

*Fratrie et anorexie à l'adolescence :
question cruciale en matière de prévention et de soin*

Projet réalisé par

l'ANEP

(Association Normande de Recherche en Psychologie)

Laboratoire de « Psychologie des Régulations Individuelles
et Sociales : clinique et société » (PRIS) Equipe d'accueil 3228

Hôpital d'enfants - CHU de Rouen

Responsables scientifiques du projet	Docteur Gerardin Priscille : Pédiopsychiatre, MD-PHD, CHU de Rouen Professeur Scelles Régine : Professeur en psychopathologie, Université de Rouen
Réalisation du projet	<ul style="list-style-type: none">• BAGUET Alexandre : DES de psychiatrie• PODLIPSKI Marc-Antoine: DES de psychiatrie• BELAROUCI Latéfa : psychologue clinicienne, doctorante, Rouen• BENARD Mélanie : psychologue clinicienne, doctorante, Rouen• BRECHON Geneviève : psychologue clinicienne, MCF, univ. F Rabelais Tours• LATREILLE Sophie : psychologue clinicienne, Rouen• TOUATI Catherine : psychologue clinicienne, Tours

Septembre 2007

Moyens mis en œuvre

Organismes qui ont effectué la recherche	Hôpital d'enfants Charles Nicole - CHU de Rouen Unité de psychopathologie et de médecine de l'adolescent, Pr Mallet , Dr Gerardin Laboratoire de « Psychologie des Régulations Individuelles et Sociales : clinique et société » (PRIS) Equipe d'accueil 3228
Adresses	Département de Pédiatrie Médicale, 1 rue de Germont, 76031 Rouen Cedex UFR de psychologie, sociologie et sciences de l'éducation. Rue Lavoisier, 76 821 Mont Saint Aignan Cedex
Contacts	Mail: Priscille.Gerardin@chu-rouen.fr. Tel: 02 32 88 82 16 Mail : Scelles@free.fr ;Tél: 02 35 14 64
Hôpitaux associés, Equipes de psychiatrie de l'adolescent	<ul style="list-style-type: none"> • CHU de Rouen, unité de psychopathologie et de médecine de l'adolescent, Pr Mallet. Pr Gerardin. • Institut Mutualiste Montsouris, Service de Psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, Pr Jeammet, Paris 14è • CHU de Caen, Pr Baleyte • CHU de Tours, clinique psychiatrique universitaire, Pr P. Gaillard, Dr M. Fillatre • CH du Havre, maison de l'adolescent, Dr Fuseau
Direction scientifique du projet	Docteur Gerardin Priscille , Pédopsychiatre, MD-PHD, CHU de Rouen Professeur Scelles Régine, Prof. de psychologie clinique, Univ. de Rouen.

Sommaire

<u>1</u>	<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>2</u>	<u>ANALYSE DE LA LITTERATURE</u>	3
2.1	FRATRIE APPROCHES THEORIQUES	3
2.1.1	<i>APPROCHE ANALYTIQUE</i>	3
2.1.2	<i>APPROCHE SYSTÉMIQUE</i>	5
2.1.3	<i>APPROCHE ADLÉRIENNE ET SES DÉVELOPPEMENTS</i>	5
2.1.4	<i>APPROCHE DÉVELOPPEMENTALE : CONSTRUCTION IDENTITAIRE</i>	6
2.1.5	<i>QUELQUES ASPECTS DU LIEN FRATERNEL</i>	7
2.1.5.1	<i>Processus de socialisation</i>	7
2.1.5.2	<i>Figures parentales et liens fraternels</i>	8
2.1.5.3	<i>Liens fraternels et figures d'attachement</i>	9
2.1.5.4	<i>Transmission et transformation</i>	10
2.1.5.5	<i>Fratrerie et processus de résilience</i>	11
2.1.6	<i>FRATRIE, HANDICAP ET MALADIE</i>	12
2.2	ANOREXIE : NOSOGRAPHIE	22
2.2.1	<i>HISTOIRE ET SYMPTOMATOLOGIE</i>	22
2.2.2	<i>EPIDÉMIOLOGIE</i>	23
2.2.3	<i>DESCRIPTION DE LA PATHOLOGIE</i>	24
2.2.4	<i>THÉRAPEUTIQUES</i>	25
2.2.5	<i>PRONOSTIC</i>	27
2.3	FAMILLE ET ANOREXIE	28
2.3.1	<i>APPROCHE ANALYTIQUE</i>	28
2.3.2	<i>APPROCHE SYSTÉMIQUE</i>	31
2.4	FRATRIE ET ANOREXIE MENTALE	32
2.4.1	<i>REVUE SYNTHÉTIQUE DE LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE.</i>	33
2.4.2	<i>DYNAMIQUE DU GROUPE FRATERNEL</i>	36
2.4.3	<i>MORPHOLOGIE DE LA FRATRIE</i>	40
2.4.4	<i>PART DU GÉNÉTIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT DANS LE DÉCLENCHEMENT DE LA</i>	

<i>MALADIE</i>	41
<i>2.4.5 FRATRIE ET GESTION DE L'HÉRITAGE TRANSGÉNÉRATIONNEL</i>	43
<u>3 PROTOCOLE</u>	50
3.1 DÉONTOLOGIE DE L'ÉTUDE	50
3.2 POPULATION D'ÉTUDE :	51
3.3 OUTILS UTILISÉS	54
<i>3.3.1 ECHELLES ET QUESTIONNAIRES</i>	54
<i>3.3.2 APPROCHE QUALITATIVE</i>	57
<i>3.3.2.1 FMSS : Five Minutes Speech Sample</i>	57
<i>3.3.2.2 FAT</i>	59
<i>3.3.2.3 Entretiens de recherche</i>	62
<u>4 RÉSULTATS DE L'ÉTUDE RÉTROSPECTIVE</u>	65
4.1 PARENTS	66
<i>4.1.1 NIVEAU PROFESSIONNEL</i>	66
<i>4.1.2 STATUT MARITAL ET RELATIONS ENTRE PARENTS</i>	67
<i>4.1.3 ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES</i>	67
4.2 PATIENTS	68
<i>4.2.1 AGE ET SEXE</i>	68
<i>4.2.2 ETUDES SUIVIES</i>	68
<i>4.2.3 LIEU DE VIE DE LA PATIENTE</i>	69
<i>4.2.4 Co-MORBIDITE ET ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES</i>	69
<i>4.2.5 ÉVÉNEMENTS DE VIE</i>	70
4.3 FRATRIE	72
<i>4.3.1 TAILLE</i>	72
<i>4.3.2 RANG DES PATIENTS DANS LA FRATRIE</i>	72
<i>4.3.3 PSYCHOPATHOLOGIE CHEZ LES MEMBRES DE LA FRATRIE</i>	73
<u>5 ANALYSE DES ÉCHELLES ET QUESTIONNAIRES</u>	74
5.1 ECHELLE D'ÉVALUATION DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	74

5.2	ECHELLES DE DEPRESSION	76
5.3	ECHELLE D'EVALUATION DE L'ESTIME DE SOI	78
5.4	ECHELLE D'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ	79
5.5	TABLEAU RÉCAPITULATIF DES TROUBLES AFFECTIFS ET DE L'ÉVALUATION DE L'ESTIME DE SOI	82
5.6	TABLEAU QUALITATIF DES TROUBLES AFFECTIFS APPARIÉS PAR FRATRIE	82
6	<u>ANALYSE DES RENCONTRES</u>	84
6.1	ORIGINE DE LA MALADIE	87
6.2	DU RÉGIME, AU CAPRICE, À LA MALADIE	88
6.3	ÉVOLUTION DE STRATÉGIES	90
6.4	PERSPECTIVE DE LA MORT	94
6.5	HOSPITALISATION	97
6.5.1	<i>DIMENSION DU FRATERNEL IGNORÉ</i>	98
6.5.2	<i>HOSPITALISATION AVEC CONTRAT</i>	100
6.5.3	<i>DEVENIR APRÈS L'HOSPITALISATION</i>	101
6.6	AFFECTS ET CONFLITS SUSCITÉS PAR LA MALADIE	102
6.6.1	<i>INHIBITION DES AFFECTS ET DE L'AGRESSIVITÉ CHEZ LES FRÈRES ET SŒURS</i>	102
6.6.2	<i>CULPABILITÉ</i>	104
6.6.2.1	<i>Donner le mauvais exemple à l'autre</i>	105
6.6.2.2	<i>Créer du souci à l'autre</i>	106
6.6.2.3	<i>Ne pas être parvenu à se soigner</i>	107
6.6.2.4	<i>Jalousie et rivalité</i>	107
6.6.3	<i>CONFLIT DE LOYAUTÉ FRATERNELLE ET FILIALE</i>	108
6.7	LIEN FRATERNEL ET MALADIE	109
6.7.1	<i>MAINTENIR UN LIEN FRATERNEL NON MÉDIATISÉ PAR L'ADULTE</i>	110
6.7.2	<i>CHANGEMENT DES PLACES DANS LA FRATRIE</i>	111
6.8	PROCESSUS D'ADOLESCENCE ET SEXUALITÉ	112
6.9	AMIS	114
7	<u>CONCLUSION</u>	118
8	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	128

9.1	GRILLE D'ANALYSE DE CONTENU DES ENTRETIENS	141
9.2	CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ	143
9.3	QUESTIONNAIRE ABREGÉ DE BECK	156
9.4	EDI: EATING DISORDER INVENTORY	159
9.5	STAI FORME Y-A	165
9.6	STAI FORME Y-B	167
9.7	ADRS: ADOLESCENT DEPRESSION RATING SCALE	169

1 Introduction

Le risque psychiatrique pour la fratrie, le profil de celle-ci, de même que la question de la place du lien fraternel dans l'émergence et l'évolution d'une pathologie psychiatrique ou somatique chez l'adolescent ont été jusque là peu étudiés. Or, la littérature ainsi que la pratique clinique quotidienne, laissent à penser combien tous les membres de la fratrie sont impliqués dans la pathologie, et ce, à tous les stades de son évolution.

Nous étudierons cette question dans le cas particulier de l'anorexie mentale, maladie qui a la particularité d'être à la fois somatique et psychiatrique.

Si dans la littérature, beaucoup d'études sont consacrées au thème de l'anorexie mentale et à celui du lien fraternel, peu ont été réalisées sur la fratrie du sujet anorexique. On retrouve essentiellement quatre types d'études concernant les fratries:

- Des études génétiques
- Des études sociodémographiques
- Des études visant à établir des profils de personnalité et de troubles mentaux chez la fratrie du sujet malade

Des travaux cliniques concernant la famille+

La plupart recherche un risque partagé entre la patiente et sa fratrie (génétique, biologique, psychiatrique, environnementale en particulier du fait des types de liens avec les parents). Quelques unes se centrent sur l'effet de la maladie de la patiente sur sa fratrie. Très peu émettent l'hypothèse que la fratrie de l'adolescente anorexique pourrait jouer un rôle dans le processus de la maladie et dans son évolution, et ne l'explore pas.

De plus, la pratique clinique montre que l'hospitalisation, qui implique d'une part l'annonce et la gravité de la pathologie qui engage le pronostic vital, et d'autre part le début d'une séparation entre l'adolescente anorexique et de ses frères et sœurs, est un temps d'intense émotion et de mobilisation des affects pour la patiente et ses parents et donc aussi sûrement pour la fratrie. Le risque d'émergence de troubles psychiatriques, chez la patiente et sa fratrie, pourrait donc être important, en particulier en ce qui concerne les troubles anxieux et la dépression, voire des troubles alimentaires, comorbidités régulièrement citées dans la littérature internationale tant pour la patiente que pour sa famille. Aussi, est-il intéressant de traiter de la question du fraternel en particulier au moment de l'admission de la patiente, puis plus tard dans le temps afin de suivre l'évolution du lien fraternel et le profil "émotionnel" de la patiente et d'un membre de sa fratrie dans une double évaluation psychiatrique et psychopathologique

Cette pathologie se révélant classiquement à l'adolescence et étant très en lien avec les remaniements psychiques de cette période particulière de la vie, il nous a semblé pertinent de nous centrer sur le membre de la fratrie confronté elle aussi à ces enjeux et d'explorer ainsi de part et d'autre ce que l'adolescence vient mobiliser ou non ainsi que la place et les effets de l'anorexie mentale sur ce processus. De plus, cela permet d'avoir un groupe de fratrie homogène en âge, en risque psychiatrique, en processus psychique.

Sans évidemment négliger l'importance du lien aux parents dans l'instauration de la dynamique fraternelle, nous nous attacherons davantage à étudier ce qu'il y a de véritablement spécifique et singulier aux liens qui se construisent et évoluent entre frères et sœurs à l'adolescence dont un membre est atteint d'anorexie mentale.

Cette étude vise donc à :

Étudier la manière dont les proches peuvent influencer et être influencés par l'émergence et l'évolution d'une pathologie de la conduite alimentaire chez l'un de ses membres en se centrant sur les fratries dont un enfant est anorexique.

Évaluer les réactions de l'adolescente anorexique et de sa fratrie adolescente en particulier au moment d'une hospitalisation avec contrat de poids et phase de séparation, dans différents domaines (anxiété, thymie, troubles alimentaires, estime de soi) puis deux mois plus tard.

Cette étude permettra d'acquérir une meilleure connaissance de l'existence et/ou la survenue de pathologies psychiatriques et/ou d'une souffrance psychique dans les fratries confrontées au processus anorexique, ainsi que de la dimension du fraternel dans cette maladie. Elle ouvrira sur une réflexion concernant la prise en charge de telles pathologies, lors de l'hospitalisation et du suivi ambulatoire.

Notons que cette étude offre la possibilité à la fois de travailler transversalement sur les cas de patientes, de leurs frères et sœurs et de faire des études de cas de fratrie. Cette approche offre donc une approche quantitative et qualitative à la fois des sujets et du groupe fratrie.

Bien entendu, si au cours de cette étude une pathologie était détectée chez l'un des sujets y participant, l'investigateur en référerait à l'investigateur principal, et des soins ainsi qu'une prise en charge adaptée par une équipe extérieure à la recherche lui serait proposé.

La phase préliminaire de cette recherche prospective est une étude rétrospective des dossiers médicaux de patientes anorexiques ayant été hospitalisées sur les centres de Paris ou Rouen à la recherche d'éléments descriptifs sur la famille et la fratrie (taille, place de la patiente, événements de vie...) et afin de percevoir la place accordée par l'équipe soignante à la fratrie tant dans sa spécificité, son vécu que dans le programme de soin.

2 Analyse de la littérature

Nous évoquons dans un premier temps les théories concernant la fratrie puis nous présentons l'anorexie dans ses aspects nosographiques, ensuite, nous faisons état des travaux concernant la famille des patients anorexiques pour terminer par ceux qui se sont intéressés à la fratrie confrontée à cette pathologie.

2.1 FRATRIE APPROCHES THEORIQUES

Les relations fraternelles se sont transformées en même temps que s'est modifié le fonctionnement et la taille des familles. Les 50 dernières années ont vu la taille des fratries diminuer, le taux de divorce augmenter et le fait que les enfants vivent de plus en plus souvent avec des demi-frères et des quasi-frères. Par ailleurs, l'écart d'âge entre enfants s'est modifié, puisque les fratries sont moins nombreuses et que le remariage fait qu'un aîné d'une fratrie peut devenir le dernier de la fratrie, quand il vit chez son père et l'enfant du milieu chez sa mère.

Les études anthropologiques et littéraires mettent en évidence l'importance du lien fraternel dans la mythologie (Nicollo A., 2002) mais aussi sa complexité et sa diversité.

En 1993, Gayet remarque le manque de littérature concernant le thème de la fratrie ; en 1998, c'est Camdessus qui souligne le fait que les frères et sœurs, en France, seraient en quelque sorte les négligés du roman familial. Bourguignon, en 1999, et Angel, en 1996, parlent d'éléments silencieux de la culture française.

2.1.1 Approche analytique

Le lien fraternel peut être analysé à la lueur d'une problématique oedipienne (rivalité vis-à-vis de l'un des parents) ou d'une problématique pré-oedipienne (identification et différenciation par rapport au pair) (Lemaire, Scelles, 2001).

Kaës (1992) estime que la réticence des psychanalystes à se préoccuper de la question du lien fraternel, pourrait s'expliquer par leurs difficultés à se décentrer de l'universalité et de l'importance, dans la construction psychique du complexe d'Œdipe. Par ailleurs, les psychanalystes qui ont travaillé sur ce sujet (Lacan, 1938 ; Brusset, 1981 ; Kaës, 1993), soulignent que la rivalité entre frères et sœurs est à rapprocher de l'instinct de survie et de la nécessité de se battre, de se heurter à l'autre, intrus, presque semblable, pour construire son identité, dans des mouvements d'identification et de séparation au pair.

Si Freud (1913) a peu évoqué la question du complexe fraternel, qu'il considérait comme un

déplacement partiel du complexe d'Œdipe, il a toutefois souligné (1917) qu'à partir du second enfant, le complexe oedipien devient un complexe familial. Selon lui, les affects circulant dans la fratrie sont le fruit d'une succession de substitutions, de déplacements, pas toujours aisés à décrypter, ainsi ils peuvent permettre un dégagement et servir de contrepoids à un conflit oedipien trop douloureux. La haine et les désirs fratricides seraient premiers, l'amour fraternel est une formation réactionnelle amenant les frères et sœurs à devenir objets d'amour.

Cahn (1962) a observé, de façon longitudinale, 6 fratries et identifié 4 grands types de comportements : hostilité, amitié, imitation et domination. Elle conclut que la jalousie et l'hostilité sont dépassées à la faveur d'un mouvement d'identification à la mère et elle remarque que les filles peuvent reporter sur l'un de leurs frères leurs sentiments amoureux oedipiens et les garçons, transposer leur agressivité sur les autres garçons de la famille. Ces affects sont, en effet, moins réprimés et moins dangereux pour les enfants, s'ils s'adressent à l'un de leurs pairs. Les sentiments oedipiens pourraient aussi être renforcés par la présence d'un pair, perçu comme rival, fruit de l'union intime de ses parents. La proximité de la relation de la mère avec le frère engendre des sentiments violents qui ravivent le fantasme de la scène primitive, dont l'enfant se sait exclu.

A. Freud (1969) réaffirme la prédominance de la relation verticale sur les liens entre enfants, tout en pointant l'importance du lien horizontal, en l'absence des parents.

Brusset (1987) rappelle que les frères et sœurs peuvent servir de lieux de projection de différentes problématiques internes et, en cela, ils participent à la gestion des conflits intrapsychiques et intersubjectifs du sujet. La gestion de ces conflits internes est donc ainsi favorisée, via un lien affectif non érotisé. Selon lui :

Les conflits intrapsychiques s'y déploient facilement dans l'intersubjectivité, à la faveur des aspects communs de l'identité qu'illustre la notion de consanguinité. Les limites de l'espace familial, qui sont d'ailleurs très diversement établies d'une famille à l'autre, sont diversement utilisées par les membres de la fratrie, selon l'âge, évidemment, et selon leur « caractère », mais elles rendent toujours possible un assouplissement des limites individuelles, dans l'identification mutuelle, sinon dans l'identité partagée.p37.

Brunori (1999) considère que le frère offre une possibilité d'identification et de projection et peut ainsi jouer un rôle transitionnel entre les parents et la réalité extra-familiale.

Jaïtin (1998) voit dans le lien fraternel, une sorte d'« enveloppe de pensée » et Eiguer (1999) souligne la place du narcissisme dans le lien fraternel et dans la construction du lien familial. Selon lui, chaque fratrie se créerait un monde, un mythe qui viserait, quand cela fonctionne bien, à limiter le despotisme des aînés et, en général, la domination d'un des enfants sur les

autres.

2.1.2 Approche systémique

Les théoriciens, se référant aux approches contextuelles et écosystémiques, considèrent la fratrie comme un micro-système pouvant servir de ressource dans le cadre de la thérapie et constituant un méso-système avec les parents. Les règles complexes qui régissent les relations entre sous-systèmes, sont encore un vaste champ de recherches (Almodovar, 1998).

Si la fratrie est un sous-groupe de la famille, à l'intérieur de ce sous-groupe, il peut y avoir des alliances, des coalitions, des sous-groupes cohésifs qui peuvent être figés ou mobiles et se modifier, quand les enfants grandissent ou que des événements traversent leur vie. Meynckens-Fourez (1999), à ce propos, parle de :

Sous-système cohésif fonctionnant comme un kyste avec des frontières rigides autour de lui. p 217

Elle parle de « force clanique » qui peut avoir des effets protecteurs, mais également des effets aliénants. En effet, cette force peut conduire chacun des enfants à s'identifier à une place, un rôle, une identité dans un mouvement d'aliénation totale au clan. Il y a alors un risque fort de désidentification qui conduit l'enfant à se conformer à ce que ses parents, ou certains membres de la fratrie veulent qu'il soit (le violent, le débile...). Elle isole également les fratries du monde extrafamilial, source d'évolution favorable possible.

2.1.3 Approche Adlérienne et ses développements

Adler (1958), disciple de Freud, n'accepte pas les notions de libido, ni de complexe d'Œdipe et rompt définitivement ses rapports avec Freud en 1910. Selon lui, c'est le «complexe d'infériorité» qui serait à l'origine des névroses, la dépendance de l'enfant à l'égard d'autrui le poussant à développer une volonté de pouvoir, à visée réparatrice.

La naissance d'un puîné peut être considérée comme traumatique et le rang occupé dans la fratrie exige des enfants des aménagements compensatoires, afin de créer et de garder une place signifiante et valorisante dans la fratrie.

Il attribue donc au rang de naissance une place déterminante dans le devenir psychique des enfants : l'aîné serait «à la meilleure place», car ses parents l'amèneraient à croire qu'il est le plus fort, le plus sage et le plus responsable. Cet investissement le conduisant à attacher de l'importance à l'autorité, aux traditions, il serait plutôt conservateur et succéderait à son père. En revanche, le dernier-né risquerait de rester toute sa vie le bébé gâté et timoré de la famille et serait plutôt artiste, ou alors, par un phénomène de surcompensation, il se donnerait pour mission d'être le plus fort de tous et de devenir le «sauveur» de sa famille. Quant aux enfants

«du milieu», ils seraient pris entre le désir de rivaliser avec l'aîné et la peur d'être dépassés par le plus jeune. Cependant, ces influences peuvent être modulées par les écarts d'âge entre enfants, par la proportion de garçons et de filles dans la fratrie et par la façon dont garçons et filles se succèdent dans les naissances.

Dans ce même courant de pensée, Toman (1987) définit dix positions de base dans les constellations fraternelles et en déduit les caractéristiques prévisibles des enfants, cela en fonction de leur sexe, de leur rang et de celui du reste de la fratrie. Selon lui, l'enfant, l'adulte, transfère à l'école, au travail, dans sa vie de couple, ce qu'il a vécu dans sa fratrie ; il donne le nom de «théorème de la duplication» à ce phénomène. Les individus se sentent bien, lorsqu'ils retrouvent, dans les liens avec leurs amis ou leurs amants, des interactions connues dans l'enfance.

Nuançant un peu ces théories, Mc Goldrick et Gerson (1985) affirment que le devenir d'un sujet est étroitement dépendant de la morphologie de leur famille (théorie d'Adler), de l'évolution de chacun des membres de la famille, de la survenue d'événements traumatiques et de la transmission de certains rôles entre générations.

2.1.4 Approche développementale : construction identitaire

Selon Lacan (1938), le regard d'autrui participerait à la construction de l'identité du sujet dans une interaction entre connaissance de soi et connaissance d'autrui. Ainsi, pour acquérir le sentiment de leur identité liée et séparée de l'autre, chacun doit pouvoir se positionner comme existant face à un autre, perçu lui-même comme existant, la dynamique de la construction de ce lien étant fonction de phénomènes aux dimensions imaginaires et fantasmatiques qui naissent dans l'intersubjectivité de la rencontre.

C'est le vécu de la frustration qui rend, possibles et nécessaires, les mouvements de différenciation et d'identification qui donnent naissance à l'émergence du sentiment d'identité et à la possibilité de se représenter le vécu de l'autre, séparé de soi et lié à soi. En effet, ce sont les expériences de frustrations, amenant l'enfant à reconnaître les limites de sa toute-puissance, qui mettent fin à l'illusion de la fusion parfaite où tout désir serait satisfait avant même d'avoir été exprimé, comme si l'autre et soi faisaient partie d'un même et unique être humain.

Si l'enfant peut supporter cette désillusion salutaire, c'est qu'il peut, par le processus d'identification, s'approprier une partie de l'objet dont il doit reconnaître qu'il n'est pas lui. S'identifiant à cet objet, c'est un peu de son propre narcissisme qu'il y a investi, qu'il s'approprie. Ainsi, lorsqu'il regarde l'autre, c'est un peu de lui qu'il voit, lorsqu'il l'aime, c'est un peu de lui qu'il aime.

Pendant ses trois premières années, l'enfant fait preuve d'une confusion entre lui et l'autre. Wallon (1983) parle d'une « sociabilité syncrétique » durant laquelle, il peut alternativement « jouer » avec des couples opposés d'attitudes qui sont vécues avec l'autre, à travers des relations posturales, dans un modelage réciproque et alternant : contemplation/parade ; subir/agir ; séduction/despotisme. Ainsi, vivant alternativement ces attitudes, il sort de l'indistinction et se dégage de la confusion d'identité et de rôle. Durant une période intermédiaire, il peut y avoir, chez un même enfant, des moments où il fait preuve d'une confusion « moi/autre » et des moments où il peut s'affirmer en tant que « je ».

Avant trois ans, l'enfant a une grande capacité à se mettre à la place de l'autre, à s'attribuer ses sentiments et à attribuer à l'autre ses propres sentiments. Au stade où des allers et retours entre individuation et syncrétisme existent, il peut tenir deux rôles différents à deux endroits différents. Par exemple, il joue « au grand » à l'école et « au bébé » chez lui.

Lorsque l'enfant perçoit qu'il n'est pas une personne en deux ou deux personnes en une, les mouvements de jalousie apparaissent, signe du début de la différenciation. Notons que l'enfant jaloux ne veut pas avoir seulement ce que l'autre a, mais souhaite cet objet, parce qu'il lui paraît désirable du fait qu'il est l'objet du désir de l'autre. Ainsi, le désir humain n'est pas lié au besoin, mais à ce que le sujet vit comme étant l'objet du désir d'autrui ; de même, la jalousie n'est pas liée à l'objet, mais à la manière dont l'autre l'investit.

Ce cadre de pensée permet de comprendre l'intérêt de différencier les mouvements de jalousie, selon qu'il s'agit d'« avoir » ce que l'autre « a » ou d'« être » l'autre, dans un contexte de non-individuation.

2.1.5 Quelques aspects du lien fraternel

Nous évoquons ici quelques fonctions du lien fraternel qui semblent particulièrement importantes dans l'étude de la fratrie de l'anorexie mentale.

2.1.5.1 Processus de socialisation

Selon Freud (1913), le lien fraternel serait le prototype du lien social et Cahn (1962) estime que les relations fraternelles sont la matrice des relations sociales.

Certains travaux montrent l'existence d'une corrélation entre la qualité de l'attachement fraternel et l'adaptation à la vie sociale (Claës, 1994). De même, des relations fraternelles particulièrement conflictuelles pourraient avoir un lien avec une mauvaise adaptation sociale (Moser et Jacob, 2002).

L'expérience de la confrontation aux pairs, la création de pactes, d'alliances, de moments de complicités et de luttes intenses auraient un effet sur les compétences de l'enfant à vivre une

vie sociale épanouissante. Dans les moments de luttes avec l'autre, luttes pour conquérir l'amour du parent, une place dans le groupe fratrie, dans des jeux avec un adversaire « à sa taille », l'enfant peut, progressivement, apprivoiser sa propre violence et faire face, sans s'effondrer, à celle de l'autre (Scelles, 2003).

La fratrie favorise l'apprentissage de rôles diversifiés et évolutifs qui se heurtent quasi inévitablement à la réaction de l'autre, face au rôle pris (par exemple, la protection d'un aîné peut être vécue comme pesante ou, a contrario, être durablement extrêmement précieuse).

Suloway (1966), darwinien, s'inscrit dans une perspective évolutionniste et conçoit la famille comme un milieu «nourissant» mais, également, «agressant» les enfants. S'interrogeant sur les différences qui existent entre membres de la fratrie, il postule que chacun des enfants tente de bénéficier des ressources familiales et, plus particulièrement, de l'investissement parental. Dans cette lutte, chacun doit parvenir à construire, trouver, créer sa propre niche, pour avoir le sentiment d'exister et évoluer. La fratrie est, pour cet auteur, un espace de compétition entre enfants, à l'intérieur duquel chacun cherche à se faire une place, contre ou en collaboration avec les autres. Chaque enfant inventerait une stratégie singulière qui tiendrait compte de celle des autres enfants de la fratrie. Il parle d'ordre de naissance fonctionnel et non biologique. Selon lui, la personnalité serait le répertoire des stratégies développées par l'enfant pour survivre, la différenciation entre enfants serait, non pas défensive, mais offensive et la rivalité fraternelle, une stratégie adaptative.

2.1.5.2 Figures parentales et liens fraternels

Le tissage des liens fraternels suit des règles qui s'élaborent, en partie à l'écart, si ce n'est à l'encontre des adultes. Ainsi, bien que les relations entre enfants soient étroitement dépendantes du rôle que les adultes veulent, consciemment ou non, que chacun des enfants de la fratrie joue, toutefois - et c'est la force de ce lien entre enfants, si certaines affinités fraternelles sont prescrites ou proscrites par les adultes - d'autres se font en marge d'eux, voire contre eux. C'est pourquoi, il est important de sortir la fratrie de l'ombre des adultes, dans laquelle elle est encore trop souvent cantonnée. Ce qui ne signifie, en aucun cas, qu'il faille effacer, minimiser le rôle structurant et fondateur des parents ou de leurs substituts dans la constitution et l'évolution du lien fraternel. Ainsi, Bondu (1998) rappelle opportunément que la fratrie ne peut exister sans parentalité forte. En effet, la question de la génération qui précède les enfants, ne doit jamais être absente de la réflexion sur la fratrie.

Le parent et son substitut ont donc la difficile tâche d'être là, réellement et symboliquement, tout en sachant s'effacer pour que les enfants puissent expérimenter un « vivre ensemble », qui ne soit ni dominé par la terreur et le désir de tuer l'autre pour prendre une place dans le

groupe d'enfants, ni par l'instauration d'un fonctionnement, dans lequel toute individualisation serait impensable.

La fraternité entre enfants ne s'impose par d'elle-même, elle se construit et évolue, il s'agit d'une fiction, d'une création qui, au préalable, a été donnée, créée par un autre.

Si la fratrie n'existe que par rapport aux parents biologiques ou aux substituts parentaux qui la fondent, par la suite, l'éprouvé du groupe et de chaque enfant est le fruit d'une transformation de ce qui a ainsi été imposé. Ainsi, à l'origine de la fratrie, il y a toujours un homme et une femme et, par la suite, le lien fraternel se tisse avec des maillages qui varient au fil du temps, d'abord étroitement dépendants des projections et désirs parentaux, puis, de plus en plus indépendants d'eux.

2.1.5.3 Liens fraternels et figures d'attachement

Il convient de différencier le lien fraternel des relations ou interactions fraternelles : les relations fraternelles peuvent être violentes, agressives, sans pour autant qu'il soit possible de dire que le lien fraternel est « mauvais ».

Le mot «lien» est utilisé dans le champ de la psychologie (créer des liens) et dans celui de la sociabilité (lien social). Son usage découle à la fois des travaux dans le champ de l'éthologie animale, appliqués secondairement à l'humain (Cyrlnick, 1989), des travaux sur l'attachement (Tinbergen, 1951 ; Lorenz, 1937) et des observations du bébé (Spitz, 1945, Bowlby, 1978).

Si l'autre peut habiter le sujet, dans une relation d'emprise, et l'amener à devenir sa chose, lorsque le lien parvient à être subjectivé, alors le sujet peut devenir acteur de la transaction dans le respect de chacun des partenaires.

Ainsworth et al (1978) montrent que processus de séparation et processus d'attachement sont étroitement liés, l'intériorisation d'un lien ouvrant la possibilité de nouer de nouveaux liens, de se séparer des premiers objets d'attachement et d'en investir d'autres. En effet, pour supporter l'absence, il faut avoir intériorisé l'objet d'attachement et donc, s'être constitué un objet interne et avoir la capacité de se le représenter. Nous avons montré à quel point un lien, non intériorisé, peut conduire le sujet à multiplier les occasions de relations pour confirmer, dans la réalité, l'existence de ce que, de fait, le sujet ne ressent pas (Scelles, 2003).

Si les interactions comportementales impliquent la participation du corps physique (toucher, vision, audition, tonus) (Ajuriaguerra, 1974 ; Winnicott, 1975), en revanche, les interactions affectives relèvent du dialogue des émotions.

L'imitation se situe dans ce qui est objectivable de l'extérieur, l'accordage dans le partage affectif et la possibilité de jouer souplement entre réponse immédiate (instauration des bases

narcissiques) et réponse différée (possibilité de construction des représentations), cet accordage pouvant être transmodal.

La répétition, dans le temps, des manifestations de cet accordage, permet à l'enfant, à la fois, de se sentir reconnu comme ayant des états affectifs, et d'acquérir la certitude que, comme lui, l'autre est habité d'états mentaux subjectifs. Ainsi, par des mouvements complexes de projection et d'identification, se découvrant comme sujet, il découvre l'autre, ceci dans un mouvement interactif circulaire (Stern, 1989).

Les modes de relations, que l'enfant instaurera plus tard, sont pour partie, mais pour partie seulement, le fruit de ces interactions précoces. Bowlby (1978) parle de «modèle interne dynamique d'attachement» qui s'intègre à la personnalité du sujet et oriente ses appréciations de l'autre et ses réponses, ce qui est à l'origine, à la fois, de ses attentes et de son positionnement dans les systèmes de liens familiaux et sociaux.

Ces processus d'attachement favorisent la construction des «mécanismes d'interprétations interpersonnelles» ou «capacités réflexives», grâce auxquelles l'enfant parviendrait à se «penser pensant» (Bowlby, 1978 ; Golse, 1998).

Ce mouvement qui conduit à se représenter la vie psychique de l'autre, est un préalable à la construction de soi ; toutefois, il doit s'accompagner d'un mouvement de différenciation, faute de quoi, l'autre ne parviendrait pas à acquérir le sentiment de son identité irrémédiablement liée et séparée de celle de l'autre.

2.1.5.4 Transmission et transformation

Les enfants apprennent, au cours de leur vie commune, des manières de penser, de comprendre le monde, d'y réagir qui peuvent servir de réassurance, face à un univers nouveau.

La fratrie peut être pensée comme un appareil à transmettre, à transformer, à refonder l'histoire familiale et aussi, parfois, à la fonder.

Il est des transmissions qui sont conscientes (je veux que mes enfants s'aiment, comme moi-même j'ai aimé mes frères et sœurs), d'autres se font à l'insu des parents, de manière inconsciente. Les enfants héritent non seulement d'un contenu (la haine, l'amour), mais également de processus (manière de « faire avec », par exemple). C'est ainsi que, sans le vouloir, une mère transmettra sa haine pour sa mère ou son amour pour son frère, son père ; refusant de parler à son fils de son grand-père, elle lui transmettra l'idée qu'un secret entoure ce personnage.

Les enfants héritent de certains des conflits intra psychiques ou intersubjectifs de leurs parents et, en particulier, d'une partie de leur vécu fraternel, charge à eux de répéter, de combler,

d'élaborer, de transformer, voire de réparer ce qui a été défaillant dans les liens familiaux de leurs ascendants.

Ainsi, de manière le plus souvent inconsciente, chaque parent lègue-t-il à ses enfants des dettes contractées vis-à-vis de certains membres de la famille (par exemple, une trahison vis-à-vis d'un frère) et des bénéfiques (par exemple, la passion pour l'art). Boszormenyi-Nagy (1965) parle à ce sujet de « livre de comptes transgénérationnels » et estime que, lorsque dans la dette envers les morts, ce que les objets transgénérationnels offrent (les mérites) est moins important que ce qu'ils réclament, le mal de vivre ou les conduites masochistes peuvent apparaître. Refuser ces legs et ces dettes peut déclencher un délire parthénogénétique ou d'auto-engendrement.

Si la fratrie est un lieu d'apprentissage du « penser », du « faire », du « être » en famille, elle est aussi le lieu où s'expérimente la nécessité des non-dits, des secrets pour préserver le groupe ou certains de ses membres. Ces manières partagées de « non-dire » créent un sentiment d'appartenance, terreau de la construction identitaire.

2.1.5.5 Fratrie et processus de résilience

Le traumatisme doit être envisagé sous sa double face, côté effraction et côté remède (Marty, 2001) et le symptôme avec deux pôles : l'un, progrédient, signe d'un processus de transformation en cours ; l'autre, mortifère, défense contre la mise en place d'un travail de pensée, via, entre autres, le déni, le clivage ou l'isolement.

Ainsi, fragilité et force, non seulement ne s'annulent pas, mais peuvent se féconder mutuellement. Ce qui entraîne une reconsidération des facteurs de risques, dont on connaît le pouvoir stigmatisant, en déplaçant le projecteur du côté des potentialités créatives.

Selon Arnaud (2003), le lien fraternel peut contribuer à permettre aux enfants de résister à des chocs psychologiques importants, il explique :

La force de résilience des liens fraternels s'appuie sur la nécessité impérieuse de la transmission générationnelle au travers du partage des origines et des objets d'amour qui unit plutôt qu'il ne divise, solidarise plus qu'il ne donne prise à la jalousie. p 127.

Des travaux montrent qu'à l'âge adulte, la fratrie peut favoriser la création ou le maintien d'un réseau de soutien naturel après le placement, et que la possibilité de recourir à ce réseau dépend de la proximité et de la durée des contacts durant l'enfance et l'adolescence (Cicirelli, 1982).

Ces chercheurs invitent à prendre la mesure de l'importance de la fratrie comme ressource, dans les cas de relations parents-enfants problématiques, et à ne pas empêcher le lien fraternel d'y jouer son rôle structurant. Cela oblige l'adulte à reconnaître les limites de son pouvoir sur

les enfants et le conduit à créer des conditions pour ne pas entraver le déploiement des ressources, dont l'enfant peut bénéficier au sein du groupe fratrie ou avec certains de ses frères et sœurs, face à la menace que représentent, pour lui, le désamour, et parfois, l'abandon parental.

A contrario, le parent ou son substitut ne doit pas, au prétexte de la force de ce lien, démissionner de son rôle de parent naturel ou de substitut, l'enfant ayant toujours besoin de nouer des relations avec les membres de sa génération et avec ceux de la génération qui l'a précédé, c'est ce que nous avons dit précédemment.

Meynckens-Fourez (1999) défend l'idée que les frères et sœurs, ou certains d'entre eux, pourraient, à certains moments de la thérapie, être considérés comme des co-thérapeutes. Elle estime que certains frères et sœurs peuvent devenir des sortes de « guides pour la thérapie », conduisant à mettre les projecteurs sur un aspect de la vie familiale occulté par les parents. Ainsi, ils pourraient être une aide pour que des secrets soient levés, pour faire bouger le système d'alliance et permettraient, par exemple, à un enfant de se dégager d'une position parentale ou encore d'une position de fusion avec l'un ou les deux parents.

2.1.6 Fratrie, handicap et maladie

Depuis une quinzaine d'années maintenant, les travaux sur la fratrie des personnes handicapées et malades se sont développés et ont permis de mettre à jour un certain nombre de faits, dont nous ne donnerons, dans ce rapport, qu'un résumé, car ce n'est pas l'objet de l'étude.

Oppenheim (1993), à propos des enfants atteints de cancers, montre que les frères et sœurs doivent être considérés comme étant « à risques », idée retrouvée dans des études qui traitent du lien fraternel, de la maladie ou du handicap (Scelles, 2003 , 2005) Ces études visant à étudier également l'impact de la maladie ou du handicap sur la fratrie de l'enfant malade, soulignent le stress et la souffrance de la fratrie, souffrance qui se manifeste sur le plan comportemental, scolaire, émotionnel et relationnel.

Ces études montrent aussi des réactions différentes selon l'âge des frères et sœurs (Oppenheim, 1993) et les réaménagements nécessaires que doit opérer la fratrie face à la réorganisation familiale imposée par la maladie

Les auteurs, qu'ils partent de la clinique ou de travaux de recherches, s'accordent à repérer chez les frères et sœurs les difficultés suivantes :

- l'adaptation à la situation de handicap et de maladie : les chercheurs désignent, par difficulté d'adaptation, les troubles psychosomatiques ou les comportements régressifs et souvent agressifs (Cunningham, Betsa et Gross, 1981), des compétences sociales médiocres, un certain isolement (Williams et al., 2003), des difficultés scolaires (Pogossian, 2003) ou encore des difficultés à interagir avec l'enfant handicapé ou malade

(Smith et Perry, 2005).

- les émotions négatives : Heiney, Goon-Johnson, Ettinger et Ettinger (1990) constatent que les frères et sœurs ressentent culpabilité, tristesse et ressentiment envers leur pair, mais s'interdisent d'en parler, et cela particulièrement dans le cadre familial. Williams et al. (2003) alertent sur le caractère pathologique que peuvent recouvrir ces sentiments négatifs et évoquent l'anxiété et la dépression de certains frères et sœurs.
- le manque de connaissances des frères et sœurs à propos de la pathologie de leur pair : les chercheurs anglo-saxons Pitman et Matthey (2004) constatent qu'ils n'ont pas les réponses aux questions qu'ils se posent, d'une part, parce qu'ils rencontrent peu les professionnels et d'autre part, parce que, se sentant coupables, ils évitent de poser les questions qui les taraudent à leurs parents. Ils se trouvent alors avec peu d'aide pour gérer leurs inquiétudes et se sentent alors très seuls. Selon Smith et Perry (2005), ce manque de connaissances pousse les enfants à inventer leurs propres scénarii et à imaginer, par exemple, qu'ils peuvent « attraper » la maladie ou la déficience. L'auteur remarque que la relation fraternelle est d'autant moins harmonieuse que les frères et sœurs sont peu et mal informés sur la pathologie. Ce savoir lacunaire serait à l'origine de difficultés à éprouver de l'empathie ou de la compassion envers l'enfant malade ou handicapé et de relations conflictuelles au sein de la fratrie (Roeyers et Mycke, 1995, cités par Smith et Perry, 2005).
- la parentalisation est souvent citée, bien que ce soit de manière secondaire aux difficultés précédemment évoquées ; par exemple Gousée (2004) explique : « souvent, les enfants se comportent spontanément d'une manière extrêmement modérée et avisée et parfois ils développent une attitude trop protectrice en direction de l'enfant atteint (...) ils sont souvent un soutien et une aide aux parents dans les soins et l'éducation de l'enfant présentant un handicap » (p. 23). Cunningham, Betsa et Gross (1981) constatent que les sœurs, en particulier, adoptent parfois un rôle de mère à l'égard de l'enfant malade, ce qui les rend anxieuses et stressées.
- les comportements antisociaux des fratries, voire des passages à l'acte délinquants, sont évoqués par plusieurs chercheurs tels Williams et al. (2003).
- Plusieurs travaux mentionnent les frères et sœurs subissent les conflits familiaux et se sentent exclus du cercle familial car leurs parents, affectés et préoccupés par la santé de l'enfant malade, se centrent presque exclusivement sur ce dernier (Smith et Perry, 2005 ; Gregg et Toumbourou, 2003).

Offrant une vision moins alarmiste du vécu de ces enfants, Metzger (2005) rapporte des études où il est difficile d'affirmer des différences (au plan des affects et des comportements) avec d'autres frères et sœurs d'enfants sans handicap. L'auteur cite notamment Ferrari (1988), qui montre que l'estime de soi des frères et sœurs d'enfants handicapés est identique à celle des autres enfants, ou encore Bishoff et Tingstrom (1991) cité par Metzger (2005) qui ne repèrent pas, chez ces enfants, de troubles du comportement ou de mauvaises compétences sociales.

Concernant l'étude des fratries de patients atteints d'une maladie somatique chronique les données de la littérature rapportent qu'une pathologie chronique ou la présence d'un handicap chez un des membres introduit un facteur de stress au sein des relations fraternelles ce qui peut interférer dans le développement psychologique de chacun des membres.

Ainsi les frères et sœurs de patients présentant un handicap ou atteints d'une maladie chronique sont considérés à risque pour le développement de trouble psychologique.

Des études ont démontré que les membres sains de la fratrie sont à haut risque de développer un trouble anxieux, une symptomatologie dépressive, des plaintes somatiques et présentent

une faible estime d'eux-mêmes.

Des entretiens semi-structurés réalisés chez des frères et sœurs sains montrent que le ressentiment de ceux-ci vis à vis de la maladie de leur frère ou sœur exagérait la rivalité entre eux, le sens aigu des responsabilités. Il est également observé que l'isolement social et émotionnel peuvent accentuer ces ressentis.

Derouin et Jessee (1996), dans une étude sur les fratries de malades asthmatiques ou présentant une mucoviscidose, notent que 42 % des membres sains ont le sentiment que l'enfant malade reçoit plus d'attention qu'eux. 11% des membres d'une fratrie d'asthmatique et 40% des membres d'une famille d'un enfant atteint de mucoviscidose ont l'impression d'être le membre le plus affecté et le moins heureux de la famille. Dans une étude sur la fratrie de patients atteints de cancer, Zelter (1996) rapporte que les membres sains présentent plus de troubles somatisations comparés à un groupe contrôle. Les auteurs rapportent une relation significative entre le sentiment des membres sains que l'on ne s'occupe pas d'eux et le fait qu'ils présentent des symptômes physiques, confirmant ainsi l'hypothèse des auteurs qui suggèrent l'utilisation de symptômes comme mode d'appel aux parents.

Une étude étudiant les familles d'enfant atteint de mucoviscidose suggèrent que les membres sains de la fratrie reçoivent moins d'attention de la part de leurs parents au fur et à mesure que la maladie de leur frère ou sœur évolue.

De leur côté, les parents rapportent que les enfants sains attirent leur attention en simulant des maladies, demandant des médicaments, troublant le traitement de l'enfant malade et présentant des troubles du comportement.

Ils insistent sur l'importance des comportements à type de somatisations chez les membres sains de la fratrie comme moyen acceptable d'obtenir des privilèges et une attention particulière.

En 1984, Ferrari a étudié un échantillon d'enfants sains qui vivaient avec un frère ou une soeur présentant soit un trouble grave du développement, soit un diabète. Cet échantillon était comparé à un groupe d'enfant contrôle sans maladie chronique. Cette étude mettait en avant le fait que les membres de la fratrie d'un diabétique présentaient quatre fois plus de symptômes psychosomatiques comparé à l'échantillon contrôle. De plus, ils avaient des scores d'estime de soi plus bas que ce groupe contrôle.

Dans une étude portant sur les diabétiques et leur famille, Crain et al. (1966) concluent que les membres sains de la fratrie supportaient la plus grande charge de stress de toute la famille. Ces chercheurs notent que les enfants sains se sentent frustrés du fait du manque d'attention et d'affection parentale.

