (Steiner *et al.*, 2003). Les familles qui ont un enfant ayant un désordre alimentaire atypique comptent une mère souffrant d'un désordre alimentaire (Nicholls et coll., 2001, dans Watkins et Lask, 2002). De plus, Walkin. et coll. (données non publiées, dans Watkins et Lask, 2002) avance que 35% des mères ayant un enfant qui présente un désordre émotionnel associé à un refus de manger présentent elles-mêmes un désordre alimentaire.

Dans le même ordre d'idées, des études menées auprès de jumeaux révèlent que, dans 55% des cas, il y a une concordance d'anorexie mentale chez les jumeaux monozygotes contre seulement 5% chez les jumeaux dizygotes (Treasure et coll., 1989; dans Fairburn et Harisson, 2003; Steiner *et al.*, 2003). Toutefois, il n'y pas de consensus chez les scientifiques en ce qui a trait à la part de la génétique dans l'explication des troubles des conduites alimentaires (Fairburn et Harisson, 2003).

2.1.2 Facteurs neurologiques

Les chercheurs notent des différences au niveau du système neurohormonal des personnes anorexiques par rapport à la population générale. En effet, certaines hormones, dont le peptide cholecystokinin, jouent un rôle de neurotransmetteur dans l'aire du cerveau associé à la satiété. Silver et Morley (1991, dans Watkins et Lask,

2002) ont trouvé une grande quantité de ce peptide associé à la satiété chez les anorexiques.

Dans un autre ordre d'idées, on note que les enfants à risque de développer des désordres alimentaires ont souvent des vulnérabilités dans la régulation de la satiété, de l'appétit, du rythme circadien et de l'humeur. Néanmoins, à l'heure actuelle, les chercheurs ne peuvent dire si ces anomalies sont des causes ou des conséquences de l'anorexie mentale (Steiner *et al.*, 2003). En outre, la structure et le fonctionnement du cerveau sont également affectés chez les anorexiques. Cependant, ce phénomène est davantage la conséquence de la perte de poids et de la déshydratation. Effectivement, un retour à un poids normal rétablit la situation (Watkins et Lask, 2002). De surcroît, des études ont démontré une réduction du flot sanguin dans la portion antérieure du lobe temporal chez les enfants et les adolescents anorexiques. Les scientifiques expliquent ce phénomène par une anomalie du système limbique (Watkins et Lask, 2002). Enfin, il existe plusieurs anomalies biologiques reliées à l'anorexie. Par contre, il n'est pas déterminé si ces particularités sont la cause ou la conséquence de ce trouble sévère de l'alimentation.

Finalement, certaines études ont permis d'établir une association entre le mois de la date naissance de l'enfant et le développement ultérieur de l'anorexie mentale. En effet, la majorité des anorexiques naissent tard au printemps et au début de l'été (Steiner *et al.*, 2003).

2.2 Facteurs de risque psychologiques

Différents facteurs de risque psychologiques ont été identifiés par les chercheurs, dont, être une fille, le tempérament, les traits de personnalité, l'insatisfaction en regard du poids et le fait d'avoir été victime d'un abus sexuel.

2.2.1 *Genre*

Le fait de sexe féminin constitue un facteur de risque non négligeable (Gilchrist *et al.*, 1998; Szabo, 1998). En effet, la pression culturelle pour la minceur vise davantage les filles que les garçons. De plus, la diète affecte davantage le fonctionnement des neurotransmetteurs et de l'équilibre de la sérotonine des filles (Goodwin *et al.*, 1987, dans Szabo, 1998). Strober (1995) suggère qu'un taux élevé de sérotonine est associé à une grande rigidité laquelle est une caractéristique tempérale prédisposant à l'anorexie mentale (Watkins et Lask, 2002).

2.2.2 *Tempérament*

Des caractéristiques du tempérament tels que l'évitement de la punition (anxiété d'anticipation, peur de l'incertitude), une faible recherche de la nouveauté (rigidité, peu d'exploration) et la dépendance à la récompense (peur de déplaire, sentimentalité, attachement) sont des indices précurseurs de l'anorexie (Cloninger, 1994). Bien que les traits de tempérament demeurent importants pour expliquer la mise en place de la maladie, ils ne sont pas suffisants pour justifier l'anorexie nerveuse (Steiner *et al.*, 2003).

2.2.3 *Traits de personnalité*

Certains traits de personnalité tels que l'impulsivité, l'obsession et, particulièrement, le perfectionnisme représentent des caractéristiques fréquemment identifiées chez les anorexiques (Steiner *et al.*, 2003; Szabo, 1998; Gilchrist *et al.*, 1998). De surcroît, ces traits promeuvent les comportements associés à la diète et la capacité que ces femmes ont de se restreindre à conserver une masse corporelle inférieure au poids santé idéal (Steiner *et al.*, 2003). Les anorexiques démontrent également une faible estime de soi et une pauvre image de soi-même. Cette perception est amplifiée par le perfectionnisme puisque ces personnes s'imposent de

standards élevés. En outre, elles expriment difficilement les émotions négatives telles la colère, la tristesse et la peur (Watkins et Lask, 2002). Enfin, on relève que les enfants anorexiques entretiennent un attachement insécurisant envers leurs parents et démontrent des signes tangibles d'anxiété de séparation (Steiner *et al.*, 2003; Armstrong *et al.*, 1989). Ceux-ci sont également moins autonomes dans leurs relations avec autrui.

2.2.4 *Insatisfaction corporelle et pondérale*

Martin et coll. (2000, dans Steiner *et al.*, 2003) notent que les sentiments négatifs chez les jeunes filles (3-4 ans) les prédisposent à développer ultérieurement une insatisfaction corporelle. De plus, 50% des jeunes du primaire désirent perdre du poids, 16% ont essayé de maigrir et 75% vont chercher des informations à propos de la perte de poids auprès des membres de leur famille (Schur *et al.*, 1999, dans Steiner *et al.*, 2003). En outre, il apparaît que 20% des filles et 8% des garçons ont intégré un style restrictif dans leurs habitudes alimentaires et ce, dès l'âge 12 ans. De plus, une puberté précoce serait liée à une préoccupation corporelle accrue chez l'adolescente et influencerait ultimement ses comportements alimentaires (Brookes-Gunn, 1989, dans Szabo, 1998). Enfin, on observe que les adolescentes insatisfaites de leur corps, affichant un sentiment d'inefficacité ou exerçant un contrôle élevé de leurs émotions sont plus à risque de développer un désordre alimentaire (Attie et Broks-Gunn, 1989, dans Szabo, 1998).

2.2.5 *Estime de soi*

Il est reconnu également que les jeunes filles anorexiques présentent une faible estime d'elles-mêmes (Bruch, 1979; Pauzé et Charbouillot-Mangin, 2001; Steiner *et al.*, 2003; Fairburn et Harrison, 2003). Elles ressentent un fort sentiment d'incompétence et d'inefficacité dans leurs performances personnelles et sociales, affichent une incapacité à prendre des décisions, à faire confiance à leurs propres

expériences (Pauzé et Charbouillot-Mangin, 2001; Bruch, 1979) et se perçoivent inférieures aux autres (Garner, 1985, dans Pauzé et Charbouillot-Mangin, 2001). D'ailleurs, les jeunes anorexiques ne semblent pas convaincues de leur propre réalité et de leur propre valeur. Afin de compenser, les adolescentes anorexiques chercheraient à correspondre à l'image que les autres se font d'elles (Bruch, 1979).

2.2.6 Difficultés sociales

Plusieurs auteurs notent que les personnes ayant un trouble anorexique ont bien souvent des difficultés sur le plan social (Troop et Bifulco, 2002; dans Davies, 2004; Pauzé et Charbouillot-Mangin, 2001; Lacharité, 1991; Bruch, 1979). En particulier, les auteurs Trelfa et Britten (1993, dans Davies, 2004) ont constaté que ces personnes souffrent d'isolement social, de retrait émotionnel et leur capacité à communiquer est restreinte.

Selon l'étude de Lacharité (1991) cet isolement social est progressif et s'installe au cours de l'année précédant le début du régime. Ce retrait s'explique par le fait que certaines jeunes filles anorexiques abandonnent leurs amis au cours de cette période, alors que d'autres sont tout simplement rejetées par ceux-ci. Selon Bruch (1979), la manifestation du trouble anorexique apparaît à partir du moment où les jeunes filles se sentent déphasées par rapport à leurs pairs et à leur famille.

Selon l'étude de Tiller et al. (1997), les jeunes anorexiques vivent une carence sévère au niveau social. Comparativement à un groupe sain, elles ont généralement peu de personnes significatives en dehors de leur famille et de leurs amis, leur réseau social est limité concernant le soutien pratique et émotionnel. Dans le même ordre d'idées, Davies (2004) et Tiller *et al.* (1997) constatent que nombreuses jeunes filles présentant un trouble alimentaire sont incapables d'identifier au moins une meilleure amie. Bruch (1979) va dans le même sens en affirmant que

les anorexiques ne possèdent souvent qu'une seule amie et que cette amitié ne perdure habituellement pas plus d'une année.

On observe également que ces adolescentes sont plus sujettes à rencontrer des difficultés sur le plan relationnel avec les membres de leur famille et avec leurs collègues de travail (Thompson et Schwartz, 1978, dans Flament *et al.*, 2001). À cet égard, on observe que les jeunes anorexiques qui rapportent un accroissement des conflits dans leur réseau social présentent parfois davantage de conduites problématiques sur le plan alimentaire (Jackson *et al.*, 2001). Les stress interpersonnels et relationnels semblent également être associés avec les désordres alimentaires. De ce fait, certains auteurs (Schmidt, Tiller et Treasure, 1993, dans Jackson *et al.*, 2001; Huphrey, 1986, dans Jackson *et al.*, 2001) associent les troubles alimentaires aux conflits avec au moins une des figures parentales ainsi qu'aux perceptions négatives et aux relations conflictuelles entretenues avec un autre membre de la famille. Par ailleurs, les résultats de l'étude de Jackson *et al.* (2001) indiquent que la perception des conflits dans les relations avec des personnes proches constitue un facteur de risque pour les désordres alimentaires. En outre, ces mêmes auteurs observent qu'une diminution du soutien social peut accroître les symptômes des troubles alimentaires (Jackson *et al.*, 2001).

2.2.7 *Abus sexuel*

Il n'existe pas de consensus autour du rôle de l'abus sexuel dans le développement d'un désordre de l'alimentation. Certains auteurs affirment que ce facteur de risque est commun à toutes les psychopathologies (Fallon et Wonderlich, 1997, dans Szabo, 1998) tandis que d'autres y décèlent un lien direct avec les troubles des conduites alimentaires.

2.3 Facteurs familiaux

Différents facteurs familiaux tels que le fonctionnement familial et les caractéristiques personnelles des parents sont relevés par les chercheurs.

2.3.1 *Fonctionnement familial*

D'après Minuchin *et al.* (1978, dans Steiner *et al.*, 2003), les anorexiques proviendraient de familles caractérisées par l'enchevêtrement, la surprotection, la rigidité des règles et l'évitement des conflits. Cependant, selon Watkins et Lask, (2002), il n'existe pas de support empirique pour confirmer cette hypothèse et, d'autres théories, la contredisent. Malgré tout, la plupart des auteurs s'entendent pour dire que les familles d'anorexiques présenteraient un dysfonctionnement général (Strober *et al.*, 1985; Steiner *et al.*, 2003).

2.3.2 *Caractéristiques personnelles des parents*

Certaines caractéristiques des parents peuvent contribuer à l'émergence de la maladie chez leur enfant. Par exemple, si le parent présente des symptômes de boulimie, s'il souffre d'obésité ou d'insatisfactions corporelles, l'enfant est davantage à risque d'adopter des comportements alimentaires inadéquats similaires à son parent. En outre, les comportements inadaptés du parent tels qu'une faible démonstration d'affection envers l'enfant, des lacunes au niveau de la communication et de l'éducation parentale, contribuent à l'émergence de comportements alimentaires déviants chez l'enfant (Nicholls et coll., 2001, dans Watkins et Lask, 2002; Stice *et al.*, 1999, dans Steiner *et al.*, 2003). D'autres événements de l'histoire de vie du parent peuvent par ailleurs expliquer la survenue d'un trouble des conduites alimentaires chez l'enfant, entre autres, un historique d'abus sexuel et d'inceste, l'exposition à des conflits conjugaux, le faible niveau de contact entre parent et enfant, des critiques parentales par rapport à la nourriture, au poids ou à la silhouette

(Fairburn et Harrison, 2003). Enfin, plusieurs anorexiques vivent avec des parents qui ont déjà souffert d'un désordre alimentaire, d'un trouble de l'humeur ou qui abusent de substances (Szabo, 1998; Fairburn et Harrison, 2003).

2.4 Facteurs socioculturels

Traditionnellement, on pensait que les désordres alimentaires étaient l'apanage des jeunes caucasiennes issues de statuts sociaux économiques élevés. Plusieurs études ont démenti ce mythe : l'anorexie nerveuse touche des personnes de toutes les ethnies et de toutes les classes socio-économiques (Pemberton *et al.*, 1996; Langer *et al.*, 1992; Warheit *et al.*, 1993, dans Steiner *et al.*, 2003).

Les personnes nées en Amérique du Nord sont plus à risque de développer un désordre alimentaire, puisqu'elles sont davantage exposées aux pressions sociales concernant les standards de la beauté (Steiner *et al.*, 2003). La préoccupation pour le poids et les idéaux concernant la minceur sont normalisés dans les sociétés des pays industrialisés. Ces facteurs sociaux occupent une place importante mais demeurent insuffisants pour le développement d'un désordre alimentaire. Quoiqu'il en soit, la culture nord-américaine et la pression pour la minceur jouent certainement un rôle prédominant (Rodin, 1984, dans Gilchrist, 1984; Watkins et Lask, 2002). Heureusement, tous subissent les pressions sociales culturelles mais, peu développent la maladie (Steiner *et al.*, 2003).

Les conflits dans les rôles sociaux sont également associés au risque de développer des désordres alimentaires. French *et al.* (1996, dans Steiner *et al.*, 2003) notent qu'effectivement les adolescents homosexuels semblent entretenir un nombre élevé de complexes par rapport à leur corps et démontrent un état dépressif ainsi qu'une estime de soi fragilisée, ce qui est propice au développement de troubles des conduites alimentaires.

2.5 Pratique d'activités physiques ou artistiques

S'engager dans la pratique intensive d'un sport qui requiert l'adhérence à un régime alimentaire strict augmente le risque pour un individu de développer une anorexie nerveuse (Richert *et al.*, 1986; Gilchrist *et al.*, 1995, dans Steiner *et al.*, 2003). En effet, les personnes qui s'adonnent intensément au ballet et à la gymnastique par exemple, de mêmes que les mannequins courent plus de risque face à cette pathologie (Gordon, 1990; Garner et Garfinkel, 1980, dans Szabo, 1998). Les préoccupations excessives pour le poids et le niveau élevé d'exercice physique comptent parmi les facteurs de risque les plus influents dans l'apparition d'un trouble alimentaire. (Davis, Katzman, Kaptein, Kirsh, Brewer, Kalmbach, Olmsted, Woodside et Kaplan, 1997). Par contre, certaines études stipulent que les activités sportives offertes dans les écoles secondaires représentent un facteur de protection non négligeable pour les adolescentes. Assurément, les jeunes participant aux activités sportives conçoivent la vie d'une manière plus positive et sont moins prédisposés à développer des comportements alimentaires déviants. Il est important de mentionner que ces études excluent les athlètes élités qui pratiquent des sports incitant à la minceur.

Chapitre 3

Description de trois modèles d'intervention

|

Notre recension des écrits nous a permis d'identifier que les traitements ayant démontré la plus grande efficacité auprès des adolescentes anorexiques non chronicisées impliquent une thérapie familiale associée à un suivi psychoéducatif et à un suivi individuel. (Cook-Darzens, 2002; Eisler *et al.*, 1997; Lock *et al.*, 2001). Les résultats des études indiquent que 68 % des adolescentes ayant suivi ce type de thérapie recouvrent la santé (Lock *et al.*, 2001).

En outre, les jeunes anorexiques acceptent davantage les approches d'orientation familiale probablement parce qu'elles perçoivent la sécurité, la structure, l'échange et l'expression libre des affects et des conflits vécus (Cook-Darzens, 2002). Les adolescentes ressentent un effet de soulagement puisque l'attention thérapeutique est partagée entre les membres de la famille. Par conséquent, les thérapies familiales ont de meilleures acceptabilité et efficacité chez les jeunes de moins de 17 ans.

La thérapie familiale intégrée de Cook-Darzens, le modèle systémique de Maudsley ainsi que le modèle d'intervention multidimensionnelle du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS) figurent parmi les programmes les plus prometteurs dans le traitement de l'anorexie mentale. Dans ce chapitre, nous ferons une description complète et détaillée de ces trois modèles d'intervention et nous soulignerons les apports et limites de ceux-ci.

3.1 **Modèle de consultation familiale de Cook-Darzens**

Le modèle de consultation familiale intégrée de Cook-Darzens présente une perspective écosystémique. En effet, il vise à enrichir et organiser davantage les approches tant médicale, soignante, diététique que psychothérapeutique (Cook-Darzens, 2002) et ce, dans une optique d'intégration.

Le modèle de consultation familiale intégrée de Cook-Darzens (2002)

répond au traitement des troubles alimentaires lors de la première phase d'intervention. Ce programme identifie quatre axes distincts en regard de la prise en charge de l'anorexie mentale. Il se base sur la littérature clinique et théorique publiée au cours des dix dernières années, l'augmentation notable de cas d'anorexie prépubère ainsi que de pressions tant administratives qu'économiques.

L'auteure Cook-Darzens (2002) définit les quatre axes comme suit:

1. *Éviter l'hospitalisation systématique* des patients anorexiques et n'envisager ce mode de prise en charge que pour les cas médicaux ou psychiatriques graves, ou pour les patients dont les familles ne possèdent pas les ressources psychologiques nécessaires pour une prise en charge ambulatoire.
2. *Dans les cas d'hospitalisation, utiliser un modèle thérapeutique plus souple* qui ne s'organise pas nécessairement autour de la séparation et de l'isolement, des pratiques jugées inutiles dans le meilleur des cas et délétères dans le pire des cas, pour les jeunes patientes;
3. *Développer un projet de traitement ambulatoire* qui puise dans les mêmes ressources thérapeutiques que le programme d'hospitalisation;
4. *En hospitalisation comme en ambulatoire, utiliser une approche pluridisciplinaire* fortement structurée par une orientation systémique et familiale

Dans l'approche de consultation familiale intégrée, une nouvelle dimension est amenée, soit celle de la perspective. Les informations reçues lors des entretiens familiaux permettent aux intervenants en suivi d'intégrer des perspectives « simultanées », une vision binoculaire. Ainsi, cette notion joint l'aspect comportemental à l'aspect intrapsychique. Cela évite une double prise en charge par un psychiatre et un psychothérapeute basée sur une vision bifocale tel que

généralement pratiquée lors du traitement des troubles alimentaires.

De plus, la conception binoculaire implique nécessairement que le modèle soit clairement défini afin de préciser et différencier les rôles de chaque intervenant impliqué en fonction du mode de prise en charge ainsi que des phases de la maladie et de la thérapie.

3.1.1 *Évaluation familiale*

Les deux premiers entretiens portent sur le développement de l'anorexie et sur la manière dont la famille s'est adaptée au trouble alimentaire. Plusieurs techniques thérapeutiques tel le questionnement circulaire sont utilisées afin de permettre aux intervenants d'apprécier le fonctionnement familial et conjugal.

Les thérapeutes tentent de déterminer la fonction de l'anorexie au sein de la famille. Dans un premier temps, la famille est questionnée sur l'histoire, le déroulement du processus anorexique, les solutions recherchées ainsi que sur les relations ultérieures entretenues avec des services d'aide. Les thérapeutes cherchent aussi à obtenir la manière dont les différents membres de la famille perçoivent, définissent et expliquent le trouble alimentaire en notant les divergences et les convergences de points de vue. La modification des rôles et fonctions de chacun des membres autour de l'anorexie est également observée par les thérapeutes. Un génogramme est bâti avec la famille, ce qui permet d'explorer et de comparer les modes d'adaptation des générations afin d'identifier des problèmes de santé, des attitudes, des difficultés ou des conduites alimentaires spécifiques. Un entretien individuel avec la patiente portant sur sa famille permet au clinicien d'avoir la vision singulière de la jeune fille concernant les interactions familiales et son vécu personnel face à la maladie.

3.1.2 *Évaluation globale de l'organisation et des interactions de la famille*

L'analyse fonctionnelle met en lumière certains éléments du fonctionnement familial et des interactions présentes entre les membres en lien avec le trouble alimentaire. En second lieu, les thérapeutes mènent une analyse globale de la structure et de l'organisation familiale. Ils évaluent l'affect familial (expression, investissement) et la communication intrafamiliale sous cinq aspects spécifiques soit la quantité, la clarté, la liberté, la direction et la qualité de la communication. La famille est interrogée sur son système de croyances et de valeurs, ses compétences, ses ressources. La qualité du réseau social est aussi explorée.

3.1.3 *Deux formes d'application de la consultation familiale*

La thérapie familiale Cook-Darzens propose deux formes d'application possibles: la consultation familiale en traitement ambulatoire ou la consultation familiale en milieu hospitalier. Il est important de noter que le modèle inclut les consultations familiales dans le contexte naturel de vie de patiente dès la prise en charge ambulatoire ou en milieu hospitalier.

A. *Consultation familiale en traitement ambulatoire*

Cette forme d'application vise l'évaluation et le traitement des patients et ce, en étroite collaboration avec la famille. Elle est particulièrement favorisée lorsque la jeune fille est âgée de moins de 15 ans, que l'anorexie est de survenue récente, qu'il n'y a pas de contre-indications médicales ou psychiatriques sévères. De plus, la famille doit démontrer une motivation à devenir un partenaire thérapeutique activement impliqué dans le processus d'intervention.

La consultation familiale est incorporée dans un programme de jour ambulatoire en milieu hospitalier auquel la famille participe à raison d'une fois par

semaine (ou moins souvent selon les besoins) pendant une demi-journée ou une journée entière. Au cours de cette journée, le psychiatre référent rencontre en premier lieu la jeune afin de dresser un bilan médical, pondéral et psychiatrique. À cet effet, il utilise divers outils d'entretien pédopsychiatrique. En outre, il tente d'établir une alliance thérapeutique avec l'adolescente, évalue le rôle que joue l'anorexie dans la vie de l'adolescente et cherche à augmenter ses motivations face au changement. Dans le même temps, le thérapeute familial s'entretient avec les parents en ayant pour objectif de construire un partenariat avec eux et de les soutenir dans leur fonction parentale. Par ailleurs, cet entretien offre aux parents un espace de conversation entre adulte avant la réunion familiale. Le psychiatre et le thérapeute familial (et parfois l'éducateur ou la diététicienne) se regroupent ensuite avec la famille entière pour un entretien familial d'environ une heure et demie. Au cours de cette même journée, la jeune fille peut également participer à un groupe vivant la même situation, une séance de thérapie individuelle, un repas thérapeutique avec une éducatrice et une diététicienne, ou divers ateliers centrés sur l'estime de soi et les expériences corporelles. En fait, la participation aux activités est fonction des besoins individuels et de la motivation de chaque jeune patiente.

En fin de journée, les intervenants participant à cet hôpital de jour se réunissent pour discuter des progrès observés et des obstacles rencontrés. Les objectifs thérapeutiques sont déterminés et planifiés pour la semaine suivante.

Ce modèle de traitement ambulatoire mobilise des énergies familiales et professionnelles considérables et ne peut convenir qu'à des familles très motivées par cette alternative à l'hospitalisation. Pendant la phase initiale de traitement, les parents se voient confier la tâche complexe et délicate de retrouver un contrôle direct sur les comportements alimentaires de leur fille ou de se repositionner de manière à ce que leur fille puisse améliorer ses propres conduites alimentaires. La patiente quand à elle doit activement participer à une reconnaissance et une acceptation de son processus anorexique et doit commencer à renoncer à certains gains liés à l'anorexie. Les

premières consultations familiales constituent donc un terrain critique de négociation d'objectifs pondéraux et diététiques, d'attribution de rôles propres à chaque membre de la famille et de résolution de divers problèmes comportementaux et relationnels pouvant freiner la réalisation de ces objectifs. À travers ce travail familial intensif, l'équipe entame une évaluation de l'organisation familiale autour du symptôme anorexique, des alliances constructives et nuisibles qui se sont installées entre la patiente, l'anorexie et la famille. De plus, une analyse des compétences et, le cas échéant, des dysfonctionnements de la famille est menée. Les consultations conjointes diminuent au fur et à mesure que les symptômes alimentaires s'estompent.