Triit and Esses (1988), dans une étude empirique qui étudient les frères et sœurs sains d'un patient présentant soit un diabète, soit une polyarthrite rhumatoïde juvénile soit une pathologie gastro-intestinale chronique, portent les conclusions suivantes au sujet des frères et sœurs de diabétiques: les enfants sains présentent plus de symptômes psychosomatiques, plus de difficultés sociales avec un isolement par rapport à leurs pairs, un retrait par rapport à la communication avec leurs parents, un ressentiment vis à vis du malade. Ils ressentent un sentiment de responsabilité personnelle à l'égard de la maladie de leur frère ou sœur.

Les études récentes révèlent des difficultés d'adaptation chez les frères et sœurs sains d'enfants malades.

Les recherches démontrent que l'introduction d'une maladie chronique ou d'un handicap chez un des membres d'une fratrie provoque des difficultés d'adaptation.

Les études suggèrent que les membres sains d'une fratrie peuvent souffrir de détresse psychologiques et de difficultés d'adaptation compliquant ainsi les rapports entre frères et sœurs, comme nous l'avons vu dans la partie théorique.

En 2001, Hollidge présente une étude étudiant l'adaptation psychologique des enfant sains vivant au sein d'une fratrie dont un des membres est diabétique. Il étudie un échantillon de 28 frères et sœurs sains âgé entre 8 et 12 ans.

Voici le tableau de ses résultats :

Population étudiée	Enfants sains âgés de 8 à 12 ans, issus de famille dont un enfant présente un diagnostic de diabète de type 1 depuis 3 mois au moins, ne présentant pas d'autre pathologie comorbide; cet enfant est le plus proche de l'enfant malade en terme d'âge	
	Au total 28 membres de la fratrie d'enfants diabétiques suivis dans la clinique pédiatrique Ontario Sud, Canada.	
	Moyenne d'âge des enfants sains	10,3 ans
	Nombre d'enfant sain plus âgé que le malade	8
	Nombre d'enfant sain plus jeune que le malade	20
	Nombre de frère sain	13
	Nombre de sœur saine	15
	Nombre de famille non-séparée	21
	Nombre de famille uniparentale	7
	Nombre moyen d'enfant par famille	2,64
Dimensions évaluées par des échelles psychométriques	Anxiété	Revised Children's Manifest Anxiety Scale (Reynolds et Richmond, 1985)
	Dépression	Reynolds Child Depression Scale (1989)
	Description de soi	Piers-Harris Children's self-concept scale (Piers, 1984)
	Comportement	Achenbach Child Behavioral Checklist (1991)
Dimensions évaluées par l'entretien semi-structuré	Sentiment de l'enfant sain sur le fait de vivre avec un frère ou une sœur diabétique	Evaluation du degré d'affects exprimés par l'enfant sain en observant les émotions lors de l'entretien : responsabilité, tristesse, jalousie, compétition, vision négative, honte, culpabilité
	Expression de l'inquiétude vis à vis de la santé	Evaluation du degré d'inquiétude au sujet de la santé de leur frère ou sœur malade et vis à vis de leur propre santé
	Modes de communication	Evaluation des modalités de communication avec les parents et les amis proches

Dimensions évaluées par des échelles psychométriques	Anxiété					N=				%
		Score élevé				9		32,1		
		Score moyen				15		53,6		
		Score bas				4		4,3		
	Dépression		Score moyen de 55,03 suggérant que les enfants montrent quelques symptômes dépressifs mais n'ont pas de syndrome dépressif clinique							
	Description de soi	Score total				N=		%		
		Score élevé				2		7,1		
		Score moyen				13		13		
		Score bas				1		1		
	Comportement				Score élevé		Score moyen		Score clinique	
			Moyenne t	SD	n	%	n	%	n	%
	Total competence		49.2	8.0	13	46.4	13	46.4	2	7.1
	Activity		49	4.7	13	46.4	14	50.0	1	3.5
	Social		46.3	8.2	12	42.8	10	35.7	6	21.4
School		51.1	3.7	19	42.8	8	28.5	1	3.5	
Total problem orientation		56.6	6.2	14	50.0	7	25.0	7	25.0	
Total internal problem orientation		62.2	6.6	3	10.7	8	28.5	17	60.7	
Withdrawal		60.5	6.1	11	39.1	11	39.1	6	21.4	
Somatic complaints		60.3	6.8	14	50.0	9	32.4	5	17.8	
Anxious/depressed		60.7	6.0	11	39.2	12	42.8	5	17.8	
Dimensions évaluées par l'entretien semi-structuré	Sentiment de l'enfant sain sur le fait de vivre avec un frère ou une sœur diabétique		<p>Sentiments de responsabilité en étant protecteur et donnant des soins à l'égard du membre de la fratrie malade; exprime un sentiment constant de tristesse, d'inquiétude et de détresse émotionnelle; le degré de jalousie, de colère et de compétition à l'égard du malade varie, chez certains ces émotions semblent minimisées, voir retournées contre soi; le degré de honte est divisé entre l'absence de honte et un sentiment fréquent de honte; la culpabilité est le sentiment le plus fréquemment retrouvé;</p> <p>On retrouve une corrélation positive entre degré de responsabilité et degré de jalousie; également entre compétition et pensée et sentiments négatifs, honte et culpabilité.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>La vision négative est corrélée avec la honte et la culpabilité.</i> • <i>Le retrait est associé avec la culpabilité et la jalousie</i> • <i>La vision négative est positivement associée avec l'anxiété et la dépression</i> • <i>La honte est négativement corrélée avec le cluster compétence social de la CBC et positivement associé avec l'agression</i> <p>L'échelle de dépression montre qu'elle est positivement corrélées avec la culpabilité.</p>							
	Expression de l'inquiétude vis à vis de la santé		<p>La majorité des enfants sains s'inquiètent pour la santé de leur frère ou sœur malade. La moitié d'entre eux s'inquiètent pour leur propre santé et notamment ont peur de déclarer un diabète.</p> <p>Il existe une corrélation entre l'inquiétude au sujet de la santé de leur frère ou sœur malade avec le degré de culpabilité exprimée, avec l'item retrait de la CBC, avec les items inquiétude et sensibilité de l'échelle d'anxiété, avec le degré de dépression à l'échelle de dépression</p>							
	Modes de communication		<p>La majorité des enfants sains (n=26) ne discutent pas de la maladie et du sentiment vis à vis du diabète avec les autres membres de la famille pour deux raisons majeures: la peur que l'expression de leurs sentiments vis à vis du diabète provoquent la colère ou l'inquiétude des parents.</p>							

Les auteurs concluent que la source majeure de souffrance psychologique éprouvée par les frères et sœurs de diabétique est l'anxiété. Cette dimension est retrouvée tant dans l'échelle d'anxiété propre utilisée dans cette étude que dans les items d'anxiété de l'échelle de conception de soi et dans les items anxiété/dépression de l'Achenbach Child Behavioral Checklist.

L'inquiétude au sujet du frère ou de la sœur malade semble être la source majeure d'anxiété. La corrélation positive entre le degré d'inquiétude au sujet de la maladie de l'autre membre de la fratrie, et le degré de culpabilité semble associé à une augmentation du ressenti anxieux.

La moitié des enfants sains ont une mauvaise image d'eux mêmes.

Le lien entre image de soi, honte et symptômes dépressifs est démontré par la corrélation positive entre les scores brutes de l'échelle de dépression et les scores totaux de conception de soi et de honte de la Piers-Harris children's self-concept Scale.

Quand les enfants sains ont le sentiment de ne pas se montrer à la hauteur dans la protection à apporter au membre de la fratrie malade, les auteurs notent une augmentation des symptômes dépressifs.

Un des facteurs contributifs majeurs aux affects dépressifs est le sentiment de honte.

Les frères et sœurs sains organisent leurs relations avec leurs parents autour de rôles protecteurs en excluant les sentiments négatifs vis à vis du membre de la fratrie malade.

Cette étude montre l'importance du retrait comme défense contre les sentiments prohibés. Très peu d'enfants sains admettent avoir des sentiments de compétition avec le membre malade de leur fratrie.

Plus de la moitié des enfants sains éprouvent des sentiments négatifs à l'encontre de leur frère ou sœur malade et ces sentiments sont alors associés à des sentiments de honte et de culpabilité.

La culpabilité est le sentiment le plus fréquemment retrouvé. Elle est positivement corrélée aux sentiments négatifs et aux symptômes dépressifs éprouvés par le patient sain.

Les entretiens structurés mettent en évidence une grande capacité à appréhender le monde extérieur avec peu de problèmes rencontrés dans les items d'orientation externe de l'échelle de comportement.

Les enfants sains tendent à internaliser leurs difficultés et ne pas partager leurs difficultés avec les autres.

Nous évoquons ci-dessous les processus sous-jacents à certains des éléments évoqués plus hauts que nous développons car ils seront utiles pour saisir certains faits évoqués dans les

entretiens.

Le traumatisme subi par les frères et sœurs a des sources multiples : modification de l'attention et du regard des parents ; confrontation à une vulnérabilité et à une fragilité d'un membre de la fratrie ; confusion entre réalité et fantasme (s'il est handicapé, n'est-ce pas parce que je ne voulais pas qu'il naisse, que j'ai rêvé, désiré sa mort...) ; lors de l'annonce du handicap, sentiment d'impuissance et impression de perdre tous ses repères.

Comme les adultes, les enfants, qu'ils soient atteints dans leur corps ou non, s'interrogent sur leur propre implication ou sur celle de leurs parents dans la survenue de la maladie ; ils se sentent parfois personnellement impliqués dans la tristesse parentale (je ne suis ni un bon fils, ni un bon frère).

Par ailleurs, la crainte de devenir ou d'être atteint d'un handicap peut entraver le déploiement des mouvements structurants de séparation et de différenciation entre enfants, et conduire à des phénomènes de collage (lui et moi, c'est pareil) ou à des séparations radicales (je n'ai rien à voir avec lui).

Pour les frères et sœurs, le "handicap" c'est :

- L'atteinte de leur pair et les limites qu'elle leur impose, à eux et aux autres
- La maladie, telle qu'ils la perçoivent dans le regard des autres : parents, professionnels, camarades de classes, personnes extérieures à la famille
- Les images auxquelles la maladie est associée dans les livres, les émissions de télévision, de radio, etc.
- La manière dont, subjectivement, ils appréhendent eux-mêmes la maladie en fonction de leur propre histoire et de leurs conflits actuels.

C'est pourquoi, à chacun des âges de l'enfant, c'est d'une manière différente que le handicap est vécu par l'enfant (Scelles, 2003).

Pacte de non-dit

De fait, l'enfant peut ne pas poser de questions, faire « comme si » il ne voyait rien, ne ressentait rien de particulier, quand son frère de 7 ans ne marche pas. Observant ses parents, ses proches, en général dans un grand sentiment de solitude, l'enfant apprend rapidement ce qu'il convient de dire et de taire, de voir et de ne pas voir, de savoir et de ne pas savoir.

Kaës (1989) parle de «pacte dénégatif» qui lie les membres d'un groupe, qui se mettent inconsciemment d'accord pour ne jamais parler, penser, ressentir certaines choses. Cet interdit, qui n'est pas explicitement formulé, est respecté pour éviter que le groupe et sa cohésion protectrice ne soient détruits. Pour y parvenir, il faut que le sujet ne fasse plus émerger à sa conscience les pensées qui pourraient nuire fantasmatiquement à lui-même, au groupe famille et/ou à certains de ses membres. Évidemment, selon les époques, en fonction de la survenue de certains événements, ce pacte peut s'assouplir et son observance être

négociée, en particulier, à l'adolescence et après le décès des parents.

De leur côté, les professionnels, comme les parents, ont du mal à évoquer avec les enfants les questions qui touchent à la maladie, à la mort, à la vulnérabilité humaine et à leur impuissance à protéger et à soigner les enfants. Pour éviter cette confrontation douloureuse, l'adulte peut se convaincre qu'il est le seul à comprendre la gravité de la situation et que l'immaturation intellectuelle et affective de l'enfant le protège de cette douloureuse réalité (Scelles ; Houssier, 2000).

Les questions que se posent les frères et sœurs sur la pathologie, n'apparaissent pas nécessairement lors de l'annonce du handicap ou de la naissance du bébé. En effet, à ce moment-là, ils sont surtout déstabilisés par la tristesse de leurs parents qui ne jouent plus, ne parlent plus avec eux, ne les écoutent plus de la même façon (Scelles, 1997).

Construction identitaire et lien fraternel

Les frères et sœurs voudraient, dans un mouvement ambivalent « avoir » un handicap, sans pour cela « être » handicapés, dans le but de réduire l'étrangeté de leur frère handicapé, de le comprendre, de savoir qui il est, ce qu'il sent, de bénéficier des avantages attachés dans leur famille à la condition de personne handicapée.

Les difficultés d'identification entre enfants amènent parfois des frères et sœurs, devenus adultes, à avoir le sentiment d'être "habités" par leur frère handicapé ou à être "collés" à lui, car c'est en s'identifiant aux personnes investies affectivement que l'enfant peut se séparer d'elles, sans se sentir ni "abandonné", ni "abandonnant".

Parfois, le comportement de leur frère handicapé leur paraît tellement étrange, qu'ils ne parviennent pas à se représenter ce qu'il pense, vit ou ressent. Ils ne peuvent alors l'investir comme sujet-frère, le rêver, le penser et c'est comme une partie d'eux-mêmes qui leur échappe.

De fait, s'identifier à un frère ou à une sœur, atteint(e) dans son intégrité psychique ou corporelle, représente une menace. « Si on est sœurs, est-ce que c'est obligé d'être pareil ? » s'inquiète la sœur jumelle d'un enfant trisomique 21. En effet, comment se penser non handicapé, lorsque sa sœur l'est ; comment accepter les ressemblances, sans risquer de devenir comme elle ? Dans ce contexte, il peut devenir psychiquement plus économique de se positionner comme la « soeur-mère », afin d'éviter un rapprochement fraternel dangereux.

Honte, culpabilité et gestion de l'agressivité

Selon leur âge et leur position dans la famille, les frères et sœurs s'interrogent sur leur propre implication ou sur celle de leurs parents, dans la survenue de la pathologie.

Souvent, ils imaginent que leurs parents sont co-responsables, avec les médecins, du traitement de l'enfant. Ainsi, si leur frère ne guérit pas, ils peuvent en accuser leur père et leur mère, ce qui s'accompagne souvent d'un sentiment de culpabilité.

Ils s'accusent parfois également d'avoir « mal agi » mais, le plus souvent, ils pensent avoir « mal pensé » ou « mal aimé ». Cette toute-puissance de la pensée qui peut faire du mal « dans la réalité », peut les conduire, par la suite, à s'empêcher de penser, à s'interdire de sentir pour ne pas, à nouveau, provoquer une catastrophe. Ils peuvent alors cesser de jouer souplement de leurs fantasmes, et le pouvoir « maléfique » attribué aux idées peut les empêcher d'utiliser leurs compétences intellectuelles.

Il arrive que l'enfant retourne l'agressivité contre lui-même (accidents à répétitions, suicide...). Sans vouloir forcément mourir, il cherche à dire sa souffrance et à attirer l'attention. Se faisant mal, il se peut qu'il cherche à se punir d'être normal ou encore de ne pas parvenir à consoler ses parents.

Construire l'image d'une « bonne famille » pour consoler les parents

L'expression de l'agressivité souple et structurante, à travers le jeu, est souvent fortement entravée dans ces fratries, soit parce que les adultes interviennent trop et connotent de façon « adultomorphe » ces jeux, soit parce que se sentant « coupables » d'être normaux ou handicapés, de ne pas parvenir à consoler leurs parents, les frères et sœurs ne peuvent se donner le droit d'exprimer leurs affects agressifs.

Parfois, l'enfant établit avec son frère ou sa sœur handicapé(e) une relation verticale de sollicitude. Il améliore alors sa propre image, contre-investit son agressivité et allège sa culpabilité en mettant en place des processus de réparation. L'adoption d'une position parentale est également source d'une satisfaction où se mêlent le plaisir de prendre symboliquement la place des parents et celui d'asseoir sa domination sur un être humain, pour lequel on devient indispensable.

Les parents qui constatent que leurs enfants s'entendent bien se sentent gratifiés. En retour, les enfants sont heureux de faire partie d'une « bonne famille ». C'est précisément en raison des enjeux narcissiques de cette « bonne image familiale » que les enfants, parfois, font en sorte de ne pas montrer leur souffrance ou leur révolte.

Ils peuvent alors devenir très sages, soucieux de la santé et du devenir de la personne handicapée, ne posant aucun problème, jusqu'à parfois se faire oublier et s'oublier eux-mêmes. Il est important de comprendre ce rôle d'enfant « rêvé », pour saisir le sens des brusques irruptions de symptômes qui surprennent tout le monde (échecs scolaires, brusques accès de violence, accidents à répétition...).

Adolescence et vie d'adulte

L'adolescence est une période charnière pour les relations fraternelles. Si la culpabilité de ne pas être handicapé est trop forte, si la mission confiée, consciemment ou non par les parents, est vécue comme impossible à remettre en question, l'adolescent ne sera pas en mesure d'éviter une position sacrificielle, souvent au détriment de la construction de son propre parcours.

La personne handicapée n'est aucunement indifférente au fait que ses frères et sœurs quittent la famille, ou encore trouvent un travail. Le plus souvent, devenue adulte, elle supporte difficilement les barrières qui entravent la mise en œuvre d'un véritable processus d'autonomie et de séparation de sa famille. A ce moment, ses frères et sœurs peuvent la soutenir dans ses désirs de vivre hors du domicile familial et/ou de passer des vacances sans ses parents. En effet, ils souhaitent souvent que leur pair trouve un soutien affectif et éducatif en dehors de la famille, car ils se sentent eux-mêmes alors plus libres de construire un devenir plus indépendant de lui.

Même si la personne handicapée a une vie relativement indépendante de celle de leurs parents, cela n'empêche aucunement que les frères et sœurs aient à se demander qui assumera sa tutelle ou sa curatelle, lorsque leurs parents ne le feront plus. Ils n'attendent pas l'âge adulte pour se poser cette question, et, le plus souvent, ils ne peuvent en débattre, ni en famille ni avec la personne handicapée, ce qui rend plus douloureuse la décision à prendre le moment venu. Si les parents considèrent souvent le fait qu'un de leur enfant accepte cette responsabilité, comme une preuve d'amour, les frères et sœurs estiment, en revanche, que loin de soutenir le lien d'affection, cette mission peut les perturber. (Scelles, 2002)

Par ailleurs, la crainte, souvent présente, de donner naissance à un enfant handicapé soulève chez eux des angoisses qui pèsent lourd sur leurs choix de vie.

2.2 ANOREXIE : NOSOGRAPHIE

2.2.1 Histoire et symptomatologie

L'anorexie mentale sera individualisée par Lasègue (1873), à la fin du XIX^{ème} siècle, bien qu'il existe plusieurs descriptions antérieures de cas. Si les restrictions alimentaires furent, durant cette période, essentiellement rapportées à des manifestations surnaturelles, justifiant le terme « d'anorexie sainte », leurs caractéristiques évoquent fortement cette pathologie.

Dès la fin du XVII^{ème} siècle, ces troubles commencèrent à intéresser les médecins, et l'on passa progressivement de l'intervention divine ou satanique pour expliquer ces jeûnes, à l'affirmation d'une pathologie. Ainsi, en 1686, Morton (1995) décrit le cas d'une jeune fille âgée de 20 ans, Miss Duke, qu'il examina pour un état de cachexie avancé.

Whytt (1995) fut l'un des premiers à s'intéresser aux troubles du comportement alimentaire et à les rapporter à une origine nerveuse. Dès 1764, il publia un traité où il relate le cas d'un garçon de quatorze ans ayant présenté une anorexie suivie d'une phase de boulimie.

Au cours des XIX^{ième} et XX^{ième} siècle, il y eut en trois grandes phases successives Jeammet (1985) :

- *L'anorexie hystérique de Lasègue qui fait référence à la fois à l'hystérie et à un trouble du tractus digestif*
- *Les endocriniens s'emparèrent de cette maladie qu'ils perçurent comme essentiellement somatique, forme particulière de pan hypopituitarisme*
- *Il y eut enfin l'essor des méthodes psychothérapeutiques qui permit le retour à la conception psychologique que nous connaissons aujourd'hui.*
- *Avant 1960 : c'est la névrose qui est essentiellement prise comme modèle explicatif. On réalise par ailleurs des études catamnétiques et on s'intéresse au pronostic. Sur le plan thérapeutique, on associe à l'isolement d'autres thérapies, telles que l'électronarcose, la chimiothérapie par des psychotropes, ainsi que diverses méthodes psychothérapeutiques.*
- *Après 1960 : le diagnostic s'affine, avec la prise en compte de facteurs relationnels, de personnalité, et familiale.*

Dès la fin des années 1980, l'anorexie a été parfois considérée comme un révélateur spécifique d'une problématique de dépendance. Ce rapprochement était évoqué dès le milieu du XX^{ième} siècle par Fenichel qui qualifiait la boulimie de « toxicomanie sans drogue ». Il existe en effet de nombreux points communs entre les toxicomanies et l'anorexie mentale, dans laquelle l'objet non-interiorisé serait recréé via l'objet additif (Prieur et al, 1989).

2.2.2 Epidémiologie

En France, la prévalence globale de l'anorexie mentale se situerait entre 1% et 2% de la population des adolescents (Corcos et Jeammet, 1995) avec une incidence qui serait de 1/200 pour les jeunes filles et de 1/100 000 dans la population générale. Selon les études, il y aurait environ 6 à 10 cas de jeunes filles pour 1 garçon.

L'âge de survenue connaît deux pics : l'un plutôt au début de l'adolescence, contemporain de la puberté vers 12-14 ans, à mettre en relation avec les problématiques d'individuation intrafamiliale, l'autre plus tardif, vers 18-20 ans interrogeant la question de la séparation et de la socialisation.

Il est actuellement admis que la fréquence des troubles des conduites alimentaires est en augmentation dans les pays occidentaux, notamment chez les plus jeunes (Gowers and Bryant-Waugh, 2004) et chez ceux dont le mode de vie s'est occidentalisé.

Lucas et al. (1991), dans une étude réalisée à Rochester dans le Minnesota sur une période de

cinquante ans, ont compté 8.2 cas pour 100 000 (14.2 pour les filles, 1.8 pour les garçons). Ils concluent à une augmentation depuis les années trente de l'affection chez les adolescentes de quinze à vingt-quatre ans, tandis qu'elle semble avoir été stable pour les femmes plus âgées et les garçons. Ils montrent que la fréquence des formes graves et chroniques reste assez stable alors que celle des formes liées à la période de l'adolescence augmente.

Au Japon, pays asiatique le plus occidentalisé, l'anorexie mentale est connue depuis longtemps, et une enquête réalisée dans des lycées publics de Fukushima, ville moyenne, a trouvé une prévalence de 5.4% de troubles du comportement alimentaire, alors qu'une autre étude menée un an plus tôt, dans une grande métropole, avait retrouvé 3,5%.

S'il existe peu de publications concernant l'anorexie mentale dans la littérature arabe, toutefois, Naser, en 1988, dans une étude comparative entre des étudiantes arabes résidant au Caire et d'autres répondant à Londres, constate que 22% de l'échantillon londonien présentait des attitudes pathologiques vis-à-vis de la nourriture, dont 6 cas de boulimie avérée, versus 12% dans l'échantillon cairote, sans aucun cas d'anorexie mentale ou de boulimie.

2.2.3 Description de la pathologie

Les troubles des conduites alimentaires se caractérisent par des perturbations graves du comportement alimentaire. Il y a deux diagnostics spécifiques: l'anorexie mentale, se caractérisant par le refus de maintenir le poids corporel à une valeur minimum normale, et la boulimie se caractérisant par des épisodes répétés de crises de boulimie.

La première définition de cette maladie est donnée par Lasègue, en 1873, avec la triade des trois A qui reste un repère diagnostique important et toujours d'actualité.

- L'Anorexie : maître symptôme ; elle a la particularité de ne pas correspondre à une perte d'appétit, mais à une volonté délibérée de restriction alimentaire.
- L'Amaigrissement : secondaire à l'anorexie.
- L'Aménorrhée : elle peut être primaire ou secondaire ; elle ne fait pas nécessairement suite à l'amaigrissement.

Reprenant les critères de Lasègue, Russel (1990) introduit la notion de troubles de l'image corporelle et retient trois éléments nécessaires au diagnostic :

- *Perte de poids induite par le sujet, résultant principalement de l'évitement volontaire de la nourriture*
- *L'idée exagérée que l'obésité est un état redoutable*
- *Des troubles endocriniens spécifiques se traduisant par une aménorrhée.*

Actuellement, on trouve comme directives pour le diagnostic de l'anorexie mentale typique dans la CIM 10, sous le code F50.0 :

- (a) Poids corporel inférieur à la normale de 15% (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou Indice de Masse Corporelle de Quételet inférieur ou égal à 17.5. Chez les patientes pré-pubertaires, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance

- (b) Perte de poids provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques;
- (c) Psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir ; le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser
- (d) Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophysio-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent prise dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormones de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline
- (e) Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent de façon normale ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.

Enfin, la DSM IV, classification anglo-saxonne, donne les critères suivants :

- *Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.*
- *Perturbation de l'estimation de son poids corporel ou de ses formes, influence excessive du poids ou de l'aspect corporel sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de l'amaigrissement.*
- *Chez les femmes, absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs attendus (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple, oestrogéniques).*
- *Le DSM IV spécifie également des sous-types:*
- *- le type restrictif où la perte de poids est obtenue essentiellement par la restriction alimentaire, le jeûne ou l'exercice physique excessif;*
- *- le type avec crises de boulimie-vomissements ou prise de purgatifs, lorsque au cours de l'épisode actuel d'anorexie, le sujet utilise régulièrement ces moyens pour maintenir un poids bas.*

La conception et les critères diagnostiques de l'anorexie mentale ont, en fait, évolué au fur et à mesure que cette pathologie était mieux connue. Et les descriptions les plus récentes ne rendent pas compte de l'ensemble de la sémiologie très riche de cette maladie.

2.2.4 Thérapeutiques

Étant donné les divers aspects de cette pathologie, sa prise en charge doit être à la fois somatique et nutritionnelle d'une part, psychiatrique d'autre part. Elle doit, de plus, être individualisée, adaptée à chaque patiente, à chaque famille, suivant l'évaluation initiale, puis l'évolution des troubles. Cela suppose également l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire : psychiatres, somaticiens, médecins traitants, psychologues, infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes. La coordination des soins et les temps de synthèse qu'elle implique sont d'autant plus fondamentaux que les risques de clivage sont nombreux : à l'image de celui existant généralement entre les membres de la famille, ils peuvent se

manifester entre les différents thérapeutes.

Les critères d'hospitalisation pour anorexie mentale sont variables d'un auteur à l'autre, mais quelques grands principes sont fréquemment retrouvés. Dans les cas les plus graves, en cas d'échecs ou d'impossibilité de soins ambulatoires, une hospitalisation s'impose (American Psychiatric Association, 2000). Ce sont, d'une part, des critères somatiques, essentiellement un IMC trop faible ou des troubles hydro-électrolytiques trop menaçants, d'autre part des raisons psychiques avec des troubles alimentaires trop importants ou une co-morbidité psychiatrique inquiétante (idéations suicidaires, anxiété majeure). L'épuisement du milieu familial semble également important à prendre en compte.

Si les pratiques d'indication d'hospitalisation sont maintenant assez consensuelles, les axes de travail assez similaires (évaluation et contrôle des symptômes, traitement de l'état psychique et somatique, travail sur l'insertion sociale, alliance thérapeutique avec le patient et sa famille, travail avec les familles, mise en place des soins post-hospitaliers), leurs mises en pratique sont en revanche très variées au niveau internationale comme national. L'étude réalisée en France par Godart (PHRC, 2006) montre que cette variabilité se manifeste surtout au niveau de 5 facteurs:

- *objectifs pondéraux fixés à la sortie, formalisation ou non d'objectifs nutritionnels et diététiques (comportementaux et cognitifs)*
- *de l'intensité de l'implication de l'entourage familial*
- *de l'existence ou non d'une phase de stabilisation pondérale avant la sortie d'hospitalisation*
- *du type de soins ambulatoires à l'issue de l'hospitalisation.*
- *Le contrat de poids est utilisé par certaines équipes avec ou non une période de séparation mais pas par d'autres.*

Corcos (2005) précise que le contrat de séparation « doit être négocié et suppose un travail sur le temps et l'espace, l'avant, l'après, et le dedans et le dehors. » (p34)

Israël (1994) écrit au sujet du contrat de séparation qu'il peut être pensé comme

« Une limite qui s'interpose entre la patiente et les autres et constitue une barrière à l'interprétation de leurs désirs réciproques ; témoigner par sa permanence de la fiabilité des soignants ; créer un espace propre à la patiente, conditions de son autonomie, du respect de son individualité ; permettre l'expression d'attaques violentes dont les effets destructeurs potentiels sont démentis par sa permanence » (p 146).

Le recrutement de cette recherche s'est fait essentiellement à Rouen (Pr Mallet, Dr Gerardin) et à l'Institut Mutualiste Montsouris (Pr Jeammet, Pr Corcos). Ce dernier centre utilise systématiquement le contrat de poids à l'entrée dans le service avec un premier temps de séparation. La levée de séparation se fait avec la prise de poids (environ à la moitié de la reprise pondérale, avec un poids de sortie correspondant à un poids normal pour l'âge et la

taille).

Sur l'unité de Psychopathologie et Médecine de l'Adolescent du CHU de Rouen, le contrat n'est pas systématique. Il se fait dans un deuxième temps de l'hospitalisation à la demande de l'adolescente ou en cas d'échec de la reprise de poids. Il est à noter que nous observons dans bon nombre de cas une demande de contrat par la jeune fille, voire par son entourage, et même si une reprise de poids s'est déjà amorcée. Les justifications manifestes de ces demandes sont souvent liées au besoin de s'appuyer sur des objectifs précis et progressifs et d'autre part, de manière plus ou moins explicite, au besoin de mise à distance de l'entourage perçu comme étouffant, trop conflictuel ou trop en attente.

Sur le plan international, il y a peu de données via des études prospectives sur l'évaluation de l'efficacité des hospitalisations (Howards et al, 1999). Dans les pays anglo-saxons, ces dernières années, devant le coût social et économique des hospitalisations longues pour anorexie mentale, la tendance est à la baisse de la durée de l'hospitalisation au profit des prises en charge ambulatoire plus intensive (Wiseman et al, 2001), ce qui semble entraîner finalement un effet inverse avec, à terme, une multiplication des hospitalisations et un effet délétère sur l'état de santé des sujets avec une augmentation des rechutes et un plus mauvais devenir.

De plus en plus, en France également, les patientes sont suivies en ambulatoire, parfois aussi avec un contrat, mais sans séparation de la famille. Une pratique de groupe (psychodrame, relaxation, parole) est souvent proposée et de nombreux services mettent en place des thérapies familiales.

2.2.5 Pronostic

L'évolution mortelle, si elle est plus rare qu'il y a quelques dizaines d'années, reste à redouter. La plupart des études font état d'environ 5% d'issues fatales (Vidaillet et al, 1997). Les taux de mortalité les plus souvent relatés dans la littérature internationale, en population clinique, se situent entre 4 et 10%, voire 20% après 20 ans de suivi (Zipfel, Lowe, Reas et Herzog, 2000). Elle est douze fois supérieure à celle observée dans une population générale du même âge (Sullivan, 1995). Les études rapportent, par ailleurs, un taux de tentatives de suicide de 11% à 20%, les plus touchées étant les boulimiques vomisseuses et les anorexiques en phase de reprise de poids après l'abandon de leurs conduites de restriction alimentaire. Outre ces issues fatales, trois modes évolutifs sont possibles, et on considère classiquement qu'un tiers évolue vers la « guérison », un tiers se stabilise au prix de perturbations persistantes du comportement alimentaire, et un tiers s'aggrave ou rechute à plus ou moins brève échéance. Ces chiffres se réduisent à moins de 50%, si on fait intervenir les critères de

personnalité, les symptômes psychiatriques, la qualité de l'insertion sociale et affective, comme le montrent les études au long court : environ 40% ont une bonne récupération au bout de quatre ans (Jeammet et al, 1994).

Le devenir psychosocial est également difficile à appréhender, ainsi, environ 50% des patientes considérées comme guéries continuent à présenter des difficultés majeures dans les domaines affectifs et sexuels, et ni le mariage ni la maternité ne constituent des critères suffisants pour estimer leurs problèmes résolus.

L'approche anglo-saxonne, très marquée par la démarche classificatoire et la recherche d'une causalité biologique, en particulier génétique, ne prend en compte que les éléments les plus manifestes de cette pathologie et se centre sur les contraintes extérieures, au détriment de l'étude de la personnalité. C'est ce que nous avons retrouvé dans la littérature en langue anglaise.

En France, la pensée psychanalytique a pris le relais de la démarche psychologique et phénoménologique de la première moitié du siècle dernier, elle est guidée par le cadre de pensée de la métapsychologie freudienne classique avec son triple point de vue topique, dynamique et économique.

Par ailleurs, l'essor des thérapies familiales analytiques et surtout systémiques a contribué à porter un regard nouveau sur cette pathologie et à penser autrement l'aide à apporter à la malade, mais également à ses proches. Ces dernières années, les systémiciens ont mis l'accent sur le rôle et l'importance du groupe fraternel comme ressource, mais, également, comme pouvant favoriser l'émergence de la pathologie.

2.3 FAMILLE ET ANOREXIE

2.3.1 Approche analytique

Des psychanalystes comme Brusset (1977), Chabert (1975) Corcos (1972), Jeammet (1991) ont montré l'intérêt d'une approche complexe de l'anorexie, et ont souligné que la personnalité de la patiente ne pouvait être réduite à une structure univoque. Ces théoriciens tiennent compte du poids des facteurs dynamiques et économiques dont le rôle est fonction de potentialités structurales qui ne se révèlent qu'en fonction du rapport de forces en présence, à un moment donné.

Certains mettent en lien la conduite anorexique et les perturbations de l'image corporelle avec :

- Le traumatisme des remaniements pubertaires
- Le déplacement d'une problématique génitale dans le registre de l'oralité
- Les difficultés d'identification chez des adolescentes, dépendantes de leur entourage, farouchement opposées à toute forme de soumission.
- Le plaisir à se nourrir aurait, chez l'anorexique, une valeur sexuelle, l'alternance des accès boulimiques-vomissements pouvant être considérée comme un équivalent masturbatoire, et ce, d'autant que la sexualité génitale est souvent évitée ou investie sans réelle satisfaction. La sensation de faim, vécue comme un danger qu'il faut maîtriser, peut d'ailleurs être recherchée activement avec une griserie comparable à une sensation orgasmique.

D'après Duverger et al (2006), le corps de l'anorexique peut être pensé comme défense visant à contre-investir une réalité interne. Déniant son appétence pour l'objet, ses envies et désirs, niant sa sexualité, l'anorexique montrerait une façon d'habiter son corps, en refusant de l'éprouver. Le corps sert alors de médiateur privilégié du lien de soi à soi. Par les sensations qu'il procure : de faim (du fait qu'il jeûne) ; de fatigue (liée à l'hyperactivité) ; de froid (du fait de la maigreur) ; voire de douleur, le corps contribue au maintien du sentiment de continuité d'existence.

Le recours aux sensations permet à l'anorexique de maintenir une relation à elle-même et à ses objets. La fonction perceptive et les données sensorielles lui permettent de s'assurer de la présence concrète des objets qui lui font défaut à l'intérieur. Ainsi, aux graves défauts d'intériorisation psychique et de représentations internes (émotions), l'anorexique répond par un recours à l'extérieur, au corps (sensations) et au comportement (surinvestissement perceptif).

Pour la jeune anorexique, le corps autorise ainsi la vérification de son pouvoir de maîtrise, de l'objet comme de son désir. Il permet aussi de s'assurer de la permanence du lien aux objets d'attachement et à la mère en particulier.

Caractérisée par une appétence massive pour les relations peu différenciées et une mauvaise tolérance des dissemblances, la jeune anorexique est essentiellement marquée par la nécessité paradoxale de mettre à distance et de parvenir à se passer des personnes qui sont l'objet d'un important investissement affectif. La peur de cette relation, aussi grande que l'appétence est forte, conduit à des mesures défensives également massives et peu nuancées : évitement, ruptures brutales, déni, voire même inversion de l'attachement en un vécu de persécution.

Ainsi, lorsque l'adolescente anorexique prend conscience de sa dépendance à l'égard d'un membre de sa famille, d'un ami ou d'un partenaire, elle a tendance à y réagir en déniant l'importance de tels liens, dans un mouvement d'autosuffisance. Cela peut parfois aller jusqu'à une tentative de renversement d'une situation de passivité en une relation d'emprise, sensée permettre de maintenir l'autre à sa disposition.

Les troubles alimentaires symbolisent le paradoxe de cette intolérable dépendance à autrui : le

refus de s'alimenter est d'autant plus tenace que les pressions des autres se font plus insistantes. Parallèlement, la provocation constituée par l'enfermement dans un comportement aussi caricatural ne fait que sceller encore plus solidement les liens avec l'entourage.

Si la configuration oedipienne reste le moteur essentiel de la régression de l'anorexique, on ne peut comprendre la forme et l'intensité de celle-ci qu'en fonction d'autres paramètres qui, eux-mêmes, nécessitent un regard spécifique tels que l'organisation narcissique de la personnalité, les clivages multiples du Moi, l'échec relatif des zones érogènes dans leur fonction de liaison libidinale, permettant le caractère « vertigineux » de la régression et le recours à « l'orgasme de la faim » comme dernière tentative de liaison et de sauvegarde d'un Moi menacé de destruction à l'instar de ses objets.

Des théoriciens (Brusset, 1977, Jeammet 1985, 1993) soulignent l'existence de perturbations dans les relations précoces mère / enfant. Jeammet (1993) remarque l'existence de frontières floues entre l'individu et les sous-systèmes familiaux, ainsi qu'un manque de différenciation interpersonnelle.

Kaganski et Rémy (1989) soulignent le fait que la conduite anorexique questionne trois générations et révèle les conflits appartenant parfois aux générations précédentes et sur lesquels était construit « l'équilibre familial ». Ce qui conduit évidemment à penser autrement ce qu'il en est de la dernière génération, c'est à dire de celle du patient et donc, de ses frères et/ou sœurs.

Selon Jeammet (1984), les mères et les pères de patientes anorexiques ne présenteraient pas une pathologie spécifique, mais auraient plutôt des modalités d'investissement particulières et une problématique spécifique par rapport à leurs propres parents. Il parle de « champs de force » favorisant l'apparition de la maladie, mais ne la déterminant pas à elles seules ; ces variables entrant alors en résonance avec les caractéristiques de la patiente, l'environnement de la famille et les événements rencontrés.

Gerson (1997) montre que parfois, lorsqu'un enfant naît à un moment critique de l'histoire familiale, sa place sera fonction de cet événement et non de sa seule position dans la constellation familiale.

Parayre-Chanez M.-J. et al, (1993) évoquent : « une organisation prémorbide de la personnalité, l'existence d'événements traumatiques (puberté) et l'intervention de facteurs environnementaux, en particulier familiaux » dans l'apparition de l'anorexie.

Les perturbations du milieu familial peuvent être retrouvées dans les familles des patientes, sous une « apparente banalité manifeste » (Kestemberg et al, 1972).

De nombreux auteurs notent l'existence dans ces familles d'une intolérance aux conflits et des

alternances de rapprochements et de comportements de rejet, ou encore, d'adoption d'attitudes d'esquive avec une difficulté à imposer des limites fiables et sûres à l'adolescente. Jeammet (1984) décrit la mère comme « forte, rigide et dominante et dynamique ». Il note des épisodes dépressifs qui ont entravé un investissement affectif satisfaisant de l'enfant. Il souligne le fait que souvent la mère, insatisfaite dans son couple, se rapprocherait de sa fille, faisant d'elle ce qu'il appelle son « prolongement orthopédique » et un complément narcissique. Le père serait alors exclu de cette relation mère/fille.

Bruch (1978) souligne l'importance fondamentale des relations mère/fille qui, en ayant été précocement perturbées, auraient entravé chez l'enfant l'instauration d'un sentiment continu d'exister et sa capacité à être seule. Il existerait fréquemment entre mère et fille une confusion dans les besoins de l'une et de l'autre. Ce qu'évoque également Brusset (1998)

Corcos (2000) parle lui d'une mère étouffante et il évoque une filiation narcissique. Kestemberg (1972) souligne l'importance des grands-parents dans la manière dont la mère se comporte avec sa fille. La fille pourrait parfois réparer pour la mère une relation vécue insatisfaisante avec sa propre mère.

Corcos (2000) décrit le père comme souvent soumis avec peu d'autorité, parfois séducteur vis-à-vis de sa fille. Il aurait des difficultés à trouver la « bonne distance » par rapport à sa fille.

Allant dans le même sens, Lucet (2004) souligne la faille dans la fonction de tiers du père. D'une manière générale, les auteurs parlent de l'adoption chez le père d'une position contre-oedipienne (Bochereau, 1999). Le père n'aiderait pas sa fille à se différencier de sa mère.

2.3.2 Approche systémique

L'anorexie dans les travaux des systémiciens, durant les années 70-80, a tenu un rôle très important. Les auteurs se référant à cette clinique ont analysé les troubles des conduites alimentaires en prenant en compte le contexte environnemental et familial. Leur objectif était d'analyser la manière dont l'entourage participe à la genèse, au maintien et au renforcement des symptômes.

Minuchin (1978) et Selvini-Palazzoli(1990), s'accordent pour dire que ces familles sont extrêmement conformistes, sans dissension apparente et, à première vue, harmonieuses, régies par un souci exagéré des apparences extérieures, avec une rigidité et une méfiance vis-à-vis des sentiments positifs considérés comme une perte de contrôle.

Elles apparaissent fermées sur elles-mêmes, manifestent une peur du monde extérieur, et valorisent les performances scolaires au dépend de toutes formes d'expression personnelle. Elles cherchent à donner une image de perfection, dans une caricature de la normalité qui doit

être maintenue au-dehors, comme au-dedans, et se caractérisent par une volonté d'éviter les conflits internes.

Minuchin (1975) suppose que le développement et le maintien de l'anorexie mentale chez l'enfant sont favorisés par un certain type d'organisation familiale entrant dans le cadre des familles psychosomatiques. Il définit ainsi chez ces familles quatre caractéristiques principales :

- L'enchevêtrement : il se caractérise par l'interdépendance des relations et l'absence de limites claires entre chaque individu et les autres membres de la famille. Il en résulte un manque de vie privée et l'intrusion de chacun dans les pensées et le discours de l'autre
- La surprotection : elle s'exprime par une préoccupation excessive pour les autres au détriment de sa propre autonomie
- La rigidité : elle se traduit par une résistance au changement
- Le manque de résolution des conflits : il résulte de la rigidité qui impose d'éluder les conflits afin de préserver l'homéostasie familiale. Dans ce contexte, les troubles alimentaires de l'enfant joueraient un rôle dans l'évitement des conflits, en particulier ceux qui existent au sein du couple parental. L'attention serait en effet détournée et reportée sur les symptômes de l'enfant, ce qui contribuerait à les renforcer.

Minuchin (1978) note que les patientes qui se rebellent, en fait, font preuve d'une grande dévotion à leur famille défendant, à leur manière, de façon masquée, les traditions et l'esprit de leur famille. Il souligne que parfois le fait qu'elle soit anorexique permet aux frères et sœurs de quitter la maison.

Selvini-Palazzoli (1990) repère que les troubles du comportement alimentaire émergent dans le contexte d'un système d'alliance et de coalition au sein de la famille. Elle évoque un système de « mariage à trois », sorte de triangulation pathologique où chaque parent entretient une relation incestueuse symbolique avec un des enfants.

Vandergcken (1992) souligne la variabilité des fonctionnements familiaux qui peuvent aller du domaine du fonctionnement normal qui aurait été déstabilisé par une crise, à des dysfonctionnements antérieurs à l'évènement traumatique. Le traumatisme peut selon lui diminuer les capacités d'adaptation des familles.

Les systématiciens ont montré à quel point l'anorexie interroge les liens intergénérationnels, mais également le fondement et le fonctionnement du couple parental. Selon Lucet (2004) le couple parental de patientes anorexiques se serait organisé sur un mode infantile, et impliquerait leur fille dans leur conflit de couple.

Les auteurs émettent l'idée que l'anorexie pourrait être une manière de tenter de colmater les failles parentales et l'échec du couple des parents.

2.4 FRATRIE ET ANOREXIE MENTALE

Nous évoquons d'abord les travaux généraux sur cette question, puis faisons état des résultats qui concernent plus spécifiquement l'effet du rang, les transmissions familiales et le caractère

génétique et environnemental de la pathologie.

2.4.1 Revue synthétique de la littérature internationale.

Cette partie, présente une analyse synthétique concernant les méthodologies et les principales thématiques traitées dans les articles trouvés¹, suite à l'interrogation en janvier 2007 des bases de données suivantes :

PsycInf ; Franci ; Pascal ; Psychology and Behavioral Sciences Collection ; Current contents ; Eric ; Sudoc ; Inist.

Les mots clefs qui ont été utilisés étaient : « Fratrie, anorexie mentale ».

Ces banques de données ne répertorient que 2 articles en français. Ce qui conduit à penser que les auteurs français ne publient pas dans les revues référencées dans ces bases ou qu'ils ne publient pas sur ce sujet.

A titre de comparaison, une interrogation avec les mots clefs « mère, anorexie mentale » donne davantage d'articles et les écrits en français y sont nombreux.

A part dans un article, la catégorie socio-démographique de la famille n'est jamais précisée.

A l'exception de 2 articles qui développent une réflexion sur le plan théorique, les théories « psychologiques » sont considérées trop spéculatives et les auteurs posent la nécessité de vérifier les faits par une étude minutieuse et objective de facteurs préalablement et clairement définis. Ainsi, les auteurs décrivent, comptabilisent les faits repérés à l'aide d'outils standardisés qui donnent lieu à des traitements statistiques qui contredisent, confirment ou nuancent les hypothèses ou les questions posées dans l'étude. Suite à ces constatations, très peu d'articles esquissent des hypothèses explicatives sur le sens des résultats obtenus. Ainsi, 20 articles sur 22 ont une visée descriptive, y compris lorsqu'ils s'appuient sur des entretiens. Notons que les entretiens sont toujours directs.

Deux articles seulement s'appuient sur des études de cas, tous les autres travaillent à partir d'un échantillon qui peut aller de 17 à 350 sujets.

Aucun article ne développe des considérations générales sur les théories concernant la fonction de la fratrie dans la construction psychique du sujet. Concernant la famille, c'est la théorie systémique qui est citée.

Si les études consultées s'intéressent à la fratrie, elles étudient en fait le plus souvent des couples : patiente/ sœur plus jeune ; patiente/parent ; sœur plus jeune/parent).

¹ Certaines de ces études font l'objet du développement leur important dans ce rapport

De nombreuses études cherchent, en vain, il faut le dire, à isoler des caractéristiques de morphologie fraternelle particulière (taille, genre, ordre de naissance).