B. *Consultation familiale dans le cadre d'une hospitalisation*

L'objectif de la consultation familiale conjointe est d'entretenir une alliance thérapeutique avec toute la famille au cours de l'hospitalisation et de fournir au système thérapeutique (la patiente, la maladie, la famille et l'équipe d'intervention) (Rolland, 1994) un espace commun permettant le maintien d'un contact entre les différents participants (particulièrement la jeune fille et sa famille). La résolution de problèmes spécifiques telle une meilleure gestion des symptômes en famille et en institution ainsi que la négociation des différences de points de vue sont abordés pendant les consultations.

Ces moments sont également propices à l'observation du fonctionnement familial et des capacités évolutives de la famille. Des discussions concernant la fonction de la maladie lors des rituels familiaux (place des repas dans la famille, distribution des rôles autour de l'alimentation, attitudes et comportements liés à la nourriture, image corporelle, etc.) ou certains sujets extra-alimentaires (histoire de la famille, mythes et rituels, craintes et espoirs) peuvent être discutés lors des rencontres conjointes.

La fréquence des rencontres s'effectue sur une base hebdomadaire ou

bimensuelle. Ainsi, l'adolescente n'est pas séparée de sa famille et les entretiens familiaux constituent généralement le cadre initial des visites de la famille à la jeune patiente. Ce cadre ultérieurement modifié inclut des visites pendant la semaine ou la fin de semaine, puis sont ajoutées des permissions de demi-journées ou de journées complètes, et enfin, des possibilités de fin de semaine entières. Ces droits de visite sont directement reliés à l'évolution tant pondérale que comportementale de la jeune fille.

Un thérapeute familial et un intervenant des soins hospitaliers (interne ou chef de clinique, éducateur, infirmière, aide-soignante, attaché à l'unité d'hospitalisation) composent la co-thérapie. L'intervenant devient la personne de référence pendant la durée de l'hospitalisation. Cette personne se situe au coeur des trois systèmes (enfant, famille, institution) et joue un rôle de lien essentiel pendant l'hospitalisation.

3.1.4 Apports et limites du modèle thérapeutique de Cook-Darzens

À la lumière de notre recension d'écrits, il apparaît que le modèle proposé par Cook-Darzens (2002) tient compte de la plupart des variables recensées, entre autres, les facteurs familiaux et les facteurs individuels, tandis que les interactions sociales difficiles, les distorsions cognitives en regard de la perception de soi et les facteurs socioculturels ne sont pas abordés systématiquement au cours du processus d'intervention.

Le travail familial est partie intégrante de la prise en charge en milieu hospitalier. Les interventions tant individuelles que familiales se déroulent dans un même lieu ce qui engendre une cohérence entre les différents niveaux d'intervention et évite par le fait même des possibilités de marginalisation. La consultation familiale permet d'orienter les interventions vers une vision globale du processus de traitement. De plus, les familles acceptent davantage une proposition de travail familial

systématique avec cette approche que lorsqu'une thérapie est suggérée parallèlement ou suite à la prise en charge institutionnelle.

Cette approche écosystémique préconise la réintégration de la jeune dans sa famille, un processus particulièrement délicat lors d'une hospitalisation de longue durée. Ce modèle favorise les contacts entre parents et enfants en offrant une souplesse aux familles (visites, téléphones, permissions de fins de semaines). Lors des consultations familiales, le maintien du contact avec le milieu naturel fournit des occasions riches de discussions familiales portant sur le sentiment de compétence de la famille. Ces contacts avec l'environnement naturel sont également des moments d'expérimentation de nouvelles attitudes à adopter par la jeune adolescente et la famille et ce, en toute sécurité. Les retours sur ces moments à la maison permettent de développer chez la famille un mouvement d'amélioration continue.

La consultation familiale est un outil idéal de jonction permettant de créer des liens de différents ordres soit : jonction entre la famille et la jeune, entre l'équipe de soins et la famille, entre les membres de la famille, entre les membres de l'équipe de soins ainsi qu'entre l'aspect somatique et psychologique. Ainsi, il est nécessaire que la prise en charge possède des assises claires, cohérentes et réalistes définies par l'équipe de soins afin de réduire les risques de manipulation, de clivage, de triangulation et d'opposition à l'autorité propres à l'anorexie nerveuse.

A. *Jonction entre l'équipe de soins et la famille*

Les thérapeutes ont souvent l'impression de se battre contre des familles rigides, manipulatrices, qui doivent être débusquées, apprivoisées, et amenées au changement. L'atteinte d'un partenariat solide avec ces familles est primordiale afin de réaménager une dynamique familiale favorable au développement de l'adolescente anorexique. Par le fait même, cette collaboration permet de limiter les possibilités de contre-transfert du patient, mécanisme régulièrement utilisé par cette clientèle en

besoin.

La consultation familiale permet le tissage précoce de lien de travail entre la famille et l'équipe, ce qui facilite grandement l'intégration de la famille dans le processus thérapeutique. Ainsi, les membres de la famille et l'équipe de soins peuvent co-construire un cadre de prise en charge où il y a des discussions concernant le traitement psychomédical, les attentes et les réactions familiales au contrat thérapeutique ainsi que les perceptions en regard de l'anorexie nerveuse. De plus, les dynamiques délétères d'escalade symétrique entre les membres de la famille arborant un sentiment de culpabilité ou d'incompétence envers l'équipe perçue comme experte sont également abordées et résorbées. En outre, l'équipe de soins questionne l'histoire et le vécu familial ce qui lui permet de dresser un portrait plus nuancé et respectueux de la famille. La connaissance du contexte évolutif de la famille favorise une attitude moins défensive et plus réceptive à son égard.

B. *Jonction entre les différents membres de la famille*

Une équipe parentale soudée et efficace, procurant constance et cohérence, est déterminante dans le processus thérapeutique. La qualité du fonctionnement familial joue tout autant un rôle significatif dans l'évolution et le devenir de la maladie. Par conséquent, les familles qui manifestent en début de traitement des niveaux élevés d'hostilité ou de critique à l'égard de la patiente courent le risque d'une évolution thérapeutique limitée. Les équipes utilisent des techniques d'externalisation telles les connotations positives et le partage d'informations, afin d'orienter les interventions dans le processus de maladie plutôt que contre la patiente anorexique. D'ailleurs, les membres de l'équipe soignante gardent à l'esprit que la famille est et demeurera responsable du cheminement fastidieux de la patiente vers la guérison et redonner à la famille la confiance et la maîtrise nécessaires constitue un objectif crucial des consultations familiales.

C. *Jonctions entre les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire*

Les différents membres de l'équipe doivent créer un terrain commun dans l'espace et dans le temps, tout en maintenant des rôles différenciés. Bien que la consultation familiale ne soit pas la seule disposition possible de rassemblement, cela facilite grandement le processus. En effet, suite à un entretien familial, l'équipe est plus facile à mobiliser.

La création d'une perspective commune ne signifie pas que les rôles professionnels deviennent interchangeable ou fusionnés. Chaque spécialiste contribue au processus thérapeutique avec son identité propre, ses outils et compétences spécifiques, son mode de communication et son statut propre. À titre d'exemple, le psychiatre établit les exigences pondérales et prend les décisions médicales tandis que le thérapeute explore les transactions familiales et intervient en terme relationnel ou systémique.

D. *Jonction entre le corps et l'esprit*

La présence simultanée de spécialistes d'orientation somatique, psychologique et relationnelle lors des consultations familiales facilite l'expression de messages psychosomatiques plus clairs répondant davantage à la complexité des interactions en jeu dans le processus anorexique. À cet égard, les interventions complémentaires et mutuellement recadrantes des spécialistes écartent les visions dichotomisées nuisibles émergeant parfois du discours familial. L'impact souhaité de ces interventions est une reconnaissance réaliste de la complexité des interactions psychosomatiques et du processus thérapeutique.

Le thérapeute familial, lequel n'assume pas le rôle de référent ou de thérapeute individuel, n'est habituellement pas confronté à des conflits de loyauté ou

de confidentialité. Pour leur part, les co-thérapeutes entretiennent des échanges individuels avec la jeune et se retrouvent parfois au cœur de conflits complexes de loyauté et de confidentialité. Les thérapeutes peuvent percevoir le modèle comme nuisible au développement d'une relation de confiance. Cependant, lorsque les rôles de chacun des intervenants sont clairement définis en début de prise en charge et que les objectifs du programme sont expliqués, ces difficultés sont adéquatement résolues.

Ce modèle mobilise plusieurs membres du personnel à la fois, et ce, pour un temps considérable. Les institutions peuvent démontrer une résistance quant aux ressources médicales nécessaires au bon fonctionnement du programme. Les co-thérapeutes peuvent également ressentir une lourdeur au niveau de leurs tâches et responsabilités lorsqu'ils sont référents au dossier d'une jeune et ne sont pas adéquatement soutenus.

Certaines limites de la consultation familiale sont observables lorsque les familles présentent un niveau de dysfonctionnement considérable. En effet, l'intervention peut être dommageable lorsqu'un ou des membres de la famille présente un trouble de santé mentale et lorsque les relations familiales sont conflictuelles ou délétères. Dans ces situations familiales, des interventions spécifiques sont mises en place afin de protéger la jeune fille des relations familiales destructrices (internat, entretien individuel). Il est à noter que la rupture du contrat thérapeutique est un risque réel avec ces familles dysfonctionnelles.

La centration du modèle repose sur la fonction familiale du comportement anorexique. En effet, le système familial est au cœur des interventions. Cela a pour impact de négliger le réseau social de la jeune. Une évaluation globale permettant d'évaluer la qualité du réseau est menée sans pour autant approfondir sur les difficultés sociales habituellement vécues chez les adolescentes anorexiques. Ainsi, il serait essentiel d'impliquer le réseau social tel qu'indiqué dans le modèle

d'intervention multidimensionnelle du CHUS (décrit p.51) en raison notamment de l'importante influence des pairs à ce stade du développement de même que pour maximiser le processus d'individuation de la jeune en suivi.

3.2 **Modèle thérapeutique de Maudsley**

Le modèle thérapeutique de Maudsley (Rhodes, 2003) a des fondements théoriques tirés de l'approche systémique et s'appuie sur une approche structurale. Il intègre également des éléments psychoéducatifs, stratégiques et psychanalytiques. Ce modèle d'intervention est destiné aux adolescentes, âgés de moins de 18 ans et dont l'anorexie est récente, ayant moins de trois ans d'évolution. De plus, cette thérapie est plus efficace lorsque la jeune fille habite avec sa famille. Ce traitement familial est généralement conduit en ambulatoire, prenant ainsi le relais d'une hospitalisation principalement axée sur la réalimentation.

Le thérapeute soutient les parents dans une démarche de reprise de contrôle des comportements alimentaires pathologiques, avec entre autres, l'utilisation de la technique du pique-nique familial. Le thérapeute met clairement l'accent sur le fait que l'anorexie n'est pas automatiquement une preuve de dysfonctionnement familial et que la présence d'un tel malaise pourrait être la conséquence plutôt que la cause des symptômes.

Ce modèle combine étroitement des approches individuelle et familiale qui, en étant souvent menées par le même thérapeute, s'enrichissent et se facilitent mutuellement. Des explications complètes sont fournies sur les conséquences de la dénutrition, en précisant les changements survenant au niveau comportemental, social, émotionnel, cognitif et physique. Des interventions visant à explorer et minimiser l'impact et la répétition de certaines dynamiques socioculturelles sont incorporées dans le processus thérapeutique. D'un point de vue global, ces interventions multisites cherchent à modifier l'équilibre de certains modèles

interactionnels inadéquats au sein du système maladie-individu-famille.