Si un article, dans la discussion, ouvre sur la nécessité de prendre en compte la fratrie dans le soin, si un autre suggère la nécessité de concevoir des mesures d'aide spécifiques pour la fratrie, les autres ont pour objectifs de mieux comprendre l'émergence, l'évolution de la pathologie et ses conséquences sur les frères et sœurs. Ainsi, la fratrie n'est-elle pas vraiment étudiée pour elle-même, mais parce qu'elle représente en fait une « population contrôle » intéressante pour étudier l'anorexie. En effet, le partage des gènes, de parents communs, d'environnement semblable facilite l'étude de l'origine de la pathologie et de son évolution, en particulier, la fratrie sert à tester l'hypothèse de l'origine génétique de la pathologie.

A part quatre articles, tous les auteurs ont recours à un groupe qu'ils disent « contrôle » et qui peut être :

- La sœur (jamais le frère) la plus proche qui n'est pas malade
- La jumelle, en comparant sœur monozygote et dizygote.
- Jeunes atteints d'autres maladies psychiatriques (pour voir si l'anorexie est primaire ou secondaire à ces troubles)
- Fratrie tout venant.

Les mêmes outils sont récurrents dans tous les articles :

- Echelles et questionnaires pour évaluer la pathologie ou le mal-être qui sont ensuite traités statistiquement.
- Entretiens directifs qui, sauf dans 3 cas, sont associés à des échelles et des questionnaires. La plupart du temps les populations sont recrutées à partir de la file active des hôpitaux. Si le choix de la sœur non malade n'est pas déterminé par le protocole (la sœur la plus jeune par exemple ou la jumelle), alors les modalités de choix ne sont pas précisées

Les rencontres avec les sujets de l'étude se font le plus souvent au domicile de la famille

Thème traité	
Débat inné/acquis dans lequel la fratrie, en particulier les jumeaux monozygotes ou non, sont utilisés	9
Morphologie de la fratrie Le rang est de loin le plus exploré, suivi du sexe et, avec une attention particulière dans tous les articles, à celui qui est le plus proche par l'âge et le sexe de la patiente Ces études descriptives visent à voir dans quelle configuration fraternelle, il y aurait davantage de risques de développer une anorexie	7
Traumatisme subi	3
Co-morbidité : (alcool, tabac, dépression, trouble du comportement). Avec des groupes contrôle pour savoir si les symptômes sont à l'origine ou sont les conséquences de l'anorexie.	5
Famille considérée dans son ensemble et dans sa complexité. C'est dans ces articles où il y a quelques éléments théoriques, systémiques. Dans la famille, ce sont les caractéristiques de la mère qui sont les plus étudiées.	4
Type de relations entre frères et sœurs (les mêmes que dans les articles qui traitent de la famille comme groupe complexe) <ul style="list-style-type: none"> • Jalousie et rivalité sont les plus explorées • Comportement parental vis-à-vis de chacun des enfants • Savoir sur la maladie • Soutien des frères et sœurs à la patiente et manière dont elle y réagit 	4
Analyse de différents types d'anorexie dans son rapport avec le lien fraternel	1
Comparaison entre frères et sœurs (compétences cognitives, personnalité, des caractéristiques physiques)	9
Effet de la maladie sur les frères et sœurs à visée descriptive uniquement	2
Méthodologie	
Analyse de l'histoire de la maladie, étude de cas et entretien	3
Utilisation à la fois d'échelles et d'entretiens directs (plutôt questions ouvertes)	18
Regards croisés des parents, et des enfants (le plus fréquent) avec les professionnels (1 article) <ul style="list-style-type: none"> • - pour analyser la concordance des discours • - pour affiner le diagnostic • - pour évaluer comment chacun, subjectivement vit la situation, la comprend, la gère personnellement et dans l'interaction avec l'autre Notons que seuls, 2 articles précisent qu'ils ont interrogé les pères. Dans les autres, rien n'est dit ou alors c'est la mère qui est explicitement choisie en raison des théories qui la mettent au devant de la scène.	9

Ce rapide tour d'horizon confirme ce que remarquait Cook-Darzens (2002) à propos des études quantitatives, à savoir que :

«on (donc) été privilégiées des variables objectives et catégorielles qui, pour la plupart, n'apportent que peu d'informations pertinentes sur les relations dans la fratrie de l'anorexique et le rôle à donner aux frères et sœurs dans le processus thérapeutique ».

Aucun consensus n'émerge de ces articles concernant la morphologie de la fratrie ou encore les facteurs déclenchant qui seraient propres à la fratrie. Ainsi par exemple, si certains montrent l'impact du rang et du sexe, d'autres l'infirmement, arguant parfois de l'existence de biais méthodologiques pour expliquer les divergences (choix de population, choix de l'outil).

En fait, la plupart des auteurs s'accordent pour reconnaître l'existence d'une origine multifactorielle à cette maladie. Si les frères et sœurs partagent les mêmes parents, vivent ensemble, ce qui fait que l'un deux deviendra anorexique est le fruit de variables incluant des

facteurs biologiques, psychologiques et des évènements de vie.

Ainsi, l'analyse de cette littérature conduit à poser l'importance des traits de personnalité et de tempérament, sous-tendus par des facteurs constitutionnels et environnementaux et montre la nécessité de rechercher des facteurs de vulnérabilité et de protection chez la personne atteinte et chez ses proches.

Ce tour d'horizon effectué nous détaillons certains résultats importants pour cette étude.

Nous reviendrons sur certains aspects, en particulier psychiatriques, dans la partie traitant des résultats quantitatifs

2.4.2 Dynamique du groupe fraternel

Selvini (1996) note que l'un des frères peut assumer vis-à-vis de la patiente un rôle parental, voire thérapeutique, alors que les sœurs seraient davantage dans la sollicitude, elle parle alors de « pseudo-sollicitude ».

La sœur peut être préoccupée à plusieurs façon :

- Ressenti de la souffrance de la perte d'un lien fraternel
- Préoccupation de ce que sa sœur malade vit
- Incompréhension des mécanismes et du sens de la maladie
- Jalousie de l'attention portée par les parents à la sœur malade

Les parents sont déstabilisés par toutes les conséquences de la maladie sur la famille. Et la façon dont les parents réagissent à la maladie peut provoquer chez les frères et sœurs des pathologies et de la colère.

Latzer (2002) note que l'anorexie provoque la création de nouveaux sous-systèmes dans la fratrie, des modifications de rôle de chacun qui ont des conséquences sur la vie quotidienne. Il en vient à considérer que la maladie pourrait être pensée comme un nouveau membre de la famille, qui prend sa place dans la complexité du lien fraternel et dans la dynamique de ce groupe.

Omnis (1996) estime que le « mythe d'unité à tout prix » visant à entraver tout mouvement d'autonomisation et de séparation, est particulièrement prégnant dans la fratrie de patientes anorexiques.

Tordan (1993) voit dans ce fonctionnement les conséquences d'un traumatisme vécu dans la génération précédente.

Latzer et al (2002) se sont interrogés sur les effets de l'anorexie sur la sœur plus jeune que la patiente, une fois les troubles du comportement alimentaire installés. Ils mettent en évidence plusieurs modifications induites par la maladie :

- Dans la structure familiale : l'attention des membres de la famille est accaparée par l'évolution des troubles de la patiente et des remaniements s'opèrent en réaction à cette situation : il se forme de nouvelles alliances entre les membres sains
- Dans la dynamique familiale : les rôles de chacun évoluent en fonction des troubles de la patiente, en particulier autour de l'alimentation, la nourriture devenant un élément d'interaction entre les membres de la famille
- Dans des processus émotionnels : les fréquents conflits autour de l'alimentation et les remaniements familiaux créent un climat de tension dans la famille. Les parents sont perçus comme plus sévères, alors que l'état émotionnel de la patiente est perçu comme instable, fluctuant. La plupart des sœurs « saines » perdent de l'estime d'elles-mêmes, avec un sentiment d'impuissance
- Dans l'activité journalière extra familiale, qui diminue avec une perte de motivation sociale
- Dans l'image corporelle : un sentiment d'ambivalence se majore.

L'anorexie mentale est décrite par les sœurs de la patiente essentiellement comme une expérience douloureuse, anxiogène, leur peur du décès de la malade étant important.

Cette étude, si elle apporte une vue détaillée des modifications induites dans la fratrie par la survenue de l'anorexie mentale, présente cependant certaines limites. Elle n'a, en effet, été réalisée que sur une population de neuf familles, et elle ne prend pas en compte les éléments masculins des fratries. De plus, elle explore peu les relations fraternelles avant l'émergence de la pathologie.

Se référant à ses observations cliniques issues de sa pratique des thérapies et à une étude empirique menée sur la fratrie de l'adolescente anorexique au moyen du FACES, un auto questionnaire familial, présenté à 42 familles (31 frères et sœurs), Cook-Darzens (2002), met en évidence des facteurs étiologiques expliquant le rôle de la fratrie dans le processus anorexique, elle relève :

- la perte ou les remaniements des alliances au sein des fratries, causes de stress, lors, par exemple, du départ de l'aîné dans une fratrie de deux enfants
- les rivalités intenses et durables, notamment dans les cas d'anorexie pré-pubères
- les relations fraternelles fusionnelles où l'anorexie se présente alors comme un « processus de différenciation et de désidentification »

Elle remarque que l'anorexie, « comme toute autre maladie, est porteuse de stress et de souffrance » et explique que la fratrie vit « toute une gamme d'expériences émotionnelles et de perturbations associées à la maladie et à ses conséquences » (p.168). Elle observe ainsi des retentissements sur tous les domaines de fonctionnement et souligne l'implication de la fratrie dans la réorganisation familiale.

Elle remarque que la place des frères et sœurs des patientes anorexiques est souvent « négligée » et parle de « risques encourus par la fratrie si celle-ci n'est pas systématiquement impliquée dans le processus thérapeutique : déplacement de symptômes, vécu non résolu de culpabilité, sentiment d'impuissance et de solitude, cristallisation durable de rancœurs et alliances inadéquates, rigidification de certains rôles relationnels, sans parler des

inconvenients d'un soutien fraternel de mauvaise qualité à l'égard de la patiente, pendant le travail familial » (p.169).

Les résultats de cette étude montrent une fragilité de la fratrie et « une détresse et une insatisfaction avec la vie familiale plus marquée dans la fratrie que chez les autres membres de la famille. » (p.163)

A partir de traitements psychanalytiques individuels de trois sœurs d'adolescentes anorexiques, Braconnier (1999) s'est questionné sur le processus de construction identitaire de la sœur bien portante. Il a retrouvé trois points :

- *un intense « contre-investissement de l'agressivité »,*
- *une difficulté à « élaborer le conflit de séparation normal à l'adolescence d'avec les imagos parentales »*
- *la dominance du « complexe d'intrusion ».*

Braconnier conclut que « l'entourage, et non seulement les parents, peut nécessiter un travail psychothérapique », lorsque qu'un patient anorexique est en traitement.

Partant de l'hypothèse de Minuchin, selon laquelle la survenue de l'anorexie mentale, chez une adolescente, traduit le report sur celle-ci d'un conflit familial, Hazan (1996) compare les patientes anorexiques à leurs sœurs. Il trouve que les patientes montrent plus fréquemment un évitement des conflits et des alliances mouvantes au sein de la famille, et cette différence est d'autant plus marquée que les enfants sont jeunes.

Cytryn et Schreiber (1985), ont recherché les éventuels facteurs protecteurs par rapport à l'anorexie mentale pour des adolescentes, dont une sœur est atteinte de cette maladie. Ils n'ont pas trouvé de différence significative entre le groupe de patientes et celui des membres sains de la fratrie, en ce qui concerne la façon dont elles auto-évaluent leurs capacités intellectuelles et physiques, ou encore dans leur perception subjective de la cohésion familiale. En revanche, les sujets sains du groupe fratrie se perçoivent comme ayant de meilleures compétences sociales que le groupe des patientes. Cela se retrouve dans la perception qu'ont les mères de leurs enfants qui ne rapportent pas de différence significative entre les deux groupes, sauf en ce qui concerne justement les compétences sociales.

Hall (1994) souligne la quasi-absence des frères et sœurs dans les études sur l'anorexie mentale et dit que les résultats retrouvés pour l'instant estiment à 6 à 7% la fréquence de la maladie dans la fratrie des patientes anorexiques. Toutefois Maloney (1983) ne retrouve pas de comportement anorexique de façon significative chez les sœurs des patientes.

En revanche, dans une étude en 2002, Perdereau et al retrouvent 10.3% de patientes dont l'un des membres de la fratrie a des troubles élémentaires. Reste à savoir si cette « sur-représentativité » est due à un facteur génétique et environnemental ou à la combinaison des deux.

D'une manière générale, ce sont les troubles dépressifs et anxieux (Vandereycken, 1992) et les antécédents de suicide (Perdereau, 2002) qui sont les plus étudiés.

Murphy (2000) note qu'il y a une augmentation des troubles psychiatriques chez les enfants proches de leur mère et plus éloignés de leurs pairs. (28 paires de sœurs).

Karwautz et ses collaborateurs, en 2003, se sont intéressés au vécu subjectif des relations familiales par les patientes anorexiques mentales, en comparaison avec celui de leurs sœurs ne présentant pas les mêmes troubles, en se centrant sur les relations entre leurs parents. Ils n'ont pas retrouvé de différences significatives concernant la perception des relations unissant les deux parents entre eux, ou encore les liens émotionnels unissant les enfants à leurs parents.

En revanche, la perception du degré d'autonomie par rapport au couple parental est significativement différente : les patientes se percevant comme moins autonomes, surtout vis-à-vis de leur mère, moins vis-à-vis de leur père. Les auteurs supposent que cela est dû au fait que les patientes se trouvent en position de faiblesse au sein de leur famille, contrairement à leurs sœurs, ce qui induit un sentiment de dépendance vis-à-vis de la famille. Cette hypothèse est différente de celle, communément admise, que les anorexiques mentales refuseraient primitivement leur autonomisation ; ici, ce manque d'autonomisation est la conséquence des troubles du comportement alimentaire et non leur origine.

Murphy (2000) trouve une plus grande ambivalence et jalousie chez la jeune femme anorexique vis-à-vis de ses sœurs qu'inversement, ainsi qu'un plus grand sentiment de contrôle maternel.

Plomin et Daniels (1987) supposent, chez l'anorexie mentale, l'existence de facteurs de risques environnementaux liés à la famille d'une part, (la façon dont est considérée la patiente par ses parents ou les membres de sa fratrie, son rang au sein de la fratrie, ou encore ses caractéristiques propres) et non directement liés à la famille d'autre part (événements scolaires, loisirs individuels). Ces facteurs environnementaux dits « objective nonshared environmental factors » sont objectivables, en particulier par un observateur extérieur. Ils notent que le vécu peut être très différent de la part de l'un ou autre des membres d'une même fratrie, avec des répercussions très disparates sur la structuration de l'individu.

Prolongeant cette réflexion, Turkheimer et Waldron (2000) introduisent la notion de vécu des événements non liés à la famille, avec le terme de « Effective nonshared environmental factors », ces facteurs étant définis par les conséquences qu'ils entraînent. En effet, un événement donné, qu'il soit ou non partagé par les autres membres de la fratrie, peut produire des effets différents sur l'un ou l'autre, et ainsi être considéré comme un facteur indépendant, c'est-à-dire vécu par un seul membre de la fratrie, indépendamment des autres. Ainsi, par

exemple, alors que le divorce des parents est typiquement considéré comme un événement de vie identique pour chacun des membres de la fratrie, il peut entraîner des conséquences différentes d'un individu à l'autre et être ainsi considéré comme étant propre à l'un des enfants. Ce vécu spécifique à chacun des enfants d'un événement et les conséquences qui en découlent pour lui est sous la dépendance de nombreux éléments tels que l'âge, le sexe, le rang dans la fratrie ou encore la personnalité de ce sujet. Cette nouvelle conception des facteurs environnementaux se rapproche de celle des comportementalistes qui, dès 1991, attiraient l'attention sur le fait qu'un événement commun à l'ensemble d'une fratrie peut être vécu individuellement, de façon différente, ce qui ouvre sur de nouvelles perspectives.

2.4.3 Morphologie de la fratrie

Bruch (1994) énonce que l'anorexie est plus fréquente dans une fratrie féminine, quelle que soit la taille de la fratrie ; Kaganski et Remy (1989) évoquent la « place de la féminité » en précisant que, dans une fratrie de deux filles, l'émergence de l'anorexie est plus fréquente pour la fille au rang de cadette, et ce, d'autant plus que l'écart d'âge est petit ; Leglise (1999) écrit que l'anorexie est plus fréquente pour l'enfant du milieu, s'il n'est pas l'unique fille de la fratrie ; Verdavaine Dauvisis (1997) dit que la gémellité (homozygote) représente un facteur de risque supplémentaire d'émergence de l'anorexie. Et enfin, selon Jeammet (1993), il n'existe pas de profil morphologique type de fratrie.

Etudiant la structure de la famille et l'ordre de naissance dans les fratries de 252 patients anorexiques, Gowers (1985) ne trouve aucun effet du rang de naissance ou de prédominance féminine dans la fréquence de la maladie.

Vandereycken (1992) ne trouve aucun résultat concluant concernant l'étude des trois facteurs suivants : taille de la fratrie, sexe des enfants et ordre de naissance.

Britto (1997) confirme, dans une étude sur 293 patientes, le rôle non significatif du rang de naissance.

Au début des années 1950, Stanley Cobb note, sur une population de 26 anorexiques, la prépondérance des deuxièmes rangs (douze cas), ainsi qu'une prépondérance numérique des sœurs, en particulier les sœurs plus âgées. Complétant cette étude, Dongier (1966) retrouve les mêmes résultats. Suite à ces constatations, Dongier et Duchesne (1966), pour essayer de mieux comprendre la fonction de la place de la fratrie dans l'émergence de l'anorexie mentale, se basent sur l'analyse des relations de la sœur aînée et de sa cadette faite par Balint (1963) qui a observé deux petites filles qui ont vécu chez lui. Il conclut que lorsque la différence d'âge entre deux sœurs n'est pas trop grande, c'est l'aînée qui est ouvertement féminine, plus narcissique, la plus jeune ayant d'avantage un comportement bisexuel : si elles

chantent ensemble, c'est l'aînée qui a une voix de soprano, la seconde faisant la deuxième voix, plus basse ; si elles dansent, c'est l'aînée qui danse comme une femme, la seconde pouvant faire « l'homme ou la femme ». C'est, suppose-t-il, la même structure psychodynamique qui détermine les deux rôles féminins traditionnels des opérettes classiques : la prima donna est entièrement féminine, narcissique ; la soubrette, sœur cadette a un comportement d'avantage bisexuel. Sous le comique de son rôle, se cache, nous dit Balint, une dépression, son désir véritable étant d'être la prima donna. L'hypothèse de Dongier et Duchesne, est que cette constatation est transposable à l'anorexie mentale, permettant d'éclairer la dynamique de cette maladie, et ce, d'autant plus que l'anorexique mentale, sœur cadette, a des problèmes de féminité.

A la lecture de l'analyse de ces nombreuses études, nous ne pouvons que constater que, malgré les nombreux travaux visant à repérer des spécificités dans la morphologie des fratries, les résultats sont en fait très contradictoires et qu'à ce jour, il n'est pas possible de conclure sur ce thème qui pourtant continue à mobiliser les chercheurs, comme en témoigne la revue de la littérature.

2.4.4 Part du génétique et de l'environnement dans le déclenchement de la maladie

Au-delà des aspects génétiques, l'une des raisons de s'intéresser aux membres sains de la fratrie des anorexiques mentales est que ses membres ont en commun de nombreuses caractéristiques, ce qui permettrait une meilleure compréhension des facteurs environnementaux et familiaux déterminant cette maladie. Ainsi, étant donné toutes ces similitudes qui existent entre frères et sœurs, il semble plus facile de trouver ce qui différencie la malade de la non-malade comme, par exemple, un événement de vie particulier ou un vécu différent d'une même situation. Du moins, c'est ce qu'un raisonnement rapide suggère. En réalité, cette accumulation de facteurs communs est potentiellement une source de confusion, les intrications entre les facteurs génétiques et les facteurs environnementaux restant, de toutes façons, complexes.

C'est la technique des jumeaux qui est la plus fréquente pour tester l'hypothèse du caractère génétique de cette pathologie. En effet, les études génétiques de Lilenfeld et al (1998) ; Strober et al (2000) ; Wade et al (2000) à propos des troubles du comportement alimentaire, dont la plupart sont publiées dans les années 1990, se basent sur l'observation de jumelles monozygotes et dizygotes.

Holland (1984) repère une concordance de 55% de la maladie chez des jumeaux monozygotes, contre 7% pour des dizygotes (34 paires de jumeaux). Toutefois, il s'agit de se demander si ce n'est pas la gémellité même qui serait facteur de risque et non l'hérédité.

Selon Pelegri (2005) dans l'anorexie mentale, l'héritabilité est estimée autour de 70% des patientes anorexiques qui ont dans leur patrimoine génétique, l'un des allèles de vulnérabilité. L'allèle de vulnérabilité le plus impliqué, à l'heure actuelle (5HT 2A), n'augmente le risque d'anorexie que de 1.8%.

Un sujet ayant une vulnérabilité génétique, sur le gène 5HT 2A par exemple, a donc un risque relatif faible, s'il ne s'y associe pas d'autres vulnérabilités génétiques, dépendant des facteurs environnementaux favorisant l'expression génétique. P7

Strober et ses collaborateurs (1990) ont montré que les sœurs d'une patiente anorexique mentale constituaient une population à risque, par rapport aux troubles du comportement alimentaire. Les plus touchées sont les sœurs jumelles de ces patientes, avec un risque de développer de tels troubles proches de 50%. Pour les autres sœurs, ce risque est de 6.6% à 11.4%, soit une incidence très supérieure à ce que l'on observe pour les autres maladies psychiatriques.

On pourrait donc penser, au premier abord, que les facteurs génétiques sont déterminants dans l'anorexie mentale. Ces conclusions sont pourtant nuancées actuellement.

De nombreuses études montrent en effet l'existence de lien entre les effets des facteurs environnementaux et les facteurs génétiques. Deux sœurs jumelles monozygotes ne partagent pas exactement les mêmes influences environnementales, mais n'ont également que 50% de leur matériel génétique en commun.

Ainsi, le vécu différent d'un même événement entre deux sœurs peut provenir soit de leur différence génétique, soit de l'influence environnementale différente, soit encore de la combinaison des deux. Les effets d'un événement environnemental sur un individu sont ainsi potentiellement sous l'influence de certaines données génétiques. Les gènes intervenant dans la personnalité, par exemple, conditionnent, dans une certaine mesure, la façon dont un sujet perçoit la réalité externe. Il convient donc de considérer les interactions entre facteurs génétiques et environnementaux.

Karwautz et al (2001) s'intéressent aux facteurs de risque individuel de l'anorexie mentale à partir de l'étude de 45 paires de sœurs, dont l'une est atteinte de cette maladie. Ils démontrent que les sujets atteints diffèrent de leurs sœurs saines par certains traits de personnalité impliquant une vulnérabilité, par une exposition plus importante à une haute attente de performance de la part de leurs parents et par plus d'antécédents d'abus sexuels. En revanche, aucune différence génétique par rapport aux gènes étudiés (DRD4, COMT, 5HT2A et 5HT2C) n'est mise en évidence. Les auteurs en concluent que les facteurs de risque individuels d'anorexie mentale sont une combinaison de facteurs intrinsèques et extrinsèques.

Bulik et al. (1998), Wade et al. (2000) estiment que les troubles alimentaires ne sont que partiellement déterminés par la génétique. Plomin et Daniels (1997) et Rowe and Plomin (1981) posent l'hypothèse que, s'il existe une sur-représentation de ces pathologies dans certaines familles, cela est dû à des facteurs environnementaux indépendants de tout lien génétique. Ils soulignent, en particulier, l'importance du mode de fonctionnement intra-familial.

Au demeurant, de nombreux auteurs comme Claes (2004) Mangweth et al (2005) ou encore Neumark-Sztainer (2004) confirment le rôle important de l'environnement familial dans l'émergence de troubles du comportement alimentaire.

Wade et al (2000) posent l'hypothèse, jusque-là peu explorée, que les facteurs environnementaux extérieurs à la famille ont un lien avec la survenue de troubles alimentaires, de par le fait que ces facteurs modifient la place de chacun au sein de la famille, et que cela est vécu de façon singulière par chacun des membres de la fratrie.

2.4.5 Fratrie et gestion de l'héritage transgénérationnel

Pelegri (2005), à partir de rencontres avec les frères et sœurs, isole trois « types » de fratries :

- 1/ La fratrie fusionnelle et dépendante, dans laquelle les enfants reprennent à leur compte les mécanismes relationnels du couple conjugal et gère l'héritage transgénérationnel de la même manière que leurs parents. Les liens fraternels sont un obstacle à la séparation et donnent l'impression de relations parfaites. Cette apparence de force serait mise en échec à l'adolescence. Dans ce contexte, elle estime que le symptôme peut être un moyen de s'autonomiser et de sortir du rôle assigné. Elle met en rapport ce qu'elle constate avec ce que Derby (1999) notait, à savoir : le sujet n'existe que par son appartenance au clan fraternel, qui lui procure un sentiment d'identité, un « véritable moi narcissique familial à la fois étayant et aliénant ». Dans ce contexte, la maladie peut être conceptualisée comme « processus légitime de différenciation du moi. »
- 2/ La patiente, élément sacrifié de la « fratrie tribu » : dans ce type de fratrie, la patiente serait le membre « élu et sacrifié » par la fratrie pour gérer l'héritage parental. Les projections parentales se concentreraient sur un des enfants et épargneraient relativement les autres. Elle estime que le processus s'apparente à la notion de « sibling barricade » proposée par Daniels (1999). Ces situations se retrouveraient dans des contextes de conflits parentaux, dans lesquels la patiente serait la seule héritière des conflits du couple. La patiente formerait alors avec ses parents, comme l'écrit Selvini-Palazzoli (1990), un « ménage à trois ». L'anorexie maintient alors l'enfant dans ce lien du couple parental et l'isole de sa fratrie.
- 3/ Le partage « solidaire » de l'héritage transgénérationnel : dans ces fratries, les troubles psychologiques ne sont pas spécifiques à la patiente et, la « fratrie tribu », les enfants seraient finalement solidaires pour se relayer et gérer ensemble l'héritage transgénérationnel. En quelque sorte, les enfants se partageraient les troubles en les adoptant à différents moments de la vie de la famille. Dans ce cas, la fratrie serait un espace de gestion partagée des traumatismes de l'héritage transgénérationnel. L'auteur écrit « Tous ces jeux d'alliance apparaissent répondre aux différents stress de la famille, mais l'efficacité est temporaire et le degré de différenciation de soi diminue ». Le risque est une évolution vers des rôles figés.

Tant que le système reste souple, on peut retrouver une certaine solidarité, des transferts de pathologies, mais à un moment, il risque de se rigidifier et oblige des enfants à se sacrifier.

Pour conclure son étude, l'auteur souligne :

Ainsi, nous avons différencié trois hypothèses psychopathologiques de fonctionnement fraternel dans l'anorexie mentale, qui sont finalement intimement liées. Elles sont le reflet et la façon de gérer un héritage transgénérationnel trop lourd, trois exemples d'organisation d'une fratrie tribu pour assumer les traumatismes des générations précédentes. Elles peuvent se retrouver, a minima, dans tout groupe fraternel, mais deviennent pathologiques si elles se chronicisent ou se figent comme un modèle de fonctionnement permanent. Dans chaque cas, l'anorexie mentale a le double rôle d'ébranler et de maintenir le système fraternel en place. » p 109.

2.4.6 Fratrie et comorbidités psychiatriques

Une comorbidité plus importante de troubles anxieux chez les patients présentant un trouble du comportement alimentaire a été démontrée dans plusieurs études (Godart N,2005).

Ainsi, dans une étude portant sur 672 patients présentant un trouble du comportement alimentaire, l'ensemble des troubles anxieux est sur-représenté chez ces patients, à l'exception du syndrome de stress post traumatique, trois fois plus élevé chez les patients boulimiques. Les troubles anxieux précéderaient les troubles du comportement alimentaire ce qui a amené Walters en 1990 a posé l'hypothèse que les troubles anxieux précèderaient les troubles du comportement alimentaire.

Dans une étude portant sur les familles de patientes anorexiques et boulimiques Lilenfeld (1998) étudie 26 patientes anorexiques, 47 sujets boulimiques et 44 sujets contrôles, ainsi que leurs parents au premier degré (père, mère, frère ou sœur).

Il est observé un trouble anxieux dans la quasi totalité des cas d'anorexie, dans les deux tiers des cas de boulimie et chez plus de la moitié des membres de leurs familles.

Le trouble obsessionnel compulsif et les troubles du comportement alimentaire sont transmis indépendamment.

Dans ces études, les membres de la famille du premier degré ne sont pas individualisés et la présence de plus ou moins de trouble anxieux chez les frères et sœurs de patientes anorexiques n'est pas mentionnée

En 2005, Keel et al. réalisent une étude de jumeaux afin d'examiner la comorbidité et la transmission commune entre pathologie alimentaire et trouble de l'humeur, trouble anxieux et trouble abus de substance.

	N=	Dépression % (n)	Trouble anxieux % (n)	Intoxication alcoolique % (n)	Troubles addictifs % (n)	Dépendance à la nicotine % (n)
Patients avec trouble du comportement alimentaire	31	30,3 (10)	38,7 (12)	24,2 (8)	9,1 (3)	27,3 (9)
Jumeaux monozygotes sains	14	28,6 (4)	46,2 (6)	14,3 (2)	7,1 (1)	14,3 (2)
Contrôle	296	12,4 (36)	20,6 (47)	12,2 (36)	5,1 (15)	12,9 (38)

Une comorbidité avec un trouble dépressif, un trouble anxieux, et la dépendance à la nicotine et un trouble du comportement alimentaire est retrouvée chez les 33 paires de jumeaux dont un des membres présente un trouble du comportement alimentaire. Le jumeau ne présentant pas de trouble du comportement alimentaire présente un risque accru de présenter un trouble anxieux comparé aux sujets contrôles.

Holliday et al dans une étude publiée en 2005 ont cherché à établir si des difficultés de flexibilité attentionnelle pouvaient être considérées comme un endophénotype de l'anorexie mentale.

Les auteurs ont réalisé des tests d'évaluation de la flexibilité attentionnelle chez des patientes anorexiques et chez une de leurs sœurs ne présentant pas de trouble alimentaire.

De plus ils ont recherché, chez les deux membres de la fratrie, la présence d'un trouble anxieux ou d'un trouble dépressif avec la Hospital Anxiety and Depression Scale et recherché la présence d'un trouble obsessionnel compulsif avec la Maudsley Obsessive Compulsive Inventory.

Les résultats des scores d'anxiété sont significativement plus élevés chez les patientes anorexiques mais les scores de leurs sœurs ne diffèrent pas d'une population témoin. Les scores de dépression sont plus élevés chez les patientes anorexiques alors que ces scores chez leurs sœurs tendent à être proche de ceux d'une population témoin.

Ce même constat s'observe pour la recherche de symptômes obsessionnels compulsifs.

		Patiente anorexique		Sœurs saines		Sujet féminin contrôle	
		Moy	SD	Moy	SD	Moy	SD
N=		47		47		47	
Age		26.3	10.2	27.6	9.6	26.5	6.1
BMI		17.9	2.7	22.8	4.4	22.1	2.3
Hospital Anxiety and Depression Scale Scores	Anxiété	11.1	4.9	5.8	3.4	5.5	3.1
		Médiane		Médiane		Médiane	
	Dépression	7		2		1	
Maudsley Obsessive Compulsive Inventory total score		8		4		2	

Une étude de confirmation réalisée par Halvorsen en 2005 portant sur 50 patientes anorexiques a cherché à étudier les problèmes comportementaux et émotionnels, les troubles de l'adaptation et l'abus de substance chez ces patientes et chez leurs sœurs ou leurs frères les plus proche d'eux en terme d'âge

Pour évaluer ces dimensions, trois questionnaires étaient utilisés :

- la *young adult self-report (YASR)* pour les participants de 18 à 30 ans;
- la *Youth Self-Report* pour les participants de 11 à 18 ans
- un questionnaire était complété par les parents, la *Young Adult Behaviour Checklist (YABCL)*.

Pour comparer les résultats des questionnaires avec le résultat des entretiens, les auteurs ont utilisé des entretiens diagnostic tels que : le Eating Disorder Examination, le MINI International Neuropsychiatric Interview, le Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale et l'Echelle de Fonctionnement Globale.

Les auteurs retrouvent chez les patientes anorexiques un score élevé sur l'échelle "trouble internalisé" de la YASR et de la YABCL comparé aux scores du membre de leur fratrie sur cette échelle. Confirmant les données de la littérature, on retrouve un score de dépression ou d'anxiété plus élevé chez le groupe anorexique.

Silberg et Bulik (2005) ont cherché à déterminer le rôle des facteurs génétiques et environnementaux dans le développement des symptômes de trouble du comportement alimentaire, de dépression et de troubles anxieux chez des sœurs jumelles de 8 à 13 ans et de

14 à 17 ans.

Ils ont établi un modèle étiologique distinct à la base de l'association de trouble du comportement alimentaire, de dépression, de trouble hyper-anxieux et de trouble anxiété de séparation durant le cours du développement:

- *premièrement, un facteur génétique commun influençant le lien de tous ces symptômes;*
- *deuxièmement, un facteur génétique spécifique distinct lié aux symptômes précoces de troubles alimentaires;*
- *troisièmement, un facteur environnemental commun influençant spécifiquement la dépression précoce et les troubles du comportement alimentaire précoce;*
- *quatrièmement, un facteur environnemental commun affectant le lien entre trouble du comportement alimentaire à début tardif et anxiété de séparation précoce ou tardive.*

Les résultats de cette étude suggèrent :

un effet génétique pénétrant responsable des symptômes d'hyperanxiété, d'anxiété de séparation, de dépression, et de trouble du comportement alimentaire au cours du développement

- *une influence environnementale commune sur le développement de trouble alimentaire chez l'adolescent âgé et sur une persistance de l'anxiété de séparation*
- *une influence génétique spécifique des symptômes de trouble du comportement alimentaire précoce*
- *un facteur environnemental commun influençant les troubles alimentaires précoces et la dépression.*

Une étude réalisée par Steiger en 1995 a eu pour objectif de clarifier le mode de transmission familiale des troubles du comportement alimentaire en opposant les variations de traits de personnalité et d'attitude chez les parents de premier degré de patient présentant un trouble du comportement alimentaire avec les parents d'enfant au régime, d'enfant présentant une pathologie psychiatrique et d'enfants contrôle sans trouble précités.

Les sous-échelles du questionnaire dimensionnel de l'évaluation des troubles basiques de la personnalité étaient un des outils de leur évaluation. Quatre construits se distinguaient chez les parents de premier degré des sujets : l'instabilité affective, le trait compulsif, le trait anxieux, et le narcissisme.

Pathologie du patient	Anorexie	Boulimie	Pathologie psychiatrique	Régime	Sujet contrôle	
N=	19	56	38	29	28	
Age	Patient	29.05 +/-7.09	25.8+/-4.97	30.21+/-7.14	24.79+/-3.84	23.93+/-5.93
	Sœur	29.38+/-9.79	27.82+/-7.83	32.11+/-6.62	26.42+/-6.04	25.12+/-7.22
	Frère	32.75+/-9.97	28.55+/-9.08	27.63+/-4.9	23.8+/-7.27	24.4+/-6.97
BMI	Patient	17.48+/-1.98	21.10+/-2.95	24.58+/-5.76	21.84+/-1.85	19.89+/-1.63
	Sœur	21.62+/-2.98	21.87+/-3.24	24.39+/-6.19	21.91+/-3.07	21.55+/-3.72
	Frère	22.88+/-1.56	25.33+/-3.33	24.69+/-3.75	24.91+/-3.72	22.59+/-2.65
Traits anxieux	Patient	70.02+/-7.95	62.58+/-11.74	53.98+/-14.9	45.42+/-14.99	43.17+/-12.49
	Sœur	48.62+/-14.37	46.32+/-14.37	43.37+/-19.03	42.55+/-18.27	47.72+/-13.72
	Frère	42.25+/-13.38	42.7+/-14.28	39.27+/-7.2	46.5+/-13.36	40.93+/-10.72
Narcissisme	Patient	59.92+/-9.47	57.91+/-11.87	51.29+/-11.79	46.95+/-10.36	48.19+/-11.22
	Sœur	50.62+/-11.56	51.75+/-11.99	44.55+/-11.83	49.41+/-9.88	49.88+/-12.19
	Frère	45.68+/-11.25	50.50+/-11.08	46.55+/-9.85	51.10+/-12.45	48.73+/-9.03

Ces résultats suggèrent que les patients atteints de trouble du comportement alimentaire présentent des scores élevés aux items narcissisme et tempérament anxieux. Les scores élevés à l'item narcissisme (incluant un intense désir d'attention d'autrui, désir de reconnaissance ou d'admiration) corroborent les théories suggérant une place centrale de la dimension narcissique dans les troubles du comportement alimentaire. L'étude des scores des différents traits de personnalité (tempérament anxieux, narcissisme) chez les frères et sœurs de patients présentant un trouble du comportement alimentaire ne révèle pas de tendance vers une psychopathologie particulière.

Conclusion

Si nous devons résumer ce qui ressort de cette revue de la littérature nous dirions que la manière d'interroger le lien fraternel est assez récurrente et qu'il est extrêmement rare que les frères et sœurs soient étudiés pour eux-mêmes :

- Comme pouvant souffrir de la pathologie à tous les stades de son évolution :
- Comment pouvant participer ou du moins être partie prenante de la guérison.

Les frères et sœurs, comme ceux d'enfants malades et handicapés, il y a une quinzaine d'années restent dans l'ombre de leur pair et ne mobilisent pas l'attention des praticiens et des chercheurs pour eux-mêmes mais toujours en rapport avec la genèse de la maladie de la sœur.

Par ailleurs, la majorité des études sont quantitatives et analysent de manière isolée une ou deux variables. Elles se privent ainsi de l'analyse de la question du fraternel dans toute sa complexité. Enfin, à aucun moment c'est la dynamique du groupe qui est prise en compte sauf dans les travaux des systémiciens qui, eux, s'appuient sur leur pratique clinique. Tout ceci pointe l'originalité du point de vue adopté dans notre étude qui vise à faire la clinique du symptôme anorexique au sein du lien fraternel et à analyser l'aspect h____ salutogène de la fratrie sur la genèse et l'évolution de la pathologie.

3 Protocole

Le protocole associe une phase rétrospective et descriptive d'études de dossiers médicaux et une phase prospective de rencontre de la patiente et d'un membre adolescent de sa fratrie autour de l'annonce du diagnostic, ceci, le plus souvent dans le cadre de l'hospitalisation. Cette phase prospective consiste en une approche objectivante via l'utilisation d'outils validés (échelles, questionnaires, analyse de contenu des dossiers) et une approche qualitative (entretiens, épreuves projectives, FAT, FMSS)

L'idée est de mettre en regard les résultats obtenus par ces différents outils, l'un pouvant conforter ou nuancer, permettre d'apprécier autrement, de manière complémentaire, ce qui est appréhendé, trouvé par un autre outil.

Si certains des chercheurs sont praticiens, jamais ils n'ont eu, en entretiens de recherche, des fratries qu'ils avaient rencontrées durant leur pratique de soins.

Enfin, les frères et sœurs ont été rencontrés dans les locaux de l'hôpital, mais pas dans le service où était suivie ou hospitalisée la patiente.

Dans toutes les rencontres, l'ordre de passation des épreuves a toujours été le même. Il est arrivé que toutes les épreuves ne puissent pas être passées en raison du malaise exprimé par le sujet ou de leur refus.

3.1 DÉONTOLOGIE DE L'ÉTUDE

Toutes les précautions éthiques et déontologiques ont été prises pour que les données recueillies soient traitées de façon entièrement anonyme, tel que décrit dans le paragraphe correspondant (Cf. annexe pour les lettres de consentement éclairé).

3.2 POPULATION D'ÉTUDE :

Toute la population a été contactée via les hôpitaux dans lesquels cette étude s'est déroulée.

ETUDE RETROSPECTIVE : Dossiers • L'hôpital de Rouen • L'hôpital Montsouris à Paris	126
Age de la patiente le jour de l'admission : 12 ans à 22 ans inclus	
ETUDE PROSPECTIVE : Rencontres à l'hôpital	20
Patientes : sexe féminin Age : 11 ans à 22 ans inclus Avoir au moins un frère ou une sœur	
Anorexie mentale: caractérisée (CIM 10) dont le début de l'anorexie date de moins de 18 mois • Suivies en ambulatoire (3) • Hospitalisées sans contrat de séparation • Hospitalisé avec contrat	
Membres de la fratrie • Age : 12 ans à 22 ans inclus • Avoir au moins un de leurs parents en commun avec la patiente • Vivre dans le même foyer que la patiente depuis au moins 1 ans. Ou avoir quitté le foyer de la patiente depuis moins de 3 mois, et avoir vécu avec la patiente au moins un an l'année précédente le départ du foyer.	

Nous avons rencontré 20 fratries mais pour 2, nous avons pu voir uniquement la sœur anorexique et pour 2 uniquement la patiente.

Nous avons réalisé en tout :

- 24 entretiens avec des sœurs
- 2 avec des frères
- 21 avec des patientes anorexiques

Nous n'avons eu que 5 fratries « complètes » (patiente et frère ou sœur vus deux fois). Il a été plus facile de rencontrer les frères et sœurs que les patientes.

Nous avons proposé à tous les frères et sœurs de la patiente de participer à l'étude. Il s'avère que dans chaque fratrie, un (une) seul(e) a accepté de répondre favorablement à notre demande.

Il y a évidemment ici un biais de recrutement, car il est évident que ce n'est pas n'importe quel sujet qui accepte de prendre du temps pour rencontrer un chercheur à propos de sa sœur anorexique.

Parmi les patientes lors de la première rencontre 13 sont hospitalisées, lors de la seconde rencontre elles sont toutes sorties. 3 patientes ont été vues alors qu'elles n'avaient jamais été hospitalisées et étaient suivies en ambulatoire

Nombre de fratries concernées	Composition de la fratrie
12	2 enfants 7 fratries de 2 filles 4 fratries d'1 fille et 1 garçon
5	3 enfants 2 fratries de 3 filles 3 fratries de 2 filles et 1 garçon
1	8 enfants (famille recomposée, 4 garçons, 4 filles)
2	4 enfants 1 fratrie de 2 filles et 2 garçons 1 fratrie de 3 filles et 1 garçon.

Moyenne d'âge des patients	13.7 ans
Moyenne d'âge des sœurs/frères	14.3 ans

	Rang dans la fratrie
20 patients	9 aînées 7 sont enfants « au milieu » 3 cadettes
19 sœurs/frères	4 sont enfants « au milieu » 10 sont des cadets

Situations familiales

Parents séparés	7
Parents ensemble	9
Familles recomposées	4

Ces entretiens ont eu un impact affectif important sur ceux qui ont accepté d'y participer, en effet, parler des relations fraternelles, de la culpabilité, du sentiment d'impuissance, de la perceptible incompréhension entre frères et sœurs est de toute évidence difficile. Certains ont signifié clairement les raisons de leur refus de venir une seconde fois disant qu'il « fallait oublier » et qu'en parler « remuait la souffrance », ou encore « tout a été dit la première fois ». Pour d'autres, seul le refus de continuer a été signifié.

Nous posons l'hypothèse que les problèmes de loyauté filiale et fraternelle évoquées dans bon nombre d'entretiens sont en partie à l'origine de cette difficulté à parler et, par conséquent, de ce non-désir de participer à un second entretien.

Deux parents qui ont accompagné leur enfant non malade ont dit qu'ils avaient envie que leur enfant puisse parler car ils sentaient son mal-être et ne savaient pas comment l'aider. Ils se sentaient culpabilisés de percevoir le malaise de leur enfant et de ne pouvoir le soutenir

davantage.

Nous retrouvons cette problématique chez tous les parents d'enfants malades ou handicapés. En effet, leur esprit, leur temps sont occupés par leur enfant malade et ils ne savent ni ne peuvent voir comment donner davantage de temps pour leurs enfants non malades. D'autant que souvent, ces derniers ne demandent pas, voire, refusent toute aide.

Les entretiens avec les frères et sœurs montrent combien ils se sentent à la fois extrêmement impliqués dans la maladie et en même temps non pris en compte par les médecins et, pour certains, par leurs parents. Dans ce contexte, répondre à l'invitation du chercheur était un moyen de parler, de se faire entendre et en même temps l'occasion de mesurer l'impossibilité de dire certaines choses. En effet, l'évolution de certains entretiens qui étaient fluides au départ, puis se déstructuraient progressivement montre la souffrance ressentie par les patientes comme par les frères et sœurs lorsqu'ils évoquent la fratrie dans ses liens avec la maladie

Il semble aussi que les sujets filles, confrontées au sentiment d'être débordées par une dynamique dévastatrice sur laquelle elles n'avaient plus de prise, avaient dans l'idée que quelque chose pourrait peut être advenir dans cette rencontre. Le fait de leur prêter une écoute relativement dégagée du symptôme a pu, pour certaines, les renarcissiser.

La patiente se montre souvent contente qu'on s'intéresse à autre chose qu'à sa maladie et qu'elle ait l'occasion de parler de sa fratrie. Elle apprécie d'être accueillie dans sa singularité. Les sujets, (les patientes et les frères et soeurs) ont exprimé le désir que ce qu'ils disent aide à changer les pratiques de séparation et de soins (sous entendu pour la fratrie, une demande de place plus importante dans le projet de soin).

Il est apparu qu'ils se sont parfois très impliqués dans la rencontre, au point parfois de penser en avoir trop dit. Dans 2 cas, inquiet de l'état de la sœur non malade, le chercheur a proposé à l'interviewée pour l'une de consulter, et pour l'autre de parler de ces difficultés avec sa mère.

3.3 OUTILS UTILISÉS

Le protocole pour les rencontres était le suivant :

Evaluation initiale	EDI ² , ADRS ³ , test de Rosenberg, STAI Y-A ⁴ et Y-B ⁵ FMSS ⁶ Entretien semi-directif de recherche
Deux mois après l'évaluation initiale	EDI, ADRS, test de Rosenberg, STAI Y-A FMSS Entretien semi directif de recherche court FAT ⁷

Approche objectivante

- Questionnaires qui évaluent : la conduite alimentaire (EDI: Eating Disorders Inventory), la thymie (ADRS: Adolescent Depression Rating Scale ou BDI: Beck Depressive Inventory), l'estime de soi (Test de Rosenberg), et l'anxiété (STAI: State-Trait Anxiety Inventory forme Y-A pour l'échelle état et forme Y-B pour l'échelle trait).
- FMSS (malgré une utilisation qualitative)
- Analyse rétrospective d'un groupe de 126 dossiers de patientes anorexiques déjà hospitalisées, ou l'ayant été, pour anorexie mentale, consultés dans deux des hôpitaux partenaires.

Approche qualitative des liens fraternels

- Entretien directif de recherche
- FAT

3.3.1 Echelles et questionnaires

Si les patientes anorexiques ont déjà été familiarisées, du fait de leur maladie, à ce genre de demande, les frères et sœurs sont très déstabilisés, voire même inquiets par certaines questions. Au début, nous avons eu l'idée de faire remplir les questionnaires et les échelles à la file active des établissements hospitaliers avec lesquels nous travaillions, mais cela s'est avéré peu facile et surtout, en fait, non souhaitable tant les réactions, en particulier des frères et sœurs, aux questions ont paru tellement complexes, qu'une rencontre avec le chercheur s'est avérée indispensable.

Ce qui fait qu'il est arrivé que le chercheur soit obligé de cesser la passation, ceci est surtout

² Eating Disorders Inventory

³ Adolescent Depression Rating Scale

⁴ State-Trait Anxiety Inventory, anxiété état

⁵ State-Trait Anxiety Inventory, anxiété trait

⁶ Five Minutes Speech Sample

⁷ Family Attitude Aperception Test

vrai pour les enfants jeunes. Parfois, le malaise après les questionnaires était tel que le chercheur a prolongé l'entretien, afin que le sujet s'apaise avant de repartir.

Notons que ces questions mettent d'autant plus mal à l'aise les frères et sœurs qu'elles les renvoient probablement à leurs propres questionnements sur le fait d'être eux-mêmes à risque de développer la maladie.

Il est arrivé que l'intitulé des items ne soit pas compris (Hydrate de carbone); le chercheur a alors dû les formuler autrement et rassurer l'enfant ; de plus, certains items appropriés pour les anorexiques ne le sont manifestement pas pour leurs frères et sœurs.

Des frères et sœurs ont explicitement soulevé le caractère incohérent et inadapté du questionnaire (ex: « mon poids le plus bas, c'est quand je suis né(e), je ne le connais pas »).

Pour certaines patientes, ces questionnaires sont un rappel parfois vécu comme douloureux de certains détails de leur maladie.

Enfin, les échelles supposent que l'enfant donne des informations déjà dites dans l'entretien, ce qui a créé parfois un malaise.

EDI : "Eating disorders inventory"

Il s'agit d'un auto-questionnaire évaluant les troubles des conduites alimentaires, construit par Garner et al (1983) et qui, selon Vandereycken et Meermann (1984) "est actuellement le meilleur instrument disponible pour évaluer les T.C.A du fait de sa validité".

Ce questionnaire multidimensionnel évalue différentes caractéristiques psychologiques et comportementales des patients anorexiques et boulimiques.

Il comporte 64 items qui se répartissent en 8 échelles (cf. annexe).

La durée de cet auto-questionnaire est d'environ 10 minutes.

BDI: Beck Depressive Inventory

Il s'agit d'un inventaire de mesure de profondeur de la dépression.

Les 13 items mesurent les symptômes suivants : tristesse, pessimisme, échec personnel, insatisfaction, culpabilité, dégoût de soi, tendance suicidaire, retrait social, indécision, modification négative de l'image de soi, difficultés au travail, fatigabilité, anorexie. Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme, coté de 0 à 3.

Dans le dépouillement, il faut tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 items. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée, plus le sujet est déprimé (Cottraux et al – 1993).

La durée de cet auto-questionnaire est d'environ 7 minutes.

The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS)

Il s'agit d'une échelle d'évaluation de la dépression chez l'adolescent construit par Revah-Levy et al. (2007). Cette échelle a été validée sur une population âgée de 11 à 20 ans. Il existe deux versions de cette échelle: une version destinée à être complétée par un clinicien et une version constituant un auto-questionnaire complété par le patient.

Les deux questionnaires composés chacun de dix items rendent compte de deux facteurs :

l'état interne du sujet renseigné par les items : irritabilité, submersion par la dépression, perceptions négatives de soi, idées morbides, sommeil

les manifestations extérieures (ralentissement psychique, implication scolaire, loisir, vie sociale)

A partir de la validation de l'outil, il a été défini trois groupes de patients: les patients non déprimés selon les critères du DSM-4 et pas considérés comme déprimés par un examinateur; les patients ne remplissant pas les critères d'épisode dépressif mais considéré cliniquement comme déprimés par un examinateur (groupe intermédiaire); enfin le groupe des patients concordants pour le diagnostic de dépression selon le DSM 4 et selon l'examineur.

La somme des dix items constituant l'auto-questionnaire patient doit être inférieure à trois pour que le patient ne soit pas considéré comme déprimé. Il appartient au groupe intermédiaire pour un score compris entre trois et cinq, il est considéré comme déprimé pour un score supérieur à six.

STAI Y-A et Y-B

Développé par Spielberger et ses collaborateurs à partir de 1969, l'inventaire d'anxiété trait-état (State-Trait Anxiety Inventory ou STAI) représente l'une des échelles d'auto-évaluation de l'anxiété les plus utilisées. La forme Y de l'inventaire d'anxiété trait-état a été adaptée en français par Schweitzer et Paulhan (1990).

Son originalité réside dans la possibilité de quantifier de façon indépendante l'anxiété actuelle au moment de la passation (l'anxiété-état) et le tempérament anxieux habituel du sujet (l'anxiété-trait). Ainsi, il se compose de deux parties séparées comprenant chacune 20 propositions destinées à évaluer indépendamment l'anxiété-état (forme Y-A) et l'anxiété-trait (forme Y-B).

C'est un auto-questionnaire.

Pour l'échelle état Y-A, le sujet testé doit se référer à ce qu'il ressent "à l'instant, juste en ce moment" et pour l'échelle trait Y-B, à ce qu'il ressent "généralement".

Si les deux échelles peuvent être utilisées de façon conjointe, l'échelle état doit être remplie d'abord et l'échelle trait ensuite, car les réponses d'anxiété-état peuvent être influencées par les

réponses d'anxiété-trait, alors que l'inverse n'est pas vrai.

La passation de chaque partie demande environ 5 minutes, soit 10 minutes au total.

Dans notre étude, l'échelle Y-B ne sera passée qu'une fois, initialement, alors que celle mesurant l'anxiété état (Y-A) se passera aux deux temps de l'évaluation.

La durée de chacun de ces auto-questionnaires est d'environ 5 minutes.

Test de Rosenberg

L'estime de soi est définie comme étant l'opinion que tout individu a de lui-même. Se développant progressivement à partir d'expériences positives ou négatives, elle est menacée durant l'adolescence, période de changement et de mouvement.

E.J. Button et al. ont trouvé en 1997 une forte association entre l'estime de soi, le comportement alimentaire et le bien-être psychologique des adolescents de 15 à 16 ans. D'après ces auteurs, la faible estime de soi précéderait les troubles des conduites alimentaires. L'insatisfaction concernant le poids et les TCA sont associés à un dysfonctionnement familial, à une faible estime de soi, à des troubles dépressifs, à un risque suicidaire et à une consommation de substances psycho actives.

Le test de Rosenberg RSES est constitué de dix items ; à chaque item correspond quatre types de réponses : « tout à fait correct » (strongly agree), « correct », « incorrect », « très incorrect », noté de 4 à 0 ; ainsi , le score total varie entre 10 et 40 ; un haut score correspond à une haute estime de soi ; les valeurs totales inférieures à 30 correspondent à une faible estime de soi. Le test de Rosenberg est considéré comme un outil d'évaluation valide à l'adolescence.

Le temps de passation est d'environ 2 minutes.

3.3.2 Approche qualitative

Les entretiens, les FMSS et le FAT ont été enregistrées. Ces enregistrements ont parfois été perçus comme persécutant (une patiente ne s'est livrée qu'après l'arrêt du magnétophone), une sœur apparaissait agressée par l'enclenchement de l'enregistrement au cours de **l'entretien long phase1; alors que le chercheur avait arrêté l'enregistrement quand elle** pleurait, elle lui a quasiment tourné le dos, quand il l'a rallumé.

3.3.2.1 FMSS : Five Minutes Speech Sample

C'est le courant de pensées qui consiste à prendre en compte de manière opératoire l'influence de l'environnement familial sur le décours des syndromes psychiatriques. C'est ainsi que le concept d'émotions exprimées (E.E. en abrégé et Expressed Emotions en anglais) a émergé, de même qu'une méthodologie scientifique pour les observer et les analyser

(Stephan Hendrick, 2002).

Les recherches significatives concernant les E.E. sont essentiellement celles cherchant à mettre en parallèle les émotions exprimées et le taux de rechute chez les patients schizophrènes.

L'étude des Emotions exprimées est également mise en avant afin de prédire un style ou des interactions pathologiques entre la famille et le patient ; mais cette prédiction se ferait par le biais de combinaison avec d'autres variables que sont les communications divergentes (CD), le style affectif (A.S.) et les styles de coping. Enfin, à partir de l'étude des EE, sont ressortis des applications thérapeutiques dans le cadre des approches psychoéducatives.

Les émotions exprimées mesurent la manière dont un membre de la famille s'exprime en des termes critiques ou en montrant des signes de surimplication émotionnelle à l'égard d'un autre membre souffrant d'un syndrome psychiatrique. De nombreuses études ont montré une fréquence de rechutes plus élevée lorsque ces critiques étaient trop intenses. (cf. la revue de synthèse en français (Chambon & Marie-Cardine, 1993).

En effet, Chambon & Marie-Cardine (1993), citant Koenisberg et Handley, écrivent que les E.E.

« ...mesurent l'importance des attitudes critiques, hostiles ou excessivement impliquées qu'exprime un parent lorsqu'il discute de la maladie du malade et de la vie familiale, en présence d'un enquêteur ».

Cette définition, selon Stephan Hendrick, a l'avantage d'attirer notre attention sur un certain nombre de points qui doivent nous faire relativiser les résultats :

- il s'agit d'attitudes et non d'interactions réellement observées ;
- on considère que le sujet dont il est question est « malade » ;
- ce sujet « malade » est absent de la discussion.

Les systèmes de cotation de l'émotion exprimée (E.E.) permettent d'évaluer le climat émotionnel régnant entre un sujet et un membre de sa famille sur la base du contenu et du ton des commentaires de ce sujet au cours d'une interview. Le premier outil destiné à l'évaluation des E.E. est le « Camberwell Family Interview » (C.F.I.), outil standardisé développé par Brown & Rutter (1966). Cet instrument est inutilisable dans la pratique clinique étant donné sa lourdeur tant pour le patient que pour le clinicien. (Stephan Hendrick)

C'est donc dans ce cadre qu'un autre système qui permet la cotation d'un échantillon de discours de cinq minutes (F.M.S.S) a été développé afin de mettre en évidence les émotions, sentiments et attitudes exprimées par le sujet à propos du malade, pendant un monologue de 5 minutes. Le contenu et le ton de l'échantillon de discours sont analysés. Le système comporte quatre catégories :

- l'énoncé initial,
- la relation,
- les critiques,
- la sur-implication émotionnelle.

Les deux dernières catégories sont largement fondées sur celles utilisées dans le « Camberwell Family Interview » (C.F.I.).

Des études ont montré que le F.M.S.S. est fidèle et qu'il donne des évaluations comparables à celles dérivées du C.F.I. (Stephan Hendrick, 2002) et qu'il fournit des résultats comparables à ceux du CFI (Magana et al., 1986).

Des études s'intéressant à l'utilité du FMSS ont appliqué cette technique d'évaluation à des populations variées, incluant des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire (Van Furth et al, 1993), de schizophrénie (Magana et al., 1986 ; Hahlweg et al., 1987, 1989), de troubles bipolaires (Miklowitz et al., 1988), de dépression (Leeb et al., 1995), de traumatisme crânien (Jacobs, 1990), de la maladie d'Alzheimer (Vitaliano et al., 1988 ; 1991 ; 1993), des enfants avec un trouble hyperactif avec déficit de l'attention (Marschall et al., 1990), des enfants avec des troubles dépressifs (Asarnow et al., 1993), des enfants avec des troubles du comportement (Hibbs et al., 1978), des enfants défavorisés (McQuire et al., 1995) et des enfants asthmatiques (Wamboldt et al., 1995). D'autres études investiguant la validité, la fidélité et la stabilité du FMSS ont également été faites (Leeb et al., 1993, 1991 ; Malla et al., 1991).

Lors de la passation du FMSS, l'examineur et la personne interrogée doivent être seuls dans la pièce de l'entretien, puis le magnétophone est mis en marche pendant que l'on donne les instructions orales. Afin d'assurer une cohérence dans les données, les instructions doivent être lues à haute voix, exactement comme suit :

« J'aimerais vous entendre parler de vos pensées et de vos sentiments concernant (nom du membre de la famille : votre sœur X) en vos propres mots et sans aucune interruption de ma part par des questions ou des commentaires. Lorsque je vous demanderai de commencer, j'aimerais que vous me parliez pendant 5 minutes, en me disant quel genre de personne est (X nom du membre de la famille) et comment vous vous entendez avec lui/elle. Une fois que vous commencez à parler, je préfère ne répondre à aucune question avant la fin des 5 minutes. »

3.3.2.2 FAT

Selon D. Anzieu (1976), la psychologie projective « s'intéresse aux rapports de l'homme aux autres, en même temps qu'aux rapports de l'homme à son monde vécu. ». Ainsi, dans l'optique de notre recherche, nous avons fait appel à l'un des instruments les plus précieux de

la méthode clinique en psychologie, à savoir le test projectif. La technique projective apporte un matériel « déclencheur d'association » dans la mesure où le matériel, défini et standardisé, suscite des réponses libres sur une scène où sont projetées les identifications du sujet.

En lien avec notre problématique de recherche, nous utiliserons un test projectif thématique de type TAT (Thematic Apperception Test) : le FAT (Family Apperception Test) de Lydia Jackson (Londres, 1952). En effet, les tests projectifs thématiques, où la régression est limitée, « révèlent les contenus significatifs d'une personnalité : nature des conflits, désirs fondamentaux, réactions à l'entourage, Le Family Apperception Test (FAT) a été développé à partir des concepts issus des différentes écoles systémiques américaines : essentiellement les travaux de Von Bertalanffy (1968) et Minuchin (1974) qui développent une approche structurale, et de Bowen (1978) qui développe une théorie des systèmes familiaux. Haley (1978), et Carlson (1987) s'inscrivent dans l'école de Palo Alto qui développe une approche stratégique des systèmes.

Les premiers travaux sur le FAT apparaissent en 1987 aux Etats-Unis : Bunachan (1987), Carlson (1987), Lundquist (1987) et Eaton (1988). Le FAT est validé et étalonné aux Etats-Unis avant d'être édité en 1999 aux Editions du Centre de Psychologie Appliquée (ECPA) en France où il est peu connu et très peu utilisé.

L'orientation systémique met l'accent sur la relation en s'inspirant de la théorie générale des systèmes, le FAT est élaboré à partir de la notion de système familial qui apparaît comme un système ouvert. Les relations circulaires sont orientées vers le maintien de l'homéostasie du système familial, elles sont propres à chaque famille et sont liées à son histoire, ses mythes et sa culture. Chaque membre de la famille est en soi un sous-système, élément du système familial.

Pour évaluer les liens entre les membres d'une famille, le Family Apperception Test ou FAT est un test projectif qui a été élaboré à partir de la notion de système familial conçu comme un système ouvert. L'intérêt de son utilisation dans cette étude a été de pouvoir repérer les systèmes régissant l'ensemble des liens dans la famille aussi bien chez les adolescentes anorexiques que chez leurs frères et sœurs.

L'analyse du test permet une défense de chaque sujet dans le repérage de la qualité des relations, des systèmes de coalition et d'élaboration des conflits au sein de la famille.

Des éléments de comparaison vont ainsi pouvoir être établis entre les anorexiques et la fratrie. Le matériel du FAT est composé de 21 planches avec comme consigne donnée verbalement : « j'ai une série d'images sur lesquelles figurent des familles. Je vais te les montrer une à une, à toi de me dire ce qui se passe sur l'image, ce qui a conduit à cette scène, ce que les

personnages pensent ou ressentent et aussi comment l'histoire va se terminer. Utilise ton imagination et surtout rappelle-toi qu'il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse dans ce que tu diras au sujet d'une image. Je vais noter les réponses afin de m'en souvenir. »

Lorsqu'un récit est incomplet l'examineur doit faire une enquête additionnelle pour obtenir des réponses cotables. Les questions sont les suivantes : Qu'est-ce qu'il est entrain de se passer ? Que s'est-il passé auparavant ? Que ressent-il/elle ? De quoi parle-t-il/elle ? Comment l'histoire va-t-elle se terminer ?

Le système de cotation est conçu pour structurer les réponses en fonction des théories familiales systémiques et pour aboutir au calcul de l'Index Général du Dysfonctionnement Familial (obtenu par addition des différents scores reportés). En ce qui concerne la cotation de la tonalité émotionnelle, elle est optionnelle et permet d'enrichir cliniquement le protocole.

Ainsi deux analyses sont possibles : l'une, selon le système de cotation du FAT pour visualiser les multiples caractéristiques du système familial, l'autre analyse possible est une analyse qualitative des protocoles du FAT pour explorer des hypothèses cliniques et différencier les familles cliniques des familles non cliniques.

Pour l'interprétation, il s'agit « d'élaborer des hypothèses relatives au système familial du sujet », de mettre « en place des stratégies d'intervention individuelle avec le sujet lui-même ou avec d'autres membres de la famille ».

Le manuel est très limité pour l'interprétation : lorsque l'on cote et que l'on fait des totaux, il n'y a aucune orientation concernant l'interprétation des chiffres ; par contre le test est très intéressant pour appréhender ce qui se joue au sein de la famille et avec les pairs, le vécu du sujet en général, son éventuelle psychopathologie à travers l'analyse du discours type TAT (absence de conflit exprimable dans la famille, le désengagement de parents trop préoccupés par leurs relations tourmentées, le vécu persécutif du sujet dans ses relations aux autres etc..) .

Les instruments d'évaluation du FAT s'articulent suivant quatre variables systémiques : le conflit apparent, la résolution du conflit, la définition des limites et les modalités relationnelles.

- le conflit apparent : il est demandé de repérer la fréquence des conflits interpersonnels à travers les histoires suggérées par le matériel projectif. Le conflit peut être familial, conjugal ou d'un autre type c'est-à-dire un conflit entre des personnages sans lien de parenté. Enfin on peut ne retrouver aucun conflit, dans ce cas la catégorie définition des limites ne sera pas cotée.
- La résolution du conflit : les réactions des membres de la famille lors d'un conflit sont un indicateur majeur du fonctionnement familial. La cotation consiste à déterminer si la résolution du conflit a été exprimée explicitement ou implicitement. La résolution pouvant être positive ou négative ou bien l'histoire ne contient pas de solution.
- La définition des limites : au cours d'un conflit, la façon dont les membres d'une famille réagissent apporte des informations importantes sur les modalités du fonctionnement familial. En analysant les méthodes utilisées par la famille pour imposer des limites aux

enfants ainsi que l'adhésion ou la non adhésion des enfants à ces règles, le système de cotation du FAT donne de nombreuses informations sur la hiérarchie des pouvoirs dans le système familial. Les histoires sont cotées en fonction de deux facteurs : a) l'adéquation ou l'inadéquation des limites du comportement parental en réaction à un conflit familial.

- b) L'adhésion ou la non-adhésion des enfants en réaction aux limites définies par les parents. Quatre catégories sont ainsi cotées : appropriée/ adhésion, appropriée/ non-adhésion, inappropriée/ adhésion, et inappropriée/ non-adhésion.
- 4) La qualité des relations : une évaluation doit comprendre des informations sur la qualité des dyades qui se constituent. Les descriptions montrent l'existence de coalitions ou de relations conflictuelles. La cotation de la qualité des relations se fera en fonction des niveaux évoqués de confort ou de détresse ressentis par les membres de la famille dans leurs relations aux autres. Ainsi la mère, le père, les frères et sœurs, les conjoints peuvent être considérés comme des alliés ou au contraire comme des agents stressants.
- Minuchin proposait l'idée selon laquelle les modèles transactionnels constituaient des frontières régulant les rapports de proximité et de distance au sein de la famille et entre la famille et le monde extérieur. L'évaluation des processus de définition des frontières va fournir des informations sur l'ouverture et la fermeture de la famille vis-à-vis du monde extérieur, sur l'implication émotionnelle des membres de la famille en termes de fusion ou de désengagement, et la présence ou l'absence de coalition entre les générations. L'accent est mis sur l'organisation hiérarchique familiale. On cote la fusion, le désengagement, les coalitions mère/enfant, père/enfant ou autre adulte/enfant, et si le système est ouvert ou fermé.
- Ces concepts peuvent se combiner pour aboutir à une situation de circularité dysfonctionnelle au sein de certaines familles. Un patient et sa famille se trouvent bloqués dans une séquence répétitive dans laquelle les tentatives de la famille pour résoudre le problème du patient désigné ne font qu'entretenir le problème qui en retour alimente les tentatives de résolution. Cette catégorie est cotée lorsque le récit indique de manière explicite ou implicite que des événements ont tendance à se reproduire de manière cyclique sans qu'ils puissent être résolus.
- Enfin, l'extrême inadaptation c'est-à-dire la maltraitance ou les abus sexuels sont cotés pouvant être à l'origine des troubles du comportement de l'enfant. De même, les indices de négligence, d'abandon ou d'abus de substances (alcool ou drogues) sont également cotés.
- Plusieurs catégories sont ajoutées qui prennent en compte les réponses inhabituelles et les refus (aucune réponse donnée à une planche).
- La tonalité émotionnelle du sujet (tristesse/dépression, colère/hostilité, peur/anxiété et bonheur/satisfaction) peut fournir des données cliniques intéressantes mais cette dernière catégorie ne fait pas partie du système de cotation du FAT, étant considérée comme trop subjective.
- Le système de cotation du FAT utilise les concepts fondamentaux des théories systémiques pour fournir des informations structurées sur le fonctionnement transactionnel de la famille et nous a semblé être très pertinent pour permettre une approche de la fratrie des anorexiques.

3.3.2.3 *Entretiens de recherche*

L'entretien de recherche, dans le cadre d'une relation, permet de mettre à jour une dialectique de l'exploration, pour le chercheur, et de l'expression, pour la personne interviewée (Giarni, 1986). Les effets de pensée générés par la rencontre entre le chercheur et son interlocuteur, sont dépendants du lien qui s'instaure et évolue dans l'intersubjectivité.

La subjectivité de la personne interviewée renvoie à sa biographie ; les informations communiquées sont «autoréférentielles». Selon Favret Saada (1977), la vérité du sujet est celle de celui qui l'énonce. Aussi, le chercheur, qui n'a d'ailleurs que fort peu souvent les

moyens de vérifier la véracité des faits évoqués quand bien même il le souhaiterait, travaille uniquement sur la vérité du sujet. Les oublis, les faux souvenirs, les événements cachés sont toujours produits par ce dernier et, à ce titre, ils disent quelque chose de lui. Le chercheur, dans sa position, ne peut faire que des hypothèses, le sujet gardant toujours sa part de mystère vis-à-vis de lui-même et de l'autre.

Le sujet ne produit pas un discours qui serait déjà là, il le construit dans le cadre d'une rencontre, nous dirions même qu'il le co-construit avec le chercheur. En effet, le chercheur ne peut en aucun cas être considéré comme simple observateur ou simple récepteur d'une parole. Son attitude, la manière dont il instaure et fait évoluer la scène de la rencontre, crée un climat, rend possible ou empêche un travail de co-pensée. Chaque entretien a sa logique propre, est organisé par un raisonnement qui échappe, pour partie, aux deux protagonistes de l'interaction (Scelles, 1997).

Les attentes et les demandes sous-jacentes à la participation aux entretiens sont complexes et, pour partie, non conscientes ; par ailleurs, la personne qui accepte, ne sait pas ce que l'échange provoquera chez elle (Giami et al, 2000). En effet, à tous les stades du déroulement de l'étude, le dispositif peut provoquer des émotions chez ceux qui y participent.

Selon le cadre, dans lequel se déroule l'entretien, les personnes sont amenées à aborder le thème proposé sous un certain angle, Blanchet (1991).

Ainsi, la manière dont la population est contactée, a une influence sur le discours produit et l'analyse finale doit tenir compte de cette variable, faute de quoi, le chercheur court le risque de se méprendre sur le sens des discours et sur leurs destinataires. C'est pourquoi il est indispensable de tenir compte des conditions de la rencontre, de ce qui a été dit ou fait avant et après l'enregistrement.

Question de départ

La forme donnée à la question de départ est fonction de l'objectif de la recherche ; dans cette étude, nous nous sommes situées au niveau du récit de vie, des représentations et de l'expression des vécus subjectifs. La question était, pour le premier entretien :

« Parlez-moi de vos relations avec vos frères et sœurs, maintenant et avant la maladie. »

Pour le second entretien, la question était :

« Depuis la dernière fois, que s'est-il passé au sein de votre fratrie et avez-vous d'autres choses à dire suite au premier entretien ? »

Analyse de contenu

Tous les entretiens de recherche ont été enregistrés et retranscrits intégralement : les silences,

les rires, les hésitations, la manière de parler ont été notés.

Nous avons effectué une analyse de contenu thématique «classique» et manuelle, en codant le corpus en unités thématiques (Bardin, 1977).

L'analyse de contenu est inscrite dans une dynamique, puisqu'elle permet, à partir de l'analyse du contenu manifeste d'un discours, d'en inférer des idées. Selon Ghiglione et Matalon (1978) :

Par ailleurs, si l'analyse de contenu s'attache à saisir au plus près le sens de ce qui est dit, il n'en reste pas moins que la manière dont cela est dit, aide à mettre du sens à ce qui est évoqué. Les silences, les rires bruyants, les changements brusques de sujet, de rythme, de parole, les regards fuyants servent au sujet à communiquer quelque chose qui ne passe pas par les mots. Le chercheur doit les prendre en compte, il les note dans l'après-coup et s'en sert au moment de l'analyse finale.

La grille d'analyse thématique a été construite après une première lecture des entretiens et des discussions entre chercheurs. Il s'est agi de trouver le maillage le plus pertinent pour répondre aux questions posées. Une première grille a été testée, puis modifiée après une première application.

4 Résultats de l'étude rétrospective

Le recueil des données s'est fait à partir de 2 centres hospitaliers différents : Rouen (Hôpital Charles Nicolle) et Paris (Hôpital Montsouris).

Pour tous les membres de la famille, on a relevé quand ils y figurent les données objectives suivantes : âge, sexe, rang dans la fratrie, taille de la fratrie, niveau d'étude de la profession, pathologie, s'il y a lieu.

Des données plus qualitatives ne sont pas inscrites de manière standardisée dans les dossiers et demandent donc de la part du chercheur un travail d'interprétation. Après un essai sur 20 dossiers, nous avons établi une grille de cotation de ces données subjectives. Il s'agit des événements de vie qui sont pris en compte, même s'ils ne sont pas rattachés explicitement à la survenue des troubles alimentaires.

Un même patient peut présenter plusieurs événements de vie chacun étant alors noté.

Une fois l'ensemble des données compilées sous Excel, quand cela s'est avéré nécessaire, nous avons comparé les résultats avec différents tests statistiques, un seuil de significativité de 0.05 étant retenu pour chacun d'eux.

Pour les variables qualitatives ou catégorielles, le test exact de Fisher est utilisé, équivalent du test du χ^2 pour les petits effectifs. Pour les variables quantitatives, le test non paramétrique de Mann et Whitney, permettant la comparaison des médianes, est utilisé.

Nous avons analysé les taux de renseignements dans 125 dossiers.

Pourcentage de données recueillies	Nombre de dossiers (125)
0% à 20%	16
20% à 40%	19
40% à 60%	14
60% à 80%	62
80% à 100%	14

La majorité des dossiers sont renseignés à plus de 40%. 16 sont complets à moins de 20% et sont exclus de la suite de l'analyse, leurs données étant trop parcellaires pour être informatives.

Les raisons de cette disparité dans le taux de renseignements tiennent évidemment à ceux qui ont rempli le dossier et qui n'ont pas systématiquement recherché les éléments qui nous intéressent dans cette étude.

Suite à cette analyse, nous avons décidé de traiter sur le plan statistique uniquement les 109 dossiers suffisamment renseignés.

4.1 PARENTS

L'âge moyen des parents est de 47,7 ans (écart type : 5,6) pour les pères, et de 41,1 ans (écart type : 6,5) pour les mères.

4.1.1 Niveau professionnel

Profession exercée	Pères 82 cas renseignés		Mères 84 cas renseignés		Total des deux parents:	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Cadre supérieur	48	44.0	32	29.4	80	48.2
Profession intermédiaire	7	6.4	19	17.4	26	15.7
Employé, ouvrier	16	14.6	12	11.0	28	16.9
Artisan	4	3.7	0	0	4	2.4
agriculteur	3	2.8	2	1.8	5	3.0
Femme/homme au foyer	0	0	13	11.9	13	7.8
chômage	4	3.7	4	3.7	8	4.8
invalidité	0	0	2	1.8	2	1.2

La catégorie « cadre supérieur » est très nettement sur-représentée, que ce soit dans la population des pères ou dans celle des mères, ce qui s'explique par le lieu de recrutement essentiellement parisien et il est également conforme aux données de la littérature. Par ailleurs, il n'existe pas de différence significative entre la population des pères et celle des mères.

4.1.2 *Statut marital et relations entre parents*

Le statut marital est renseigné dans 97% des dossiers.

	Nombre	%
Mariés	71	73.2
Divorcés	20	20.6
Séparés	2	2
Parent isolé	4	4.1

La proportion de parents divorcés ou séparés est assez faible au vu de la catégorie d'âge considérée ; l'absence de population témoin ne permet cependant pas de confirmer cette hypothèse.

Notons que la grande majorité (83.1%) des divorces et séparations ont eu lieu l'année précédant ou suivant l'émergence des troubles du comportement alimentaire.

94 dossiers sont renseignés concernant les relations unissant les deux parents :

	Nombre	%
Relations conflictuelles	31	28.4
Relations neutres	55	50.5
absence de relation	8	7.3

Evidemment les 31 « relations conflictuelles » sont à mettre en relation avec les 26 couples séparés.

4.1.3 *Antécédents psychiatriques*

Antécédents psychiatriques des parents	Pères 22 cas renseignés	Mères 34 cas renseignés	Total 56 cas renseignés
Episodes anxio-dépressifs	12	20	32
Troubles psychotiques	0	2	2
Toxicomanie	6	3	9
Troubles du comportement non spécifiés	4	1	5
Troubles du comportement alimentaire	0	3	3

Il est à noter le faible taux de renseignements de cette variable et le fait que rien ne soit dit ne

signifie pas forcément qu'il n'y ait aucun antécédent. On note parmi ceux qui sont rapportés, la prédominance des épisodes anxio-dépressifs

- 8.8% de troubles du comportement alimentaire chez les mères.
- L'étude des antécédents de suivi psychiatrique ou psychologique permet de compléter ces chiffres : 23% des pères (sur les 109 dossiers) ont déjà bénéficié d'un suivi psychiatrique ou psychologique, de même que 20% des mères, chiffres compatibles avec ceux des antécédents psychiatriques sus décrits.

4.2 PATIENTS

4.2.1 Age et sexe

Sur l'ensemble des dossiers 3 patients sont de sexe masculin et 106 de sexe féminin. Cette proportion de cas masculin (2.8%) est conforme à ce que laisse prévoir la littérature (de 1.5% à 10% suivant les études).

L'âge moyen de la population de patients est de 15.55 ans avec un écart type de 2.27, ce qui concorde avec la population visée.

4.2.2 Etudes suivies

Pour ce qui concerne les patients ou les membres de leur fratrie, les études qu'ils suivent sont le plus souvent clairement spécifiées, surtout s'ils sont adolescents. Pour les plus jeunes d'entre eux, cette constatation est moins vraie. Nous avons cependant classé systématiquement tout enfant âgé de moins de 10 ans dans la catégorie « avant collègue ».

Etudes suivies par les patients : 101 cas renseignés	Effectif	%	Moyenne d'âge	Ecart type
Avant le collègue	2	2.0	10	0
Collège	39	38.6	13.85	1.22
Apprentissage	1	1.0	18	0
Lycée professionnel	1	1.0	16.5	0
Lycée général	43	42.6	16.4	1.3
Etudes post baccalauréat	13	12.8	18.47	1.1
Exerce une profession	0	0		

La grande majorité des patients sont en collège ou en lycée, ce qui n'est pas étonnant compte tenu de l'âge des sujets de notre population.

Nous avons détaillé, pour chacune des catégories, la moyenne d'âge des patients correspondant et constaté que : l'âge moyen des patients, pour ceux au collège et en lycée, ne révèle pas de retard scolaire.

Cette remarque est à rapprocher de la clinique qui montre que les anorexiques présentent

généralement un bon investissement scolaire. Ce sont le plus souvent des élèves « brillants ».

4.2.3 *Lieu de vie de la patiente*

Lieu de vie des parents	Pères: 92 cas renseignés		Mères: 94 cas renseignés		Total: 186	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Vit au même domicile que le patient	73	67.0	89	81.7	162	87.1
Ne vit pas au même domicile que le patient	19	17.4	3	2.8	22	11.8
A quitté le domicile du patient il y a moins d'un mois	0	0	2	1.8	2	1.1

Comme attendu, étant donnée la population adolescente des patients, on constate que la grande majorité des parents vit au même domicile que le patient (87.1%) ; et quand les deux parents ont une adresse différente, c'est très majoritairement avec leur mère que vivent les patients.

4.2.4 *Co-morbidité et antécédents psychiatriques*

	Antécédents psychiatriques : 99 dossiers renseignés	Co-morbidité psychiatrique : 95 dossiers renseignés
	Nombre	Nombre
Absence de trouble	47	34
Existence de troubles	52	61

Les antécédents psychiatriques sont à un taux très élevé : plus de la moitié des patients présentent de tels antécédents. Précisons que la grande majorité des patients (86%) avait déjà été hospitalisée en psychiatrie pour anorexie mentale, et que c'est à ces occasions, mais aussi rétrospectivement que la majorité de ces diagnostics a été portée. Evidemment, nous n'avons pas considéré l'anorexie mentale dans les antécédents, même en cas de notion de période transitoire d'amendement des troubles alimentaires.

Parmi les patients présentant des troubles psychiatriques, ceux-ci se décomposent comme suit. Dans deux dossiers, il est mentionné la présence de troubles psychiatriques, sans que ceux-ci soient précisés.

Dans 10 cas, rien n'est précisé concernant ce thème. Les éléments sur ce thème concernant à la fois des antécédents psychiatriques et des co-morbidités.

	Antécédents psychiatriques	Co-morbidité psychiatrique
Episodes anxio-dépressifs	27	47
Personnalité type borderline	6	8
Troubles du comportement non spécifiés	8	1

Les épisodes dépressifs sont, et de loin, les plus représentés, ce qui correspond à ce que nous enseignent la pratique clinique ainsi que la littérature. Parmi les autres pathologies psychiatriques observées, aucune n'est réellement prépondérante.

Type de traitement mis en place durant l'hospitalisation	Effectif	%
Antidépresseur	41	65.1
Anxiolytique	22	39.0
Neuroleptique antiproductif	11	19.6
Programmation d'un suivi psychiatrique ou psychologique après la sortie	73	95.1

La correspondance entre les données concernant les dépressions et les traitements antidépresseurs et anxiolytiques est très bonne. En revanche, on peut s'étonner du taux de traitement par neuroleptiques antiproductifs (19.6%) très supérieur au taux de troubles psychotiques (1.7%). Et ce, d'autant que les critères d'inclusion imposent que le diagnostic principal retenu soit celui d'anorexie mentale. Notons cependant que ce type de traitement, en pratique clinique, est prescrit à visée anxiolytique ou sédatrice lorsque les angoisses et/ou l'agitation motrice sont majeures

La mise en place d'un suivi psychiatrique ou psychologique est en réalité systématique, les quelques pourcents manquants s'expliquant par quelques cas de sorties contre avis médical dans un contexte de conflit majeur entre les patients du patient et l'institution, ou par un déménagement à l'étranger.

4.2.5 Evénements de vie

Les pourcentages ne sont pas calculés à partir du nombre total de cas renseignés pour le critère, mais par rapport au nombre total de dossiers étudiés.

74% des patients présentent au moins un événement de vie, un an avant ou après le début perçu des troubles alimentaires. Notons que comme pour les autres variables lorsqu'un

événement de vie n'est pas renseigné, on ne sait pas s'il n'y a pas eu ou si cet élément n'a pas été noté.

Certains types d'événements de vie n'appartiennent à aucune des catégories sus décrites. Un déménagement, par exemple, ne peut être considéré comme un facteur familial strict : il perturbe également potentiellement les relations d'ordre amicales extra familiales.

De plus, un événement ne concernant initialement exclusivement qu'un seul membre de la cellule familiale (par exemple un redoublement scolaire) entraîne le plus souvent des remaniements au sein de celle-ci, et par conséquent, d'autres membres en sont potentiellement affectés.

Catégorie des événements de vie	Nombre de cas relevés	Pourcentage par rapport au nombre total de dossiers
Rupture sentimentale	6	7.1%
Événement en lien avec les relations amicales	8	9.7%
Séparation/divorce des parents	23	25.8%
Départ d'un membre de la fratrie	13	16.0%
Naissance d'un membre fratrie	11	12.8%
Déménagement de la cellule familiale	13	15.5%
Survenue maladie somatique personnelle	6	7.1%
Survenue maladie somatique chez parents	3	3.6%
Survenue d'une maladie somatique chez un membre de la fratrie	5	5.7%
Décès d'un membre de la famille	15	17.8%
Autres (événements de vie apparaissant au plus deux fois dans les 45 premiers dossiers analysés)	30	34.9%

4.3 FRATRIE

4.3.1 Taille

	Nombre sur 109 dossiers	statistiques de 1999 fournis sur le site de l'INED concernant les enfants âgés de moins de 24 ans
1 enfant	9% (10 fratries)	42%
2 enfants	38% (38 fratries)	38%
3 enfants	29% (31 fratries)	15%
4 enfants	16% (14 fratries)	4%
5 enfants	7 % (5 fratries)	1%
6 enfants ou plus	2 % (2 fratries)	1%

Il y a une sous-représentation des fratries de 1 enfant et une sur-représentation des fratries de 4 enfants.

Dans les fratries, il y a autant de filles que de garçons.

4.3.2 *Rang des patients dans la fratrie*

	Place du patient dans la fratrie de 2 enfants 38 fratries	
	Aîné	Benjamin
Effectif (%)	20 (52.6%)	18 (47.4%)
Fisher p=	0.5000	

	Place du patient dans la fratrie de trois enfants 31 fratries		
	Aîné	Enfant intermédiaire	Benjamin
Effectif (%)	15 (48.3%)	9 (29.0%)	7 (22.6%)
Fisher p=	0.1750	0.4655	0.2578

	Place du patient dans la fratrie de quatre enfants 14 fratries		
	Aîné	Enfant intermédiaire	Benjamin
Effectif (%)	2 (14.3%)	10 (71.4%)	2 (14.3%)
Fisher p=	0.2659	0.0972	0.2659

Dans les fratries de plus 5 enfants et plus, les dossiers ne permettent pas de repérer le rang de la patiente.

Il ressort de cette analyse que pour les fratries de 2 et 3 enfants, il n'y a pas de rang particulier, ce qui va dans le sens des résultats de la littérature qui ne retrouve pas de constante dans le rang de la fratrie.

En revanche dans les fratries de plus de 3 enfants, il semblerait que ce soit très peu souvent les aînés ou les derniers qui soient atteints, mais le faible nombre de dossier ne permet pas d'en tirer des conclusions certaines.

4.3.3 Psychopathologie chez les membres de la fratrie

Sur 109 dossiers seuls, 17 évoquent clairement l'existence d'une pathologie chez un des frères et sœurs, au vue des données, il n'est pas toujours possible de savoir le rang de cet enfant dans la fratrie, le plus souvent on trouve « un sœur aurait eu un épisode dépressif ». Ceci est à mettre en lien avec le fait que la pathologie chez les parents est elle est aussi peu souvent renseignée.

	17 cas renseignés
	Nombre
Episode anxio-dépressifs	3
Troubles du comportement non spécifiés	6
Troubles du comportement alimentaire	4
Autres troubles	4

Conclusion:

L'analyse de ces dossiers montre sans conteste que la question de la fratrie n'est pas au cœur des préoccupations de ceux qui remplissent les dossiers, elle confirme les données de la littérature concernant les variables qui ont été étudiées.

Notons l'importance des événements de vie concernant la fratrie et le divorce dans l'année qui précède la détection de la pathologie.

5 Analyse des échelles et questionnaires

Concernant les fratries d'anorexiques, nous disposons pour les échelles de dépression et d'estime de soi de huit questionnaires remplis par le patient et par un membre de la fratrie permettant ainsi une comparaison.

Pour l'évaluation de l'anxiété, nous disposons de 7 fratries, au sein du groupe anorexique, ayant remplis correctement les questionnaires patients et membres sains.

Pour l'évaluation des troubles du comportement alimentaire, nous disposons de douze questionnaires remplis par des patientes anorexiques, 8 remplis par un membre de la fratrie d'une anorexique.

A titre de comparaison, nous avons recueilli les échelles d'anxiété, de dépression, d'estime de soi, d'évaluation du comportement alimentaire auprès de deux fratries comprenant un enfant diabétique.

5.1 ECHELLE D'ÉVALUATION DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

D'emblée, nous insistons sur le fait que les résultats obtenus notamment sur l'échelle EDI jugeant du comportement alimentaire nécessite tout particulièrement un approfondissement par de nouvelles inclusions qui s'effectueront durant l'année 2007-2008.

Au sujet du questionnaire EDI, l'étude du comportement alimentaire a pu être réalisée chez douze patientes anorexiques, chez huit membres de leur fratrie, et à titre de comparaison chez deux patients diabétiques et chez deux membres de fratrie de diabétique. A l'exception de l'item peur de la maturité, cette première analyse montre que dans tous les autres items (désir de minceur, boulimie, insatisfaction corporelle, inefficience, perfectionnisme, méfiance interpersonnelle, conscience intéroceptive) les scores des membres sains de la fratrie sont supérieurs à ceux des patientes anorexiques.

Concernant l'item "désir de minceur", le score des patientes anorexiques s'approche de celui d'une population témoin tandis que celui des frères ou sœurs sains s'approche de celui d'une population anorexique. On peut poser un constat identique concernant l'item perfectionnisme, insatisfaction corporelle et méfiance interpersonnelle.

Concernant l'item conscience intéroceptive, les scores de la population fratrie sont bien supérieurs à ceux de la population anorexique qui est également bien supérieur à celui d'une population d'anorexique témoin.

Les scores de l'item boulimie sont excessivement supérieurs à ceux d'une population témoin tant saine qu'anorexique et cela dans les deux populations (anorexique et diabétique).

En observant les scores des deux familles de diabétiques, on observe que ces derniers sont supérieurs tant chez le patient que chez le membre de la famille comparés au score d'une population témoin et du groupe anorexique (patient et famille).

Ces résultats nécessitent une vérification et un approfondissement et ne peut pour l'instant amener à des conclusions.

	Population témoin	Population Témoin Anorexique	Population anorexique Recherche fratrie		Population frère ou sœur saine Recherche fratrie	Population diabétique	Population Fratrie Diabétique
N	300	33	12		8	2	2
Age moyen	17.4+/-3.65	19.4+/-6.6	Ecart type	1.64			
Désir de minceur	4+/-4.5	8.9+/-6	4.38		10.46	17.75	10.5
Boulimie	0.74+/-1.54	1.9+/-3.5	16.47		16.23	20.25	14.5
Insatisfaction corporelle	6.8+/-6.2	8.7+/-6.6	6.04		10.84	14	9
Inefficience	3.5+/-3.6	6.4+/-5.5	7.47		14.07	20.75	15
Perfectionnisme	4.7+/-3.5	5.2+/-3.2	4.38		8	9.75	10.25
Méfiance interpersonnelle	3.7+/-3.9	7.14+/-3.7	4.57		9.46	12.25	15.75
Conscience interoceptive	3+/-3	5.6+/-5.3	7.71		14.92	28	16.5
Peur de la maturité	4.4+/-4.1	5.3+/-4.8	9.69		5.52	15.75	10.75
Score total	30.84	49.14	60.71		89.5	138.5	102.25
	Population témoin	Population Témoin Anorexique	Population anorexique Recherche fratrie		Population frère ou sœur saine Recherche fratrie	Population diabétique	Population Fratrie Diabétique
N	300	33	12		8	2	2
Age moyen	17.4+/-3.65	19.4+/-6.6	Age moyen	16.03			
			Ecart type	1.64			
Désir de minceur	4+/-4.5	8.9+/-6	4.38		10.46	17.75	10.5
Boulimie	0.74+/-1.54	1.9+/-3.5	16.47		16.23	20.25	14.5
Insatisfaction corporelle	6.8+/-6.2	8.7+/-6.6	6.04		10.84	14	9
Inefficience	3.5+/-3.6	6.4+/-5.5	7.47		14.07	20.75	15
Perfectionnisme	4.7+/-3.5	5.2+/-3.2	4.38		8	9.75	10.25
Méfiance interpersonnelle	3.7+/-3.9	7.14+/-3.7	4.57		9.46	12.25	15.75
Conscience interoceptive	3+/-3	5.6+/-5.3	7.71		14.92	28	16.5
Peur de la maturité	4.4+/-4.1	5.3+/-4.8	9.69		5.52	15.75	10.75
Score total	30.84	49.14	60.71		89.5	138.5	102.25

5.2 ECHELLES DE DEPRESSION

Dans l'étude prospective que nous avons réalisée, les échelles de dépression utilisées ont été l'échelle de Beck (BDI) et l'ADRS.

L'échelle de Beck était utilisée chez les patients de plus de 14 ans tandis que pour les patients

de moins de 14 ans, l'échelle ADRS était utilisée car plus adaptée aux jeunes adolescents.

	Population anorexique		Population Fratrie Anorexique		Population diabétique		Population Fratrie Diabétique	
Echelle	ADRS	Beck	ADRS	Beck	ADRS	Beck	ADRS	Beck
N	4	5	7	2	2	2	2	1
Score	3.75	11.2	2.85	6	0	0.5	0	1
ADRS	Inférieur à 3 pour ne pas être considéré comme déprimé							
Beck	Entre 4 et 7 dépression légère Entre 8 et 15 dépression modérée							

Tableau 3 : Scores appariés Fratrie par fratrie

Score Echelle de dépression temps	Patient	Membre sain de la fratrie	ADRS	Beck
1				
Fratrie anorexique 1	Beck=10	ADRS=1	Inférieur à 3 pour ne pas être considéré comme déprimé	Entre 4 et 7 dépression légère Entre 8 et 15 dépression modérée
Fratrie anorexique 2	ADRS=7	ADRS=1		
Fratrie anorexique 3	Beck=16	Beck=8		
Fratrie anorexique 4	ADRS=1	ADRS=1		
Fratrie anorexique 5	ADRS=1	ADRS=3		
Fratrie anorexique 6	ADRS=6	ADRS=2		
Fratrie anorexique 7	ADRS=2	ADRS=6		
Fratrie anorexique 8	ADRS=2	ADRS=6		
Fratrie diabétique 1	ADRS=0	ADRS=0		
Fratrie diabétique 2	ADRS=0	ADRS=0		

Les scores à ces différentes échelles mettent en évidence l'existence d'une dimension dépressive nette chez les patientes anorexiques, tout particulièrement quand elles sont évaluées par l'échelle de Beck. Chez 3 membres de la fratrie de patientes anorexiques sur 8, il existe une dépression clinique légère ou modérée.