3.2.1 *Différences du modèle de Maudsley par rapport aux autres thérapies*

En premier lieu, dans cette méthode, l'adolescente n'est pas perçue comme étant en contrôle de l'anorexie; l'adolescente est contrôlée par le trouble alimentaire. Cette dernière n'est pas identifiée comme une personne fonctionnant comme une adolescente mais plutôt comme une jeune fille qui peut encore bénéficier de l'aide et du soutien parental.

En second lieu, le traitement vise à rétablir le contrôle parental concernant les habitudes alimentaires de l'adolescente. En réalité, le sentiment de perte de contrôle est souvent ressenti par les parents lorsque ceux-ci se rendent responsables de la survenue du trouble ou lorsque les symptômes effraient les parents à un point tel qu'ils figent devant l'éducation alimentaire.

En troisième lieu, la méthode s'appuie fortement sur la réhabilitation du poids dans les premiers moments du traitement. Dans cette optique, le thérapeute ne doit pas perdre de vue l'objectif thérapeutique poursuivi: redonner le contrôle alimentaire aux parents et défaire l'emprise de l'anorexie sur la jeune fille.

Cette approche thérapeutique considère la famille comme étant une ressource indispensable dans le traitement des adolescentes anorexiques. La mobilisation des parents et des membres de la fratrie distingue théoriquement cette approche des autres thérapies familiales et individuelles de l'anorexie nerveuse. Ainsi, les parents jouent un rôle important au cours des trois phases du traitement. À travers cette approche, les familles sont encouragées à trouver des solutions qui fonctionnent pour eux sans être sous l'autorité du thérapeute.

L'approche de Maudsley porte une attention particulière aux étapes

développementales auxquelles l'adolescente va faire face au cours de la puberté. Le travail effectué avec les parents portera éventuellement sur les diverses stades développementaux de la famille (parents avec des adolescents, départ des adolescents du nid familial, redécouverte du couple et retraite). Lorsque l'alimentation est contrôlée avec l'aide des parents, la jeune fille sera en mesure de reprendre son alimentation en main et les thérapeutes aborderont les conflits familiaux et les tâches développementales non résolues seront abordées avec la famille.

3.2.2 *Phases de l'intervention*

La version manualisée du modèle thérapeutique de Maudsley propose une intervention en trois phases distinctes: le positionnement exclusif sur le symptôme anorexique, la négociation de nouveaux modèles relationnels puis les réalités de l'adolescence.

A. Phase I: Positionnement exclusif sur le symptôme anorexique

Cette phase s'organise généralement autour d'une période de trois à cinq mois, à raison d'une séance par semaine et totalisant une dizaine de sessions. Son but vise essentiellement à établir une alliance forte avec les parents en combinant soutien et empathie, d'une part, et induction d'un niveau optimal d'anxiété (augmentation de l'anxiété lorsque les parents banalisent le trouble et réassurance pour les parents dont le niveau d'anxiété est trop élevé), d'autre part. L'objectif est de mobiliser les parents de sorte qu'ils retrouvent le contrôle des comportements alimentaires de leur fille. Les premières séances permettent une approche évaluative de la structure, des transactions et des croyances familiales. La période initiale d'évaluation inclut une entrevue avec l'adolescente, un entretien avec les parents, une évaluation médicale et l'utilisation d'instruments standardisés.

Les objectifs poursuivis au cours de la première session sont a) impliquer la

famille dans le processus thérapeutique, b) recueillir des informations sur le développement et les effets de l'anorexie sur la famille, c) réunir des informations de base sur le fonctionnement familial.

Interventions thérapeutiques lors de la première session:

- pesée de la patiente;
- salutation aux membres de la famille;
- recueil des perceptions des membres présents en lien avec l'anorexie;
- dissociation entre la maladie et la patiente;
- mise en scène fataliste de la problématique alimentaire et des difficultés de rétablissement;
- renutrition remise entre les mains des parents;
- préparation de la famille au repas familial prévu à la prochaine session;
- conclusion de la séance.

Lors de la deuxième séance, la technique du pique-nique familial est utilisée. Ainsi, la famille apporte son repas habituel lors de l'entretien. Le pique-nique offre une occasion unique au thérapeute d'observer directement les diverses formes d'interactions de la famille lors des repas familiaux. Pendant le repas, le rôle du thérapeute est directif, voire autoritaire, mais très épaulant. Ce dernier gratifie les compétences parentales observées, apporte un support constant et des encouragements à la famille dans leur recherche de solutions sur la renutrition de l'adolescente. Par cette approche orientée sur le renforcement des compétences parentales, le thérapeute tente d'amener les parents à prendre conscience qu'ils ne sont la source du trouble alimentaire mais plutôt que ceux-ci peuvent jouer un rôle dans la réhabilitation de leur fille et ce, en retrouvant ensemble le moyen de faire « avaler à leur fille anorexique une bouchée de plus qu'elle n'était préparée à le faire » (Cook-Darzens, 2002).

Cette brève description nous permet d'apprécier la différence entre les objectifs du pique-nique familial de Maudsley (induire des changements positifs et rapides dans la gestion du problème rencontré) et ceux du repas thérapeutique de Minuchin (induire une crise visant à déstabiliser la famille et à mettre en évidence ses incapacités).

Les objectifs poursuivis pendant la seconde session sont a) poursuivre l'évaluation du fonctionnement familial et apprécier les capacités parentales par rapport à la reprise du contrôle de l'alimentation de leur fille, b) permettre aux parents de partager des expériences positives concernant la renutrition de leur fille, c) analyser les attitudes des parents et le fonctionnement familial lors des repas.

Interventions thérapeutiques lors de la deuxième session:

- pesée de la patiente;
- observation du fonctionnement familial lors du pique-nique thérapeutique;
- aide aux parents concernant l'alimentation en tentant de convaincre l'adolescente de prendre une bouchée de plus que ce qu'elle avait prévu de manger ou préparer les parents à trouver des stratégies quant à la prise en charge de l'alimentation de la jeune fille;
- support de la fratrie à l'adolescente;
- conclusion de la session.

Les objectifs poursuivis lors des sessions 3 à 10 sont a) amener la famille à demeurer centrée sur la dysfonction alimentaire, b) soutenir les parents dans la prise en charge de l'alimentation de leur fille, c) mobiliser les membres de la maisonnée dans le but d'apporter du support à l'adolescente.

B. Phase II: Négociation de nouveaux modèles relationnels

Cette étape peut s'étaler sur 5 à 7 séances espacées de 2 à 3 semaines. L'intervalle des séances dépend du cheminement thérapeutique de l'adolescente et de sa famille. La seconde phase débute lorsque la jeune fille lâche prise envers les demandes parentales envers l'augmentation de son apport calorique quotidien et lorsque les parents ne se portent plus garants du trouble alimentaire. La tâche principale est de ramener la santé physique de la jeune adolescente à un état acceptable. Le couple parental demeure impliqué dans la gestion de l'alimentation mais la patiente est encouragée à reprendre progressivement le contrôle de son alimentation et de son poids. Diverses interventions visent à aider les parents et la fratrie à apporter un soutien non critique à la patiente en besoin.

Cette phase est donc une période délicate de négociation autour de la passation de prise en charge alimentaire des parents à la patiente. Les entretiens s'ouvrent également sur des thèmes plus typiques des familles d'adolescents: liberté vestimentaire, autonomie, résolution des conflits, expression des affects, etc. Les échecs ou difficultés thérapeutiques surviennent généralement pendant cette deuxième phase de psychothérapie: dans certains cas, les parents ne parviennent pas à obtenir une évolution pondérale satisfaisante et la patiente s'installe dans un fonctionnement sub(anorexique) chronique. D'autres interventions thérapeutiques doivent alors être envisagées, dont des entretiens séparés avec les parents et la patiente permettant de travailler des problèmes de couple faisant obstacle à l'efficacité parentale et/ou de construire une meilleure alliance thérapeutique avec la jeune patiente.

Les objectifs poursuivis pendant cette seconde phase sont a) maintenir le contrôle parental en regard des symptômes du trouble alimentaire jusqu'à ce que la jeune démontre une volonté de bien s'alimenter et que son poids augmente, b) reléguer à la jeune la gestion de l'alimentation, c) explorer la relation entre les

préoccupations de l'adolescente face aux tâches développementales et l'anorexie.

C. Phase III: Réalités de l'adolescence et conclusion

À ce dernier stade, la fréquence des séances s'allège encore, toutes les 4 à 6 semaines. La durée des entretiens varie de 50 à 60 minutes. Lors du repas familial, le temps alloué est d'approximativement 90 minutes. On entreprend lorsque le poids de la jeune fille est stable et que son désir de jeûner a diminué. Le thème central de cette phase d'intervention est d'aider l'adolescente à développer des habitudes de vie saines ainsi que des relations adéquates avec ses parents lesquelles ne sont pas orientées vers l'alimentation. Les séances traitent, entre autres, de l'amélioration de l'autonomie chez l'adolescente, l'instauration de frontières familiales claires et de la réorganisation de la vie des parents lors du départ éventuel de leur fille.

En fait, cette troisième phase permet de faire le point sur des thèmes typiquement importants pour les familles d'adolescents (études, choix des amis, libertés), d'explorer le fonctionnement actuel du couple parental et ses projets (sans anorexie), et plus globalement d'aborder tout le processus de séparation-individuation qui caractérise ce stade du cycle de vie individuel/familial. Ainsi, les membres de la famille accompagnés des intervenants entreprennent d'identifier les difficultés rencontrées face aux tâches développementales et de résoudre les conflits intrafamiliaux.

Les objectifs poursuivis lors de la troisième phase sont a) comprendre que les symptômes de l'anorexie ne sont plus un moyen de communication dans la relation parent-adolescente, b) réviser les préoccupations vécues à l'adolescence et utiliser des modèles de résolution de conflits à cet effet, c) conclure le traitement.

3.2.3 Candidats avec les meilleures probabilités de succès

Ce modèle est le plus approprié pour les jeunes anorexiques âgées de moins de 18 ans qui, pour la majorité d'entre elles, habitent avec leur famille. En effet, les membres de la famille doivent nécessairement partager des repas ensemble et ce, sur une base régulière. Dans ce modèle, la famille est constituée de tous les membres évoluant sous le même toit. De plus, bien que ce modèle vise les familles intactes, il peut être adapté à des familles monoparentales et recomposées.

En ce qui a trait à la problématique, il est important que la famille démontre un degré acceptable de reconnaissance du trouble alimentaire. Les facteurs de résistance doivent être regardés attentivement avant d'entreprendre la thérapie familiale.

En outre, cette thérapie est destinée aux patientes nécessitant de l'aide au niveau de la renutrition et évoluant dans leur milieu de vie naturel. En effet, le modèle perçu comme un tout est difficilement applicable auprès de la plupart des jeunes hospitalisés. La prise de décisions concernant l'alimentation de la jeune est principalement menée par le personnel en soins hospitaliers. Cependant, les auteurs pensent que la crise engendrée lors de l'hospitalisation de l'adolescente (cas sévère d'anorexie nerveuse) est une source de préoccupations pour les parents. Ces inquiétudes lorsqu'elles sont adéquatement canalisées ont un effet mobilisateur et responsabilisant sur le rôle des parents lors du retour de leur fille à la résidence familiale.

Cette méthode pourrait présenter des contre-indications pour les patients boulimiques, pour les personnes ayant atteint la majorité et pour les individus souffrant de sous-nutrition. En outre, l'anorexie étant rare chez les garçons, les études portant sur les thérapies familiales auprès du genre masculin restent limitées. Des données cliniques s'avèrent pertinentes pour mener cette approche auprès

d'adolescents anorexiques.

3.2.4 *Qualifications requises*

L'application du modèle de Maudsley concernant l'évaluation et le traitement des troubles alimentaires chez les adolescentes 'application du modèle de Maudsley nécessite que le thérapeute dans. La composition de l'équipe de traitement dépend de l'expérience du thérapeute concernant l'intervention familiale et les troubles alimentaires. Le soutien nécessaire varie également selon la méthode propre à chaque thérapeute. Néanmoins, les auteurs du programme (Rhodes, 2003) recommandent aux thérapeutes d'éviter de mener la thérapie sans structure d'appui étant donné la complexité de la tâche thérapeutique et la facilité des familles à trianguler. Ainsi, il est suggéré de mener une co-thérapie.