Il n'y pas de syndrome dépressif dans les deux fratries d'enfants diabétiques (tant patient que fratrie).

Les scores appariés mettent en évidence des résultats disparates quant à l'association d'un syndrome dépressif chez le patient et chez le membre de sa fratrie.

5.3 ECHELLE D'EVALUATION DE L'ESTIME DE SOI

	Rosenberg Anorexique 1 ^{er} entretien	Rosenberg Fratrie 1 ^{er} entretien	Rosenberg Diabétique	Rosenberg Fratrie Diabétique
Nombre de sujets	11	9	2	2
Score totaux	22.54	24.77	27	26.5
Score inférieur à 30 = Faible estime de soi				

Scores appariés par fratrie

Score Rosenberg temps 1	Patient	Membre sain de la fratrie
Fratrie anorexique 1	24	22
Fratrie anorexique 2	21	22
Fratrie anorexique 3	21	28
Fratrie anorexique 4	23	26
Fratrie anorexique 5	25	26
Fratrie anorexique 6	20	25
Fratrie anorexique 7	25	30
Fratrie anorexique 8	23	22
Fratrie diabétique 1	27	24
Fratrie diabétique 2	28	27

	N=	Dépression caractérisée au premier temps	Faible estime de soi
Patients anorexiques	9	7 (77.7%)	9 (100%)
Fratrie groupe anorexie	9	6 (66.6%)	8 (88.8%)
Patient diabétique	2	0	2 (100%)
Fratrie diabétique	2	0	2 (100%)

Les scores à l'échelle de Rosenberg sont explicites et retrouvent une faible estime de soi chez

tous les groupes évalués. Confirmant les données de la littérature, la mauvaise image de soi est plus importante chez les patientes anorexiques.

5.4 ECHELLE D'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ

L'anxiété des patients et du membre sains de leur fratrie a été évaluée par un auto-questionnaire, l'inventaire d'anxiété trait-état.

Les résultats de ces questionnaires sont présentés dans la série de tableaux suivante. Le premier reprend fratrie par fratrie les différents scores tandis que le second reprend les moyennes des différents scores comparées aux moyennes des scores des études de validation de l'outil.

Inventaire d'anxiété trait-état de Spielberger							
<i>Sujets sains</i>		<i>Moyenne</i>	<i>Ecart-type</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Ecart-type</i>		
<i>English STAI Manual</i>		36.54	+/- 10.22	35.55	+/- 9.76		
<i>Spielberger CD</i>							
<i>Fratries</i>		<i>Score Echelle Anxiété-Etat</i>		<i>Score Echelle Anxiété-Trait</i>			
		<i>Soustraction moyenne sujets sains</i>		<i>Soustraction moyenne sujets sains</i>			
Fratries anorexiques	<i>Fratrie 1</i>	<i>Patient</i>	40	3.46	47	11.45	
		<i>Membre sain</i>	30	-6.54	30	-5.55	
	<i>Fratrie 2</i>	<i>Patient</i>	70	33.46	70	34.45	
		<i>Membre sain</i>	45	8.46	47	11.45	
	<i>Fratrie 3</i>	<i>Patient</i>	45	8.46	67	31.45	
		<i>Membre sain</i>	43	6.46	36	0.45	
	<i>Fratrie 4</i>	<i>Patient</i>	50	13.46	55	19.45	
		<i>Membre sain</i>	49	12.46	40	4.45	
	<i>Fratrie 5</i>	<i>Patient</i>	36	-0.54	32	-3.55	
		<i>Membre sain</i>	48	11.46	53	17.45	
	<i>Fratrie 6</i>	<i>Patient</i>	30	-6.54	44	8.45	
		<i>Membre sain</i>	69	32.46	55	19.45	
	<i>Fratrie 7</i>	<i>Patient</i>	44	7.46	48	12.45	
		<i>Membre sain</i>	41	4.46	60	24.45	
	<i>Moyenne</i>	<i>Patient</i>	45		51.857		
		<i>Membre sain</i>	46.42		45.85		
		<i>Ecart-type</i>	<i>Patient</i>	12.7932		13.3095	
			<i>Membre sain</i>	11.77		10.94	

Fratries diabétiques	Fratrie 1	Patient	26	-10.54	26	-9.55
		Membre sain	44	7.46	42	6.45
	Fratrie 2	Patient	29	-7.54	30	-5.55
		Membre sain	32	-4.54	34	-1.55
	Moyenne	Patient	27.5		28	
		Membre sain	38		38	
	Ecart-type	Patient	12.79		2.82	
		Membre sain	8.48		5.65	

	Score supérieur au sujets sains			
	Anxiété-état		Anxiété-trait	
		%		%
Patients anorexiques	5	71.42	6	85.71
Fratrie du patient anorexique	6	85.71	6	85.71
Patients diabétiques	0	0	1	50
Fratrie du patient diabétique	0	0	1	50

	Anxiété-état		Anxiété-trait	
		%		%
Anorexique anxieux et fratrie non-anxieuse	1	14.28	1	14.28
Anorexique anxieux et fratrie anxieuse	4	57.14	5	71.42
Anorexique non-anxieux et fratrie anxieuse	2	28.57	1	14.28
Anorexique non-anxieux et fratrie non-anxieuse	0	0	0	0

	Anxiété-état		Anxiété-trait	
		%		%
Diabétique anxieux et fratrie non-anxieuse	0		0	
Diabétique anxieux et fratrie anxieuse	0		0	
Diabétique non-anxieux et fratrie anxieuse	1	50	1	50
Diabétique non-anxieux et fratrie non-anxieuse	1	50	1	50

Données comparées des scores d'anxiété					
	N=	Anxiété-Etat		Anxiété-Trait	
		Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
<i>Sujets sains English STAI Manual Spielberger CD</i>		36.54	+/- 10.22	35.55	+/- 9.76
<i>Sujets sains Konstantinos 2006</i>	121	24.95	+/- 11.36	27.88	+/- 11.43
<i>Sujets anxieux Gorenstein 1996</i>		Moyenne			Ecart-type
		52.8			+/- 11.4
<i>Sujets déprimés Gorenstein 1996</i>		Moyenne			Ecart-type
		56.4			+/- 10.5
<i>Population étudiante Gorenstein 1996</i>		Moyenne			Ecart-type
		40.7			+/- 8.6
		Anxiété-Etat		Anxiété-Trait	
		Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
<i>Sujets anorexiques Etude fratrie</i>	7	45	12.79	51.857	13.30
<i>Membres d'une fratrie d'anorexique Etude fratrie</i>	7	46.42	11.77	45.85	10.94
<i>Sujets diabétiques Etude fratrie</i>	2	27.5	12.79	28	2.82
<i>Membres d'une fratrie de diabétique Etude fratrie</i>	2	38	8.48	38	5.65

Les données de l'étude concordent avec les données de la littérature.

Ainsi, les patients et le membre sains de la fratrie sont concordants dans la majorité des cas avec le diagnostic d'anxiété.

5.5 TABLEAU RÉCAPITULATIF DES TROUBLES AFFECTIFS ET DE L'ÉVALUATION DE L'ESTIME DE SOI

	Dépression au premier temps	Faible estime de soi	Anxiété	
			Anxiété-État	Anxiété-Trait
Patients anorexiques	7 (77.7%) (n=9)	9 (100%) (n=9)	5 (71.4 %)	6 (85.71 %) (n=7)
Fratrie groupe anorexie	6 (66.6%) (n=9)	8 (88.8%) (n=9)	6 (85.71%)	6 (85.71 %) (n=7)
Patient diabétique	0	2 (100%) (n=2)	0	1 (50 %) (n=2)
Fratrie diabétique	0	2 (100%) (n=2)	0	1 (50 %) (n=2)

5.6 TABLEAU QUALITATIF DES TROUBLES AFFECTIFS APPARIÉS PAR FRATRIE

Fratrie Anorexique		Dépression	Faible estime de soi	Anxiété	
				État	Trait
1	Patient	OUI	OUI	OUI	OUI
	Membre	OUI	OUI	NON	NON
2	Patient	OUI	OUI	OUI	OUI
	Membre	OUI	OUI	OUI	OUI
3	Patient	OUI	OUI		
	Membre	OUI	OUI		
4	Patient	OUI	OUI	OUI	OUI
	Membre	OUI	OUI	OUI	OUI
5	Patient	OUI	OUI	OUI	OUI
	Membre	OUI	OUI	OUI	OUI
6	Patient	NON	OUI	NON	NON
	Membre	OUI	OUI	OUI	OUI
7	Patient	OUI	OUI	NON	OUI
	Membre	NON	NON	OUI	OUI
8	Patient	OUI	OUI	OUI	OUI
	Membre	NON	OUI	OUI	OUI
Fratrie Diabétique		Dépression	Faible estime de soi	Anxiété	
				État	Trait
1	Patient	NON	OUI	NON	NON
	Membre	NON	OUI	OUI	OUI
2	Patient	NON	OUI	NON	NON
	Membre	NON	OUI	NON	NON

Conformément aux résultats retrouvés notamment en 2005 par Kellet al. à partir de fratrie de jumeaux, on retrouve dans trois fratries d'anorexiques sur huit une concordance dans le

diagnostic de dépression, d'anxiété et de mésestime de soi.

Les résultats de cette partie rejoignent donc les données de la littérature pour ce qui est du vécu de la fratrie, mais elle interroge sur la place de l'anxiété chez les fratries confrontées à une anorexie mentale. Cette anxiété semble finalement partagée par les fratries confrontées à une maladie chronique d'après la littérature bien que sur deux fratries de diabétiques nous ne retrouvons cette dimension anxieuse que chez le membre non-atteint d'une seule fratrie.

Dans l'état actuel du nombre de patient et nos difficultés d'analyse de l'EDI, nous ne pouvons conclure de manière tranchée sur nos résultats propres.

Nous pouvons souligner qu'il existe quand même une dépression clinique potentielle chez 4 membre de fratrie sur 8 et que cela pose la question du suivi psychiatrique de ces fratries, du risque suicidaire lié à la dépression et qui a été rapporté par des frères ou sœurs uniquement en entretien.

Cette question de l'évaluation et du suivi psychiatrique de la fratrie vient se rajouter à la nécessité de la prise en compte de la souffrance psychologique de la fratrie et à celle de mieux les intégrer dans le processus de soin évaluée dans notre partie qualitative. De même la très grande atteinte de l'estime de soi retrouvée chez tous ces patient, le risque psychiatrique potentiel en particulier dépressif que cela représente plaident aussi pour ce suivi à un moment crucial du remaniement de celle-ci par les processus d'adolescence.

6 Analyse des rencontres

Nous avons fait une analyse de tous les entretiens à l'aide de la grille d'analyse de contenu (cf. annexe), ensuite nous avons étudié :

- 1) Le groupe des frères et sœurs
- 2) Le groupe des patientes
- 3) Fait des analyses par fratrie

Dans l'analyse nous rendons compte à la fois des éléments recueillis lors des entretiens, de l'analyse du FMSS et du FAT. Le FMSS fait apparaître de manière manifeste la difficulté de la patiente à se décentrer d'elle-même pour parler de ses frères et sœurs. Ce qui correspond tout à fait aux données cliniques présentées dans la partie théorique.

Au sein d'une même fratrie les thèmes sont finalement évoqués d'une manière assez semblable, ils varient entre le frère ou la sœur et la patiente seulement dans l'importance qui leur est donnée et dans la tonalité affective qui y est associée. Ainsi, à l'exception d'une fratrie, notons-nous une grande résonance entre le discours des frères et sœurs et dans celui des patientes. L'un éclairant davantage un aspect de la vie fraternel, l'autre insistant davantage sur un thème. Si l'un disait, par exemple, qu'il aimait l'autre sans pouvoir le lui dire, ce dernier disait avoir ressenti cette difficulté. Si l'un taisait totalement un aspect de la vie de la famille, il ne disait pas pour autant des choses contradictoires avec celui que en parlait. Nous n'avons, par exemple, jamais eu une adolescente qui disait qu'elle s'entendait bien avec sa sœur et cette dernière affirmer le contraire. En résumé, les différences entre les discours de couple de frères et sœurs se situent essentiellement dans des aspects de leur vie évoqués par l'un et tus par l'autre ou évoqué un peu différemment.

D'une manière systématique sauf pour un frère, les entretiens des frères et sœurs sont plus longs que ceux des patientes et sont davantage l'occasion de parler des affects et des émotions. Les entretiens des patientes, surtout pour les premiers sont plus factuels, très défendus avec une difficulté à évoquer les frères et sœurs. Or, elles avaient répondu à la demande du chercheur, aussi cette difficulté à parler est-elle le signe de la souffrance sous jacente à ce lien – ou l'absence d'un travail thérapeutique autour de cette question- ou la focalisation autour de leur problématique et symptôme les empêchant de penser l'autre (Cf.FMSS).

Notons encore que dans 3 fratries, à la lecture des entretiens, il existe un flou sur l'identité de celui qui est malade. Dans ces 3 fratries que ce soit dans l'entretien de la patiente ou dans celui de sa sœur, on note des expressions peu claires, des ruptures dans le discours qui

conduisent à ne plus bien identifier qui est malade et qui ne l'est pas, ou même de qui il est question. Les passages du « je » au « nous » ou « on » sont alors fréquents dans la même phrase.

Dans deux cas, il s'agit de jumelles qui ont fait des régimes et ont toujours eu un rapport particulier au poids et à la nourriture

Dans le troisième cas, la sœur a un problème allergique depuis son enfance qui l'oblige à faire un régime alimentaire strict. L'enfant malade n'évoque pas du tout son allergie lors de l'entretien à la différence de la patiente qui en parle longuement. La mère en accompagnant sa fille a souligné à la chercheuse que son enfant se sentait responsable de l'anorexie de sa sœur parce que, dès l'enfance, elle avait du, elle-même, faire un régime. Le fait qu'elle n'en ait rien dit durant l'entretien montre probablement le poids de sa culpabilité. D'ailleurs, elle refusera de faire un second entretien.

Dans ce tableau, nous présentons une sorte de « photographie » des thèmes abordés, les chiffres évoquent le nombre de fratries dans lequel le thème est apparu.

Lorsque nous avons sélectionné, codé et organisé les séquences en catégories d'analyses thématiques, notre démarche interprétative s'est appuyée sur l'analyse de :

- la fréquence d'occurrence de chacun des thèmes, mots, expressions et leurs cooccurrences (analyse fréquentielle)
- leur ordre d'apparition dans le discours (analyse structurale)

sur la forme du discours (désorganisation de la structure des phrases, changement de temps, « erreurs » de temps, de prénom... intonation, silence, rire ...)

Compte tenu du thème de l'étude, le premier organisateur de l'analyse a été :

- la temporalité (temps de l'enfance et celui de la maladie)
- les désorganisations du discours (changement brusque de thématique, phrases mal construites, incompréhensibles)
- ce qui est dit spécifiquement de la maladie en lien avec le fraternel.
- L'adolescence

Nous avons identifié ce qui était dit :

- des liens aux parents
- des liens aux frères et sœurs
- des liens aux pairs (amis)

Les phrases qui ont été codées concernent uniquement les éléments qui impactent les relations fraternelles ; en effet, l'analyse se centre sur ce thème et non « en général sur les relations familiales ».

Exemple

« *Ma sœur au début sélectionnait ses aliments, puis elle a arrêté de manger totalement* » n'est pas codé.

En revanche

« *Quand ma sœur a commencé à sélectionner ses aliments, je me suis dit que, peut-être, elle allait devenir végétarienne et je trouvais cela plutôt bien* » sera codé

Nous ne notons ci-dessous que les thèmes qui sont apparus de manière explicite quand nous ne le précisons pas, c'est que la patiente et les frères et sœurs en ont parlé tous les deux.

Nous raisonnons sur 20 fratries aussi les fréquences n'ont-elles pas de valeur statistique en soi mais doivent être considérées en regard des données qualitatives qui vont être analysées plus loin.

Un des membres de la fratrie a fait un régime	5 Il s'agit dans 4 cas de la sœur qui a fait l'entretien
Une personne de la famille élargie a fait un régime (1 fois en raison du diabète sinon pour des problèmes de poids)	4 Ce thème est juste cité sauf à propos d'une grand mère qui aurait fait un régime « bio » et qui aurait influencé la patiente. C'est la sœur qui l'évoque.
Problème d'inversion de place en raison de la maladie (la cadette se sent en position d'aînée)	10 (9 sœurs et 1 patiente) Cette inversion de place peut se faire entre le troisième et le quatrième enfant.
Maladie chez la sœur ou fragilité importante dans l'enfance	5 Dans un cas, maladie allergique qui suppose un régime évoqué seulement par la patiente.
Tentative de suicide de la sœur non malade	3 Dans deux cas évoqués seulement par la sœur et non par la patiente
Tentative de suicide dans la famille	2 Toujours évoquée par la patiente
Complicité importante, à un moment, avant la maladie	10
Jalousie importante dans la fratrie	1 3
Mère avec pathologie mentale (dépression, maniaque-dépression, anorexie, hypocondrie)	4
Problème de différenciation avec la sœur	5, deux dans des cas de jumeaux
La maladie a modifié notablement les relations fraternelles dans un sens positif (se parle davantage, parvient à se dire qu'on tient à l'autre, partage à nouveau de moments de complicité)	16 Importance du courrier échangé durant l'hospitalisation comme amorce du dialogue (5) Volonté de faire l'effort de se rencontrer et de parler plus (10) (davantage évoqué par les sœurs)
La maladie n'a pas changé grand chose aux liens	2 Dans ces deux fratries, le discours sur le fraternel est très pauvre, très défendu (je ne sais pas, je ne me souviens pas...)
Peur de la rechute	10 pour les frères et sœurs 2 pour la personne anorexique
Allusion à la thérapie individuelle ou en groupe	4

Des mots reviennent dans quasiment tous les entretiens :

- Le mot « bizarre » à propos de l'anorexie et de la manière dont elle s'installe dans la vie de la patiente et de la famille et aussi à propos de la manière dont le comportement de la patiente apparaît à ses frères et sœurs.
- Le mot « peur » à propos de la mort, qui, dans certains entretiens se dit « trouille » et dans deux autres « panique ». Ce sont davantage les sœurs qui utilisent ces trois mots mais il ne sont pas absents du discours des patientes. La peur est aussi associée à la culpabilité de faire du mal aux proches : « J'ai peur de faire de la peine alors je me tais » dit une sœur à

propos de sa mère.

- Le mot « peine » aussi à propos des hospitalisations de la patiente qui fait de la peine aux frères et sœurs et aux parents
- Le mot « ennui » qui est celui qui sert le plus souvent aux frères et sœurs pour qualifier la vie à l'hôpital. En effet, mis à part deux sœurs, tous les frères et sœurs estiment que la patiente doit s'ennuyer à l'hôpital. De leur côté, seules deux patientes évoquent l'ennui à l'hôpital.
- Enfin, le mot « manque » revient pour qualifier ce que ressentent les frères et sœurs quand la patiente est à l'hôpital. Il leur manque la présence de leur sœur, mais ils sont aussi troublés par la chambre vide, par la salle de bain qui n'est plus à partager. Les patientes, elles aussi, disent d'une manière plus générale que leur famille leur « manque ».

Notons dans les entretiens le fait que souvent les frères et sœurs, de manière plus ou moins explicite disent qu'en fait au fur et à mesure que la maladie progresse c'est comme si eux-mêmes étaient atteints dans leur propre corps. Une sœur dit :

Le fait qu'elle se fasse du mal, ça m'en faisait pas, parce que... Enfin, quelqu'un qui se mutilé, par exemple et qu'on aime, ça nous fait souffrir, même si ce n'est pas nous qui nous mutilons. Je pense que c'est ce qui s'est passé, c'est une sorte de mutilation.

Nous notons dans les discours des frères et sœurs des passages très fréquents dans le discours du « je » au « on » pointant que la maladie est une affaire du groupe familial, que chacun vit singulièrement et collectivement comme groupe.

6.1 ORIGINE DE LA MALADIE

Quand l'origine de la maladie est évoquée c'est souvent en lien avec un autre membre de la famille qui aurait des problèmes avec la nutrition ou de dépression

On retrouve chez les frères et sœurs et les patientes l'idée d'un avant un peu idyllique fait de complicité, de bagarres, de rires, des relations « classiques » diront certains, « normales » diront d'autres et puis la maladie a cassé « tout cela ».

« Aujourd'hui... voilà on discute plus comme avant, on discute... toujours évidemment mais... c'est, c'est beaucoup sérieux, c'est... on est, je crois surtout qu'on n'ose plus se dire les choses en face. »

Les sœurs décrivent, avec émotion, le fait que la patiente s'est refermée sur elle-même, se coupant de ceux qui l'aiment, la maladie l'aurait rendue comme inaccessible à ses proches.

4 sœurs disent clairement que la maladie a fait que leur sœur est devenue une étrangère, elles ne la reconnaissent plus, ne comprennent pas ses réactions, ses goûts, son caractère a changé.

Une sœur dit « la maladie m'a privée de la sœur que je connaissais ».

Cet être familier devenant étranger provoque un désarroi qui ne fait jamais l'objet de discussions au sein de la famille, ni avec les parents ni entre frères et sœurs.

Cette constatation se retrouve au FAT, dans l'absence d'alliances entre frères et sœurs tant chez les anorexiques que chez leurs sœurs.

6.2 DU RÉGIME, AU CAPRICE, À LA MALADIE

Dans deux cas, ce sont les frères et sœurs qui ont alerté les parents de manière directe ou indirecte, dans les autres cas, ce sont les parents ou des tiers qui font prendre conscience aux pairs qu'il ne s'agit ni d'un « caprice » ni d'un « chantage », mais bien d'une maladie.

Plusieurs cas se présentent :

- Soit le frère et la sœur partagent avec la patiente le souci de la nourriture : ils ont fait un régime ensemble (4 cas) ou un membre de la famille l'a fait, mais, à un moment, la patiente poursuit alors que l'autre arrête. Parfois, la sœur arrête car elle dit avoir senti le danger, parfois les choses ne sont pas explicitées. Par ailleurs, si avant que la maladie ne se déclenche, il est possible de parler régime, quand elle s'installe, ce sujet devient tabou entre frères et sœurs : la patiente s'énerve, se tait, s'enferme dans sa chambre, pleure, quand il est question de repas, laissant ses pairs dans un grand désarroi.
- Soit aucun régime n'avait jamais été fait dans la famille : la restriction alimentaire s'installe, progressivement, perçue dans un premier temps comme une originalité par les frères et sœurs ; c'est face à l'évolution de ce comportement qu'ils s'interrogent, puis s'inquiètent.

Une sœur explique :

« Au début, je n'ai pas trop remarqué ce qui se passait en fait et après, enfin... Après, quand on essayait de lui parler, elle le prenait mal et après, elle faisait la tête. Au début, quand je ne savais pas qu'elle était malade, je me demandais « mais, qu'est-ce que je lui ai fait ? » Et puis après, ça me faisait encore plus de peine. »

Ensuite, les frères et sœurs passent de la peine à l'inquiétude, puis à la peur quand le risque de mort se précise.

Dans 4 fratries la maladie est décrite comme ayant débuté par l'imitation d'une sœur qui aurait fait un régime.

Dans une fratrie l'aînée est anorexique, elle est suivie de 2 jumelles dont l'une est également anorexique, celle qui n'est pas malade dit :

« Elle a vu Marie-Claire (l'aînée anorexique) maigrir et elle m'a vue commencer un régime, donc elle a eu très peur que je fasse pareil, bien que je l'ai arrêté...bon j'ai pris tout ce que j'avais perdu...mais elle a eu peur que je tombe dedans et elle m'a vue déchanter...enfin aller vers l'anorexie comme elle a vu Marie-Claire y aller et je ne sais pas pourquoi...elle s'est mise à vouloir faire un régime...parce que Maud ne se plaisait pas du tout, elle se plaît mieux maintenant...je crois que c'est dans la tête...elle a voulu faire ça et je lui ai dit : « écoute, je vais te passer le régime que m'a donné la diététicienne et on le fera toutes les deux, mais tu commences pas à faire comme Marie-Claire a fait... » et je lui demandais souvent : « qu'est-ce que tu as mangé à midi ? », parce que c'est le midi que je ne la voyais pas et elle a fini par ne plus me le dire, donc là je me suis bien doutée qu'il y avait des choses qui... »

Une autre sœur explique :

« Et au bout du compte, elle ne finissait pas son assiette. Donc, elle a toujours eu ce problème avec la nourriture et vers l'adolescence, elle s'est mise à manger vraiment que des produits bios, d'ailleurs elle aime toujours ça. C'était vers 16/17 ans, elle s'est mise à plus vouloir de lait et elle s'est mise au lait de soja et à ne plus vouloir que ça, elle ne boit plus de lait. Moi, ça m'a un peu étonnée, parce que franchement c'est vraiment pas mon truc. Je lui ai dit : « je ne sais pas comment tu fais pour aimer ça ». Après, mon père s'y est mis, il n'y a que ma mère et moi qui prenons du lait. Donc elle s'est mise comme ça aux produits bios, produits diététiques, alors qu'elle n'en avait pas besoin du tout. Elle avait vraiment la ligne parfaite et ça s'est dégradé de plus en plus : à Noël, par exemple, avant cette année, elle aimait bien manger des chocolats à la période de Noël et elle a eu un peu de mal, elle disait : « mince, je mange du chocolat » et elle culpabilisait. Et juste après Noël, elle a fait un séjour de ski avec des amis à nous, et donc nos parents n'étaient pas avec elle et donc elle n'était pas vraiment... Elle avait un poids limite, tout juste quoi... Mes parents ne voulaient pas trop la laisser partir au ski, parce que pour faire du ski, faut quand même être... robuste quoi... Et je lui disais « faut que tu manges beaucoup, enfin que tu manges bien normalement pour faire du ski, sinon tu vas te fatiguer et sur les pistes tu vas te faire mal » et donc, elle est partie au ski... Même elle, elle nous l'a dit l'autre jour, elle ne se sentait pas très bien, parce qu'elle voyait bien qu'elle ne mangeait pas très bien... Mais cela ne la dérangeait pas, elle n'était pas vraiment sûre d'elle... Et mes parents, je voyais bien que mes parents étaient très inquiets et se disaient : « oh là, là, elle ne doit pas bien manger... ! ».

Notons que l'idée de la nourriture biologique vient de sa grand-mère maternelle.

Une sœur décrit une situation assez particulière puisque, en fait, c'est elle qui a proposé à sa sœur de faire un régime avec elle ; toutefois, elle s'est arrêtée alors que sa sœur, elle, a poursuivi le régime laissant la maladie progressivement s'installer.

Un jour, on avait fait un pari, elle m'avait dit : « écoute, je vais faire un pari avec toi, je vais essayer de ne plus faire de crises de boulimie ». Je lui ai dit : « Mais, c'est impossible, c'est pas toi qui décide d'une certaine façon, comme t'es malade à cause de ça, tu ne peux pas... des fois, tu peux y mettre de la bonne volonté, mais en général, tu ne résistes pas... c'est normal, mais je ne pense pas que tu vas réussir ». Je l'encourage quand même, mais elle me dit : « si, je vais essayer ». Je dis : « bon d'accord, si ça peut t'aider, on essaye ». Alors, on essaye et puis, au bout de deux ou trois jours à chaque fois, je lui demande : « alors, t'as tenu ton pari ? » Elle me répondait : « oui, t'inquiètes pas ». Et là, je suis un peu rassurée d'une certaine façon, et là, au bout d'un temps, elle a eu des crises de boulimie, et je lui dis : « tu vois, je t'avais prévenue, tu n'as pas tenu ton pari » ; elle me dit : « oui, je sais, je suis

désolée », je lui ai dit : « mais ce n'est pas grave, tu sais, je savais bien que tu n'allais pas le tenir, et ... »

On voit, là, la situation folle dans laquelle se trouvent les 2 sœurs : l'une qui a initié le régime et est parvenue à l'arrêter affirme à sa sœur qu'elle ne parviendra pas à arrêter son régime sans l'aide du médecin. Ainsi, elle paraît vouloir aider la patiente tout en l'enfonçant, puisqu'elle se pose comme supérieure à elle. On voit là l'effet de la rivalité entre sœurs.

Si les frères et sœurs sont assez prolixes sur l'évolution de cette maladie, tel n'est pas le cas des patients qui en parlent de manière très brève, mais y impliquent souvent le frère, via la question de la jalousie et celle de la rivalité.

Dans le second entretien, certaines expriment leur désarroi quand elles s'aperçoivent qu'elles ne maîtrisent rien et qu'elles font souffrir leurs proches sans rien y pouvoir. Si les frères et sœurs parlent du repos dans les entretiens, en revanche, les patientes ne parlent jamais de ces repos. A contrario, dans le FAT, les sœurs qui ne s'autorisent quasiment jamais à évoquer des scènes de repas même si celles-ci sont suggérées par la planche alors que les anorexiques vont parler de façon excessive d'alimentation même quand la planche ne le suggère pas.

Exemple Floriane qui parle d'une « privation de dessert par la maman » à la planche 6 « rangement » où il est question de ranger sa chambre, à la planche 7 haut des escaliers« d'un petit garçon qui appelle sa mère en pleine nuit car il a fait un cauchemar...et qui à la fin de l'histoire fait venir ses parents pour le réconforter en lui apportant un bol de lait chaud et de chocolat ».

Cette centration sur la nourriture souligne la difficulté des anorexiques à se dégager de leur problématique alimentaire mais on remarquera cependant que dans les histoires la notion de plaisir à manger est souvent évoquée. On remarquera également l'appétance relationnelle bien connue de ces patientes déplacées sur l'envie de manger mais réprimée.

6.3 EVOLUTION DE STRATÉGIES

C'est progressivement que l'idée d'une « maladie » à soigner par les médecins s'impose et que les frères et sœurs se sentent douloureusement impuissants, et ne savent pas du tout comment faire, ils n'ont pas de code, de grille de lecture pour comprendre cette maladie « bizarre ».

Dans un premier temps, la fratrie trouve « bizarre » leur sœur, ensuite, chaque enfant essaie d'adopter des stratégies différentes, quand le « bizarre » devient « inquiétant », quand quelque chose de plus « grave » s'installe, et que l'inquiétude parentale est constatée.

A chaque stade de la prise de conscience, chacun, à sa manière, à son rythme, parfois collectivement, le plus souvent individuellement, tente des stratégies, en constate les effets et les fait évoluer avec souvent, à la clef, le découragement, le sentiment d'impuissance et la culpabilité.

Les échecs des stratégies sont constatés dans la solitude et ne font pas l'objet d'un échange en famille, parfois entre la mère et la sœur mais seulement en période de crise. Ces échecs accompagnent une augmentation de la tension et de l'inquiétude familiale.

Les frères et sœurs disent que leurs tentatives pour aider la patiente à parler se heurte à une fin de non recevoir, qui peut prendre la forme d'une fuite (la patiente s'enferme dans la chambre), ou d'agressivité qui est toujours verbale

Les frères et sœurs constatent alors que les codes "habituels" de relations fraternelles hérités de leur enfance ne peuvent plus être appliqués.

Apparaît alors clairement le sentiment que la maladie éloigne, sépare ; ils ne comprennent plus leur pair, ils se sentent émus par sa détresse qu'ils perçoivent et agacés que toutes leurs tentatives d'aide, leur politique de la main tendue échouent.

Dans le cas de frères et sœurs particulièrement complices, voire fusionnels, s'installe l'idée d'une trahison, d'un lâchage de celui qui est malade.

Ce malaise peut se traduire par des mouvements dépressifs que les enfants cachent à leurs parents, par des difficultés de concentration à l'école et, plus généralement, par un mal-être dans lequel les sentiments d'impuissance et de culpabilité sont centraux.

Notons que dans le FAT aucun sujet ne parle de sa propre dépression mais évoque celle de leurs mères.

En effet, la question de la dépression est analysée au FAT à travers la tonalité émotionnelle des histoires.

Par exemple, chez Mylène, la mère est décrite comme « désespérée » (planches 11, 13, 15) ou très triste (planches 3, 9, 10) ou bien anxieuse et très seule (planche 7). Chez Marie, la mère est là aussi désespérée (planches 18 et 21) ou triste (planches 1, 3, 7, 13) enfin elle est exaspérée et pas heureuse (planches 12 et 15).

Progressivement, les frères et sœurs comprennent qu'il faudra beaucoup de « volonté » à leur sœur pour s'en sortir (le mot « volonté » est retrouvé dans plus de la moitié des entretiens). Mais cette volonté, pour naître, doit être alimentée par un désir, une appétence à vivre et c'est là où les frères et sœurs sentent qu'ils ont une responsabilité qu'ils ne savent pas comment exercer et se sentent démunis.

Une sœur explique qu'à un moment, elle n'est plus parvenue à faire « semblant » de prendre plaisir à manger avec sa sœur :

Et après, j'ai recommencé à manger normalement, parce que je ne peux pas faire ça...

Et j'ai continué à l'attendre... Après, j'ai eu du mal à manger avec elle et un jour, j'ai...

j'ai refusé de manger avec elle, parce qu'un jour, j'ai éclaté en pleurs parce que j'en

avais marre. Elle mangeait tellement bizarrement que c'était insupportable en fait de manger avec elle, donc, j'avais beaucoup de mal de passer les repas avec elle. En plus, c'était très long parce qu'elle mangeait très lentement.

Une sœur évoque une alliance avec ses parents marqué par l'emploi du « on » :

On voulait faire ce qu'elle aimait manger mais, en fin de compte, c'est nous qui mangions et elle ne voulait pas, quoi... Ou alors, on allait faire les courses avec elle, on espérait qu'elle choisirait ce qu'elle voulait pour la faire manger, mais non... Ou alors, on la forçait à rester à table tant qu'elle n'avait pas fini son assiette, mais elle pouvait rester des heures... en fait, elle ne mangeait pas. En fait, ça servait à rien de la forcer ni...

Cette sœur a tenté la persuasion, la contrainte, puis, au constat de son impuissance, décidé de ne plus rien faire du tout et en a ressenti de la culpabilité.

Une sœur essaie autre chose en s'appuyant sur ses parents, c'est la seule qui évoque cela:

Des fois je lui fais un câlin, parce que bon...je vois bien que ça se passe bien...que ça se passe mal. Mais en général, quand elle est avec moi, elle commence un peu à pleurer comme ça, à se lamenter un peu, je lui dis : « écoute Mylène, commence pas tout de suite à pleurer... ». Il y a des sujets où c'est vraiment, où elle a vraiment le droit de pleurer, parce que je sais que ça la désespère, mais, en général, c'est quand elle sait que mes parents sont là et qu'elle peut être réconfortée vraiment. Et à ce moment-là, je reste toujours dans la pièce et je laisse faire mes parents, parce que je sais que c'est surtout eux qui la réconfortent. Et en même temps, elle n'écoutait pas beaucoup mes parents, c'est surtout moi qu'elle écoutait. En ce moment, c'est surtout mes parents, donc, soit je reste avec eux et je les appuie d'une certaine manière, soit je reste dans ma chambre et ce n'est pas très grave, elle est vite réconfortée. Quand vraiment elle s'effondre, tout le monde est autour d'elle.

La désorganisation du discours montre bien le désarroi de cette jeune fille. C'est de ce poste d'observateurs muets, s'interdisant dans la plupart des cas de juger les parents, que les frères et sœurs tentent de mettre du sens sur cette maladie et de trouver une attitude la plus adéquate possible.

Durant le temps où règne la tension dans la famille, les mots circulent peu, chacun s'observe, observe l'autre et les échanges se font via des actes sur lesquels il est impossible, par la suite, de revenir.

Durant cette évolution, l'enfant observe attentivement la manière dont les adultes réagissent. Il regarde comment ils agissent, ce qu'ils ressentent, mais en observateur muet.

« Ma mère, elle essaie toujours d'être positive pour aider un peu ma sœur, qui, elle, est toujours négative... et il y a des fois où elle dit : « non, mais c'est pas possible », j'ai l'impression qu'elle se désespère de plus en plus de pouvoir faire quelque chose . Elle

dit que ça ne va pas s'arranger tout seul, qu'il faut qu'elle ait une aide extérieure. Mon père lui dit : « même M. F (le pédopsychiatre) a dit qu'elle pouvait s'en sortir toute seule ». Moi je me dis qu'elle pourrait s'en sortir toute seule, mais qu'elle n'a pas la volonté de le faire. Elle a de la volonté, mais elle n'y arrive pas, elle se noie un peu dans son propre truc en fait. »

Comme dans tous les cas où l'enfant est mis face à une situation incompréhensible pour lui, il se tourne vers les adultes pour essayer de trouver du secours. Cela ne passe pas par la parole, l'échange entre adultes et enfants mais par l'établissement d'une alliance parents-enfants sur ce qu'il convient de faire.

Cette notion « d'alliance » avec les parents analysée au FAT à travers la qualité de la relation ne se retrouve dans les protocoles des 9 sœurs. Celles-ci vont rarement faire alliance avec un de leurs parents en cas de conflit et, si cela se produit, elles choisissent plus souvent le père comme allié que la mère. En ce qui concerne les protocoles d'anorexiques, il semble que ce soit l'inverse, l'alliance se faisant plus aisément avec la mère. Dans tous les protocoles il n'y a pratiquement jamais d'alliance possible avec les frères et sœurs dans la famille.

Exemple : planche 6 « rangement » : Martine, anorexique, « je sais pas si c'est une maman ou une sœur. Je pense que c'est une sœur qui vient gronder son frère parce que la chambre est en désordre. Il pense qu'il s'en fout et que c'est bien rangé. A la fin, ils vont se fâcher et il va être puni. » Sa sœur, Corinne à la même planche 6, « je pense que c'est deux frères et sœurs. On est dans la chambre de la sœur. A mon avis c'est son petit frère qui est en train de fouiller dans son placard, et sa sœur l'aperçoit et à mon avis il va y avoir une dispute et elle va la sortir de sa chambre ».

Une seule patiente dit s'être rendue compte du découragement de ses proches :

Après, c'est vrai, comme ils savent plus comment faire, ils laissent tomber, puis... moi, à la base, je dirais que beaucoup de gens ne s'intéressaient pas à moi... c'est à cause de ça que j'ai... je crois que c'est en... il y a une part de ça qui m'a... qui m'a fait commencer, et puis... je me suis aperçue qu'en fait, c'était totalement le contraire, ça n'a pas arrangé les choses du tout, effectivement les personnes se... me voyaient... mais... pas forcément dans le bon sens... cela veut dire que... elles s'inquiétaient et... je dirais... que ça les écartait encore plus... enfin ça les rapprochait pas comme je le voulais, quoi...

Cette citation montre bien toute la difficulté : « ils s'inquiétaient », « ils s'écartent », « j'ai besoin qu'ils se rapprochent ».

Pour les frères et sœurs, quand le découragement s'installe, il ne reste le plus souvent qu'une possibilité pour parer au plus grave : en exerçant une surveillance, en se faisant alors l'allié des parents, pour éviter la mort ; cette surveillance suscite chez la sœur, surtout si c'est une

cadette, un sentiment de malaise car elle sait que c'est aux parents de surveiller leurs enfants et elle a ainsi l'impression de trahir sa sœur.

En même temps, cette domination peut s'accompagner de bénéfices qui soulèvent, là aussi, des conflits difficiles à gérer dans la solitude.

On avait fait un pari à ce qu'elle ne mange pas en cachette comme ça et un jour, je suis entrée dans sa chambre et je l'ai vue manger en cachette un petit gâteau, on venait juste de terminer de manger, elle avait mangé un bon dessert, normal et je lui ai dit : « écoute Mylène, tu m'as fait une promesse, là, en plus, je suis devant toi, t'es prise au piège un petit peu, d'une certaine façon », et elle me dit, un peu, avec son sourire un peu narquois : « Ah bah oui ! et puis, qu'est-ce que ça fait ? » et là, ça m'énerve ce comportement-là, ce sourire narquois, ça me remonte contre un peu toujours et là vraiment je lui dis : « oh et puis fais comme tu veux, de toutes façons, tu m'avais fait une promesse et je t'ai prise la main dans le sac et tu ne fais même pas un effort pour dire « bah oui ! t'avais raison »

Dans ce cas, ce qui a été constaté est parlé ; parfois, la sœur surveille mais ne sait quoi faire de ce qu'elle constate. Par exemple, une sœur, dont la chambre a une cloison commune avec la patiente, entend cette dernière pleurer le soir et se faire vomir après les repas. Elle ne veut pas en parler à sa sœur car elle est certaine qu'elle la rejetterait encore plus qu'actuellement et ne veut pas le dire à ses parents pour ne pas les inquiéter.

Elle garde cela comme un secret douloureux, secret qui prendra tout son poids quand elle prendra conscience que sa sœur risque de mourir. Elle se dit que si elle avait parlé avant, peut-être que ses parents auraient pu intervenir plus vite.

En fait, suite à ce qu'elle entendait dans la chambre de sa sœur, sans le voir, elle s'est mise en position d'hypervigilance, de surveillance de tous les instants, ce qui a créé chez elle une tension insupportable.

6.4 PERSPECTIVE DE LA MORT

A part 4 sœurs qui n'ont pas explicitement évoqué l'idée de la mort, tous les autres frères et sœurs disent savoir que l'anorexie peut conduire à la mort, une sœur dit que cette maladie est l'équivalent d'un suicide « lent ». C'est à propos de l'évocation de la mort que l'hôpital est explicitement pensée comme la protection ultime qui peut soulager la famille et sauver la sœur.

Un frère parle de sa sœur comme d'un « squelette » ambulante, montrant ainsi l'étrangeté de cet être entre la vie et la mort.

Une sœur dit :

C'est juste avant qu'elle rentre à l'hôpital, parce que juste avant, elle devenait, comme si son corps devenait tout froid, elle dormait tout le temps... on avait peur qu'elle fasse un malaise...c'est pour ça que la nuit, on préférait qu'elle dorme avec ma mère, comme ça, ma mère était juste à côté au cas où... ou alors, on faisait attention, on allait regarder si elle respirait, on avait peur quand même

L'emploi du « on » en dit long sur la manière dont, dans cette situation d'urgence, les enfants font corps avec leurs parents, la patiente étant inconsciente des risques qu'elle court.

La mort est associée à l'idée de « peur » et une sœur parle de « panique », trois autres, de nécessité de « surveillance » quasi constante, « surveillance » qui doit se faire discrètement pour ne pas déclencher la colère de la patiente. Cette surveillance est exercée explicitement par les parents et, de manière souvent cachée et détournée par les frères et sœurs. Ils surveillent, comme nous l'avons dit précédemment, « mine de rien » et le poids et les conséquences de cette surveillance ne sont pris en compte par personne et elles/ils n'en parlent à personne.

Une sœur, jumelle de la patiente, a recours à la religion pour penser, sans paniquer totalement, la question de la mort. Elle évoque une apparition qu'aurait eu la patiente :

Ma sœur et moi, on est très croyante. Donc, c'est pour ça qu'en fait, j'ai p... j'ai peur de la mort et, en même temps, je n'ai pas peur parce que, pour moi, après, il y a une autre vie. Parce que Martine, enfin moi, c'est vrai que moi, je vois ça, je pars, je ne pourrais pas rester... Si ma sœur meurt, je meurs avec, c'est forcé...

De son côté, la patiente dit qu'elle ne veut pas mourir car elle ferait mourir sa sœur. Dans 2 fratries cette consubstantialité entre deux sœurs est dites explicitement.

Evidemment, la pensée de la mort implique nécessairement de se demander comment la vie pourrait être sans elle, ce qu'eux-mêmes vivraient, ressentiraient et la manière dont leurs parents réagiraient à cette disparition.

Dans certains entretiens, la peur de la mort est associée à la grande lassitude, voire l'agressivité non exprimable, face à « l'enfer » que fait vivre la sœur à sa famille, « enfer » qui ne se cantonne pas aux repas mais peut, également concerner d'autres sphères de la vie. Seules, deux sœurs expliquent clairement leur culpabilité de se dire que, finalement, si la patiente partait à l'hôpital « pour longtemps », cela soulagerait tout le monde.

Parfois aussi, lorsqu'il y a une grande jalousie entre enfants, l'idée que la maladie pourrait conduire à la mort et à éloigner durablement la sœur malade, soulève des sentiments ambivalents : plaisir d'éliminer un rival et culpabilité d'avoir de telles pensées.

Si les frères et sœurs ont peur de la mort de la patiente, ils ne disent pas que celle-ci a conscience du danger qu'elle court. Une sœur explique :

Pour elle, ce n'est pas grave si elle ne mange pas, en fait, puisque, en fait, elle n'a pas peur de la mort, elle peut se dire « je m'en fous, je ne mange pas » mais nous, on la force à manger, parce que, pour nous, c'est grave si elle ne mange pas. Et je pense que ça, quand on lui a dit ça, ça a dû quand même la choquer un peu.

Ainsi, dire à la patiente qu'elle risque la mort et s'en montrer affecté ne lui fait pas nécessairement prendre conscience du danger, elle comprend seulement du fait qu'on l'aime et qu'on tient à elle.

De fait, dans la majorité des fratries, tout se passe comme si la patiente n'avait pas l'idée des risques encourus et que c'était les proches qui devaient lui faire comprendre cet aspect de la maladie. Trois sœurs se demandent si la patiente ne cherche pas peut-être, sans le savoir, en fait à mourir, sans pouvoir se le dire.

Dans l'après-coup d'une hospitalisation décidée suite à une crise familiale, une sœur dit :

Grâce à moi, mais grâce à ma famille et... et à moi, peut-être qu'elle est sauvée, enfin, elle n'est pas morte aujourd'hui quoi, je sais qu'elle est entrée à l'hôpital, enfin elle est ici et que elle va se faire soigner, donc j'y pense plus beaucoup, mais...

Tout est dans le « mais... » retrouvé dans tous les entretiens de frères et sœurs, mais aussi dans ceux des patients :

Cela va mieux, mais rien n'est vraiment fini, on a évité la mort, mais comment cela va-t-il évoluer ?

En association avec l'idée de la mort de la patiente, les sœurs évoquent des tentatives de suicides qui les ont concernées elles-mêmes (3 cas), un membre de la famille élargi (1 cas).

Dans un cas, cette tentative de suicide est clairement mise en lien avec l'anorexie, dans les autres cas, elle a été là pour signifier un malaise qui existait avant l'apparition de l'anorexie. Le suicide a été pré-annoncé par une discussion avec des amis ou par une lettre dans deux des cas.

Dans les trois cas, le geste, cette intention exprimée ne semble pas avoir donné lieu à une aide particulière ni au sein de la famille ni par des professionnels. Ce qui n'est pas sans poser de problèmes.

Une sœur évoque le « suicide » en général :

Le pire, c'est quand même quand tu fais des dépressions. Parce que les filles, des fois, elles font, elles ont fait des dépressions, des tentatives de suicide et tout. Là, le pire, elles sont coupées deux jours de leurs parents, alors que c'est là où on a besoin le plus de réconfort. Enfin, je trouve ça, mais idiot, mais c'est incroyable. Enfin d'être bête comme ça, je ne savais pas que ça pouvait exister quoi. C'est vrai enfin...

A propos du suicide, comme à propos de l'anorexie, les patientes et les frères et sœurs

expriment leur incompréhension de voir que, en cas de détresse, on empêche la patiente de bénéficier des ressources affectives qu'offrirait sa famille.