3.2.5 *Apports et limites du modèle thérapeutique de Maudsley*

Ce modèle a l'avantage d'être plus fluide et complet que l'approche d'orientation familiale tout en s'organisant autour d'indications thérapeutiques précises (privilégier l'approche familiale à l'adolescence et l'approche individuelle à l'âge adulte) et de modalités thérapeutiques spécifiques (travail conjoint ou travail séparé). Il a également l'avantage d'être guidé par des travaux empiriques qui attestent de la validité des choix thérapeutiques effectués.

Le modèle thérapeutique de Maudsley porte sur l'articulation des différents niveaux de prise en charge (médicale, psychologique, familiale) et sur la façon dont un modèle familial peut s'intégrer dans une prise en charge pédopsychiatrique. Le modèle prévoit une organisation séquentielle des programmes de renutrition (effectué en milieu hospitalier) et de travail familial (effectué en milieu ambulatoire), le second prenant le relais du premier. Le processus thérapeutique est mené en totalité en lieu formel. La deuxième partie du suivi laquelle ne nécessite pas une hospitalisation

pourrait être tenue au domicile familial au lieu d'être effectué en milieu ambulatoire. De fait, les membres de la famille se retrouveraient dans leur environnement de vie et les interactions familiales seraient probablement teintées d'une familiarité non observée en lieu formel. De plus, les interactions observées par le thérapeute à domicile pourraient être utilisées pour enrichir les interventions familiales et pour permettre à la famille de revivre certaines situations conflictuelles antérieures à partir d'exemples concrets provenant du vécu quotidien. À cet effet, la famille pourrait expliquer au thérapeute le déroulement de situations problématiques à partir des lieux physiques. La possibilité de rejouer le même événement dans le même environnement physique est un avantage thérapeutique non négligeable.

Le modèle de Maudsley tente de faire ressentir à tous les membres de la famille la gravité du trouble alimentaire afin de s'assurer de leur présence aux rencontres familiales. Nous croyons que cela pourrait renforcer les sentiments de culpabilité, particulièrement chez le couple parental. Généralement, les parents se sentent déjà coupables et responsables avant le début du suivi thérapeutique. La nécessité que tous les membres de la famille soient présents aux rencontres pourrait être abordée par le thérapeute sous un autre angle. En fait, l'approche implique la fratrie en leur assignant un rôle de soutien auprès de leur soeur en besoin, ce qui est une vision d'autant plus incitante et invitante à participer aux rencontres familiales. Évidemment, les thérapeutes peuvent explorer les interactions familiales à travers des situations perverses où tous les membres se sentent concernés par la dynamique anorexique installée. À notre avis, cette pratique axée sur la gravité de la maladie pourrait freiner l'alliance thérapeutique et le sentiment de confiance des parents envers le thérapeute.

Il serait pertinent de vérifier l'impact du pique-nique familial dans le cadre d'un traitement des dysfonctions alimentaires. Bien que la technique du pique-nique familial permette au thérapeute d'appivoiser les interactions familiales et de renforcer les compétences parentales observées, la centration sur le symptôme

pourrait avoir des effets pervers particulièrement chez l'adolescente. Effectivement, les vulnérabilités de la jeune fille par rapport à la nourriture peuvent faire en sorte que celle-ci s'oppose davantage aux interventions. En effet, lors de ce repas familial, l'adolescente pourrait ressentir que toute l'attention thérapeutique est tournée vers elle. Néanmoins, la possibilité de participer à une activité familiale moins engageante sur le plan personnel et ne faisant pas référence à la nourriture pourrait remplacer le pique-nique et permettre au thérapeute de documenter les relations familiales en début de prise en charge. Ainsi, le pique-nique familial pourrait faire l'objet d'un deuxième temps d'observation ce qui aurait possiblement un impact différent chez la jeune anorexique. L'attention thérapeutique serait moins orientée vers les comportements alimentaires déviants et, par le fait même, moins dirigée sur les difficultés de l'adolescente.

Le modèle de Maudsley dissocie l'anorexie de l'adolescente, cette maladie agissant tel un frein à son développement normal. La réalimentation et la reprise du pouvoir parental place l'adolescente dans une position de petite fille n'ayant pas la capacité actuelle de se nourrir adéquatement. Pourtant, les tâches développementales auxquelles l'adolescente doit faire face sont orientées vers l'individuation, l'identité, l'affirmation de soi. Sous cet angle, il est possible que la jeune fille se sente mise à l'écart dans son propre processus de réalimentation étant donné que le contrôle alimentaire est remis entre les mains des parents.

L'approche thérapeutique de Maudsley perçoit l'anorexie nerveuse chez l'adolescente comme étant une conséquence du dysfonctionnement familial. À cet effet, les interventions menées auprès de la famille pendant la deuxième et troisième phase porte sur la négociation de nouveaux modèles d'interactions entre les membres de la famille. Cette variable est non négligeable mais il appert que le modèle de Maudsley laisse dans l'ombre des facteurs de risque influents sur la dynamique anorexique. En effet, les variables sociales notamment les difficultés sociales et les idéaux élevés de beauté véhiculés et promus par la société ne sont pas abordées au

cours du suivi. D'ailleurs, des entretiens individuels pourraient être menées avec la jeune concernant ses caractéristiques personnelles telles une faible estime d'elle-même, des traits spécifiques de sa personnalité et un regard sur les distorsions cognitives probables par rapport à son poids corporel. Une attention particulière à ces dimensions pourrait permettre à l'adolescente de mieux cheminer à travers les tâches développementales propres à l'adolescence.

Le modèle de Maudsley suggère une co-intervention lors du suivi thérapeutique mais sans pour autant que cela soit une nécessité. Contrairement aux thérapies familiales exposées dans cet essai (Cook-Darzens, 2001; Pauzé et Charbouillot-Mangin, 2001), l'approche proposée par Maudsley implique un seul thérapeute, c'est-à-dire une vision bifocale. Cette approche élimine une double prise en charge mais exclut également la notion de perspective. En effet, les informations reçues au cours des entretiens familiaux ne sont traitées que par le regard clinique d'un seul professionnel. Par conséquent, cette analyse n'offre pas l'accès à une vision simultanée de la problématique telle que le permettrait une co-intervention menée par un psychologue (aspect intrapsychique) et un médecin (aspect médical), par exemple.

Contrairement aux modèles de Cook-Darzens et de Pauzé et Charbouillot-Mangin (2001) lesquels considèrent l'hospitalisation en dernier recours, l'approche de Maudsley ne démontre pas de résistance à ce moyen de prise en charge qui est menée en milieu ambulatoire ou hospitalier. D'ailleurs, pour les jeunes patientes, l'isolement et la séparation de la famille immédiate sont des pratiques jugées inutiles dans le traitement des dysfonctions alimentaires (Cook-Darzens, 2002).

3.3 **Programme d'intervention multidimensionnelle du CHUS**

Le programme d'intervention multidimensionnelle des dysfonctions alimentaires du CHUS (Pauzé et Charbouillot-Mangin, 2001) s'appuie sur un modèle explicatif de l'anorexie basé sur une recension exhaustive de la littérature scientifique

portant sur les facteurs biologiques, psychologiques, familiaux, sociaux ainsi qu'environnementaux associés à l'anorexie nerveuse et à la boulimie. Ces différents facteurs ont été classés en trois catégories distinctes soient les facteurs prédisposants, les facteurs déclenchants et les facteurs de maintien de la maladie. Par la suite, les concepteurs de ce programme ont élaboré une carte conceptuelle de l'anorexie afin de schématiser le plus précisément possible les multiples interactions entre les facteurs identifiés au préalable (voir annexes A et B).

Ce programme d'intervention s'inspire également des modèles théorique écologique, systémique et multisystémique ainsi que sur les programmes d'intervention les plus prometteurs auprès d'enfants et d'adolescents présentant des troubles de conduites alimentaires, notamment le modèle systémique de Maudsley (Lock *et al.*, 2001), le modèle de thérapie comportementale des systèmes familiaux de Robin *et al.* (1994, 1995, 1998) ainsi que le modèle de consultation familiale conjointe de Cook-Darzens (2002).

3.3.1 Étapes du suivi thérapeutique

L'équipe d'intervention est composée de deux pédiatres, deux psychologues et de trois psychiatres. Ces intervenants suivent 35 jeunes par année. Le processus d'intervention par lequel l'ensemble des familles chemine comprend, entre autres, un processus d'évaluation exhaustif, un suivi individuel avec l'adolescente et une thérapie familiale.

3.3.2 Processus d'évaluation

Suite à la référence au programme du CHUS par un médecin de famille, une première rencontre a lieu avec un des pédiatres afin d'établir un diagnostic. Dans les jours qui suivent, l'intervenant principal (un psychologue ou un psychiatre) ainsi que le pédiatre traitant rencontrent les parents afin de leur présenter l'ensemble du

programme et d'établir avec eux un lien étroit en tant que partenaires thérapeutiques indispensables. De façon plus spécifique, les thérapeutes expliquent le cadre théorique, la démarche d'intervention et leur rôle déterminant dans le processus de réalimentation de leur jeune fille. La première phase de l'intervention est particulièrement axée sur ce dernier aspect. À cet effet, des conseils sont proposées aux parents afin de favoriser la reprise du contrôle parental autour du processus de renutrition. En fin de rencontre, les parents sont invités à participer à la recherche, puis s'ils acceptent, à signer une lettre de consentement. Cette rencontre dure environ 60 minutes.

Dans les jours qui suivent, l'intervenant rencontre l'adolescente et ses parents au domicile familial afin de compléter une série de questionnaires qui visent à évaluer les facteurs de risque associés à l'anorexie mentale, tels les facteurs personnels, familiaux, sociaux et environnementaux. Ces questionnaires sont sélectionnés en fonction de leurs propriétés psychométriques et de leur capacité à évaluer les principaux facteurs de risque reconnus. Il faut approximativement 150 minutes pour compléter ces questionnaires qui sont par la suite traités de façon informatique, ce qui permet de générer un rapport clinique complet de la situation de l'adolescente anorexique.

Par la suite, trois rencontres familiales tenues sur une base hebdomadaire permettent de documenter l'histoire de vie de la jeune fille ainsi que les étapes de son développement personnel et social. Les intervenants portent une attention particulière aux stades développementaux non-résolus par la famille au cours de l'évolution de l'adolescente. L'objectif est de situer l'apparition, l'évolution et le maintien de la dysfonction alimentaire et ce, dans une perspective développementale, individuelle et familiale. De plus, les thérapeutes et la famille tentent de comprendre la fonction de l'anorexie en regard des sphères de développement individuel, familial et social. La septième rencontre (cinquième semaine du suivi) porte sur la construction d'une carte conceptuelle explicative de l'anorexie. Enfin, la dernière étape du processus

d'évaluation consiste à générer un bilan clinique informatisé à partir des informations recueillies. La synthèse d'évaluation permet à l'équipe thérapeutique de partager une vision commune de la dysfonction alimentaire et d'établir une cohérence dans l'élaboration d'objectifs d'intervention. Lors du huitième entretien, les spécialistes présentent le bilan clinique à la jeune fille et à sa famille et conviennent ensemble d'une démarche systématique d'intervention particulière à chaque adolescente en suivi. Ainsi, un plan d'intervention découlant directement du bilan d'évaluation est établi. Afin d'atteindre les objectifs d'interventions, des rencontres individuelles, familiales et parentales sont prévues.

3.3.3 *Étapes du modèle d'intervention*

Le modèle d'intervention comporte des rencontres individuelles et familiales, des entretiens parentaux ainsi que des groupes de parents et d'adolescentes présentant des dysfonctions alimentaires. À cela, le médecin prévoit un suivi médical afin d'assurer un processus de réalimentation adéquat. Ainsi, l'adolescent participe hebdomadairement à des rencontres individuelles psychoéducatives dont le contenu est déterminé au préalable lors du plan d'intervention. Par ailleurs, l'équipe offre du soutien au couple parental dans le processus de renutrition de l'adolescente. Parallèlement, un suivi familial bimensuel est proposé à la famille. L'objectif des entretiens familiaux porte sur l'accomplissement de tâches développementales inachevées ou irrésolues, la résolution de situations conflictuelles, le processus d'autonomisation et d'individuation de l'adolescente ainsi que le soutien à la socialisation. Appuyé par les facteurs de maintien identifiés au plan d'intervention, l'accent est mis sur la modification des comportements et attitudes familiales entretenant les conduites anorexiques tels une relation fusionnelle parent-adolescente, un encadrement déficient ou une surprotection parentale. Dans cet ordre d'idées, les thérapeutes soutiennent la famille dans l'établissement de frontières intergénérationnelles claires.

Vers la dixième semaine, le thérapeute invite les amis composant le réseau social du jeune à une rencontre au domicile familial afin de démystifier l'anorexie et de les impliquer dans le processus de réinsertion sociale de l'adolescente. Puis, quelques mois après le début de l'intervention, les parents sont conviés à des rencontres de groupe avec d'autres parents prenant part au programme d'intervention multidimensionnelle du CHUS. Des rencontres de groupe sont également offertes aux adolescentes.

Tout au long de la prise en charge, des rencontres médicales sont régulièrement prévues pour répondre, entre autres, aux difficultés rencontrées en cours de réalimentation.

Une supervision clinique est tenue chaque semaine pour discuter de situation clinique. Lors de cette rencontre, l'équipe d'intervention se réunit afin de s'assurer que les objectifs ciblés au plan d'intervention concordent avec ceux travaillés actuellement. En outre, les intervenants complètent des journaux de bord suivant chaque intervention. Cette pratique rigoureuse permet d'apporter des ajustements au plan d'intervention original et ce, tout au long du suivi thérapeutique. De nouvelles informations ou situations adverses peuvent ainsi être prises en compte. De cette manière, l'équipe d'intervention assure l'application fidèle du programme et ce, dès la prise en charge de la jeune fille et de sa famille.

Afin de dresser le processus évolutif des jeunes adolescentes et des familles participant au programme d'intervention, une réévaluation est menée 12 et 24 mois après le début de la prise en charge. Les données recueillies permettent aux chercheurs d'établir des similitudes entre les jeunes et les familles référés ainsi que d'élaborer des profils distincts de la clientèle participant au programme du CHUS.

3.3.4 *Apports et limites du modèle d'intervention multidimensionnelle du CHUS*

En référence à la recension menée dans la littérature scientifique, il ressort que le modèle d'intervention multidimensionnelle du CHUS (Pauzé et Charbouillot-Mangin, 2001) tient compte de nombreuses variables influentes telles le développement individuel, le fonctionnement familial, les relations avec les pairs, etc.

Une particularité propre au programme d'intervention de CHUS est l'implication active du groupe de pairs dans le processus de réadaptation et de réintégration sociale. En effet, des études ont démontré l'impact positif de ce facteur au cours de la réinsertion sociale de l'adolescent anorexique. Contrairement au modèle du CHUS, le modèle systémique de Maudsley questionne la qualité du réseau social sans pour autant investir davantage dans une intervention concrète.

Le modèle d'intervention multidimensionnelle du CHUS repose sur une approche multisystémique où chaque jeune est unique et donc présente une problématique à caractère singulier. Le plan d'intervention est adapté à chaque adolescent référé et la famille participe à l'élaboration de celui-ci d'après les résultats obtenus aux questionnaires. Cette vision commune de la problématique renforce le partenariat entre tous les acteurs impliqués et favorise la collaboration des parents sans compter que la présentation du bilan clinique possède un effet mobilisateur. En effet, le bilan reflète leurs perceptions en regard de la situation problématique actuelle.

Le modèle du CHUS exige une grande disponibilité des intervenants puisque la majorité des entretiens familiaux sont tenus en soirée ou la fin de semaine. Pour être appliqué, ce modèle multidimensionnel requiert plusieurs personnes tant pour, la passation du protocole d'évaluation, l'entrée des données à l'informatique, l'animation des groupes de parents et d'adolescentes, les suivis familiaux et les entretiens individuels. Cela nécessite du temps et de l'organisation de la part des

intervenants La mobilisation de telles ressources n'est une tâche évidente pour les ressources humaines du CHUS mais les résultats escomptés en valent l'effort.

Une évaluation exhaustive composé de multiples instruments de mesure standardisés est menée en début de prise en charge. La lecture obtenue de ce bilan informatisé combiné aux entretiens familiaux permet tant à l'équipe d'intervention qu'à la famille d'arrêter des cibles d'intervention directement en lien avec les résultats obtenus. Cela signifie que tous les membres prenant part à l'élaboration de la carte conceptuelle et du plan d'intervention ont une vision commune de la situation actuelle. En outre, l'équipe d'intervention peut aussi utiliser ce bilan dans un but précis de motivation au changement. D'ailleurs, ce modèle se distingue par cette collaboration entre la famille et les intervenants à élaborer conjointement des cibles d'intervention.

Chaque semaine, une supervision clinique assidue est prévue entre intervenants et ce, à chaque semaine. Les intervenants discutent du cas de chaque adolescente suivie pour décider de la poursuite ou du réajustement des cibles d'interventions. Cet aspect clinique est propre au programme élaboré par Pauzé et Charbouillot-Mangin (2001).

Chapitre 4

Proposition d'une intervention

Dans ce quatrième chapitre, nous proposons une intervention laquelle nous apparaît la plus pertinente afin de répondre adéquatement aux besoins des adolescentes anorexiques et de leur famille. Ce dernier chapitre vise à définir les modalités d'intervention ainsi qu'à élaborer les différentes étapes de la démarche clinique dans l'optique d'implanter ce programme dans un centre de santé et des services sociaux (CSSS) où une équipe d'intervention en santé mentale jeunesse est en fonction.

Le traitement idéal des dysfonctions alimentaires en serait un qui engloberaient l'ensemble des facteurs de risque associés à l'anorexie nerveuse. Afin de bien cibler les facteurs contribuant au développement et au maintien de la maladie, il est effectivement nécessaire de mener une évaluation exhaustive de l'adolescente et de sa famille.

4.1 **Modalités d'intervention**

Il est essentiel de mentionner que le traitement proposé s'étale sur une longue période. Dans ce sens, le suivi peut s'étendre sur un an ou plus et nécessite la mobilisation d'un minimum de trois professionnels.

4.1.1 *Équipe d'intervention*

La mise en place de ce type de traitement requiert une équipe multidisciplinaire. Effectivement, de nombreux aspects tant psychosociaux, environnementaux que médicaux sont abordés au cours du suivi thérapeutique ce qui nécessite une complémentarité professionnelle au niveau de l'équipe d'intervention. En considérant les ressources humaines généralement disponibles au sein des équipes de santé mentale jeunesse en CSSS, l'équipe est préférablement constituée de deux intervenants de professions différentes et d'un intervenant substitut (intervenant remplaçant qui connaît l'évolution des suivis en participant à la supervision clinique).

Notre programme prévoit un intervenant en remplacement dans le cas où une situation imprévisible survient (congé de maternité, départ pour maladie, démission, etc.) Compte tenu de leur formation professionnelle, le duo d'intervention est formé de professionnels ayant acquis une expérience significative avec les adolescentes anorexiques. De surcroît, le nombre d'intervenants faisant partie de l'équipe thérapeutique doit être restreint et ce, afin de maintenir la stabilité et la fidélité du programme implanté. En outre, la stabilité de l'équipe en place permet de miser sur une constance et une cohérence accrue au niveau des interventions en plus de développer une expertise au sein du CSSS. Ainsi, il est possible d'envisager une équipe constituée d'un psychologue et d'un psychoéducateur, d'un médecin et d'un psychologue ou d'un psychologue et d'un travailleur social. Il est à noter qu'un thérapeute principal et un agissant au second plan sont présents dans chacun des suivis thérapeutiques.

Dans le cas où l'équipe d'intervention est composée de professionnels psychosociaux, un suivi médical est mené parallèlement. Ainsi, le médecin prend note de l'évolution du poids de l'adolescente et évalue les impacts physiques associés au trouble alimentaire. Ce dernier est en constante communication avec les intervenants afin de pallier aux possibles tentatives de triangulation et afin d'être tenu au courant des cibles d'intervention et ce, tout au long du processus thérapeutique.

De plus, dans l'objectif d'assurer une réalimentation équilibrée de l'adolescente et de fournir des informations nutritionnelles destinées particulièrement aux parents, les professionnels accompagnés ou non de la famille peuvent échanger avec un spécialiste tel une nutritionniste ou une infirmière. Selon les besoins de l'adolescente, la jeune peut bénéficier d'un suivi individualisé avec un spécialiste en nutrition dans un but d'éducation, par exemple.

S'il advient que les thérapeutes relèvent des indices d'une santé mentale menacée, une consultation avec un psychiatre peut être envisagée. En fait, la

pharmacothérapie peut être considérée et devient un moyen d'intervention temporaire ou permanent. Dans cette situation, les interventions des thérapeutes doivent être ajustées en fonction de la comorbidité.

4.1.2 Processus d'évaluation

Un élément important dans la mise en place d'une intervention s'avère être le processus d'évaluation en début de prise en charge. L'évaluation exhaustive de tous les aspects de vie de la jeune fille et de sa famille, entre autres, la dynamique de l'adolescente, les causes liées à l'apparition du trouble alimentaire, les facteurs de maintien de la maladie, le fonctionnement familial, les tâches développementales irrésolues, ce qui permet d'identifier avec exactitude les facteurs de risque et de protection associées à l'anorexie nerveuse. De ce processus d'évaluation rigoureuse, un portrait global est généré permettant mettre en place un plan d'intervention adapté aux besoins de la jeune anorexique, mais aussi, de ses parents et de la famille.. Au cours du suivi, les intervenants notent l'évolution de l'adolescente laquelle permet de constater les progrès et l'efficacité de l'intervention en cours. Des suivis post-traitements sont également prévus selon des intervalles définis au préalable dont la visée est de réévaluer l'évolution de l'adolescente et proposer des alternatives au traitement lorsque les objectifs d'intervention n'ont pas été atteints et lors de rechutes.

4.2 Lignes directrices de l'intervention proposée

L'implantation d'un programme d'intervention en centre de santé et de services sociaux pourrait être mis en place au sein d'un centre local de services communautaires (missions CLSC), organisme public dispensant des services de première ligne. L'arrivée d'équipes de santé mentale jeunesse dans les missions CLSC propose une instance et une structure congruente afin de répondre aux besoins de jeunes présentant des désordres alimentaires. Les intervenants au sein de ces équipes se rendent à domicile et offrent des services à intensité variable aux jeunes et

à leurs familles. Contrairement aux modèles de Maudsley (2001) et de Cook-Darzens (2002), les interventions familiales de notre programme se déroulent dans le milieu familial. En effet, le vécu partagé est au cœur de l'intervention familiale. Les thérapeutes sont imprégnés de la réalité familiale et peuvent intervenir dans « le feu de l'action ». Ceux-ci vivent des situations diverses chargées d'émotions avec les membres de la famille. Les intervenants les accompagnent notamment dans l'expression appropriée de leurs émotions, la compréhension de l'événement, la recherche de solutions et la réutilisation des moyens efficaces lors de situations similaires prochaines. Suite à une crise familiale résolue, les thérapeutes démontrent l'importance de faire un retour sur la situation et les encouragent à relever des difficultés et des forces vécues et à se féliciter des bons coups par le renforcement positif.

Dans ce contexte d'intervention, la thérapie familiale idéale est une combinaison d'éléments provenant des modèles présentés dans la section précédente. Nous proposons la thérapie familiale dont les assises théoriques proviennent principalement du modèle d'intervention multidimensionnelle du CHUS soit une approche multisystémique qui prend en compte l'aspect multifactoriel de la problématique où les facteurs de risque et de protection influents sont identifiés au plan d'intervention. Également, nous incluons la carte conceptuelle du Chus comme outil pertinent dans la synthèse d'évaluation. En effet, les éléments présentés dans la carte conceptuelle exposent les facteurs multiples en lien avec la dysfonction alimentaire. Ce schéma concret permet de visualiser et de cibler des sphères d'intervention ainsi que de dresser les priorités selon les besoins exprimés par la jeune et sa famille. Ensuite, l'adolescente et sa famille définissent les objectifs à inscrire au plan d'intervention thérapeutique.