Si l'anorexie peut conduire à la mort, une sœur la différencie du cancer : dans le premier cas, la patiente pourrait, par sa volonté, se battre en mangeant à nouveau, alors que le cancer évolue malgré ce que peut faire le malade pour guérir. Une sœur évoque :

Une petite fille dans la ville à, à mon papy. Bah ! je me suis dis qu'il y en a... y en a qui se laissent ... qui veulent se laisser mourir... puis que les médecins, ils les soignent, que cette petite fille-là, elle s'est fait soigner, elle, elle a fait, elle a fait aussi de son côté tout son possible et qu'il y en a qui méritent... qui mériteraient sa place.

La désorganisation du discours pointe le malaise de cette sœur qui, à la fois, en veut à sa sœur de se laisser aller, tout en sachant qu'elle ne peut en être accusée car, comme elle le dit plus loin « c'est la maladie qui veut cela ».

Une seule patiente évoque clairement les risques de mort qu'elle a couru.

Et qu'est-ce que tu, qu'est-ce que tu as découvert, qu'est-ce qui te fait peur dans ta, dans ta maladie ?

La mort, et puis les conséquences plus tard : les risques de fracture, de minerve, ... de pas pouvoir avoir d'enfant, enfin des trucs comme ça.

Nous pouvons penser que toutes les patientes rencontrées qui sont ou ont été hospitalisées, connaissent le risque vital encouru ; il est donc hautement significatif qu'elles en parlent si peu.

6.5 HOSPITALISATION

Nous différencions clairement ce qui est dit de l'hôpital et des soins et ce qui est dit de la séparation.

La notion de séparation est toujours évoquée associée à celle de l'hospitalisation, tous les sujets disant clairement

- L'hospitalisation a été une nécessité
- La séparation n'est pas une bonne chose, un éloignement partiel aurait pu suffire
- Le sens de la rupture totale des liens ne peut être explicité, il est vécu comme imposé par des médecins dont les motivations restent obscures
- La nécessité, compte tenu de cette rupture d'échanger des lettres a des effets positifs

Plusieurs cas de figures se présentent alors

- Soit les liens étaient complices dans l'enfance et, progressivement, avaient évolué vers une moins grande proximité ; la maladie oblige alors à se demander ce qui s'est passé ; elle amène à tenter le plus souvent seul, mais dans deux cas avec la patiente, à comprendre à quel moment et pourquoi l'éloignement s'est produit. Ceci motivé par le fort sentiment de la nécessité de renouer ces liens perçus comme très importants, parce que participant au processus de guérison.
- Soit les liens dans l'enfance avaient, en fait, été apparemment très peu investis, c'est le cas par exemple d'une fratrie recomposée. La maladie, avec la culpabilité qu'elle déclenche, oblige alors le frère à se demander s'il ne doit pas tenter un rapprochement, créer un lien qui, de fait, auparavant n'avait pas existé.
- Soit les liens, au moment du déclenchement de la maladie, étaient restés forts, en particulier dans les 2 cas de jumeaux et l'hospitalisation est vécue comme « une déchirure », un « arrachement », et la maladie, comme une sorte de trahison de la personne malade.

6.5.1 Dimension du fraternel ignoré

Si quand la sœur était à la maison les frères et sœurs, nous l'avons dit étaient actifs dans l'aide à apporter à la patiente et aux parents, une fois l'hospitalisation faite, ils se sentent inutiles, transparents.

Mis à part une sœur qui dit avoir été reçue par les médecins, les sujets rencontrés disent avoir eu des informations, quand ils les ont, par des livres, des émissions de télévision, ou ce qu'elles ont appris d'un membre de la famille atteint.

Une sœur dit qu'elle sait qu'elle est une « bouée de sauvetage » pour sa sœur et que les médecins n'ont pas le droit de supprimer cette aide à sa sœur. La sœur anorexique utilise le même mot et dit :

Quand j'ai commencé à être malade, ça a été ma bouée de sauvetage, mais là... maintenant... voilà, je sais que ça va pas se reproduire en tous cas, mais je sais pas... J'ai envie de guérir, parce que je sais que je lui fais du mal en plus, donc... Je m'en rendais pas compte, mais là, je sais que je lui fais du mal et que, enfin en même temps, c'est pas parce que je lui ai fait du mal que c'était la peine de nous séparer, hein...

Une sœur dit qu'elle estime connaître sa sœur aussi bien que ses parents et que les médecins refusent ostensiblement de profiter de ce savoir. Elle est certaine que c'est dommageable car elle est persuadée que l'anorexie est en lien avec la séparation de ses parents, qui a rapproché les deux filles, de ce fait, elle sait mieux que ses parents ce que sa sœur a vécu à ce moment-là et les liens que cela entretient avec la maladie.

4 sœurs expriment clairement leur incompréhension de leur exclusion des soins ; elles se sentent concernées, savent la place centrale des parents et supportent très mal de n'être pas prises en compte, pas valorisées comme sœurs et pas aidées comme enfants, comme filles confrontées à la maladie.

Une sœur raconte :

Pour toute honnêteté, je me suis sentie au début très exclue du truc, parce que la voyais depuis 6 mois arrêter de manger, être au plus mal. Même si je n'en parlais pas, j'essayais d'en parler avec mes amis pour savoir ce que je pourrais faire, etc. ... Puis du jour au lendemain, c'est papa, maman qui ont pris les choses en main, qui l'ont emmenée chez le médecin, qui avaient les rendez-vous avec elle. Donc, papa l'accompagnait beaucoup... je trouvais que c'était un peu un poids pour lui, pas un poids d'accompagner sa fille loin de là... Mais c'est pas facile, parce que généralement, c'est plus la mère qui s'occupe de tout ça et là, il se retrouvait un peu tout seul. Enfin, le milieu hospitalier, tout ça, c'est pas très facile... Et j'ai trouvé qu'avant, l'hôpital, c'était un peu le truc entre papa et Clémence, parce qu'ils allaient aux rendez-vous ensemble, elle, elle allait à des séances d'hypnose, donc ils allaient ensemble. Et c'est vrai que moi, je me suis sentie impuissante, parce je ne pouvais rien faire et exclue... de toutes façons, je ne vois pas ce que je pouvais faire, mais exclue du truc, j'avais envie de l'aider encore plus, mais je pouvais pas. Et puis, il y a aussi le fait que ma cousine, avec qui on était très proche, lui ait parlé... enfin, elle m'a dit un jour qu'elle lui avait parlé, et là, Clémence s'est dévoilée à ma cousine, alors que je n'arrivais pas à lui sortir une seule parole, donc ça, ça m'a un peu blessée...

Si les frères et sœurs se sentent clairement soulagés que soit mis fin à ce que quatre interviewés appellent, « l'enfer du repas », ils estiment que ne pas pouvoir recevoir de visites est une véritable maltraitance pour la patiente et que cela ne l'aide pas à guérir. Ceci, même si deux patientes soulignent que le fait de regrossir pour voir sa famille est une véritable motivation. Une sœur explique :

A l'hôpital, enfin là où est ma sœur, en fait... au début, enfin, quand il y avait pas de contrat, je pouvais aller la voir et ils ont voulu la mettre sous contrat. Au début, j'ai pas bien compris ce que c'était, enfin, j'étais pas du tout d'accord avec ça, parce que je me suis dit que si elle était coupée de sa famille, ça allait être plus dur, que ça n'allait pas s'arranger, en fait... Mais, maintenant, je trouve ça bien comme initiative, parce que je pense que ça donne plus envie de s'en sortir quand on est sous contrat, parce qu'on a envie de revoir la famille et puis... Parce que ma sœur, elle sait qu'à chaque reprise de poids, il y a quelque chose de permis. Donc, je pense qu'elle est plus motivée en fait...

Affirmant ceci, cette sœur doit reconnaître que la thérapeutique est, en fait, une sorte de « chantage » exercé par le corps médical sur la patiente.

Dans 4 fratries les enfants ont expérimenté la thérapie familiale, la sœur en parle, mais pas la patiente. La première dit combien ce temps de rencontre et de paroles en famille a été important.

La patiente se montre très ambivalente par rapport à l'hospitalisation, elle a conscience qu'il fallait que l'escalade s'arrête, que c'était une des solutions, mais elle trouve dommage que,

pour la guérir, on la prive du soutien de sa famille

La plupart disent avoir conscience de la souffrance que cette hospitalisation déclenche chez les proches, 2 disent se sentir coupables de cela.

Aucune ne parle du soulagement que pourrait ressentir la famille, de cet éloignement

C'est à l'occasion de cette hospitalisation que les frères et sœurs évoquent le manque criant d'information sur la maladie, dans 4 cas, c'est la mère qui se charge d'en parler, mais le plus souvent, les enfants doivent chercher eux-mêmes les informations. Aucun n'a rencontré un professionnel à même de l'aider sur ce point.

6.5.2 Hospitalisation avec contrat

A propos du contrat de séparation certaines sœurs parlent d'injustice, d'autres, de « punition ». Certaines reconnaissent l'intérêt d'un éloignement, d'une coupure avec le milieu familial, mais toutes déplorent qu'elle soit aussi radicale. Une patiente parle de « torture ».

Une patiente dit :

Pas comme ici, ici au CHU, t'es renfermée donc c'est, c'est... je vois les choses différemment en fait. Je me dis avant, j'étais heureuse quoi, alors pourquoi j'ai commencé comme ça, enfin, surtout à 13 ans... C'est pas une solution, mais de me séparer de ma famille, quand même... c'est pas, c'est pas un soin... moi, je trouve, ils prennent ça, je pense...ils disent ça comme un soin, c'est du stress en plus.

Deux sœurs évoquent l'idée que, finalement, cette coupure les a un peu soulagées, car elles ne supportaient plus de voir leur sœur se détruire et détruire l'ambiance de la famille et qu'il fallait qu'elle change avant que des contacts entre elles s'établissent à nouveau

Quand on m'a proposé d'aller la voir, j'ai pas voulu... enfin, je sais pas trop pourquoi j'ai pas voulu aller la voir... Je pense que... je pensais que je ne saurais pas quoi lui dire, si j'étais allée la voir, donc je ne suis pas allée la voir, et...

Cette sœur se sent coupable de cette situation qui est à mettre en lien d'une part avec toute la désorganisation familiale que sa sœur en tombant malade a provoqué mais aussi de l'étrangeté de cette sœur qu'elle ne comprend plus, avec laquelle elle ne sait plus quoi faire, quoi dire. Elle lui en veut terriblement et ne peut lui dire, elle aimerait qu'elle redevienne comme avant et sait que ce n'est pas possible. Alors, la seule solution qu'elle trouve est de refuser d'aller la voir, cherchant, en vain à ce qu'un adulte l'interroge sur ce refus pour l'aider à gérer sa souffrance.

Une autre sœur explique :

Je crois que j'avais peur d'y aller et que je ne voulais pas la voir dans l'état dans lequel elle était... c'était dur, je pense que c'était trop dur. Une partie de moi, on va dire...on

est jumelle, on a une relation assez particulière et elle se faisait du mal, donc elle m'en faisait...je pense que je peux expliquer ça comme ça.

6.5.3 Devenir après l'hospitalisation

A l'avenir, la guérison n'est évoquée ni par les patientes ni par les frères et sœurs, chacun insistant sur le fait qu'il faudra « faire des efforts », « ne pas lâcher », « avoir de la volonté », pour qu'il n'y ait pas de rechute. Une sœur explique :

Magali ici fait son travail en elle-même, mais après, dans la famille, je pense qu'on a tous un travail à faire, parce que bon, c'est un peu tout... Justement, elle s'est retrouvée au milieu de tout ça et ça n'a pas été facile pour elle. Moi, j'ai ma part de responsabilité et mes parents beaucoup aussi.

3 sœurs et 1 frère doutent d'être à la hauteur de ce que la sortie de l'hôpital va impliquer. Le frère dit :

Quant à l'appliquer, à me tourner un peu plus vers elle, je sais pas si je le ferai quoi, si je le ferai tout de suite ou pas.

Patiente et frères et sœurs sont extrêmement conscients des difficultés qui vont perdurer à la sortie de l'hôpital, lorsque le risque de mort sera écarté. Il évoque la nécessité de faire preuve de volonté, de donner du temps, de l'attention pour éviter les rechutes. Chez chacun, on retrouve des expressions comme « il va falloir », « je vais essayer »... L'idée est aussi, chez 6 frères et sœurs, de créer des conditions pour que la patiente soit la plus occupée et la moins seule possible. Une sœur dit :

Je vais pouvoir essayer de me rattraper ... de continuer avec ma sœur, pour lui dire que... pour lui dire tout ce qu'elle me demande quoi.

Compte tenu de la teneur de l'entretien, nous pouvons penser que les points de suspension signifient « je l'aime, je tiens à elle ».

Une sœur avec humour dit que le temps ne se mesure plus dans la famille en minutes, mais en grammes.

Dans 200 grammes, elle va pouvoir revenir à la maison, je sais qu'on va pouvoir refaire des choses ensemble et tout ça. Elle, je pense aussi que c'est mieux pour elle, parce que rester ici, ça doit pas être marrant... Et puis c'est vrai qu'elle va retrouver notre famille quoi, elle va pouvoir revoir des gens qui nous entourent et tout ça. On va pouvoir l'emmener faire les magasins. Là je vois, ce week-end on l'a emmenée au cinéma et tout ça... mais on s'est bien amusé et puis tout et le soir, on a été chez une copine à elle et on s'est bien amusé ensemble. Mais moi, je veux qu'elle retrouve la joie de vivre...

Pour cela, il faut qu'elle se sente aimée et soutenue, et en même temps, il ne faut pas

l'étouffer. Il faut, à la fois, répondre à ses attentes et elle aussi doit continuer à se battre et à gagner une certaine indépendance.

Une sœur explique qu'à la sortie de l'hôpital, sa sœur a exercé une véritable emprise sur son père et qu'elle est absolument dépendante de lui. Elle ne sait, sans se sentir coupable, sans paraître être jalouse de ce lien étroit père/ patiente, comment aider sa sœur et son père à prendre un peu d'indépendance. En attendant, à la fois, elle est soulagée que son père assume cette place, puisque cela la libère un peu, et en même temps, elle est certaine que cela ne devra et ne pourra durer longtemps. Assez inquiète, elle dit à la fois qu'elle doit être présente, et en même temps, qu'elle aurait envie de fuir. L'année précédente, elle avait refusé de partir loin pour ses études, cette année elle aimerait y parvenir, sans en être certaine. Dans son discours, elle se positionne comme une adulte regardant évoluer sa sœur et son père avec pour charge de les faire évoluer, elle se sent très seule pour mener à bien cette tâche et ne songe même pas à demander de l'aide.

6.6 AFFECTS ET CONFLITS SUSCITÉS PAR LA MALADIE

6.6.1 Inhibition des affects et de l'agressivité chez les frères et sœurs

Dans tous les entretiens, l'inhibition de l'agressivité, de l'expression des affects est perceptible. Il s'agit de s'empêcher d'en vouloir à la patiente qui ne peut pas être tenue pour coupable de ce qui lui arrive et les affects qu'elle provoque et de ne pas montrer sa peine pour ne pas aggraver la tristesse des parents.

J'ai pas envie de me montrer triste ou mal vis-à-vis d'elle, parce que évidemment, quand on voit quelqu'un de triste à l'origine... ça nous rend un petit peu triste et... je voulais être forte pour qu'elle puisse être triste.

Il s'agit enfin de ne pas montrer trop sa peine aux amis, aux personnes extérieures à la famille pour ne pas susciter des questions auxquelles on ne pourrait répondre et qui feraient souffrir.

Je leur en parlais (aux amies), mais je ne leur parlais pas vraiment de mes craintes et tout quoi... Souvent, ils me disaient « t'as combien de sœurs ? » ou ils disaient « on ne la voit pas ta petite sœur ? » et je leur disais « c'est parce qu'elle est à l'hôpital, elle est anorexique ». Et ça, ils trouvent dommage, ils ne croyaient pas ça de Mathilde, parce qu'ils savent que Mathilde, c'est une fille qui était pleine de vie, quoi... Donc, c'est vrai que ça fait bizarre pour eux.

Parfois, il faut l'autorisation d'un parent, même pour pleurer.

Après qu'elle ait eu son malaise, maman, elle m'avait dit ... enfin, j'avais les larmes aux yeux... et elle m'avait dit « pleure, si tu veux, il ne faut pas que tu aies peur... tu peux parler ! » et j'ai explosé en larmes.

Une sœur dit que sa « mère est trop sévère », son père « trop laxiste », mais qu'ils font ce qu'ils peuvent. Comme dans toute situation traumatique, on constate une inhibition de l'agressivité visant les parents et la patiente.

Cette inhibition apparaît de manière manifeste dans le FMSS puisque dans les premiers entretiens des frères et sœurs, comme dans celui des patientes, quand dans le premier entretien, l'agressivité n'apparaît pas, dans le second, elle est absente, et lorsqu'elle existe dans le premier, elle n'est plus évoquée dans le second.

Il y a donc manifestement une inhibition de l'agressivité. Notons que, au cours du premier entretien quand elle est exprimée, elle est aussitôt nuancée.

Rappelons que cette inhibition quand elle n'est pas évoquée n'est pas le signe qu'elle n'existe pas mais que son expression peut être jugée dangereuse pour l'un et/ou pour l'autre.

Dans le FAT, l'absence d'expression des conflits est particulièrement significative tant chez les anorexiques que chez leurs sœurs. Dans tous les protocoles, les scores sont très élevés (de 10 à 18 points sur 21) et les notions de violence, passages à l'acte, ou punition sont rarement évoquées sauf à une ou deux planches dont le contenu manifeste conflictuel est très explicite comme à la planche 3 « punition » ou à la planche 12 « devoirs ».

Les histoires qui mettent en scène plusieurs personnages dans lesquelles il existe des conflits sont « déplacées » sur des personnages extérieurs à la famille; par exemple à la planche 8 « galerie marchande » la rivalité fraternelle est déplacée sur d'autres personnages, chez Corinne :

« je vois une mère et un fils et derrière deux enfants qui ne font pas partie de la même famille que la mère et le fils. Sous prétexte que la mère et le fils se font des câlins, les jeunes enfants derrière se moquent d'eux ».

La résolution des conflits se fait sur un mode le plus souvent négatif chez les quatre jeunes filles (cotation de 7 à 10) ou il n'y a pas de résolution exprimée. La résolution positive n'est pratiquement jamais possible (cotation de 0 à 1). Elle est relatée comme positive en raison de l'intervention exprimée de manière factuelle d'un des deux parents, jamais parce que l'enfant à l'origine du conflit a trouvé une solution : exemple à l'image 18 « l'excursion » Martine :

« le papa et le fils regardent la jeune fille et le garçon se chamailler...la petite fille est agacée et la maman a l'air surmenée...la petite fille pense quand est ce qu'il va me lâcher ? Le papa va rouspéter et ils vont arrêter de se chamailler jusqu'à la fin du trajet ». Ou Bénédicte à la planche 6 « le rangement » : «Une scène quotidienne, pas chez moi parce que chez moi ma chambre elle est rangée. C'est un garçon qui rentre du sport, il met ses affaires en vrac. Sa mère vient le disputer pour lui dire qu'il fasse ses leçons...le garçon va faire ses leçons en ronchonnant. »

Le fait qu'il n'y ait pas de différence dans l'élaboration du conflit entre les anorexiques et leurs sœurs peut sans doute sembler significatif d'un fonctionnement familial fusionnel ou de désengagement que l'on retrouve dans la définition des frontières au sein du système familial. L'inhibition de l'agressivité se retrouve de manière manifeste dans le FAT, les thèmes de rivalité et de jalousie suscitées par certaines planches ne sont pratiquement jamais abordées. Les mécanismes de défense d'évitement et de fuite permettent toutefois de raconter des histoires en lien avec le contenu manifeste des planches.

Exemple, planche 8 « galerie marchande » dans laquelle une femme et un enfant passent bras dessus, bras dessous, devant un magasin où sont présentées dans la vitrine des chaussures ainsi qu'une pancarte « soldes ». La femme porte des articles dans un sac. Un garçon et une fille marchent derrière eux, souriant et gesticulant. La rivalité fraternelle est souvent évoquée à cette planche.

Mylène, évite toute notion de rivalité en donnant cependant une histoire conforme au contenu manifeste :

« c'est une mère avec ses trois enfants qui ressortent d'un magasin donc ils ont du aller faire les soldes ensemble pour la rentrée de l'école ou parce que c'est les soldes tout simplement...ils ont l'air d'être heureux d'avoir passé un moment tous les quatre comme ça, c'est un peu privilégié. Ils vont rentrer chez eux et ils vont montrer tous leurs achats à leur père et ils vont passer la fin de la journée ensemble ».

A la même planche, sa sœur Marie :

« c'est a priori pendant les soldes, on peut imaginer qu'on est samedi et que le matin les enfants sont allés à l'école, enfin le petit a été à l'école et les grands sont restés à la maison ou alors tout le monde a été à l'école et la maman est restée à la maison. Le midi ils ont fait un bon déjeuner avec leur père et ils vont faire les courses et dans le sac, il doit y avoir des vêtements pour deux sur trois, et ils s'apprêtent à aller faire une boutique pour le troisième et la mère reviendra sans rien car cet après midi c'est pour ses enfants... et ils vont rentrer chez eux le soir et montrer à leur père tout ce que leur mère leur a acheté »

Lorsque la question est posée par le clinicien des sentiments éprouvés, Marie répond que « la maman est heureuse de faire ça pour ses enfants » et une moquerie « gentille » est évoquée a minima, de la maman et du petit, avec réconciliation à la fin. Dans deux protocoles l'introduction du père, personnage non figurant sur l'image, permet en parti l'évitement de l'évacuation d'une rivalité fraternelle.

6.6.2 *Culpabilité*

La culpabilité est un sentiment qui, mis à part dans un entretien, se retrouve dans tous les

discours des sujets rencontrés. Cette culpabilité a de multiples origines, facettes, parfois elle est parlée, parfois elle est tue. Dans tous les cas, elle fait souffrir.

6.6.2.1 Donner le mauvais exemple à l'autre

Les frères et sœurs se pensent beaucoup comme des modèles les uns par rapport aux autres : La patiente craint que ses frères et sœurs ne veuillent l'imiter et ces derniers craignent que, c'est en voulant les imiter, que l'anorexie se soit déclenchée. Une patiente explique :

Elle a des problèmes, un petit peu de problèmes de surpoids, donc je pense que le fait que je sois anorexique, elle le... elle ne le vit pas du tout, elle ne le vit pas du tout bien, elle doit se sentir encore plus coupable qu'en temps normal... ça, je m'en veux énormément, j'aime pas du tout dire ça d'elle en plus, parce que...

Evidemment derrière cette dénégation comment ne pas voir l'agressivité qui pointe mais ne peut se dire face à cette sœur boulimique.

Une patiente se sent coupable, car sa sœur se refuse à manger, parce qu'elle-même ne mange pas.

Par exemple, quand c'était l'heure du quatre heures, elle me demandait tout le temps avant si moi, je le prenais... si je le prenais pas, elle le prenait pas, alors que si elle le demandait, je sais très bien que c'est, c'est qu'elle le voulait, parce que quand c'est à l'heure. C'était l'heure du goûter, donc si elle y pense, c'est qu'elle avait faim et que... et donc elle refusait pour moi, elle se privait pour moi, en fait. Quelque part des fois, ça me faisait peur, parce que je me disais si, si elle se prive, si cela se trouve, elle, enfin elle va faire pareil que moi... Alors, je lui disais qu'elle ne tombe pas dans la même chose. Puis il y a aussi moi qui suis là-dedans quoi, enfin, ça fait déjà assez souffrir. Enfin, je le savais un petit peu avant maintenant.

Ces deux sœurs, depuis leur enfance, sont extrêmement jalouses l'une de l'autre. Cette jalousie concerne plusieurs domaines : scolaire, sportif, artistique. Tout au long de leur enfance et de leur adolescence, elles ont tenté de supplanter l'autre, de capter l'attention de leurs parents et le rapport au poids entre dans cette compétition. L'une et l'autre s'accusent de « faire envie à l'autre », « de pousser l'autre vers des choses dangereuses ».

Je me sens en faute d'être tombée dans l'anorexique, parce qu'elle doit, elle doit se sentir énormément gênée... parce que en fait... j'ai un peu honte de le dire, mais en fait, elle est moi...si pour l'instant, je suis en anorexie, elle, en fait, elle est, elle est.. elle a des problèmes alimentaires, elle aussi, mais...dans l'autre sens, je voudrais, mais... c'est pas forcément de sa faute, parce que ça c'est... quand on était en primaire, donc, après, quand on a commencé à s'en apercevoir, il était un petit peu trop tard donc... moi, j'aime pas dire ça, parce que j'ai l'impression de la juger, mais...apparemment, elle a des problèmes, un petit peu de problèmes de surpoids, donc je pense que le fait que

je sois anorexique, elle le... elle le vit pas du tout bien, elle doit se sentir encore plus coupable que... que en temps normal, ça, je m'en veux énormément, j'aime pas du tout dire ça d'elle en plus, parce que...

Dans cette compétition, se joue à la fois une rivalité duelle dans une relation en miroir avec, pour enjeu, la différenciation et une jalousie oedipienne vis-à-vis des parents.

Dans deux fratries, dans lesquelles deux sœurs sont très complices et parfois dans une certaine confusion identitaire, le processus de différenciation introduit par la maladie soulève une culpabilité, car chacune estime qu'elle a pour fonction de rompre une complicité pourtant vécue parfois comme étouffante.

Dans l'une de ces fratries, la patiente jette des bouts de viande pour faire croire à ses parents qu'elle les a mangés et sa sœur, complice, se charge de les faire définitivement disparaître.

J'ai dit que c'était de ma faute, parce qu'en même temps, je jetais les bouts de viande qu'elle... qu'elle mettait en cachette. Et je pense que, et depuis ça, c'était la première fois qu'elle avait été à l'hôpital, la deuxième fois, j'ai pas cédé parce que, quand on cède, le problème c'est... parce que j'ai pris un livre au CDI du collège et j'ai lu, j'ai... j'ai lu, je l'ai emprunté deux fois, j'avais pas le temps de le finir, et on m'a, on m'a... il s'est, il faut pas, ils nous ont dit qu'il ne fallait pas céder aux caprices des gens malades comme pour le cas de Martine, parce que le problème c'est qu'après... après, il prend l'habitude et ne fait confiance qu'à la personne qui l'a aidé.

Cette sœur met en évidence la défaillance des adultes accuse les adultes qui ne l'ont pas aidée, d'être à l'origine de sa faute. Il a fallu que, d'elle-même, elle aille au CDI pour comprendre le danger de ce qu'elle faisait et l'aspect mortifère de leur complicité fraternelle. Notons que, par la suite, elle donne à lire ce livre à sa mère.

6.6.2.2 Créer du souci à l'autre

Une sœur explique que :

En 2004, j'ai fait une tentative de suicide et, il y a deux ans de ça, j'ai aussi menti en faisant croire que j'avais été violée. Donc je ne sais pas si ça aussi ça l'a énervée quoi, si ça l'a agacée de mes bêtises...

Sa souffrance était tellement manifeste, qu'elle a consulté un pédopsychiatre et qu'une éducatrice la suit maintenant, mais les autres sœurs, dans ce cas, semblent n'avoir trouvé ni d'adulte ni de pairs pour évoquer vraiment ces questionnements sur l'origine de la pathologie.

Une patiente explique sa culpabilité de devoir compter sur les autres et, en particulier, de peser sur la vie de ses frères et sœurs :

J'ai pas envie, j'ai pas envie que... que les gens sentent que j'ai besoin d'eux, j'ai pas envie qu'ils se sentent obligés de venir me voir, de me parler, etc. ...

6.6.2.3 *Ne pas être parvenu à se soigner*

Chez les patientes, comme chez les frères et sœurs, il y a l'idée qu'il aurait fallu pouvoir éviter l'hospitalisation et l'aggravation de la maladie : la patiente dit qu'elle a manqué de volonté, les frères et sœurs, qu'ils ne sont pas parvenus suffisamment à surveiller leur sœur, à cacher leur jalousie, leur agacement, qu'ils n'ont pas trouvé les mots, la bonne méthode pour l'aider.

Certains frères et sœurs mettent en cause la responsabilité des parents dans cette situation, mais jamais les patientes.

6.6.2.4 *Jalousie et rivalité*

Si dans le FAT l'expression de la jalousie est inhibée dans les entretiens la jalousie est souvent évoquée, associée à beaucoup de culpabilité et à l'anorexie.

La maladie, dans ce contexte, serait en fait une manière d'attirer l'attention des parents mais, également, de diminuer la jalousie de l'autre « je suis malade, donc tu n'as plus à être jalouse de moi ».

Ainsi, dans une fratrie, la patiente se perçoit et elle est décrite comme brillante sur le plan sportif et intellectuel, sa sœur paraissant, dit-elle elle-même, plutôt « pâle ». La maladie fera que celle qui était brillante deviendra faible et que celle qui était faible donnera des conseils à sa sœur, faisant alliance avec les parents et se sentant, dès lors, comme elle le dit, « mieux considérée ». Mais cette considération n'est pas « naturelle » puisqu'elle est due à la maladie, ce qui fait que la sœur ne peut s'en réjouir, sans culpabilité.

La jalousie entre frères et sœurs, évoquée dans les entretiens, n'a rien de spécifique ; elle est même très banale. Ce qui l'est un peu moins, c'est qu'elle se résout par un recours à l'acte aux conséquences graves, passe par le corps et, de fait, n'est pas élaborée psychiquement. C'est comme si cette jalousie, cette rivalité ne trouvait d'autres résolutions qu'une modification dans la réalité. C'est l'apparence du corps qui facilite la différenciation dans le cas de relation en miroir, c'est l'affaiblissement des compétences qui permet de diminuer la jalousie de l'autre, dans le cas de processus de différenciation déjà amorcé.

Une sœur se sent très coupable, car elle a entendu, en thérapie et par ses parents, que sa sœur était devenue anorexique pour se différencier d'elle.

C'est dans ces situations où la séparation est parlée comme un arrachement, une mutilation même.

Dans 5 fratries, le problème de la différenciation entre enfants est central, cela se manifeste par une relation en miroir pour 2 jumelles et 2 sœurs qui ont 1 an de différence, mais aussi par deux sœurs qui ont 3 ans de différence.

Ainsi, l'évolution physique du corps de la personne anorexique est-elle parfois le moyen pour attester, via une réalité physique, ce qui psychiquement reste très confu.

6.6.3 *Conflit de loyauté fraternelle et filiale*

Les frères et sœurs sont pris dans un conflit de loyauté fraternelle extrêmement douloureux. Comme enfants, ils sentent qu'ils doivent faire alliance avec leur pair face à leurs parents. Pourtant, dans le domaine précis de la maladie, ils se retrouvent souvent dans le clan des adultes en poussant leur pair à manger et en le surveillant.

Si cette position parentale a des bénéfices secondaires, elle a aussi son revers qui est que l'enfant ne sait plus s'il est à sa place et s'il ne trahit pas ainsi le fondement même du lien fraternel.

Un épisode, raconté par une sœur, est assez illustratif de cela :

Tout a commencé parce qu'elle l'a pesée et, Marjo en fait, elle avait triché elle avait, il y a pas longtemps j'ai retrouvé la bouteille d'eau, enfin moi-même, j'ai retrouvé la bouteille d'eau dans son placard, elle avait bu avant la pesée, juste avant la pesée et puis après maman elle a voulu appeler les, enfin déjà elle était peut-être à 33 kilos, donc maman a décidé d'appeler l'hôpital pour savoir si il y avait de la place pour la faire rentrer, et, ma sœur lui a, elle l'a suppliée, elle lui a, elle lui a arraché le téléphone des mains pour, pour pas la faire rentrer, pour, et elle l'a suppliée de lui laisser une chance, et maman a fait « j'en, je t'en ai déjà laissé plein de chances et là, cela ne peut plus continuer, continuer comme ça ». Donc après, maman, elle a repris le téléphone de ses mains, elle a été dans la salle de bains, elle s'est enfermée à clé. Marjo, elle a pris un ciseau, elle a ouvert la porte, la serrure de la, de la salle de bains, donc maman, elle s'est, elle s'est énervée, tellement qu'elle s'est énervée elle s'est mis à pleurer, et, après, elle a été dans les toi... dans les toilettes et puis, les toilettes, elles se ferment à clé et donc elle a essayé d'appeler. Marjo, elle a fait la même chose que dans la salle de bains, et après, elle lui a arraché le, le téléphone des mains, et en fait y a une voisine elle est infirmière ici, enfin je pense que c'est ici, et maman m'a dit d'aller chercher l'infirmière en face et Marjo, elle m'a dit « non Harmonie, fais pas ça ». Enfin, si, elle me fait » je t'en voudrai toute ma vie », enfin et, j'ai hésité un peu, je me suis dit : c'est soit tu le fais pour son bien et puis t'appelles la voisine, ou soit tu le fais pour son... mal quoi. Tu le fais mal, et puis, et puis j'ai choisi le bon côté des choses quoi, puis j'ai été chercher ma voisine et, ma voisine a, est arrivée puis, elle a vu qu'elle était en train de piquer une grosse crise donc elle a tout arrêté.

La manière dont cet épisode est raconté montre la détresse de cette enfant confrontée à la panique de sa mère et à la colère de sa sœur. Ce traumatisme est un peu atténué par le sentiment vécu, dans l'après-coup, d'avoir fait le « bon choix ». Mais la désorganisation du

discours montre que cet apaisement n'a pas totalement effacé les effets de cette scène. En particulier, elle ne sait pas si, encore aujourd'hui, sa sœur lui en veut d'avoir aidé sa mère à l'hospitaliser.

Une autre sœur se félicite d'avoir été plus capable que ses parents de détecter les signes de malaises de sa sœur, tout en soulignant qu'ainsi elle a trahi sa soeur.

C'est grâce à moi que maman, elle peut s'en rendre compte quoi, parce que j'ai trouvé, on trouvait plein de choses, enfin des fois j'avais, quand j'ouvrais la, la porte de sa chambre, comme ça elle était sur son lit, puis quand elle arrivait je voyais le lit rebondir donc peut-être qu'elle sautait sur son lit pour, perdre du poids ou quoi que ce soit...

Les frères et sœurs, sans le dire à l'adulte ni à la patiente, deviennent ainsi des experts en détection d'indices d'aggravation de la maladie. Ainsi, ils peuvent se sentir fiers de leurs compétences, peuvent se venger de leur sœur qui les fait souffrir, mais n'est pas sans provoquer de la culpabilité chez eux.

Une autre sœur explique un épisode dont elle a parlé durant un entretien avec un clinicien :

Il y avait un sujet qu'on avait pas abordé et je savais que ça que ça gêne, enfin je savais que c'était un sujet qui gênait ma sœur à ce moment-là. Là j'ai mis le doigt dessus, je savais que ça la gênait énormément qu'on en parle, mais c'est vrai que là, vu que je savais que ça dérangeait ma sœur et que c'était quelque chose auquel elle pensait beaucoup à ce moment là, j'en ai parlé quand même, car la clinicienne m'a demandé si j'avais quelque chose à dire, mais à part ça, c'est vrai que je suis plutôt... Il y avait une petite plante sur le bureau et j'aimais bien me mettre derrière (rires)

A la fois, elle prouve que c'est bien qu'elle ait parlé et, en même temps, elle se sent un peu coupable de l'avoir fait, car c'était un entretien pour sa sœur et elle a dit quelque chose qui lui déplaisait. Elle craint d'avoir violé l'intimité de sa sœur et, en même temps, elle s'est sentie fière d'elle.

6.7 LIEN FRATERNEL ET MALADIE

Il est souvent arrivé qu'un des membres de la fratrie ne soit même pas cité dans l'entretien, dans 4 cas où le chercheur le fait remarquer, l'interviewée en dit un mot et ne revient ensuite plus sur le sujet. Dans tous les cas, la personne sur laquelle se focalise la patiente est celle ou celui qui a été reçu en entretien, les frères et sœurs, eux, parlent de la patiente.

Le membre de la fratrie qui est oublié a toujours un écart d'âge important avec celui qui parle et il peut s'agir d'un demi ou quasi-frère.

Ainsi, la fratrie comme groupe n'a vraiment jamais été évoquée, par exemple aucune allusion n'a jamais été faite à des jeux collectifs entre frères et sœurs, ou encore à des discussions

communes. Il est toujours question de couple : parent/enfant ou enfant/enfant ou parent/parent.

Ce qui est un résultat intéressant qui doit être mis en lien avec le fait que aucune des personnes rencontrées ne dit qu'il est possible de parler en fratrie de la maladie, cela se fait ponctuellement avec un membre précis de la fratrie, mais il n'y a pas ensuite retour sur le groupe. Sur sollicitation du chercheur, il arrive que le sujet donne une idée du groupe fratrie mais cela ne fait jamais l'objet de développement.

Cette constatation se retrouve au FAT, dans l'absence d'alliances entre frères et sœurs autant chez les anorexiques que chez leurs sœurs.

6.7.1 Maintenir un lien fraternel non médiatisé par l'adulte

Comme dans toutes les pathologies, la fratrie confrontée à l'anorexie évoque l'hyper intervention des parents dans les liens fraternels.

Les patientes expriment le désir que, malgré la séparation, de pouvoir garder un lien direct avec leur fratrie, sans l'intermédiaire de leurs parents.

Les frères et sœurs se plaignent de n'avoir aucun accès aux médecins - de fait, seules, deux sœurs ont rencontré les médecins durant les séparations - ils ont des nouvelles de la patiente via les parents uniquement.

Souvent, les parents parlent aux frères et sœurs au moment des crises et il est difficile pour ceux-ci de se positionner en acteurs, sans intermédiaire vis-à-vis de la patiente.

De fait, les relations fraternelles, uniquement médiatisées par les parents, sont source de souffrance pour ces jeunes qui sont tous adolescents ou jeunes adultes. Il y a là, une sorte d'intrusion de l'adulte dans les liens fraternels qui est douloureusement vécue, surtout par les frères et sœurs, la patiente en parlant peu.

Un des moyens très important, évoqué à la fois par la patiente et ses frères et sœurs, pour entrer en relation, sans l'intermédiaire de l'adulte durant l'hospitalisation, est le courrier. Dans ces courriers échangés, des choses se disent, sans intermédiaire.

Une seule sœur évoque son soulagement quand elle a été invitée à participer à un entretien familial. Auparavant, quand les parents étaient reçus avec sa sœur, sans elle, elle se sentait exclue, dévalorisée et estimait que même si sa mère lui « racontait », elle ne savait pas tout ce qui était dit et en particulier, ce qui avait été dit d'elle. Elle raconte ainsi cet entretien :

Déjà, ça permet que l'on soit... on a un peu tous, même si, même si, il y a, même si Mylène est malade et même si moi je suis pas malade, mais que je suis plus jeune, même si papa maman n'ont pas le même âge et on a des vies différentes, ça permet en fait que l'on soit tous au même « pied d'estalle », parce qu'on part tous du même niveau

et, c'est qu'on... enfin là, rapport à ça, j'étais un petit peu au même niveau qu'eux, donc c'est vrai que ça permet que l'on en parle tous et que et oui enfin je sais que maman ça lui a fait enfin bon, je crois que le fait que je sois là ça permet qu'on en reparle toutes les deux ou, ou qu'on soit là, enfin maman c'est quelque chose qui l'a souciait beaucoup donc elle me racontait mais vu que je n'étais pas présente je ne pouvais pas spécialement lui répondre.

Notons le lapsus du « pied d'estalle » pour probablement le « pied d'égalité »

Une patiente explique que ses parents l'appellent le jour, mais qu'elle souhaite aussi parler à sa sœur, directement.

6.7.2 Changement des places dans la fratrie

Dans le cas où la patiente est l'aînée, des changements de place et de rôle de chacun dans la fratrie est toujours évoquée comme problématique. Une sœur dit :

Je ne la materne pas beaucoup parce que, des fois, elle m'énerve vraiment, je suis de mauvaise humeur contre elle et y a des moments où j'essaie d'être gentille avec elle. Je lui donne des conseils et c'est vrai qu'à ce moment-là, j'ai l'impression d'être plus grande qu'elle et d'avoir un âge supérieur. Mais j'en fais pas exprès...

De fait, la maladie met l'aînée en état de faiblesse :

- elle doit être surveillée,
- elle ne peut plus être un modèle, puisqu'elle se montre incapable de maîtriser ce qui lui arrive et elle se met en danger.

Une sœur cadette dit qu'elle a conscience que la patiente accepte mal qu'elle ait pris la place d'aînée, mais, en même temps, elle ne peut que reconnaître que sa maladie ne lui permet plus d'exercer son rôle d'aînée.

C'est ce qu'elle m'a reproché...elle me l'a pas reproché mais, elle me l'a... je cherche comment le qualifier... Ouais, je crois qu'elle veut prendre des distances un peu, qu'on soit sur le même pied d'égalité. Ce qui ne l'empêche pas de me demander des conseils etc.

Estelle a eu une petite sœur et elle est la cadette de la patiente.

Non, mais je me dis que ma petite sœur, elle, ne sera pas embrouillée, parce qu'elle ne prendra pas la place de la grande sœur.

Elle se sent « embrouillée » elle-même car elle a dû devenir celle qui donne des conseils à sa sœur, celle qui se met même du côté des parents contre elle, ce qui la trouble, même si elle en retire des bénéfices.

La patiente s'exprime aussi sur cette question, mais de manière brève.

Moi, j'avais l'impression que, moi, avec mon anorexie...on changeait, enfin...elle devenait plus femme et moi, je ressemblais à une petite fille.

Les patientes se sentent blessées d'avoir perdu cette place et cette fonction d'aînée et, en même temps, aucune n'exprimera de l'agressivité vis-à-vis de celle qui a usurpé leur place. Elles expriment plutôt une culpabilité de ne pas pouvoir être à la hauteur de leur rôle d'aînée. Dans les histoires du FAT la place dans la fratrie semble peu significative, en tout cas elle est très rarement évoquée.

6.8 PROCESSUS D'ADOLESCENCE ET SEXUALITÉ

Tous les sujets rencontrés sont adolescents, pré-adolescents ou sortent tout juste de l'adolescence.

L'adolescence marque l'accès à une sexualité génitale, qui bouleverse les repères de séduction de l'enfant : l'acte sexuel génital, dont l'enfant était protégé par son immaturité, est devenu possible, l'inceste devient réalisable et le meurtre du parent rival aussi. Le modèle du processus d'adolescence s'appuie sur les fondements suivants :

- la nécessité d'un changement d'objet d'amour ;
- la construction progressive d'un choix d'objet définitif et d'une identité sexuelle, passant par le renoncement à la bisexualité psychique infantile ;
- la mise en place d'un projet de vie impliquant la reprise des identifications et la constitution des idéaux. Ce dernier point ouvre sur l'importance de l'environnement à l'adolescence : l'environnement premier est constitué par le corps et les bras de la mère, puis s'étend aux liens familiaux et à l'environnement social (Winnicott, 1956). Par déplacements successifs, l'environnement social se substitue progressivement et symboliquement aux bras maternels, au point de pouvoir être considéré comme essentiel dans l'évolution de l'adolescent, en fonction de la qualité des réponses de son environnement.

Le travail psychique de l'adolescence passe par un mouvement de rejet puis de rapproché des fantasmes incestueux, rendus moins dangereux par l'assimilation par allers et retours de la nouvelle donne pubertaire. Un fantasme est devenu proche, familier ; son élaboration organise le processus d'adolescence.

Cette élaboration engage un travail de la pensée pour lier et associer les représentations psychiques entre elles, par le biais du langage. Ce qui met en jeu la capacité du sujet à transformer les quantités physiques d'une excitation tendant à la décharge immédiate en une qualité psychique qui peut se conserver et servir d'outil à la pensée et de guide pour l'action

Le processus d'adolescence.

La fin d'adolescence se caractérise par la reprise de l'identification au parent de même sexe, introduisant la différence des générations. Davantage encore, cette identification ouvre sur la possibilité de se représenter de devenir soi-même parent, repoussant ses parents dans la génération d'après. Cette position signe le renoncement définitif aux désirs oedipiens – ça se fera avec quelqu'un d'autre que papa ou maman. Le rapport aux origines s'en trouve retourné : si la naissance d'un puîné pose pour son frère la question des origines – d'où vient-il ? -, le

renoncement à l'inceste constitue la perspective de créer soi-même des origines (enfanter) tout en les reconnaissant dans le lien aux parents (par identification).

Enfant, c'est l'écart d'âge et l'impuissance qui contribuent à l'édification d'une différence significative des générations. A l'adolescence, cette différence fondamentale s'atténue car un des critères s'affaiblit ; l'adolescent est sorti de l'impuissance de l'enfant et il prend un des pouvoirs essentiels de l'adulte (le pouvoir de l'enfantement), compensation au renoncement oedipien et à la nécessité de son déplacement sur la scène sociale.

Ce rapide rappel vise à comprendre à quel point l'anorexie peut bouleverser ce processus pour la patiente et pour ses proches.

Les sujets qu'ils soient patientes ou frères et sœurs ne parlent que très peu des modifications corporelles et spontanément celles qui sont évoquées sont celle dues à l'amaigrissement. Quand, sur sollicitation du chercheur, le sujet parle de sexualité, de féminité, le sujet répond poliment, brièvement et revient à un autre thème plus facile à évoquer.

Ainsi, la thématique de la sexualité, des modifications corporelles, des relations amoureuses ne sont pas évoquées du tout ou alors extrêmement brièvement et jamais associée à de l'émotion et encore moins à l'idée d'un quelconque plaisir. Ceci semble assez caractéristique des patientes anorexiques qui mettent un temps très long après l'hospitalisation à parler de leurs émotions et de la sexualité lors d'une psychothérapie ;

Une sœur évoque ce qu'elle suppose être son homosexualité mais ne serait comprise de personne.

Une autre jumelle dit :

« je suis tombée dans l'anorexie...sans m'en apercevoir mais ...bon bah ça, ça a tout bloqué...après je sais pas, moi j'en sais rien...y'a, y'a pas mal de choses qu'on peut pas réussir quoi comme ça...c'est vrai que j'ai, j'aime beaucoup euh...je trouve ça merveilleux d'être une fille c'est (rire), c'est génial mais euh...le fait que euh par exemple d'être jamais sorti avec quelqu'un...de, de jamais avoir euh...d'être tombée amoureuse mais euh...(rire) de s'être fait envoyée bouler...ça ça m'a bloquée je ...et puis euh...bah du coup euh y'a euh j'ai d'autres peurs à cause de ça euh...la peur de l'homosexualité par exemple ça ça m'effraie énormément...donc euh effectivement ce que ma mère m'a dit c'est que euh de toute façon c'était un choix donc euh c'était pas...ça arriverait pas comme ça...mais euh moi ça me fait peur parce que euh j'ai pas envie de...j'ai pas envie de devenir comme ça...je trouve ça...bah c'est bête mais euh...je trouve ça horrible...parce que...bah je crois que surtout c'est le fait d'être jamais sortie avec un garçon...de jamais avoir, de jamais avoir vu ça j'ai peur que ça m'arrive jamais en fait.... »

La féminité est toujours évoquée sur sollicitation du chercheur, dans la plupart des cas la

personne ne peut rien en dire ou comme cette sœur dit :

« moi je suis complexée par une chose c'est que voilà, je suis pas formée quoi... 'fin alors que toutes mes copines elles sont formées, elles ont un an de moins. Alors quand je suis avec elles et ben j'ose pas... enfin je ne sais pas, tout le monde dit aux filles, elles sont beaucoup formées, enfin tous les garçons tu vois ils disent ça. Et l'autre fois, il y a un truc qui m'a vachement vexée, c'est un ami à moi d'ailleurs qui m'a dit heu quoi je sais plus ce qu'il m'a sorti de toute façon t'en as pas. Par rapport à Elodie. J'ai dit non mais attends, tu parles de quoi la, c'est qu'il m'a expliqué, la j'ai été vachement vexé. Parce que je suis déjà hyper complexée par ça donc. Quand y en a un qui me sort une bêtise comme ça mais je m'en fou, je m'en fou et en même temps je m'en fous pas, parce que c'est la vie qui compte donc »

Pour ce qui est du processus de séparation et l'investissement des liens avec l'extérieur, il est évident que la maladie a provoqué pour la patiente comme pour le membre de la fratrie rencontré un mouvement vers l'intra familial au détriment de l'investissement à l'extérieur.