L'intervention proposée débute par l'administration systématique d'un protocole d'évaluation regroupant des outils de mesure standardisés afin d'identifier les facteurs de risque et de protection en regard de la problématique diagnostiquée.

L'influence des facteurs personnels, environnementaux, familiaux, et sociaux doit être explorée en profondeur. Ensuite, un entretien familial est mené avec tous les membres de la famille et porte sur l'élaboration d'un génogramme familial permettant de documenter et de qualifier les interactions intergénérationnelles ainsi que les modèles familiaux dans lesquels la jeune a évolué jusqu'à présent. Enfin, une rencontre familiale est tenue pour reproduire l'histoire de vie de la jeune fille et de sa famille en plus de relever les tâches développementales non résolues et les solutions trouvées par la famille afin d'y remédier. Le processus d'évaluation se conclue par la production d'un bilan clinique détaillé. La compilation informatisée des résultats permet notamment de conserver les données recueillies et de générer différents profils à partir de caractéristiques communes des adolescentes référées.

Le bilan clinique informatisé est présenté à la famille et à l'adolescente. Il offre un portrait juste des forces et des limites du fonctionnement et des interactions familiales et expose les divers facteurs associés au développement et au maintien de l'anorexie. Le but sous-jacent des thérapeutes lors de la présentation du bilan est de mobiliser les membres de la famille et de les motiver au changement et ce, à partir de leur propre analyse de la situation actuelle. Ce reflet fait office de levier et de point de départ au plan d'intervention puisque toute la famille peut s'entendre sur les objectifs à travailler et sur l'ordre de priorité dans lequel ils seront abordés au cours du processus thérapeutique.

Une supervision assidue et régulière entre les membres de l'équipe d'intervention est une modalité primordiale à établir dans le processus thérapeutique. Contrairement aux supervisions hebdomadaires proposées dans le modèle d'intervention multidimensionnelle du CHUS (2001), la charge de cas élevée en CSSS nécessite une supervision bimensuelle ou mensuelle. Celle-ci permet de s'assurer de la constance et de la cohérence des objectifs d'intervention préalablement ciblés au plan d'intervention de chaque adolescente en suivi.

4.3 **Déroulement de l'intervention proposée**

Dans cette section, nous décrivons sommairement les différentes sphères de l'intervention proposée étant donné que nous reprenons plusieurs éléments pertinents provenant des différents programmes clairement détaillés au chapitre précédent. Cependant, l'articulation des interventions n'est pas décrite en phases distinctes mais plutôt sous forme de type d'intervention. Ainsi, nous exposons le déroulement de la thérapie familiale, laquelle est au cœur du suivi thérapeutique. Puis, nous détaillons les rencontres individuelles menées avec l'adolescente. Enfin, les groupes de soutien pour les parents d'adolescentes anorexiques sont succinctement définis.

4.3.1 *Thérapie familiale*

La thérapie familiale menée en co-intervention est l'élément central du suivi thérapeutique. Notamment, elle permet aux thérapeutes de rapporter les thèmes abordés en individuel ou en groupe d'entraide et de mettre en application les acquis ou tout simplement de consolider les connaissances.

La première partie du suivi familial débute par la normalisation des comportements alimentaires et l'éducation de la jeune fille et de sa famille sur l'anorexie nervosa. Afin de répondre adéquatement aux multiples questionnements des membres de la famille, le thérapeute principal est secondé par un spécialiste en nutrition ou une infirmière de l'équipe de santé mentale jeunesse. L'entretien familial, d'une durée de 75 minutes, se tient généralement à domicile ou au centre de santé et de services sociaux. Au cours de cette phase initiale, la technique du pique-nique familial présenté dans l'approche de Maudsley (Rhodes, 2003) est utilisée par les thérapeutes. Néanmoins, dans notre programme des modifications y sont apportées au niveau des modalités de réalisation et d'intervention. En effet, il est demandé à la famille de capter à l'aide d'une caméra le déroulement d'un repas familial type. Préalablement à la tenue de la prochaine rencontre familiale, les thérapeutes

visionnent ensemble la bande vidéo. Ils notent les forces et les limites des interactions familiales et identifient les attitudes favorisant le maintien de la dynamique anorexique. Puis, l'enregistrement du repas est présenté à la famille au cours d'un entretien. Les thérapeutes recueillent les commentaires et les réactions spontanées des membres concernés. La technique de circularité est favorisée par les thérapeutes afin de questionner les émotions possiblement vécues chez un parent, la jeune ou la fratrie et ce, en s'adressant à un autre membre de la famille. Le renforcement positif par rapport aux attitudes familiales et aux échanges respectueux est également fréquent lors des entretiens. Les thérapeutes souhaitent développer une relation significative avec la famille où l'attention thérapeutique n'est pas orienté sur les conduites anorexiques. Ceux-ci se révèlent être des modèles de référence pour les membres de la maisonnée.

Il est à noter que la réalimentation de l'adolescente n'est pas une responsabilité pleinement parentale tel que présenté dans l'approche de Maudsley. Effectivement, les thérapeutes avec la collaboration d'un spécialiste en nutrition accompagnent l'adolescente ainsi que ses parents dans l'équilibrage de l'alimentation.

La seconde partie du suivi familial débute lorsqu'une augmentation significative du poids de l'adolescente est observée. Au cours de cette phase, les thérapeutes abordent les tâches développementales non résolues et identifiées lors du processus d'évaluation. Par le fait même, les entretiens s'articulent autour de la recherche active de solutions afin d'augmenter la qualité du fonctionnement familial. Ces discussions mènent à la gestion adéquate des conflits familiaux et à la négociation de nouveaux modèles relationnels au sein de la famille. Les jeux de rôles et les mises en situation favorisent l'appropriation des principes de résolution des situations conflictuelles actuelles et éventuelles. De plus, notre programme fait un pas de plus et s'assure de l'appropriation des acquis concernant la résolution de conflits et l'expression adéquate des émotions particulièrement en situation de crise et ce, en

préparant la famille aux prochaines étapes de la vie familiale et aux possibles difficultés à résoudre.

4.3.2 *Entretien individuel*

Simultanément à la thérapie familiale, des entretiens individuels avec l'adolescente sont menés sur une base hebdomadaire par le thérapeute principal, psychologue ou psychoéducateur. Les rencontres sont d'une durée approximative de 60 minutes et ont lieu à l'école, au domicile ou au centre de santé et de services sociaux dépendamment des objectifs visés dans le plan d'intervention. Contrairement aux programmes présentés précédemment, nous proposons à l'adolescente d'exprimer ses états d'âme (les réussites vécues, les difficultés rencontrées, les peurs anticipées, etc.) par l'intermédiaire d'un journal de bord lui permettant d'écrire, de dessiner ou de traduire artistiquement son vécu émotionnel. Un retour sur le contenu du journal est planifié à chaque rencontre dans un but de développer des capacités personnelles d'autogestion des émotions et d'introspection chez l'adolescente anorexique.

Parallèlement aux discussions familiales sur la résolution des conflits, les difficultés sociales sont abordées avec l'adolescente. Tel que présenté dans le modèle d'intervention multidimensionnelle du CHUS, les thérapeutes invitent le groupe de pairs à une rencontre au domicile familial afin de solliciter leur implication active dans le processus de réadaptation. Ainsi, le thérapeute explique concrètement aux amies de l'adolescente la dynamique et les manifestations de l'anorexie nerveuse et les besoins spécifiques de l'adolescente en lien avec une réinsertion sociale positive. De plus, cette approche permet aux parents de rencontrer les amies ayant un impact dans la vie de leur fille et d'échanger brièvement avec celles-ci ce qui explique que cette rencontre est tenue à domicile.

Le suivi individuel permet au thérapeute d'accompagner l'adolescente notamment au niveau du processus identitaire, de la quête d'autonomie, de

l'augmentation de l'estime de soi et des relations interpersonnelles et amoureuses. Ces thèmes sont au cœur des réalités vécues au cours de la période pubertaire.

La dernière partie du suivi individuel consiste à préparer l'adolescente aux étapes développementales futures et à envisager adéquatement la fin du suivi thérapeutique et la séparation occasionnée.

4.3.3 *Groupes de soutien*

Tout comme présenté dans le modèle de Pausé et Charbouillot-Mangin (2001), nous envisageons les groupes de soutien comme mode d'intervention complémentaire au suivi individuel et à la thérapie familiale mais en définissant le contenu différemment. À l'intérieur de notre programme, les groupes de soutien, tenus sur une base hebdomadaire, offrent 120 minutes d'échanges par rapport au vécu empreint d'émotions des participants qui sont liés par une caractéristique commune., les membres sont les parents d'une jeune présentant des dysfonctions alimentaires. À l'intérieur du groupe de soutien aux anorexiques, les participantes sont des adolescentes aux prises avec un trouble des conduites alimentaires. L'animation de chaque groupe est réalisée par un des membres de l'équipe d'intervention et chaque groupe compte une moyenne de 6 à 8 participants. La durée varie en fonction des besoins des adolescentes et des thématiques à discuter telles la puberté, les rapports interpersonnels, les relations amoureuses, la résolution de situations conflictuelles, le projet de vie.

A. *Groupe de soutien aux parents*

Le groupe de soutien aux parents encourage l'entraide et offre un lieu propice d'échanges sur les réussites et les difficultés rencontrées au quotidien. Les parents ont également l'opportunité d'entendre la réalité des autres membres du groupe et, par le fait même, se supportent, s'approprient des trucs et astuces,

s'encouragent et se valorisent dans leur rôle de parents. En outre, l'animateur intervient dans les échanges en apportant des éléments théoriques et pratiques rattachés au vécu des parents.

L'animateur parle aussi des tâches développementales propres à l'adolescente et au couple parental. Ainsi, l'évolution du rôle parental vers un rôle conseil est expliquée dans une perspective où leur fille devient une femme autonome et indépendante tandis que leur couple tend à la redécouverte de l'autre à l'intérieur de la relation conjugale.

B. Groupe de soutien aux adolescentes

Dans le même ordre d'idées, le groupe d'adolescentes composé de 6 à 8 participantes offre à celles-ci l'opportunité de partager leur vécu affectif et social. De plus, le thérapeute ouvre sur les particularités auxquelles les adolescentes anorexiques ont ou auront à faire face dans l'accomplissement des tâches développementales de la puberté et de la vie adulte à venir. En outre, ce mode d'intervention permet au thérapeute d'intervenir spécifiquement auprès des adolescentes concernant le développement d'habiletés sociales saines étant donné qu'il connaît les objectifs figurant au plan d'intervention de chacune d'entre elles. Cela permet de consolider les acquis et de les mettre en pratique dans des contextes de vie différents.

4.3.4 Suivis thérapeutiques complémentaires

Tout comme présenté dans le programme du CHUS (Pauzé et Charbouillot-Mangin, 2001), notre programme propose un suivi aux parents en besoin de soutien supplémentaire. Selon les compétences parentales et les besoins identifiés lors du plan d'intervention, l'équipe d'intervention suggère aux parents la possibilité de bénéficier d'un suivi. Un intervenant assure le suivi dont la durée est variable établi selon les besoins du couple. Ces rencontres permettent de faire le point sur les

sentiments vécus (culpabilité, peur, colère, tristesse, tec.) par le couple parental par rapport au diagnostic d'anorexie nerveuse. De plus, le thérapeute interroge les parents sur les éléments éducatifs angoissants concernant la réalimentation et des confrontations possibles avec leur adolescente. L'intervenant les accompagne les parents dans la réappropriation d'un contrôle parental adéquat et les sensibilise aux enjeux et aux étapes développementales à franchir et, plus spécifiquement, le passage du couple parental au couple conjugal. Les thérapeutes de notre programme s'assurent de l'appropriation des nouveaux acquis pour que le couple soit en mesure de les réutiliser dans d'autres contextes futurs.