6.9 AMIS

Les amis ne sont pas évoqués de manière centrale ni par les patientes ni par les frères et sœurs. Parler de la maladie avec eux est de toute évidence difficile et lorsque cela se produit, il s'agit toujours d'une personne privilégiée. Dans certains entretiens, les amis ne sont pas du tout évoqués spontanément.

Les frères et sœurs se plaignent souvent de devoir servir d'intermédiaire entre les amis de leur sœur et la patiente. L'une d'elles explique :

En ce moment, il y a beaucoup de ses amis qui demandent de ses nouvelles, donc je leur parle d'elle, je leur dis « elle va un petit peu mieux, elle reprend des kilos », mais comme je fais, je fais, on peut pas savoir si elle va retomber ou si...

De fait, les questions des amis sont mal tolérées, parce qu'elles résonnent trop avec celles que les frères et sœurs se posent.

Une autre sœur se plaint de devoir informer les professeurs de la maladie de sa sœur et de devoir écouter leurs remarques qui, loin de l'aider, la gênent.

Ces questions mettent les frères et sœurs face à leur non-savoir et à leurs inquiétudes.

Notons que pour les frères et sœurs, il peut être agréable de donner de « bonnes » nouvelles mais extrêmement délicats de donner les « mauvaises » nouvelles, surtout lorsqu'ils manquent d'information.

Pour certaines sœurs, les amis sont ceux qui peuvent aider à prendre de la distance avec l'atmosphère inquiétante et pesante de la maison. Pour certains, cela se fait de manière assez

naturelle :

C'est important à mon âge d'avoir des amis.

Pour d'autres, c'est plus problématique :

Est-ce que je dois tous les soirs être présente ou est-ce que je peux continuer... enfin, j'ai dix huit ans, mais c'est vrai que, enfin l'âge ça veut rien dire, mais c'est vrai que maintenant on a chacun notre (silence), enfin oui... j'essaie un peu d'être là et de d'être un peu spectateur aussi, un peu à côté.

Cette sœur et son père veillent à ce qu'il y ait une présence toujours assurée auprès de la patiente. A la fois, elle est jalouse du lien qui existe entre son père et cette dernière et, pour ne pas trop souffrir, elle voudrait en être juste « spectatrice » et prendre de la distance, ses amis l'y aidant, mais en même temps. Toutefois, elle se sent un peu coupable de ce « bon temps » pris sans sa sœur. De fait, certains ont évoqué la culpabilité de continuer à avoir des amis, de prendre du plaisir avec eux, alors que leur sœur est « enfermée » dans la maladie. Certaines disent que la maladie de la sœur les a rapprochées d'un ou deux amis, mais dans la majorité des cas, cela n'a rien changé et dans tous les cas, parler avec ses amis de la maladie de la sœur est loin d'être simple.

Je me suis rapprochée d'amies que j'avais depuis très, très longtemps et qui, elles aussi (silence)... avaient plus ou moins de soucis et c'est vrai que, sans en parler, loin de là, mais c'était limite, trop facile... mais on avait envie, toutes les deux, de... enfin de ne pas rentrer chez soi le soir à cinq heures et demie et de se faire des activités, de ne pas rentrer à la maison, de se dire comment ça se passe, mais de faire des choses pour se changer les idées.

Les amies, pour les frères et les sœurs, permettent donc de se « changer les idées », mais pas toujours de parler de ce qui pose le plus de problèmes : la maladie de la sœur.

Deux sœurs soulignent l'idée que les questions des amis et de la famille sont indiscrettes et qu'il ne faut pas nécessairement répondre.

Il faut pas que tout le monde le sache. C'est pas facile pour ma sœur, parce que ma tante, sa marraine, lui avait posé plein de questions, enfin, elle l'avait eue au téléphone, elle lui avait posé plein de questions... elle s'est pas sentie bien.

Cette gêne conduit certains frères et sœurs à tenter de ne pas mettre en contact la sœur anorexique avec les amis.

Il y a des fois où, quand elle revenait des épreuves, elle revenait toujours le sourire aux lèvres, mais j'avais peur que ça se passe mal et qu'elle revienne en pleurant. Et un jour, elle revenait de l'épreuve de maths et les maths, c'est quand même sa matière...elle a pris math plus, mais c'est quand même sa matière qu'elle a un peu plus de mal, et

j'avais deux amies qui venaient à la maison, dont celle qui était au courant- et je lui ai dit : « écoute, je ne sais pas trop si tu peux venir, parce que si t'arrives et qu'elle est en pleurs dans la maison, tu vois ça va me déranger un petit peu que j'amène mes amies comme ça ». Elle m'a dit : « ouais, je comprends » et tout...Et finalement, ça s'est arrangé, parce qu'elle est arrivée derrière nous, le sourire aux lèvres, donc il y a juste eu ce moment-là où j'ai peur un peu, quand j'invite des amies à la maison, qu'elle soit en pleurs et tout... J'ai pas envie de ramener mes amies à la maison, alors qu'elle est en train de pleurer et qu'elle va mal. Devant mes amies, c'est un peu dérangent mais, en aucune façon, je n'ai essayé de la cacher, non.

Il est probable que cette sœur a également honte de la dégradation physique de sa sœur. Elle veut éviter d'avoir à répondre aux questions, se protéger et protéger sa sœur de cette confrontation. La fin de cette citation montre aussi le poids de la culpabilité de cette sœur, « en aucune façon », elle ne veut cacher sa sœur, mais...

Une autre sœur craint, si elle parle, de trahir sa sœur :

J'aimerais bien leur en parler, pas en parler à tout le monde, parce que si ma sœur savait que j'en parlais à tout le monde, après ça va se répandre et lui revenir aux oreilles. J'en ai mis une seule au courant. Comme c'est un groupe de 4, si je dis à une je sais que ça va se répandre dans le groupe et je ne veux pas trop en parler, parce que ma sœur ne veut pas que j'en parle. En fait, j'en ai parlé à une de mes meilleures amies, parce que sa mère est médecin, et je lui ai expliqué et je lui ai demandé de ne pas le dire et elle m'a expliqué que sa mère aussi avait eu des problèmes avec une jeune fille qui avait de l'anorexie. Et on n'en a parlé qu'une seule fois, on n'en reparle pas depuis.

Il faut être en bonne forme psychique pour pouvoir continuer à vivre des moments de plaisir avec les amis et prendre le risque de leur parler ; c'est ce que chacun des frères et sœurs dit, à sa manière.

Le thème des amis est moins évoqué par les patientes que par ses pairs et, souvent, sur sollicitation des chercheurs. Une patiente dit :

J'ai des amis, je suis sûre que je peux compter sur eux quoi, parce que j'avais vraiment tout fait pour me couper d'eux, mais ils ne m'ont pas lâchée. Ils ont ... ils m'ont écrit etc., etc... je n'y croyais pas...

Pour une autre, la maladie a fait fuir les amis et, en tous les cas, au cours de l'hospitalisation, aucun ami n'est donné comme central dans le processus de guérison.

Quant aux relations amoureuses, elles ne sont évoquées que sur sollicitation du chercheur ; de toute évidence, la question des relations amoureuses n'est pas centrale dans la question posée, sauf pour des jumelles, chez lesquelles il y a une confusion identitaire importante et qui, un temps, ont partagé le même amoureux.

Personne n'évoque les personnes rencontrées à l'hôpital comme de possibles amis, sauf une sœur qui sait que la patiente a eu une relation avec un garçon durant l'hospitalisation. La patiente, elle, ne l'évoque pas.

Une patiente explique qu'il est impossible de se faire des amies à l'hôpital, car les malades ne restent pas longtemps et que certaines sont beaucoup plus atteints qu'elle. C'est la seule qui parle des autres patientes, les autres se concentrent sur les amis venus de l'extérieur. Aucune patiente n'évoque le fait que leur sœur donne de ses nouvelles aux amis.

7 Conclusion

Si nous comparons ce que nous savons du vécu des fratries confrontées au handicap et à la maladie d'un pair évoqué dans la partie théorique à nos résultats, nous retrouvons des choses qui sont indiscutablement communes à ces deux populations (difficultés à comprendre l'autre, à se comprendre, à s'identifier à l'autre, transformation de l'agressivité en sollicitude, culpabilité et honte...)

En revanche, ce qui apparaît assez spécifique est

- *Le malaise face aux transformations de la patiente sur le plan corporel (très peu évoqué) mais surtout sur le plan psychologique et comportemental*
- *L'interférence avec le processus d'adolescence bien sur pour la patiente mais aussi pour la fratrie (place de la sexualité, processus d'autonomisation...)*
- *Le sentiment, pour les frères et sœurs, à certains moments, sans qu'on ne leur demande rien, d'être de fait, très impliqués et à d'autres moments d'être exclus, réduits à une impuissance totale*
- *La crainte de la mort de l'autre, une mort qui pourrait être évitée si la patiente voulait bien à nouveau manger. La patiente doit prendre la « décision » de ne pas mourir et on ne peut lui en vouloir de ne pas le faire.*
- *Une pression familiale qui va en augmentant au fur et à mesure de l'évolution de la maladie.*

Les fratries rencontrées ont toutes des histoires différentes et cette étude qualitative montre à quel point l'approche, au cas par cas, est riche. Aucun des frères et sœurs venus aux entretiens n'est resté indifférent et pour tous la maladie a mobilisé des affects importants concernant le lien fraternel et filial.

Il n'y a donc pas un vécu mais des vécus de fratries, parmi les 20 qui ont été rencontrées, et cette diversité explique probablement en partie les résultats inhomogènes de la littérature :

- *- certains frères et sœurs se vivent comme des doubles, ce qui arrive à l'un arrive à l'autre dans une confusion identitaire troublante et inquiétante*
- *- d'autres, mieux différenciés, ne savent plus bien quelle place occuper les uns par rapport aux autres, la maladie bousculant les rôles et les places de chacun dans la fratrie*
- *- d'autres sont envahis par un sentiment d'impuissance : ils y réagissent par la fuite, par des tentatives désespérées de faire des « choses » pour se sentir actifs*
- *- d'autres encore avaient très peu de liens entre eux avant la maladie en raison de la différence d'âge et/ ou de leur situation familiale (divorce, remariage), dans ce cas, la maladie a conduit les enfants à se sentir affectés par ce qui arrive à l'autre, avec des réactions diverses, allant d'une culpabilité intense, à une fuite pour ne pas avoir à gérer ce difficile problème.*

Nous retrouvons dans ces entretiens ce que la littérature souligne à savoir l'extrême difficulté des patientes à parler de leurs émotions, à se décentrer d'elle-même, ceci est plus clair dans les premiers entretiens et apparaît de manière manifeste dans le FMSS.

Il est intéressant de souligner la concordance avec le FAT en ce qui concerne l'inhibition globale des émotions chez les anorexiques mais également chez leurs sœurs, l'évitement du conflit sans doute comme effet protecteur de la famille et comme évitement du conflit. Enfin le système de relations « fusionnel » commun à tous les protocoles peut être compris comme une difficulté à élaborer le conflit de séparation de l'adolescence. Le système de relation, majoritairement fermé sur lui-même, manifestant une peur du monde extérieur comme l'a rappelé Minuchin (1974) dans ses travaux sur l'anorexie.

Pour ce qui concerne le protocole, force est de constater que le recueil des données fut très compliqué, beaucoup de patientes ont refusé l'entretien, beaucoup d'entretiens ne furent pas possibles en raison de la situation médicale ou familiale de la patiente et de ses frères et sœurs.

Quant le sujet a accepté un second entretien, ce fut très intéressant car cela a permis d'approfondir, de nuancer les propos tenus lors du premier entretien et de saisir le travail intrapsychique et l'évolution de liens fraternels entre la première et la seconde rencontre.

Dans plusieurs cas, pour la patiente une évolution nette a pu être constatée, la patiente s'est davantage décentrée d'elle-même et a pu davantage se placer du point de vue de sa sœur.

Chacun des outils utilisés dans leurs spécificités propres ont été intéressants et l'entretien et le FAT sont ce qui a permis le mieux d'avoir accès à la complexité de ce que la patiente et ses frères et sœurs vivent.

Les résultats des dossiers ont été intéressants mais limités, en raison de l'hétérogénéité de la manière dont ils sont remplis. Le fait que ce qui concerne la fratrie est si peu renseignée en regard de ce qui est dit de la mère est, en soit, un élément intéressant.

Cette étude montre combien la fratrie est en souffrance du début de la manifestation de la maladie jusqu'à la sortie de l'hôpital. Les frères et sœurs expliquent que pour protéger leurs parents et en raison de leur culpabilité, ils font en sorte que ce qu'ils vivent ne se « voit » pas trop, ils se cachent pour pleurer, masquent leurs pensées, leurs questions et se mettent au service de la patiente et de leurs parents. Ceci paraît toutefois moins net lors du second entretien où un processus de distanciation s'opère parfois.

Enfin, s'il n'est pas étonnant que la patiente anorexique n'ait pas parlé de féminité, de sexualité, il est intéressant que les membres de la fratrie ait fait de même.

Dans les entretiens comme dans les FMSS il est difficile pour les frères et sœurs comme pour les patientes d'émettre des critiques. De même, il apparaît que la patiente est dans la quasi impossibilité de se placer du point de vue de l'autre pour parler. La patiente même pour parler de sa sœur se place de son point de vue à elle pour parler d'eux.

Place des différents personnages familiaux

Conformément à ce que dit la littérature, la mère est la plus évoquée, toutefois si parfois le père est totalement absent du discours, dans deux cas, il a une place centrale, il s'agit de couples divorcés, et dans l'un des cas, c'est le père qui a la garde des enfants.

Il est difficile de parler de la fratrie comme groupe, le tiers semble systématiquement exclu du discours. Il est question de la confrontation entre deux frères et non de deux frères devant faire avec un ou plusieurs autres frères et sœurs. Si ces derniers sont évoqués, c'est comme « satellite » d'une relation duelle. Le groupe ne paraît être ni un recours ni une source de conflits puisqu'il n'existe pas dans le discours.

Au FAT, la notion de coalition avec le père paraît être importante pour les sœurs, elle provoque un apaisement, notamment lorsque le personnage féminin du récit est malade. En effet on assiste de façon systématique à l'évocation de la maladie d'une fille qui trouve un réconfort auprès du père à la planche 13 « l'heure du coucher » qui représente un homme assis sur un lit et tourné vers un personnage ambigu assis sur le même lit, l'homme a une main posée sur la cuisse du personnage, son autre main est posée sur ses propres genoux. Cette évocation est rare puisqu'à cette planche sont attendues les notions de discussion ou de réconfort. De la même façon, les adolescentes anorexiques évoquent la maladie pour laquelle le père apporte un réconfort. Dans tous les cas c'est en situation duelle que les sentiments positifs de calme et l'apaisement...peuvent être donnés.

L'hospitalisation peut, pendant un temps, jouer le rôle de tiers séparateur quand il n'est pas trop vécu comme un mauvais objet persécuteur.

Mis à part les fratries dans lesquelles une tante (2 fratries) et une grand-mère (2 fratries) jouent un rôle capital, les sujets ont peu parlé de la famille élargie.

Dans la moitié des cas, la famille du père et de la mère est clairement investie différemment par chacun des enfants rencontrés. Dans 7 cas, il y eu des difficultés importantes dans la fratrie du père et/ou de la mère, mais les sujets ne s'attardent pas sur ce thème. Dans un seul cas, la sœur met en lien ce qui se passe dans sa propre fratrie avec ce qui s'est passé dans celle de sa mère (rivalité intense et jalousie entre les enfants).

Situation de désaide

Le désaide est le néologisme proposé (Laplanche, 1989,94)⁸ pour signifier un état où l'aide ne peut être envisagée et empêche d'exprimer l'appel à l'autre.

Les frères et sœurs ont le sentiment que personne ne fait vraiment attention à ce qu'ils vivent, ils n'imaginent aucun secours ni du côté des amis, ni du côté de la famille et encore moins du côté des médecins, ou plus généralement, des soignants. Ils ne demandent pas d'aide car ils n'imaginent pas qui pourrait le leur apporter.

Non seulement, ils ne se sentent pas écoutés, pris en compte mais leurs efforts pour changer les choses, éviter l'évolution dramatique de l'état de leur sœur ne sont jamais couverts de succès. Durant l'hospitalisation, ils se sentent totalement privés de toute possibilité d'agir.

Tous les parents ne pensent pas à les informer, ne peuvent pas le faire, alors ils doivent se renseigner par leurs propres moyens sans en rediscuter ensuite avec un adulte. Parfois, ils ne se renseignent pas du tout et restent avec leurs douloureuses questions et leur solitude.

L'aide ne vient pas vraiment des amis avec lesquels il est difficile de parler de la pathologie.

Ils se sentent donc très inquiets et démunis face à l'étrangeté de la maladie et à celle que leur sœur est devenue.

Importance de l'état de différenciation/séparation entre frère et sœurs : son rôle avant et après la maladie.

La manière dont le processus de séparation/individuation s'est fait au sein de la fratrie paraît centrale dans la manière dont la maladie se développe et évolue. Cette variable conditionne également la façon dont la jalousie et la rivalité vont être revisitées à la lueur de la pathologie.

La maladie entrave clairement le processus de séparation de la famille. Dans le discours des sujets, ce n'est pas tant la difficulté de séparation avec le groupe famille et les parents qui serait à l'origine de l'anorexie, comme il est souvent dit dans la littérature, mais plutôt la difficulté de séparation/individuation entre frères et sœurs. Ainsi la difficulté de séparation de la famille, est plutôt évoquée comme une conséquence de la maladie que comme ayant été à son origine. D'un point de vue clinique, cette pathologie met en lumière cette difficulté centrale réveillée par les enjeux de l'adolescence.

Les travaux de Lacan et Walleen évoqués dans la partie clinique ont montré que le tiers

⁸ A propos de la création de ce néologisme, Laplanche indique l'intérêt du préfixe « dés- » qui indique l'éloignement, la séparation, la privation, celui-là même qu'on utilise, entre autres, Gide (« désécrire ») et Lacan (le « désêtre »).

fraternel était celui qui favorise le processus de séparation-individualisation de l'enfant. Il n'est pas étonnant, dès lors que ce tiers fraternel soit peu évoqué dans les entretiens. En effet, comme nous l'avons dit, les patientes et les frères et sœurs ne parlent que de relation duelle. C'est à la lueur de cet état des liens fraternels que doit être comprise la participation des sentiments de jalousie et de rivalité si souvent étudiés dans la genèse de l'anorexie.

Protéger les autres et « s'oublier » soi-même

Nous retrouvons dans cette étude tout ce que la littérature a déjà dit de la souffrance de l'enfant confronté à un parent triste mais aussi et peut-être surtout à son impuissance à soigner et à protéger ses enfants.

Comme tout enfant confronté à ce traumatisme, les frères et sœurs tentent d'oublier, de masquer leur tristesse, de faire bonne figure pour aider le parent, le soigner, le soulager. Dans ce contexte aucune pointe d'agressivité ne peut émerger.

Temporalité spécifique

Pour toutes les personnes rencontrées il y a un « avant » et un « après » la maladie. Il y a un temps où l'idée même d'anorexie est absente, puis un temps où, progressivement, la maladie s'installe, puis le temps de l'hospitalisation et celui de ses conséquences.

Entre cet « avant » et cet « après » il y a des prises de consciences qui se font concernant les liens que chacun des membres de la famille entretient avec les autres. L'histoire est revue, relue à la lueur du présent avec un véritable effort de remémoration et la mise en place de défenses contre l'évocation des mauvais souvenirs et un effort pour se rappeler de « bons moments ». Parfois, il faut des photos, des films pour se souvenir qu'à un moment, la vie de famille a été agréable.

La temporalité pour les frères et sœurs est très spécifique :

- *Une enfance « ordinaire », avec mouvements de jalousie, de rivalités dans lesquels rien de spécifique n'est alors évoqué.*
- *Le début de la maladie qui commence, par exemple, par l'imitation du régime de l'autre, par des plaintes qui paraissent injustifiées d'être trop grosse. A ce stade, les relations ne sont pas encore transformées*
- *Alerté par leur propre observation mais, plus souvent, par les remarques de tiers, l'idée d'une maladie naît, il ne devient alors plus possible de parler de nourriture avec la sœur, les relations avec elles se transforment, elle leur devient progressivement étrangère. Les questions sur la nature de la maladie émergent alors, les frères et sœurs se sentent de plus en plus seuls. L'atmosphère dans la famille devient de plus en plus lourde, le frère ou la sœur se rapproche du parent, et plus souvent de la mère, pour aider et soutenir leur sœur devenue étrangère. Ils se sentent ainsi actifs mais ont le sentiment de trahir leur sœur en passant dans*

le camp des adultes.

- *Durant l'hospitalisation, les frères et sœurs se sentent exclus, les informations sont données uniquement aux parents, et ne viennent que d'eux, on ne demande plus rien aux frères et sœurs et ils ne savent plus rien. Ils sont soulagés parce que la vie à la maison est plus vivable, bien que l'absente pèse par le vide qu'elle laisse. Ils se sentent impuissants, inutiles et très coupables.*
- *Après l'hospitalisation, à nouveau les frères et sœurs peuvent se sentir actifs, ils ont rêvé que l'hospitalisation permettrait que les choses redeviennent comme avant, mais constatent que rien n'est comme avant, que la sœur est toujours aussi étrange, si une petite évolution a eu lieu, elle leur semble extrêmement fragile.*

La patiente, de son côté, avant sa maladie et jusqu'à sa « déclaration » a un comportement semblable à ses frères et sœurs. Ensuite, elle aussi évoque, par exemple, l'éloignement du frère dont elle souffre mais elle ne peut le dire que lors du second entretien..

Durant l'hospitalisation, elles sont touchées de devoir reconnaître la place et l'importance du frère ou de la sœur dans leur vie, certaines profitent de ce temps pour tenter de renouer les liens.

Après l'hospitalisation, on retrouve le même sentiment que chez les frères et sœurs : un espoir que tout soit fini et la certitude que rien n'est réellement solutionné.

Elles évoquent alors leurs frères et sœurs mais plutôt dans un mouvement de culpabilité que dans l'évocation d'un lien que pourrait les unir à nouveau.

Transformation de l'autre : étrangeté

L'anorexie ne fait pas que transformer le lien qui unit les frères et sœurs, elle transforme aussi la patiente, dont les comportements, les sentiments deviennent indécodables pour ses frères et sœurs. Même avec des efforts, ils échouent à tenter de faire des liens entre « la sœur d'avant » et celle de « maintenant » et ils n'osent ni ne peuvent imaginer la sœur « d'après ».

Tous les travaux sur la fratrie montrent que ce qui arrive à un frère ou une sœur arrive toujours d'une manière ou d'une autre à soi-même, le sujet-frère étant un objet à la fois externe et interne. Ce qui explique que l'étrangeté de la sœur ne peut rester purement extérieure aux frères et sœurs et les interpelle dans leur identité propre de manière différente selon la nature de leur séparation. C'est ce qui explique, avec la culpabilité, une partie de leur malaise.

La patiente évoque aussi le fait qu'elle se sente étrangère à elle-même, dans le second entretien elle constate qu'en fait, elle n'a rien maîtrisé de ce qui lui est arrivé, y compris dans sa manière de réagir aux tentatives d'aide de ses frères et sœurs.

On ne guérit pas de cette maladie

Ni les patientes, ni les sœurs ne pensent qu'on peut guérir de cette maladie, s'ils ont une explication sur sa genèse, explications souvent à l'origine de leur culpabilité, ils estiment que pour aller mieux, ne pas rechuter, tout le monde, y compris les frères et sœurs devront faire des efforts et, la patiente devra faire preuve de volonté. Si le plaisir du retour à la maison est évoqué, il est aussitôt nuancé par le sentiment que les relations ne seront plus jamais comme avant et que personne ne sait ce qu'elles peuvent devenir.

Pour aller mieux, la patiente doit reprendre la maîtrise de ce qui lui arrive, les frères et sœurs disent qu'elle doit pouvoir s'occuper, envisager sa sortie de la famille (la patiente elle, ne l'évoque jamais) et pour cela il faut de l'amour et de la volonté.

Cette notion de volonté est assez centrale dans les discours même si, en même temps, chacun dit que c'est une maladie auquel on ne peut rien.

Processus d'adolescence et sexualité

Parfois, en lisant les entretiens, il n'est pas possible de comprendre que celui qui parle est en période d'adolescence, tant toutes les thématiques propres à cette période sont absentes.

Si dans aucun des entretiens, il n'est question de sexualité, de séduction, et encore moins de procréation, il est clairement dit que l'irruption de la maladie entrave l'éloignement de la famille pour la patiente comme pour ses frères et sœurs. Comme nous l'avons dit, rien dans les entretiens ne permet de dire que cette entrave à la séparation a précédé l'irruption du symptôme.

Seule une patiente dit craindre que sa maladie n'ait entravé sa capacité à procréer.

Mort

L'idée de mort est très présente dans tous les entretiens, elle suscite la peur, la panique et comme l'étrangeté de la sœur, elle est impossible à penser, les frères et sœurs ne peuvent que la nommer et évoquer ce qu'il faut faire pour l'éviter. En association avec l'idée de mort de la patiente, les frères et sœurs évoquent d'autres morts, la leur, celles de proches. Seule deux patientes évoquent ce risque ce qui ne signifie évidemment pas que les autres n'y pensent pas.

hospitalisation

Si patiente et frères et sœurs s'accordent pour reconnaître la nécessité de l'intervention de l'hospitalisation, tous estiment que la séparation radicale de la fratrie n'est en rien thérapeutique et ne fait qu'aggraver les choses.

Cette étude montre la nécessité :

- *de mieux prendre en compte la fratrie et de faire en sorte qu'elle ait un minimum d'informations*
- *de sensibiliser les parents pour qu'ils soient davantage à l'écoute de ce que vivent, avant, pendant et après l'hospitalisation tous leurs enfants.*

Par ailleurs, par delà cette information, cette étude montre que les frères et sœurs devraient bénéficier d'une attention particulière car dans bon nombre de cas, un état dépressif, des idées suicidaires ont clairement été identifiées. L'anxiété est importante et l'estime de soi atteinte.

D'une manière plus ou moins claire ou explicite, les frères et sœurs disent qu'avec l'évolution de la maladie, ce qui était extérieur à eux « une sœur qui a un rapport spécial à la nourriture » est devenu progressivement intérieur à eux « je ne peux qu'être interpellée dans mon identité de sœur, de fille par cette destruction « volontaire » d'une presque même que moi ».

Evidemment, on peut objecter que nous avons vu les frères et sœurs qui étaient le plus en souffrance, toutefois tout porte à penser que s'ils n'avaient pas rencontré le chercheur, ils n'auraient vu personnes d'autres.

Ceux qui ont bénéficié de thérapies familiales ou seulement d'entretiens familiaux ont dit l'importance que ces temps ont eus pour eux, ce qui confirme ce que nous avons dit dans la partie théorique concernant l'intérêt d'une approche familiale de cette pathologie.

Enfin, d'un point de vue plus théorique, nous pouvons penser que l'importance du lien fraternel dans la genèse de l'anorexie a été largement sous estimée du fait d'une focalisation quasi exclusive sur le lien mère-enfant. Certes, il est possible de penser que c'est en raison d'une perturbation du lien mère-enfant que les enfants ne sont pas parvenus à se différencier l'un de l'autre ou ont entretenu une rivalité qui n'a pu se résoudre que par la mise en danger de l'un des enfants.

Au vue des résultats de cette étude, il paraîtrait particulièrement pertinent de davantage mettre les projecteurs sur ce qui se passe entre frères et sœurs dans cette pathologie. Ceci non seulement avec l'idée de saisir quelle est l'origine de la pathologie, qui dans la majorité des cas est pluri-factorielle, mais pour mieux concevoir des dispositifs d'aide pour la patiente et de prévention pour les frères et sœurs mais aussi parfois utiliser le lien fraternel comme ressource.

On peut se poser la question après l'étude du FAT de l'existence d'un « pacte dénégatif » au sens de R Kaes (1989) qui lierait les anorexiques et leurs sœurs pour ne jamais parler de la maladie dans la famille en vue de protéger les parents ?

Cette étude montre qu'il y a dans ces fratries une difficulté d'instauration du tiers au sein même du groupe fratrie et une relation spéculaire aliénante entre frères et sœurs. Cette

difficulté à se différencier de l'autre qui ne peut se travailler psychiquement, se traduit par une différenciation « visible » pouvant mener à la disparition totale de l'autre qui n'est ni tout à fait soi, ni tout à fait l'autre.

Limites de l'étude

Un certain nombre de limites méthodologiques doivent être soulignées.

Si notre étude rétrospective s'est faite sur l'ensemble du groupe fratrie, notre étude prospective s'est centrée sur un membre adolescent de la fratrie, pas sur les enfants plus jeunes. De plus, ce frère ou sœur adolescent n'a pas pu être tiré au hasard lorsqu'ils étaient plusieurs. Seul un en pratique se portait volontaire et était donc d'emblée à une place particulière et dans un lien particulier à la patiente.

Cette étude ne comporte pas de population témoin. Nous nous sommes uniquement référés à la littérature sur ce sujet pour comparer et discuter nos résultats.

Au titre de groupe témoin, nous avons envisagé de prendre une population de diabétiques adolescents dont la maladie avait été diagnostiquée dans les 18 mois précédents et ayant une fratrie adolescente. Le diabète avait retenu notre attention car il s'agissait d'une maladie somatique se révélant dans un 2^e temps du développement et entraînant des contraintes alimentaires fortes ainsi que des angoisses de mort pour le patient comme pour son entourage. Il y a souvent également, comme dans les TCA, eu des hospitalisations. En pratique, il a été pratiquement impossible de recruter, souvent en raison d'un début plus ancien du diabète, de l'absence de fratrie répondant à nos critères, du fait du manque d'implication du médecin référent ou encore du fait du refus de la famille. Seule 2 recrutements se sont révélés au final possibles.

Ces difficultés de recrutement se sont retrouvées aussi à un moindre niveau pour notre population de TCA, souvent pour les mêmes raisons. Ainsi, le nombre de fratrie est au total bien inférieur à ce que nous espérions. La majorité des inclusions pour la partie prospective s'est faite à Rouen, montrant que l'implication de l'équipe porteuse sur la plan clinique de cette recherche a été un élément important pour emporter la conviction des familles de l'intérêt de participer à cette étude. Ainsi, la partie quantitative objectivante ne comporte pas un nombre suffisant de patients et de frères et sœurs, et certains questionnaires n'ont pas été remplis ou insuffisamment renseignés. En conséquence, pour aller plus loin dans ces résultats préliminaires, l'inclusion sera poursuivie un an supplémentaire sur Rouen.

Si l'inclusion a été difficile donc, elle a été encore compliquée par le fait de revoir les familles, souvent après la sortie d'hospitalisation. Beaucoup souhaitaient ne pas revenir sur cette période douloureuse et tourner une page.

Le choix d'une population de patientes majoritairement hospitalisées sélectionnent à priori les situations les plus graves mais permettent aussi de réfléchir à l'impact de l'hospitalisation et de la séparation tout en mettant peut-être mieux en lumière des questionnements et processus en jeu dans les autres cas n'amenant pas à une hospitalisation.

Au total, si ces limites conduisent à relativiser la portée de nos conclusions, cette étude permet de constater l'importance de cette question très peu explorée et sur laquelle les autres données publiées dans la littérature internationales ont souvent les mêmes biais. Ce travail apporte au final des hypothèses et propositions importantes à prendre en compte dans la compréhension et la réflexion sur la prise en charge des patientes anorexiques et leur fratrie.

8 Bibliographie

- ABRAMOVITCH, R. ; CORTER, C. ; PEPLER, D.J. (1982). Patterns of sibling interaction among preschool-age children. Dans : M.E. Lamb et B. Sutton-Smith (Eds.). Sibling relationship. Their nature and significance across the lifespan. 61-86. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates
- ADLER, A. (1920). *Pratique et théorie de la psychologie individuelle*. Payot, (1958).
- Agman, G. ; Corcos, M. ; Jeammet, Ph. (1994). Troubles des conduites alimentaires. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*; 37 :350-A-10.
- AINSWORTH, S.; BLEHAR, M.; WATERS, R.; WALL, S. (1978). Patterns of attachment : a psychological study of strange situation. Erlbaum, Hilldale, N.J.
- AJURIAGUERRA, J. de (1974) *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Masson.
- ALDRIDGE, J.; BECKER, S. (1994) *My child, my Carer : the parents'perspective*. Department of social sciences, Ed Loughborough University, Loughborough.
- ALMODOVAR, J.P. (1981). Les expériences fraternelles dans le développement de l'enfant. *Frères et sœurs, sous la dir. de SOULE M. ESF*, 29-44.
- ALMODOVAR, J.P. (1995). Un frère, qu'est-ce que c'est ? *L'Ecole des Parents*, 11, 51-57.
- ALMODOVAR, J.P. (1998). Penser les expériences fraternelles. *La fratrie méconnue, sous la dir. de CAMDESSUS B. ESF*, 51-73.
- Alvin, P. (2001) *Anorexies et Boulimies à l'Adolescence*. : Doin, p.206.
- ANGEL, S. (1996). *Des frères et des sœurs : les liens complexes de la fraternité*. Robert Laffont .
- ANGEL, S. (2001). *Frères et sœurs en crise : intérêt de l'approche familiale*. Rivages 10, treizième journée d'étude du groupe haut normand de pédopsychiatrie : frères et sœurs , 57-65.
- ANZIEU, D. CHABERT, C. (1983). *Les méthodes projectives*. PUF.
- ASSOUN, P.-L. (1998). *Leçons psychanalytiques sur frères et sœurs. Un lien et son écriture*. Anthropos, T2.
- ASSOUN, P.-L. (1998). *Leçons psychanalytiques sur frères et sœurs, Le lien inconscient*. Anthropos, T1
- ASSOUN, P.-L. (2001). *Du préjudice au lien : l'inconscient fraternel*. Rivages 10, treizième journée d'étude du groupe haut normand de pédopsychiatrie : frères et sœurs. 9-17.
- AUDOYER, A.M. et LEFEBVRE, A. (1999). *En parler avec l'enfant. La prise en charge de la souffrance psychologique de la fratrie en CAMPS, dans un groupe d'expression à support*

graphique. *Contraste, Revue de l'ANECAMPS* 10, 129-141.A

BACHNER-MELMAN, R (2005) Siblings in the context of anorexia nervosa. *ISRAEL JOURNAL OF PSYCHIATRY AND RELATED SCIENCES* VL 42 (3) 178-184

BADGER, A (1988). The brothers and sisters group. A group for siblings of children with physical disabilities. *Group work* 1 (3), 262-268.

BAGUET, A. (2006) Place de la fratrie dans l'anorexie mentale à l'adolescence : étude rétrospective de 100 dossiers. Mémoire de DES (Diplôme d'études spécialisées) : Psychiatrie : Rouen.

BARDIN, L. (1977). *L'analyse de contenu*. PUF.

BEAUREGARD, A. (2003). *Qualité de la relation fraternelle et adaptation des frères et sœurs placés conjointement ou séparément en famille d'accueil*. Université de Montréal.

BERGERET, J. (1990). Les conduites addictives. Approche clinique et thérapeutique. In VENISSE J.-L. *Les nouvelles addictions*. : Masson. 3-9.

BERNART, R. ; FERRARA, M. ; PECCHIOLI, S. (Mar 1992). L'importanza di essere fratelli. *Terapia Familiare*, No 38,. 21-30.

BETTELHEIM, B. (1976). *Psychanalyse des contes de fées*. : R. Laffont.

BILLINGS, AG; MOOS, RH. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of live events, *Journal of Behavioural Medicine* ; 4 (2): 139-157.

BIRRAUX, A. (1990). *L'adolescent face à son corps*. : Edition universitaire.

BLANCHET, A. (1991) *Dire et faire dire*. Ed Armand Colin.

BOCHEREAU, D. ; CLERVOY, P. ; CORCOS, M. ; GIRARDON, N. (1999) *L'anorexie mentale de l'adolescence*. *La Presse Médicale*, Janvier ; 28(2) : 89-99.

BONDU, D. (1999). *L'impossible fraternité*. *La fratrie méconnue*, sous la dir. B. Camdessus. ESF, 31-51.

BOSZORMENYI-NAGY, I. (1965). *Psychothérapie familiale : aspects théoriques et pratiques*. PUF,(1980).

BOSZORMENYI-NAGY, I.; SPARK, M. (1973). *Invisible Loyalties*. Harper and Row, New York.

BOURGUIGNON, O. & al (1999). *Le Fraternel*. Dunod.

BOURGUIGNON, O. (2001). *Complexe fraternel et socialité humaine*. Rivages 10, treizième journée d'étude du groupe haut normand de pédopsychiatrie : frères et sœurs . 19-29.

BOUVARD, MP; GASMANN I. (1997). *Tempérament à risque et vulnérabilité aux troubles dépressifs chez l'enfant*, In "les dépressions chez l'enfant et l'adolescent: faits et questions", Mouren-Simeoni M. C., Klein R. G., Expansion Scientifique Publication.

- BRACONNIER, A. (1999). Ma sœur est anorexique. *Enfance et psy*, 9, 102-111.
- BRECHON G. (2004). Evolution de deux cas d'anorexie mentale de l'adolescence, *Psychologie clinique et projective, Passages à l'acte*, vol 10. 89-99.
- BRECHON G., REVEILLERE C. (2005). L'anorexie mentale à l'âge adulte, quel devenir? *Annales Medico Psychologiques*, 163: 420-424.
- BRITTO ; DARRYL, J. ; MEYERS ; DAVID, H. ; SMITH ; JENNIFER, J. ; PALMER ; ROBERT, L. (May 1997). Anorexia nervosa and bulimia nervosa: Sibling sex ratio and birth rank--A catchment area study. *International Journal of Eating Disorders*, Vol 21(4),. 335-340.
- BRODY, G.H.; STONEMAN, Z.; BURKE, M. (1987). Child temperaments, maternal differential behaviour and sibling relationships. *Developmental Psychology*, 23(3), 354-362.
- BRUCH, H. (1973). *Eating Disorders*. Basic Book, Inc
- BRUCH, H. (1994). *Les yeux et le ventre: l'obèse, l'anorexique*, 2ième édition, Coll Bibliothèque scientifique Payot, Payot et Rivages.
- BRUNORI, L. (1999). Le groupe fraternel. *Enfance et psy*, 9, 16-23.
- BRUSSET, B. (1977). *L'assiette et le miroir*. Privat.
- BRUSSET, B. (1981). Transfert fraternel et groupe. *Frères et sœurs, sous la dir. Soulé, M.* ESF, 113-141.
- BRUSSET, B. (1987). *Le lien fraternel et la psychanalyse. Psychanalyse à l'université*. PUF, 12, 5-43.
- BRUSSET, B. ; COUVREUR, C. (1991) *La boulimie*. PUF (Monographie de la Rev Franc Psychanal).
- BRUSSET B. (1998). *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, Paris, Dunod.
- BÜHLER, C. (1927). *Soziologische und psychologische studien überdas erste lebensjahr*. Ed Eena Fischer.
- BULIK, CM; SULLIVAN, PS ; FEAR, JL ; PICKERING, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality and parental bonding. *International Journal of eating Disorders*, 28(2): 139-147.
- BULIK, CM. (1998). Heritability of binge eating and broadly-defined bulimia nervosa, *Biological Psychiatry*; 44, 1210-1218
- BUTTON, EJ et al. (1997). Self-esteem, eating problems and psychological well being in a cohort of schoolgirls aged 15- 16 : a questionnaire and interview study. *J Int Eat Discord*; 21(1):39-47.
- CAHN, P. (1962). *La relation fraternelle chez l'enfant*. PUF.
- CASSANY, J.-P. (2001). Introduction. Rivages 10, treizième journée d'étude du groupe haut

normand de pédopsychiatrie : frères et sœurs 7-8

CAYA, M. et LIEM, J.H. (1998). The role of sibling support in high-conflict families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 327-333.

CHAMBON O. & MARIE-CARDINE M. (1993) : Émotionnalité exprimée familiale et schizophrénie: approche comportementale et interactions familiales. *Thérapie familiale.*,14(4), 379-393.

CICIRELLI (1982) Sibling influence through the lifespan, in Lamb M.E., Sutton-Smith B. (eds.), *Sibling relationship across the lifespan*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale N. J.

CIRILLO, S. (1994). *Familles en crise et placement familial*. ESF .

CLAES, L et al. (2004). Family environment of eating disordered patients with and without self-injurious behaviours , *Eur Psychiatry*. Dec; 19(8):494-8 0.

CLAËS, M. ; POIRIER, L. et ARSENEAULT, M.J. (1993a). Questionnaire sur les relations avec la fratrie. Document interne. Montréal: Université de Montréal, Département de psychologie.

COHEN, D.; GERARDIN, P.; MAZET, P. ; PURPER-OUAKIL, D. ; FLAMENT, M. (2004). Pharmacological treatment of adolescent depression, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2.

COOK-DARZENS, S. (2002). *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique*. Dunod. 161-181

CORCOS M. (2000). *Le corps absent, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*. Paris, Dunod.

CORCOS M., ATGER F., JEAMMET P. (2003). Evolution des approches compréhensives des troubles des conduites alimentaires. *Annales Medico Psychologiques*, 161: 621-629.

CORCOS, M. ; JEAMMET, Ph. (Octobre 1995). Données nouvelles sur l'anorexie mentale (I) : Aspects épidémiologiques et socioculturels. *La revue du praticien, médecine générale ;* 9(312) :30-32.

CORCOS M. (2005). *Le corps insoumis. Psychopathologie des troubles du comportement alimentaire*. Paris, Dunod.

CORMAN, L. (1978). *Le test du dessin de la famille*. PUF

CYRULNIK, B. (1989) *Sous le signe du lien*. Hachette

CYRULNIK, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Odile Jacob, .

CYTRYN, A. ; SCHREIBER, E. (1985). Comparative psychological assessment of patients with anorexia nervosa and their siblings. *Dissertation Abstract International ;* 47: 1785.

DANCYGER, I et al. (2005 Mar-Apr). Do daughters with eating disorders agree with their

parent's perception of family functioning? *Compr Psychiatry* ;46(2):135-9.

DE LANVERSIN, M.-L. (1998). La fratrie et les relations fraternelles : définitions ; aperçu de leur prise en compte dans la pratique médicale. Thèse de doctorat en médecine : 5.

DETRAUX (2002). De la résilience à la bienveillance de l'enfant handicapé et de sa famille : essai d'articulation de divers concepts. *Pratiques psychologiques*, 29-41

DONGIER, M., cité par DONGIER, S. et DUCHESNE, A. (1966). Anorexie mentale et place dans la fratrie *Acta Neurologica et psychiatrica belgica* ; 66 : 812-819.

DOREY, R. (1981). La relation d'emprise. *Nouvelle revue de psychanalyse*. 24, 117-139.

DURET, P. (1996). *Anthropologie de la fraternité dans les cités*, PUF.

EATON, C.B (1988). The family apperception test: a study of the construct validity of a long term and short term, Unpublished master's thesis, Wake Forest University, Winston-Salem, NC.

EIGUER, A. (1987). *La parenté fantasmatique*. Dunod.

EIGUER, A. (2000). L'échafaudage narcissique du lien fraternel. *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*, 27, 261-277.

FERRARI, P. (2002). Le fraternel psychanalytique. *Journal de la psychanalyse de l'enfant : le fraternel* . Bayard. 27, 47-63.

FOUREZ, B. (1999). Fraternité : perspectives historiques et sociétales. Les ressources de la fratrie, Tilmans-Ostyn, E ; Meynckens-Fourez, M. Eres, Ramonville Saint-Agne, 71-85.

FREUD, A. (1968). *Les enfants malades. Introduction à leur compréhension psychanalytique*. Privat, Toulouse.

FREUD, S. (1913). *Totem et tabou*. Payot, PBP, (1980).

FREUD, S. (1919). *L'inquiétante étrangeté. Essais de psychanalyse appliquée*. Gallimard, 163-210 (1971).

GAYET, D. In LEGLISE, N. (1999). *L'enfant du milieu ou comment être seul dans une fratrie de trois*. L'harmattan.

GERARDIN, P. (2004). Violence à l'adolescence, in *Abrégé de Psychiatrie de l'adolescent*, sous la direction de Ph. Mazet, Masson.

GERARDIN, P. ; MAZET, Ph. (2002). Coordination d'un numéro spécial : Urgences et crises à l'adolescence. Quelques réponses pour la revue de *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 50, 8, 555-604.

GOLSE, B. (1998). Savoir ou ne pas savoir *Contraste*, 9, 5-12.

GOWERS, S; KADAMBARI, SR ; CRISP, AH.(1985). Family structure and birth order of patients with anorexia nervosa. *Journal of psychiatric research*; 19(2/3): 247-251.