CONCLUSION

Le programme idéal d'intervention pour le traitement des dysfonctions alimentaires anorexiques n'existe pas. Néanmoins, le fait d'être conscient des forces et des limites de l'intervention est un pas d'envergure vers le programme souhaité. La clé du succès repose sur une évaluation exhaustive des besoins et des facteurs de risque associés à la problématique anorexique ainsi que sur l'adaptation et le réajustement des interventions en cours de suivi thérapeutique et en fin de traitement. Par ailleurs, l'intervention précoce auprès de l'adolescente et de sa famille et ce, dès l'apparition de comportements alimentaires symptomatiques, prévient et tente d'éviter la cristallisation des conduites anorexiques problématiques. Pour cette raison, nous avons consacré cet essai aux adolescentes et leurs familles ainsi qu'aux thérapies familiales les plus prometteuses. Il est d'une évidence que l'anorexie nerveuse demeure une problématique de santé mentale fréquemment diagnostiquée chez les adolescentes sans compter que cette maladie létale est davantage diagnostiquée chez des jeunes filles prépubères. Afin de mieux la prévenir et la traiter, nous devons poursuivre les études sur le sujet. En fait, la sensibilisation des jeunes filles à ce fléau mérite une attention particulière et inhérente de la part des instances gouvernementales, mais également, des agences de la santé et des services sociaux, des milieux scolaires, des organisations communautaires et surtout de la population générale. La réalité actuelle est que la société nord-américaine continue de véhiculer des normes de beauté et de minceur irréalistes dont les impacts sont dévastateurs chez de jeunes adolescentes qui tentent d'atteindre cette perfection physique, synonyme de réussite sous tous ces aspects. Chacun peut débiter aujourd'hui tel que nous le démontre la citation de Gandhi: « Soyons le changement que nous voulons voir dans le monde »

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Dietetic Association (2001). Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Eating Disorders not Otherwise Specified. *Journal of the American Dietetic Association*, 101(7), 810-819.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. MINI DSM-IV-TR. Critères diagnostiques (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. Guelfi *et al.*, Masson, Paris, 2004, 384 pages.
- Alvin, P. (2001). *Anorexies et boulimies à l'adolescence*. Rueil-Malmaison: Doin.
- Armsden, G. C. et Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427-454.
- Arnett, J.J. (2001). *Adolescence and emerging adulthood: a cultural approach*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bergh, C., Brodin, U., Lindberg, G. et Södersten, P. (2002). Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. *Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 99(14), 9486-9491.
- Bideaud, J., Houdé, O. et Pedinielli, J.-L. (2004). *L'homme en développement*. Paris: Quadrige.
- Bruch, H. (1979). *L'énigme de l'anorexie*. (Trad. par A. Rivière). Paris: Presses Universitaires de France.
- Bulik, C. M. (2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(2), 201-218.
- Bulik C.M., Sullivan P.F., Fear J. L. et Joyce P.R. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(2), 101-107.
- Bulik C.M., Sullivan P.F. et Kendler, K.S. (2000). An empirical study of the classification of eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 96(2), 101-107.
- Chabrol, H. (2004). *L'anorexie et la boulimie de l'adolescente* (4^e éd.). Paris: Presses Universitaires de France, collection «Que sais-je» (1^{re} éd. 1991).

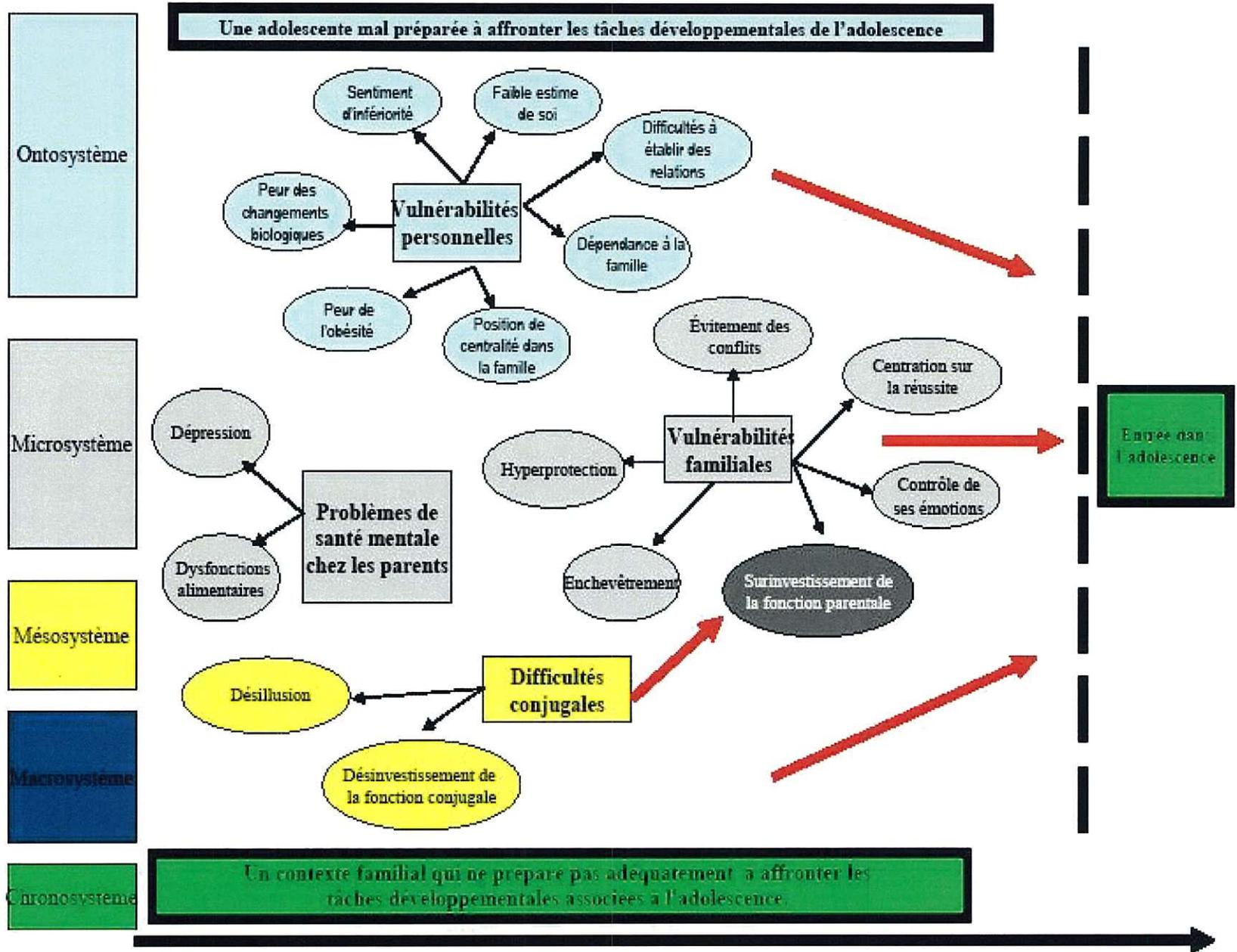
- Chambry, J., Corcos, M., Guilbaud, O. et Jeamment, P. (2002). L'anorexie mentale masculine: réalités et perspectives. *Annales De Medecine Interne*, 153(sup. 3), 1S61-1S67.
- Claes, M. (1988). Le rôle des amitiés sur le développement et la santé mentale des adolescents. *Santé Mentale au Québec*, XIII(2), 112-118.
- Claes, M. (1991). *L'expérience adolescente* (3^e éd.). Liège: Mardaga.
- Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M., & Wetzel R.D. (1994). *The temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use*. St. Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Cloutier, R. (1996). *Psychologie de l'adolescence* (2^e éd.). Montréal: Gaëtan Morin (1^{re} éd. 1982).
- Cook-Darzens, S. (2002). *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique: approche systémique intégrée*. Paris: Dunod.
- Curtis, N.M., Ronan, K.R. et Broduin, C.M. (2004). Multisystemic treatment: a meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18(3), 411-419.
- Dare, C., Chania, E., Eisler, I.E., Hodes, M. et Dodge, E. (2000). The eating disorder inventory as an instrument to explore change in adolescents in family therapy for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 8(5), 369-383.
- Davies, S. (2004). A group-work approach to addressing friendship issues in the treatment of adolescents with eating disorders. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(4), 519-531.
- Davis, C., Katzman, D.K., Kaptein, S., Kirsh, C., Brewer, H., Kalmbach, K., Olmsted, M.P., Woodside, D.B. et Kaplan, A.S. (1997). The prevalence of high-level exercise in the eating disorders: etiological implications. *Comprehensive Psychiatry*, 38(6), 321-326.
- Desmarais, Blanchet et Mayer (1982). Modèle d'intervention en réseau au Québec. *Cahiers Critiques en Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, 4(5), 109-118.
- Eisler, I., Dare, C., Russell, G.F., Szmukler, G., le Grange, D. et Dodge, E. (1997). Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5 year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 55(11), 1025-1030.

- Fairburn, C. G. et Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361(9355), 407-416.
- Fisher, M., (2003). The course and outcome of eating disorders in adults and in adolescents: a review. *Adolescent Medicine State of the Art Reviews*, 14(1), 149-158.
- Flament, M.F., Godart, N.T., Fermanian, J. et Jeammet, P. (2001). Predictive factors of social disability in patients with eating disorders. *Eating Weight Disorder*, 6, 99-107.
- Fornari, V., Wlodarczyk-Bisaga, K., Matthews, M., Sandberg, D., Mandel, F.S. et Katz, J.L. (1999). Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 40(6), 434-441.
- Gard, M.C. et Freeman, C.P. (1995). The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 20(1), 1-12.
- Garner, D.M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3*. Psychological Assessment Resources Inc.: Floride.
- Gilchrist, P N., Ben-Tovim, D. I., Hay, P. J., Kalucy, R.S. et Walker, M. K. (1998). Eating disorders revisited. I: Anorexia Nervosa. *Medical Journal of Australia*, 169(8), 438-441.
- Gullone, E. et Robinson, K. (2005). The Inventory of Parent and Peer Attachment-Revised (IPPA-R) for Children: A Psychometric Investigation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 67-79.
- Hsu, L.K.G. (1990). *Eating Disorders*. New-York: Guilford Press.
- Jackson, T., Weiss, K.E., Lunquist, J.J. et Soderlind, A. (2001). Sociotropy and perceptions of interpersonal relationships as predictors of eating disturbances among college women: two prospective studies. *The Journal of Genetic Psychology*, 166(3), 346-359.
- Lacharité, D. (1991). *Les changements survenus dans la vie d'anorexiques primaires au cours de l'année qui précède le début de leur diète*. Mémoire de maîtrise en éducation, Université de Sherbrooke, Québec.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W.S., Dare, C. (2001). Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach. New-York: Guilford Press.

- Maisie, C.E., Gard, Chris et Freeman, P. (1995). The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 20(1), 1-12.
- Mangweth, B., Hausmann, A., Danzl, C., Walch, T., Rupp, C.I., Biebl, W., Hudson, J.I. et Pope Jr., H.G. (2005). Childhood body-focussed behaviors and social behaviors as risk factors of eating disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 247-253.
- Mitchell, J.E. et Peterson, C.B. (2005). *Assessment of eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Pauzé, R., Charbouillot-Mangin, B. (2001). *L'anorexie chez les adolescentes*. Paris: Érès.
- Pomerleau, G. et collaboratrices. (2001). *Démystifier les maladies mentales. Anorexie et boulimie. Comprendre pour agir*. Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur, collection « Démystifier les maladies mentales ».
- Shaffer, D.R., Wood, E. et Willoughby, T. (2002). *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence* (1^{re} éd.). Scarborough: Nelson.
- Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T. G., Walker, S., Miller, S., Sagar, A. et Lock, J. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(11), 38-46.
- Szabo, C. P. (1998). Eating disorders and adolescence. *Southern African Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 10(2), 117-125.
- Tiller, J.M., Sloane, G., Schmidt, U., Troop, N., Power, M. et Treasure, J.L. (1997). Social support inpatients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 31-38.
- Treasure J. (1996). Modèles génétiques des troubles alimentaires. In M. Elkaïm (dir.), *Anorexie et Boulimie: Modèles, Recherches et Traitements* (p. 11-27). Bruxelles: De Boeck-Université.
- Vander Zanden, J. W. (1996). *Introduction à la psychologie du développement*. (Trad. par N. Fréchette). Montréal: Chenelière/McGraw-Hill.
- Watkins, B. et Lask, B. (2002). Eating disorders in school-aged children. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(2), 185-199.

ANNEXE A

CARTE CONCEPTUELLE DE L'ANOREXIE NERVEUSE



ANNEXE B

CARTE CONCEPTUELLE DE LA BOULIMIE