- GUEGUEN, J.P. (2005). Fratrie de l'anorexique : une surreprésentation des filles. *Information psychiatrique*; 81 (9) : 783-787
- GUILLAUME, J.-C. (2002). Editorial. *Journal de la psychanalyse de l'enfant : le fraternel*. Bayard. 27. 11-26.
- HAAN (1969). Tri partite model of ego functioning values and clinical research applications. *Journal of nervous and mental diseases*, 148, 14-30.
- HALVORSEN, I; DRAMMEN, N ; ANDERSEN, A. (Oct 2005). Girls with anorexia nervosa as young adults: Self-reported and parent-reported emotional and behavioural problems compared with siblings. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol 14(7), 397-406.
- HANNUS (2001). *La résilience à quel prix ?* Maloine.
- HARDY-BAYLE, M.-C. (1994). *Le diagnostic en psychiatrie*. Nathan.113-124.
- HENDRICK, S. (2002). Les émotions exprimées, Le point de la recherche et son apport à la théorie familiale systémique ; *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 29, 139-166.
- HARLOW, H.F. (1974). Les affectivités. L'attachement. sous la dir. de ZAZZO, R. DELACHAUX et NIESLÉ, Neufchâtel, 58-73.
- HAZAN, A. (1996). Differential perceptions of family functioning in eating disordered females and their sisters. *Dissertation Abstract International*; 56(11): 6391-6392.
- HERZOG, DB ; KELLER, MB ; SACKS, NR ; YEH, CJ ; LABORI, PW. (1992). Psychiatric co morbidity in treatment-seeking anorexia and bulimics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 31: 810-818.
- HOFFMAN, LW. (1991). The influence of family environment on personality: Accounting for sibling differences. *Psychological Bulletin*; 110(2): 187-203.
- HOLLIDAY, J ; TCHANTURIA, K ; LANDAU, S ; COLLIER, D ; TREASURE J (2005). Is impaired set-shifting an endophenotype of anorexia nervosa? *The-American-journal-of-psychiatry*; 162 (12) : 2269-2275.
- HOLMES, J. (1997). Attachment, autonomy, intimacy : some clinical implications of attachment theory. *British Journal of Medical Psychology*; 70: 231-248.
- HONEY, A ; CLARKE, S ; HALSE, C ; KOHN, M ; MADDEN, S (Sep-Oct 2006). The Influence of Siblings on the Experience of Anorexia Nervosa for Adolescent Girls. *European Eating Disorders Review*, Vol 14(5),. 315-322.
- HONEY, A; HALSE, C (Jan 2007). Looking after well siblings of adolescent girls with anorexia: An important parental role. *Child: Care, Health and Development*, Vol 33(1), 52-58.
- HOUBEN, M.E ; PIERLOOT, R ; VANDEREYCKEN, W. The perception of interpersonal

relationships in families of anorexia nervosa patients compared with normals. In: Vandereycken W, Kog E, Vanderlinden J. The family approach to eating disorders. PMA, New York, 147-159.

HYVERT, C. (2003). Frères et sœurs ados : parler, se rencontrer. Mucoviscidose : Adolescence et mucoviscidose , 96, 16-17.

ISRAEL, L. (1994) Le désir à l'œil. Les cahiers d'arcanes.

JAÏTIN, R. (1998). La groupalité fraternelle mise à l'épreuve par l'inceste et la rupture familiale. Le Divan familial, Revue de la SFTFP, 1, 120-136.

JAÏTIN, R. (2000). Mon frère et ma sœur : mes premiers jouets. Journal de la psychanalyse de l'enfant, 27.279-297.

JEAMMET, Ph. (1985). L'anorexie mentale. Doin. 38-51.

JEAMMET, Ph. (1990). Addiction, dépendance, adolescence. In VENISSE J.-L. Les nouvelles addictions. : Masson.10-29.

JEAMMET, Ph. (1993). L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 41(5-6), 235-244.

JEAMMET, Ph. ; BRECHON, G. ; PAYAN, C. ; GORGE, A. ; FERMANIAN, J. (1991). Le devenir de l'anorexie mentale : une étude prospective de 129 patients évalués au moins 4 ans après leur première admission. Psychiatrie de l'enfant ; 2 : 381-40.

KAËS, R. (1978). Imagos et complexes fraternels dans le processus groupal. Le groupe familial, 81, 72-78.

KAËS, R. (1989). Le pacte dénégatif dans les ensembles trans-subjectifs. Le négatif, figures et modalités, Missenard et al. Dunod, .

KAËS, R. (1992). Le complexe fraternel, Aspect de sa spécificité. Topique, 50, 263-300.

KAËS, R. (1993). Le groupe et le sujet du groupe. Dunod, .

KAËS, R. (1993). Le sujet de l'héritage. Transmission de la vie psychique entre générations, sous la dir. R. Kaës, H. Faimberg. Dunod, , 1-15.

KAGANSKI, I. et REMY, B. (1989). Aspects familiaux, cliniques et thérapeutiques des troubles des conduites alimentaires. Confrontations psychiatriques, 31. 203-228

KAHN, M.D. ; LEWIS, K.G. (1988). Siblings in Therapy. Norton, New York.

KARWAUTZ, A; NOBIS, G. HAIDVOGL, M et al. (2003 Jun). Perceptions of family relationships in adolescents with anorexia nervosa and their unaffected sisters. Eur Child Adolesc Psychiatry; 12 (3): 128-35

KARWAUTZ, A. et al (2001 Feb). Individual-specific risk factors for anorexia nervosa : a pilot study using a discordant sister-pair design. Psychol M; 31(2): 317-29.

KARWAUTZ, A et al. (2001 Feb). Individual-specific risk factor for anorexia nervosa: a pilot study using a discordant sister-pair design, *Psychol M*; 31(2):317-29

KARWAUTZ, A. NOBIS, G. HAIDVOGL, M. WAGNER, G. HAFFERL-GATTERMAYER, A. WOBER-BINGOL, C. FRIEDRICH, M. (2003). Perceptions of family relationships in adolescents with anorexia nervosa and their unaffected sisters. *European Child and Adolescent Psychiatry*; 12: 128-135.

KARWAUTZ, A; RABE-HESKETH, S; HU, X; ZHAO, J, SHAM, P; COLLIER, DA; TREASURE, JL. (2001). Individual-specific risk factors for anorexia nervosa : a pilot study using discordant sister-pair design. *Psychological Medicine*; 31: 317-329.

KEERY, H ; BOUTELLE, K ; VAN DEN BERG, P ; THOMPSON, JK (2005). The impact of appearance-related teasing by family members. *Journal of adolescent health VL 37 (2) 120-127*

KELLY, L et al (2002). Does environment matter? A review of non shared environment and eating disorders, *Wiley Periodicals.*; 31:118-135

KENDLER et al (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*; 148, 1627-1635

KESTEMBERG, E. et J. ; DECOBERT, S. (1972) *La faim et le corps : étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. PUF.

KLEIFIELD, EI; SUNDAY, S ; HURT, S ; HALMY, KA. (1994) The tri dimensional personality questionnaire: an exploration of personality traits in eating disorders. *Journal of Psychiatric Research*; 28(5): 413-423.

KLUMP K L.; WONDERLICH S; LEHOUX P; LILENFELD L R. R. , BULIK C M. (2002). Does environment matter? A review of non shared environment and eating disorders. *The International journal of eating disorders*, vol. 31, no 2 , 118 – 135.

KLUMP, K.L.; MILLER, K.B.; KEEL, P.K.; MCGUE, M. & IACONO, W.G. Genetic and environmental influences on anorexia nervosa in a population-based twin sample. *Psychological Medicine*. (in press).

KLUMP, K.L.M. & IACONO, W.G. (2000). Age differences in genetic and environmental influences on eating attitudes and behaviours in preadolescent and adolescent twins. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 239-251.

KOLOLO H et al. (2004 Jul-Sep). Unfounded dieting among adolescents girls and socioeconomic status of their families, *Med Wieku Rozwoj*; 8(3 Pt 1):611-22

LACAN, J. (1938). Le complexe facteur concret de la psychologie familiale, *encyclopédie française*, 8, 8.40.5-8.40.16.

LANGEVIN, A. (1999). Frères et sœurs, les négligés du roman familial. La fratrie méconnue, sous la dir. B. Camdessus. ESF, 19-31.

LASÈGUE, C. (1873). L'anorexie hystérique. Archives générales de Médecine ; 316-385.

LATZER, Y ; BEN-ARI, A ; GALIMIDI, N (2002). Anorexia nervosa and the family: Effects on younger sisters to anorexia nervosa patients. International Journal of Adolescent Medicine and Health; 14(4): 275-281.

LAVIK, NJ ; CLAUSEN, SE ; PEDERSON, W. (1991). Eating behaviour, drug use, psychopathology and parental bonding in adolescents in Norway. Acta Psychiatrica Scandinavica; 84: 387-390.

LEBOVICI (1970). La connaissance de l'enfant par la psychanalyse. PUF.

LEDOUX, S. ; CHOQUET, M. (1991). Les troubles des conduites alimentaires. : INSERM.

LEE MARK, D.(2004). Entretien avec Amélie Nothomb. The French review, vol. 77, no 3.

LEGLISE, N. (1999). L'enfant du milieu ou comment être seul dans une fratrie de trois. L'harmattan.

LEMAIRE, J.G. ; SCELLES, R. (2001) Avant propos ; Dialogue, 149, 1-3.

LILENFELD, LR ; KAYE, WH ; GREENO, CG ; MERIKANGAS, KR ; PLOTNICOV, K ; POLLICE, C ; RAO, R ; STROBER, M ; BULIK, CM . NAGY, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband? (n'existe pas en anglais)probable? co morbidity. Archives of General Psychiatry; 55: 603-610.

LUCAS, AR ; BEARD, CM ; O'FALLON, WM ; KURLAND, LT. (1991). Fifty-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota : a population-based study. J Am Psychiatry,; 148:917-22.

LUNDQUIST A. (1987). A projective approach to family systems assessment : a preliminary validity study of the family apperception test. Unpublished mater's thesis, Wake Forest University, Winston-Salem, NC.

MANGWETH, B et al. (2005). Childhood body-focused behaviours and social behaviours as risk factors of eating disorders, Psychother. Psychosom;74(4):247-53

MARCELLI, D. (1993). Oedipe, fils unique. Adolescence, 11, 229-248.

MARTY, F. (2001). Fonction mythique du fratricide, Dialogue, 149, 11-19

MAZET, P. ; STOLERU, P. (1993) Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, Masson

MCHALE?, SM ; GAMBLE, WC. (1989). Sibling relationships of children with disabled and non disabled brothers and sisters. Develop Psychol; 25: 421-429.

MINUCHIN S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

MINUCHIN, S ; BAKER, L ; ROSMAN, BL ; LEIBMAN, R ; MILMAN, L ; TODD, TC (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children, family organisation and family therapy. *Archives of General Psychiatry*; 32: 1031-1038.

MINUCHIN S., ROSMAN B., BATTER L. (1978). *Psychosomatic families*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

MOREL, F. (1999). Manifestations psychopathologiques à l'adolescence : problématique de la fratrie. Thèse de doctorat en médecine : 11.

MORTON, cité par GUILLEMOT, A, ; LAXENAIRE, M. (1995). *Anorexie et boulimie : le poids de la culture*. 2ieme édition, Coll Médecine et Psychothérapie, Masson,

MOULDS, M ; TOUYZ, L ; STEPHEN, W ; SCHOTTE, D ; BEUMONT, P ; GRIFFITHS, JV ; RUSSELL, J ; CHARLES, M (Apr 2000). Perceived expressed emotion in the siblings and parents of hospitalized patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, Vol 27(3),. 288-296.

MURPHY, F ; TROOP, N ; TREASURE, A ; JANET L. (Jun 2000.) Differential environmental factors in anorexia nervosa: A sibling pair study. *British Journal of Clinical Psychology*, Vol 39(2), 193-203.

NEUMARK-SZTAINER, D et al (2004 Nov). Are family meal patterns associated with disordered eating behaviours among adolescents? *J Adolesc Health*; 35(5): 350-9

NICOLLO, A.M. et IMPARATO, G. (2002). La relation à la fratrie chez le patient adolescent. *Journal de la psychanalyse de l'enfant le fraternel* . Bayard, 27, 179-193

NIGG, JT ; GOLDSMITH, HH (1998). Developmental psychopathology, personality, and temperament: reflections on recent behavioural genetic research. *Human Biology*; 70 (2): 287-412.

O'KEARNEY, R (1995). Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa : a review of theory and empirical research. *International Journal of Eating Disorders*; 20(2) : 115-127.

ODIEVRE, M. (1999). Les fratries atteintes de maladie chronique. *Archives pédiatriques*, 6. 11, 49-51.

OLIVRY, E. ; CORCOS M. (janvier 1999). L'anorexie mentale pré-pubertaire. *La Presse Médicale*; 28 (2) : 100-102.

ONNIS, L. (2000). Quand le temps est suspendu : individu et famille dans l'anorexie mentale. *Thérapie familiale*. Genève. 21, 3, 289-303.

- OPPENHEIM, D. (1993). Fratrie du cancer. *Adolescence : visages de la fratrie*, 11, 2, 427-443.
- PAMELA, K ; KEEL ; KLUMP, KL ; MILLER, KB ; MCGUE, M ; IACONO, W.G (2005). Shared transmission of eating disorders and anxiety disorders: Exploring the Nature of Co morbidity and Developmental Pathways. *International journal of eating disorders*, vol. 38 , no 2 , 99 – 105.
- PARAYRE-CHANEZ M.J. & al. (1993). Réflexion sur la place du dysfonctionnement du couple parental dans l’anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence*, 41 (5-6), 375-379.
- PARKER, G ; TUPLING, H ; BROWN, LB. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*; 52: 1-10.
- PEDINIELLI, J.L. (1990). Statut clinique et épistémologique du concept d’addiction. In PELSSER, R. (1989). *Manuel de Psychopathologie de l’enfant et de l’adolescent*. Gaétan Morin, 347-355.
- PLOMIN, R & DANIELS, D (1987). Why are children in the same family so different from one another? *Behavioural and Brain Sciences*, 10, 1-60.
- POROT, M. (1971). *L'enfant et les relations familiales*. PUF.
- PRIEUR, B. ; BRUSSET, B. ; CAILLE, Ph. CABANEL, L. ; CANCRINI, L. ; CECCHIN, G. ; CHARLES-NICOLAS, A. ; FACY, F. ; GROSSE, C. ; MARTINEZ, J.-P. ; RAMIREZ, M.A. ; REY, Y. ; RICHARD, B. (1989). *L’anorexique, le toxicomane et leur famille*. Les Editions ESF.
- RABAIN, J.-F. (2001). Rivalité fraternelle et narcissisme des petites différences. *Rivages*10, treizième journée d’étude du groupe haut normand de pédopsychiatrie : frères et sœurs . 31-55.
- RAIMBAULT, G. et ELIACHEFF, C. (1989). *Les indomptables. Figures de l’anorexie*. Odile Jacob.
- ROSS, K ; MASSEY, U ; HANDY ; JOCELYN, A.(1997). Family perceptions of anorexia nervosa: A qualitative study of two families' histories. *Looking back and moving forward: 50 years of New Zealand psychology*. Habermann, Gustav M. (Ed); 232-239. Wellington, New Zealand: New Zealand Psychological Society, 319
- ROWE et al (1981). The importance of non shared environmental influences in behavioural development, *Developmental Psychology*; 17:517-531
- RUFO, M. (2002). *Frères et sœurs, une maladie d’amour*. Fayard.
- RUSSELL, G.F.M. (1990). *Métamorphose de l’anorexie nerveuse et implications pour la*

prévention des troubles du comportement alimentaire. In VENISSE J.-L. Les nouvelles addictions. : Masson. 57-64.

SAVIER, L. (1990). Des sœurs, des frères, les méconnus du roman familial. *Autrement*, 112.

SCELLES, R. (1997). *Fratrie et handicap*. L'harmattan

SCELLES, R. (2003). La fratrie comme ressource. *Contraste*, 18, 95-117.

SCELLES, R. (2003). *La fratrie*. , Ed Fleurus.

SCELLES, R. (2005). La fratrie comme ressource. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 32, 106-123.

SCELLES, R. ; HOUSIER, F. (2002). Violence et fratrie. *Le divan familial*, 8, 63-77.

SCHAFFER, H.R.; EMERSON, P.E. (1964). The development of social attachments in infancy. *Monograph of the society for research in child development.*, 29, 3.

SELVINI-PALAZZOLI, M. ; CIRILLO, S. (1990) Anorexie et boulimie : bilan d'une approche psychothérapeutique familiale. *Médecine et hygiène* .

SPITZ, R. (1945). Hospitalism. *Psycho-anal. Stud. Child.*, 1, 52-74.

STERN, D.N. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. PUF.

STONEMAN, Z. ; WALDMAN BERMAN, P. (1993). The effects of mental retardation, disability and illness on sibling relationships - research issues and challenges. Ed Brookers. Baltimore.

STROBER, M ; FREEMAN, R ; LAMPERT, C ; DIAMOND, J ; KAYE, W. (2000). Controlled family study of anorexia and bulimia nervosa : Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*; 157: 393-401

SULLOWAY, F.J. (1966). *Born to rebel, Birth order, Family dynamics, and creative lives*. Pantheon books, a division of Random House, Inc.

TELLEGEN, A ; LYKKEN, DT ; BOUCHARD, TJ Jr ; WILCOX, KJ ; SEGAL, NL ; RICH, S. (1988). Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality and Social Psychology*; 54(6): 1031-1039.

TETI, DM. (1992). Sibling interaction. In : Van Hasselt VB, Hersen M, eds. *Handbook of social development : A lifespan perspective*. New York : Plenum Press ; 201-226.

TILMANS-OSTYN, E.; MEYNCKENS-FOUREZ, M. (1999). *Les ressources de la fratrie*. Eres, Ramonville Saint-Agne.

TOLSTRUP, K. (1990). Le concept d'addiction alimentaire. In VENISSE J.-L. Les nouvelles addictions. Masson. 67-72.

TOMAN, W. (1987). Constellations fraternelles et structures familiales. Leurs effets sur la personnalité et le comportement. *ESF*, .

- TOMORI M. et al. (2000). Eating behaviour, depression, and self-esteem in high school students. *Journal of adolescent health*; 26:361-7.
- TREASUREE, J ; MURPHY, T ; SZMUKLER, G ; TODD, G ; GAVAN, K ; JOYCE, J (2001). The experience of care giving for severe mental illness: a common between anorexia nervosa and psychosis. *Social-psychiatry-and-psychiatric-epidemiology*; 36 (7): 343-347.
- VANDEREYCKEN ; WALTER ;VAN VRECKEM ; ELLIE (Nov 92). Siblings of Patients with an Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*; Vol. 12 Issue 3, 273-280, 8.
- VENISSE, J.-L. (1990). *Les nouvelles addictions*. Masson. 1-135.
- VERDAVAINE DAUVISIS, M.-G. (1997). *L'anorexie mentale de l'adolescence chez les jumeaux*. Thèse de doctorat en médecine : 6.
- VIDAILHET, M. ; KABUTH, B. ; CONIGLIO, N. (1997). Les risques mortels de l'anorexie mentale chez l'adolescent. *Journées de Pédiatrie*. : Flammarion ; 147-156.
- WADE et al (1998). Genetic and environmental risk factors for the weight and shape concerns characteristic of bulimia nervosa, *Psychological Medicine*; 28: 761-771
- WADE, TD ; BULIK, CM ; NEALE, M ; KENDLER, KS (2000). Anorexia nervosa and major depression: an examination of shared genetic and environmental risk factors. *American Journal of Psychiatry*; 157, 469-471.
- WALLON, H. (1970). *De l'acte à la pensée. Essai de psychologie comparée*. Flammarion, coll. Champs.
- WATERS, BGH; BEUMONT, PJV ; TOUYS, S ; KENNEDY, M (1990). Behavioural differences between twin and non-twin female sibling pairs. *Discordant for anorexia nervosa International journal of eating disorders*.; 9 (3): 265-273.
- WHYTT, cité par GUILLEMOT, A. ; LAXENAIRE, M. (1995). *Anorexie et boulimie : le poids de la culture*. 2ieme édition, Coll Médecine et Psychothérapie, Masson.

9 Annexes

9.1 GRILLE D'ANALYSE DE CONTENU DES ENTRETIENS

1) Impression générale de l'entretien	Ce qui a été vécu durant l'entretien sera mis en regard de ce que ressent le lecteur à la lecture de l'entretien
2) Désorganisations du discours ou changement de thème	
3) Temps de l'enfance	31) Eléments de la vie de la famille le plus souvent évoqué à propos des frères et sœurs : Temps intra familiaux dans la maison (repas, coucher. Il s'agit de les nommer en disant à quoi ils sont associés (plaisir, déplaisir, description seulement.....)
	32) Lien aux non fraternels : Parents. Il s'agit de différencier ce qui est dit Du couple des parents Des parents (père, mère) Des relations que chacun des parents durant l'enfance des enfants entretenaient avec la famille élargie
	34) Lien aux non fraternels : Pairs Il s'agit de différencier « les » amis, d' « un » ami particulier De différencier ce qui est dit des amis de celui qui parle, des amis des autres frères et sœurs
	35) Lien aux frères et sœurs Il s'agit de dire de quels frères, il s'agit et ce qui en est dit
4) Temps actuel de la maladie	41) Eléments de la vie de la famille le plus souvent évoqué à propos des frères et sœurs : Temps intra familiaux dans la maison (repas, coucher). Il s'agit de les nommer en disant à quoi ils sont associés (plaisir, déplaisir, description seulement.....)
	42) Lien aux non fraternels : Parents. Il s'agit de différencier ce qui est dit Du couple des parents Des parents (père, mère) Des relations que chacun des parents des enfants entretenaient avec la famille élargie
	43) Lien aux non fraternels : Pairs Il s'agit de différencier « les » amis, d' « un » ami particulier De différencier ce qui est dit des amis de celui qui parle, des amis des autres frères et sœurs
	45) Lien aux frères et sœurs Il s'agit de dire de quels frères, il s'agit et ce qu'il en est dit

5) Evènements marquants évoqués par le sujet (divorce des parents, naissance, mort...). Il est important de noter ce que le sujet dit être important pas ce qu'on estime nous être important. C'est sous cette rubrique qu'on met s'il y a une autre personne malade dans la famille	
6) Maladie	61) Histoire dans ses liens avec le fraternel symptôme
	Effets sur chacun des membres de la famille (culpabilité, impuissance.....)
	62) Sens donné à la maladie s'il a un lien avec le fraternel
	63) Stratégie de celui qui parle par rapport à la maladie (tentative pour faire manger, banalisation, demande d'aide, fuite, exclusion...°) quand cela a un lien avec le fraternel
	64) Séparation et ses répercussions sur le fraternel
	65) Perception des médecins et des relations avec le milieu médical

9.2 CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

*Association de Recherche En Psychologie (ANEP)
Recherche : Anorexie et fratrie.
Sous la direction scientifique du Docteur Gerardin, pédopsychiatre, (CHU de Rouen)
et du Professeur Scelles, psychologue (Université de Rouen, Laboratoire PRIS)*

*Formulaire de consentement éclairé
(A remplir par la personne rencontrée)*

Je, soussigné(e) (nom, prénom, date de naissance, adresse)

certifie être affilié(e) ou bénéficiaire d'un régime de sécurité sociale.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations détaillées concernant l'étude clinique qui m'a été présentée par _____. Ces informations concernaient en particulier le bénéfice attendu d'une telle étude ainsi que ses modalités particulières. J'ai de plus pu poser toutes les questions complémentaires que j'ai jugées nécessaires.

Si j'ai des questions, ou si je souhaite avoir des précisions, je peux joindre le Dr P. Gerardin dans le service du Pr. Mallet au 02 32 88 82 16.

J'ai été informé du fait que cette étude se déroule conformément à la réglementation en vigueur selon la Loi Huriet, 88-1138 du 20/12/1988 et amendements, et qu'elle est conforme aux recommandations les plus récentes de l'Organisation Mondiale de la Santé en matière de recherche biomédicale (déclaration d'Helsinki adoptée en 1964 et révisée à Tokyo – Japon en 1975, et à Venise – Italie en octobre 1983).

Conformément à la loi « informatique et libertés » je peux exercer mon droit d'accès aux données qui me concernent par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix.

Je comprends que même si les données médicales me concernant peuvent être consultées par le personnel autorisé participant à cette étude, ces données seront traitées confidentiellement en toutes circonstances.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Je reconnais avoir donné mon consentement à ma participation à cette étude, en toute connaissance, et sans qu'une pression n'ait été exercée sur ma personne. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux retirer mon consentement à tout moment, sans avoir à m'en justifier. Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à mes relations avec le médecin référent ni avec le personnel soignant.

Je suis informé(e) que les résultats des recherches envisagées n'ont pas de retombées immédiates en ce qui concerne ma santé. Les résultats de ces recherches n'étant pas interprétables au niveau individuel, ils ne me seront pas communiqués. Je pourrai par contre demander que les résultats de l'étude me soient expliqués.

Si au cours de cette étude une pathologie était détectée chez l'un des sujet y participant, des soins avec prise en charge adaptée par une équipe extérieure à la recherche lui serai proposés.

Fait à _____, le _____, Nom et signature du sujet : _____

Fait à _____, le _____, Nom et signature de l'investigateur : _____

*Association de Recherche En Psychologie (ANEP)
Recherche : Anorexie et fratrie.
Sous la direction scientifique du Docteur Gerardin, pédopsychiatre, (CHU de Rouen)
et du Professeur Scelles, psychologue (Université de Rouen, Laboratoire PRIS)*

Cas d'un(e) mineur(e)

Pour les deux rencontres

(1 consentement par enfant)

(à remplir par les parents ou le représentant légal)

Par la présente, je confirme que notre fils ou fille et nous-même avons reçu l'information orale et écrite mentionnée ci dessus. Nous basant sur l'information fournie sur l'étude, nous donnons notre autorisation pour sa participation à cette étude.

Pour la première rencontre :

*Fait à _____, le _____, Nom et signature (membre de la
famille ou représentant légal)* : _____*

Pour la seconde rencontre :

*Fait à _____, le _____, Nom et signature (membre de la
famille ou représentant légal)* : _____*

Association de Recherche En Psychologie (ANEP)

Recherche : Anorexie et fratrie.

*Sous la direction scientifique du Docteur Gerardin, pédopsychiatre, (CHU de Rouen) et du
Professeur Scelles, psychologue (Université de Rouen, Laboratoire PRIS)*

Cas particulier d'un(e) mineur(e)

Pour les questionnaires

(1 consentement par enfant)

(à remplir par les parents)

Par la présente, je confirme que notre fils ou fille et nous-même avons reçu l'information orale et écrite mentionnée ci dessus. Nous basant sur l'information fournie sur l'étude, nous donnons notre autorisation pour sa participation à cette étude.

Fait à _____, le _____, Nom et signature (membre de la
famille ou représentant légal)* : _____

Fait à _____, le _____, Nom et signature de l'investigateur : _____

* Si membre de la famille, lien de parenté : _____

Association de Recherche En Psychologie (ANEP)

Recherche : Anorexie et fratrie.

*Sous la direction scientifique du Docteur Gerardin, pédopsychiatre, (CHU de Rouen) et du
Professeur Scelles, psychologue (Université de Rouen, Laboratoire PRIS)*

Informations à la patiente suivie pour des troubles alimentaires

(Deux rencontres)

Mademoiselle,

Vous êtes suivie pour des troubles alimentaires, et c'est à ce titre que nous vous sollicitons. En effet, nous réalisons, avec le service dans lequel vous êtes accueillie, une recherche visant à mieux connaître l'impact sur vous et vos frères et sœurs de ces troubles et du suivi dont vous bénéficiez.

Nous vous proposons de participer à cette étude qui sera très utile pour les fratries confrontées à ce problème. Par ailleurs, si au cours de cette étude, des difficultés méconnues étaient détectées chez l'un des participants, des soins adaptés lui seraient proposés.

Si vous acceptez de participer, nous vous demanderons d'avoir un entretien avec un(e) psychologue, de remplir quelques questionnaires et de vous exprimer verbalement sur certains sujets, ce, dès maintenant, puis dans deux mois. Cela vous demandera environ 1 h 30. L'entretien dans deux mois se déroulera de la même manière et sera complété par une expression libre autour d'images.

Un des membres de votre fratrie participera également à deux rencontres qui se dérouleront de la même manière que pour vous. Si vous en avez, vos autres frères et sœurs rempliront uniquement les questionnaires.

Confidentialité:

Les informations recueillies au cours de cette étude seront utilisées de façon confidentielle afin de garantir votre anonymat. Votre identité, ainsi que celle des membres de votre fratrie participant, ne seront en aucun cas révélées, suivant les règles qui régissent la protection des personnes participant à une recherche. Le traitement informatisé des données se fera de façon anonyme.

L'ensemble des données vous concernant dans le cadre de cette étude ne sera utilisé qu'à des fins scientifiques, et pourra être détruit sur simple demande de votre part.

Consentement:

Vous êtes totalement libre de refuser ou d'accepter de participer à cette étude. Votre décision, qu'elle soit positive ou négative, ne modifiera en rien votre prise en charge. Au cas où vous accepteriez de participer, vous pouvez revenir sur cette décision à tout moment sans avoir à vous en expliquer.

Nous espérons que vous serez intéressée par cette recherche et que vous accepterez d'y participer.

Association de Recherche En Psychologie (ANEP)

Recherche : Anorexie et fratrie

Sous la direction scientifique du Docteur Gerardin, pédopsychiatre, (CHU de Rouen) et du Professeur Scelles, psychologue (Université de Rouen, Laboratoire PRIS)

Informations aux membres de la fratrie de la patiente suivie pour troubles alimentaires

(Deux rencontres)

Mademoiselle, monsieur,

Votre sœur est suivie pour des troubles alimentaires, et c'est à ce titre que nous vous sollicitons. En effet, nous réalisons, avec le service dans lequel elle est accueillie, une recherche visant à mieux connaître l'impact sur vous et votre sœur, de ses troubles et de son suivi.

Nous vous proposons de participer à cette étude qui sera très utile pour les fratries confrontées à ce problème. Par ailleurs, si au cours de cette étude, des difficultés méconnues étaient détectées chez l'un des participants, des soins adaptés lui seraient proposés.

Si vous acceptez de participer, nous vous demanderons d'avoir un entretien avec un(e) psychologue, de remplir quelques questionnaires et de vous exprimer verbalement sur certains sujets, ce, dès maintenant, puis dans deux mois. Cela vous demandera environ 1 h 30. L'entretien dans deux mois se déroulera de la même manière et sera complété par une expression libre autour d'images.

Votre sœur atteinte d'anorexie mentale participera également à deux rencontres qui se dérouleront de la même manière que pour vous. Si vous en avez, vos autres frères et sœurs rempliront uniquement les questionnaires.

Confidentialité:

Les informations recueillies au cours de cette étude seront utilisées de façon confidentielle afin de garantir votre anonymat. Votre identité, ainsi que celle des membres de votre fratrie participant, ne seront en aucun cas révélées, suivant les règles qui régissent la protection des personnes participant à une recherche. Le traitement informatisé des données se fera de façon anonyme.

L'ensemble des données vous concernant dans le cadre de cette étude ne sera utilisé qu'à des

fins scientifiques, et pourra être détruit sur simple demande de votre part.

Consentement:

Vous êtes totalement libre de refuser ou d'accepter de participer à cette étude. Votre décision, qu'elle soit positive ou négative, ne modifiera en rien ni la prise en charge de votre sœur, ni les relations avec les soignants. Au cas où vous accepteriez de participer, vous pouvez revenir sur cette décision à tout moment sans avoir à vous en expliquer.

Nous espérons que vous serez intéressé(e) par cette recherche et que vous accepterez d'y participer.

Association de Recherche En Psychologie (ANEP)

Recherche : Anorexie et fratrie

Sous la direction scientifique du Docteur Gerardin, pédopsychiatre, (CHU de Rouen) et du Professeur Scelles, psychologue (Université de Rouen, Laboratoire PRIS)

Informations aux parents de la patiente suivie pour troubles alimentaires

(Deux rencontres)

Madame, Monsieur,

Votre fille est suivie pour des troubles alimentaires, et c'est à ce titre que nous vous sollicitons. En effet, nous réalisons, avec le service dans lequel elle est accueillie, une recherche visant à mieux connaître l'impact sur vos enfants, de ses troubles et de son suivi.

Nous vous proposons de participer à cette étude qui sera très utile pour les fratries confrontées à ce problème. Par ailleurs, si au cours de cette étude, des difficultés méconnues étaient détectées chez l'un des participants, des soins adaptés lui seraient proposés.

Si vous acceptez qu'ils participent, nous demanderons à votre fille suivie ainsi qu'à l'un de ses frères et sœurs d'avoir un entretien avec un(e) psychologue, de remplir quelques questionnaires et de s'exprimer verbalement sur certains sujets, ce, dès maintenant, puis dans deux mois. Cela leur demandera environ 1 h 30. L'entretien dans deux mois se déroulera de la même manière et sera complété par une expression libre autour d'images.

Vos autres enfants participant ne passeront que les questionnaires.

Confidentialité:

Les informations recueillies au cours de cette étude seront utilisées de façon confidentielle afin de garantir leur anonymat. L'identité de vos enfants participant ne sera en aucun cas révélée, suivant les règles qui régissent la protection des personnes participant à une recherche. Le traitement informatisé des données se fera de façon anonyme.

L'ensemble des données les concernant dans le cadre de cette étude ne sera utilisé qu'à des fins scientifiques, et pourra être détruit sur simple demande de votre part.

Consentement:

Vous êtes totalement libre de refuser ou d'accepter que vos enfants participent à cette étude. Votre décision, qu'elle soit positive ou négative, ne modifiera en rien ni la prise en charge de votre enfant, ni les relations avec les soignants. Au cas où vous accepteriez qu'ils participent,

vous pouvez revenir sur cette décision à tout moment sans avoir à vous en expliquer.
Nous espérons que vous serez intéressés par cette recherche et que vous accepterez que vos enfants y participent.

Association de Recherche En Psychologie (ANEP)

Recherche : Anorexie et fratrie

*Sous la direction scientifique du Docteur Gerardin, pédopsychiatre, (CHU de Rouen) et du
Professeur Scelles, psychologue (Université de Rouen, Laboratoire PRIS)*

Informations aux membres de la fratrie de la patiente suivi pour anorexie

(Questionnaire)

Mademoiselle, monsieur,

Votre sœur est suivie en raison de son anorexie, et c'est à ce titre que nous vous sollicitons. En effet, nous réalisons, avec le service dans lequel elle est accueillie, une recherche visant à mieux connaître l'impact sur vous et votre sœur, de cette maladie et de sa prise en charge.

Nous vous proposons de participer à cette étude qui sera très utile pour les fratries confrontées à ce problème. Par ailleurs, si au cours de cette étude, des difficultés méconnues étaient détectées chez l'un des participants, des soins adaptés lui seraient proposés.

Si vous acceptez de participer, nous vous demanderons de remplir quelques questionnaires.

Confidentialité:

Les informations recueillies au cours de cette étude seront utilisées de façon confidentielle afin de garantir votre anonymat. Votre identité, ainsi que celle des membres de votre fratrie participant, ne seront en aucun cas révélées, suivant les règles qui régissent la protection des personnes participant à une recherche. Le traitement informatisé des données se fera de façon anonyme.

L'ensemble des données vous concernant dans le cadre de cette étude ne sera utilisé qu'à des fins scientifiques, et pourra être détruit sur simple demande de votre part.

Consentement:

Vous êtes totalement libre de refuser ou d'accepter de participer à cette étude. Votre décision, qu'elle soit positive ou négative, ne modifiera en rien ni la prise en charge de votre sœur, ni les relations avec les soignants. Au cas où vous accepteriez de participer, vous pouvez revenir sur cette décision à tout moment sans avoir à vous en expliquer.

Nous espérons que vous serez intéressé(e) par cette recherche et que vous accepterez d'y participer.

Association de Recherche En Psychologie (ANEP)

Recherche : Anorexie et fratrie

Sous la direction scientifique du Docteur Gerardin, pédopsychiatre, (CHU de Rouen) et du Professeur Scelles, psychologue (Université de Rouen, Laboratoire PRIS)

Informations aux parents de la patiente suivi pour anorexie mentale

(Questionnaire)

Madame, Monsieur,

Votre fille est suivie en raison de son anorexie mentale, et c'est à ce titre que nous vous sollicitons. En effet, nous réalisons, avec le service dans lequel elle est accueillie, une recherche visant à mieux connaître l'impact sur vos enfants de cette maladie et de sa prise en charge.

Nous vous proposons de participer à cette étude qui sera très utile pour les fratries confrontées à ce problème. Par ailleurs, si au cours de cette étude, des difficultés méconnues étaient détectées chez l'un des participants, des soins adaptés lui seraient proposés.

Si vous acceptez de participer, nous demanderons à votre enfant malade et à ses frères et sœurs de remplir quelques questionnaires.

Confidentialité:

Les informations recueillies au cours de cette étude seront utilisées de façon confidentielle afin de garantir votre anonymat. Votre identité et celle de vos enfants participant, ne seront en aucun cas révélées, suivant les règles qui régissent la protection des personnes participant à une recherche. Le traitement informatisé des données se fera de façon anonyme.

L'ensemble des données vous concernant dans le cadre de cette étude ne sera utilisé qu'à des fins scientifiques, et pourront être détruites sur simple demande de votre part.

Consentement:

Vous êtes totalement libre de refuser ou d'accepter de participer à cette étude. Votre décision, qu'elle soit positive ou négative, ne modifiera en rien ni la prise en charge de votre sœur, ni les relations avec les soignants. Au cas où vous accepteriez de participer, vous pouvez revenir sur cette décision à tout moment sans avoir à vous en expliquer.

Nous espérons que vous serez intéressé(e) par cette recherche et que vous accepterez d'y participer.

Mademoiselle,

Vous êtes suivie en raison de votre anorexie mentale, et c'est à ce titre que nous vous sollicitons. En effet, nous réalisons, avec le service dans lequel vous êtes accueillie, une recherche visant à mieux connaître l'impact sur vous-même et sur vos frères et sœurs de cette maladie et de sa prise en charge.

Nous vous proposons de participer à cette étude qui sera très utile pour les fratries confrontées à ce problème. Par ailleurs, si au cours de cette étude, des difficultés méconnues étaient détectées chez l'un des participants, des soins adaptés lui seraient proposés.

Si vous acceptez de participer, nous vous demanderons à vous-même et à vos frères et sœurs de remplir quelques questionnaires.

Confidentialité:

Les informations recueillies au cours de cette étude seront utilisées de façon confidentielle afin de garantir votre anonymat. Votre identité, ainsi que celle des membres de votre fratrie participant, ne seront en aucun cas révélées, suivant les règles qui régissent la protection des personnes participant à une recherche. Le traitement informatisé des données se fera de façon anonyme.

L'ensemble des données vous concernant dans le cadre de cette étude ne sera utilisé qu'à des fins scientifiques, et pourront être détruites sur simple demande de votre part.

Consentement:

Vous êtes totalement libre de refuser ou d'accepter de participer à cette étude. Votre décision, qu'elle soit positive ou négative, ne modifiera en rien ni la prise en charge de votre sœur, ni les relations avec les soignants. Au cas où vous accepteriez de participer, vous pouvez revenir sur cette décision à tout moment sans avoir à vous en expliquer.

Nous espérons que vous serez intéressé(e) par cette recherche et que vous accepterez d'y participer.

9.3 QUESTIONNAIRE ABREGE DE BECK

Numéro : _____ / _____

Date : _____ / _____ / _____

Instructions : Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel. Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

A : 0 : Je ne me sens pas triste.

1 : Je me sens cafardeux ou triste

2 : Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir.

3 : Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter.

B : 0 : Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir.

1 : J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.

2 : Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.

3 : Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.

C : 0 : Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.

1 : J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.

2 : Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.

3 : J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).

D : 0 : Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.

1 : Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.

2 : Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.

3 : Je suis mécontent de tout.

E : 0 : Je ne me sens pas coupable.

- 1 : Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.
 2 : Je me sens coupable.
 3 : Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien.
- F : 0 : Je ne suis pas déçu par moi-même.
 1 : Je suis déçu par moi-même.
 2 : Je me dégoûte moi-même.
 3 : Je me hais.
- G : 0 : Je ne pense pas à me faire du mal.
 1 : Je pense que la mort me libèrerait.
 2 : J'ai des plans précis pour me suicider.
 3 : Si je le pouvais, je me tuerais.
- H : 0 : Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.
 1 : Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.
 2 : J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.
 3 : J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.
- I : 0 : Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.
 1 : J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.
 2 : J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.
 3 : Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.
- J : 0 : Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.
 1 : J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.
 2 : J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux.
 3 : J'ai l'impression d'être laid et repoussant.
- K : 0 : Je travaille aussi facilement qu'auparavant.
 1 : Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.
 2 : Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.
 3 : Je suis incapable de faire le moindre travail.

L : 0 : Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.
1 : Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.
2 : Faire quoi que ce soit me fatigue.
3 : Je suis incapable de faire le moindre travail.

M : 0 : Mon appétit est toujours aussi bon.
1 : Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
2 : Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
3 : Je n'ai plus du tout d'appétit.

9.4 EDI: EATING DISORDER INVENTORY

Numéro: _____/_____

Date : ____/____/____

Instructions: Ce questionnaire est destiné à évaluer des attitudes, des sentiments et des comportements. Certaines phrases ont trait à la nourriture et aux conduites alimentaires ; d'autres concernent vos sentiments sur votre propre personne. Il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Essayez d'être le plus spontané possible dans vos réponses. Celles-ci sont rigoureusement confidentielles.

Nous vous demandons de lire très attentivement chaque phrase.

Pour chacune de ces phrases, vous devez cocher à l'aide d'une croix, une, et une seule, des six cases qui se trouvent à droite, c'est-à-dire celle qui s'applique le mieux à vous. Merci.

Situation familiale	.....
Poids actuel.....Taille	.....
Poids antérieur le plus élevé (en dehors d'une grossesse)	.....
Il y a combien de temps (en mois)	.....
Pendant combien de temps avez-vous pesé ce poids (en mois)	.....
Poids antérieur le plus bas	.....
Il y a combien de temps (en mois)	.....
Pendant combien de temps avez-vous pesé ce poids (en mois)	.....
Quel est, pour vous, le poids idéal	.....
Age de début des problèmes de poids (s'il y en a eu)	.....
Activité professionnelle actuelle	.....
Activité professionnelle du père	.....
Activité professionnelle de la mère	.....

| | | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Je mange des bonbons et des hydrates de carbone sans me sentir tendu(e) | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Je trouve que mon estomac est trop gros | <input type="checkbox"/> |
| 3 | J'aimerais pouvoir retrouver la sécurité de mon enfance | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Je mange quand je suis bouleversé(e) | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Je me gave de nourriture | <input type="checkbox"/> |
| 6 | J'aimerais être plus jeune | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Je pense à faire un régime | <input type="checkbox"/> |
| 8 | J'ai peur quand mes émotions sont trop fortes | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Je trouve que mes cuisses sont trop grosses | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Je me sens inefficace | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Je me sens extrêmement coupable après avoir trop mangé | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Je pense que mon estomac est juste à la bonne taille | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Pour ma famille, seules des performances hors du commun comptent | <input type="checkbox"/> |
| 14 | La période la plus heureuse de ma vie est l'enfance | <input type="checkbox"/> |
| 15 | J'exprime mes émotions ouvertement | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Je suis terrifié(e) par l'idée de grossir | <input type="checkbox"/> |
| 17 | J'ai confiance en autrui | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Je me sens seul(e) au monde | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Je suis satisfait(e) de ma silhouette | <input type="checkbox"/> |
| 20 | En général, je sens que je conteste ce qui se passe dans ma vie | <input type="checkbox"/> |

		Toujours	Habituellement	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
21	Je sens que je m'embrouille face aux émotions que je ressens	<input type="checkbox"/>					
22	Je préférerais être adulte plutôt qu'enfant	<input type="checkbox"/>					
23	Je communique facilement avec les autres	<input type="checkbox"/>					
24	J'aimerais être quelqu'un d'autre	<input type="checkbox"/>					
25	J'exagère ou j'amplifie l'importance du poids	<input type="checkbox"/>					
26	J'arrive à identifier clairement les émotions que je ressens	<input type="checkbox"/>					
27	Je ne me sens pas à la hauteur	<input type="checkbox"/>					
28	J'ai fait des "grandes bouffes" au cours desquelles je me sentais incapable de m'arrêter de manger	<input type="checkbox"/>					
29	Quand j'étais enfant, je faisais tout pour éviter de décevoir mes parents et mes professeurs	<input type="checkbox"/>					
30	J'ai des relations proches avec les gens	<input type="checkbox"/>					
31	J'aime la forme de mes fesses	<input type="checkbox"/>					
32	Je suis préoccupé(e) par mon désir d'être plus maigre	<input type="checkbox"/>					
33	Je ne sais pas ce qui se passe en moi	<input type="checkbox"/>					
34	J'ai du mal à exprimer mes émotions aux autres	<input type="checkbox"/>					
35	Les exigences du monde des adultes sont trop grandes	<input type="checkbox"/>					
36	Je déteste ne pas être le (la) meilleur(e) quand je fais les choses	<input type="checkbox"/>					
37	Je me sens sûr(e) de moi	<input type="checkbox"/>					
38	Je pense à faire des "grandes bouffes"	<input type="checkbox"/>					
39	Je suis heureux(se) de ne plus être enfant	<input type="checkbox"/>					

40 Je ne sens pas clairement si j'ai faim ou si je n'ai pas faim

41 J'ai une piètre opinion de moi-même

42 Je sens que je suis capable d'atteindre mes objectifs

	Toujours	Habituellement	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
43 Mes parents se sont toujours attendus à ce que je sois excellent(e)	<input type="checkbox"/>					
44 J'ai peur de ne plus contrôler mes émotions	<input type="checkbox"/>					
45 Je trouve que mes hanches sont trop fortes	<input type="checkbox"/>					
46 Je mange modérément devant les autres et je me gave quand ils sont partis	<input type="checkbox"/>					
47 Je me sens ballonné(e) après avoir mangé un repas normal	<input type="checkbox"/>					
48 Je trouve qu'on est plus heureux quand on est enfant	<input type="checkbox"/>					
49 Si je prends 500 grammes, j'ai peur de continuer à grossir	<input type="checkbox"/>					
50 Je trouve que je suis quelqu'un d'estimable	<input type="checkbox"/>					
51 Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, si j'ai peur ou si je suis en colère	<input type="checkbox"/>					
52 Je pense que je dois faire les choses parfaitement ou ne pas les faire du tout	<input type="checkbox"/>					
53 Je pense à vomir pour perdre du poids	<input type="checkbox"/>					
54 J'ai besoin de garder les gens à distance (je me sens mal à l'aise si quelqu'un essaie de se rapprocher)	<input type="checkbox"/>					
55 Je trouve que mes cuisses sont juste à la bonne taille	<input type="checkbox"/>					
56 Je me sens vide intérieurement (émotionnellement)	<input type="checkbox"/>					
57 J'arrive à parler de mes pensées ou de mes sentiments	<input type="checkbox"/>					
58 Les meilleures années de votre vie sont celles où vous devenez adulte	<input type="checkbox"/>					
59 Je trouve que mes fesses sont trop grosses	<input type="checkbox"/>					

- 60 J'ai des sentiments que je n'arrive pas à identifier
clairement
- 61 Je mange ou je bois en cachette
- 62 Je trouve que mes hanches sont tout à fait de la bonne
taille
- 63 J'ai des objectifs extrêmement ambitieux
- 64 Quand je suis bouleversé(e) j'ai peur de commencer à
manger

9.5 STAI FORME Y-A

Numéro : _____/____

Date : ____/____/____

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **actuels**.

	□	□	□	□
1 Je me sens calme.	□	□	□	□
2 Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.	□	□	□	□
3 Je suis tendu(e), crispé(e).	□	□	□	□
4 Je me sens surmené(e).	□	□	□	□
5 Je me sens tranquille, bien dans ma peau.	□	□	□	□
6 Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).	□	□	□	□
7 L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.	□	□	□	□
8 Je me sens content(e).	□	□	□	□
9 Je me sens effrayé(e)	□	□	□	□
10 Je me sens à mon aise.	□	□	□	□
11 Je sens que j'ai confiance en moi.	□	□	□	□
12 Je me sens nerveux (nerveuse), irritable.	□	□	□	□
13 J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).	□	□	□	□
14 Je me sens indécis(e).	□	□	□	□

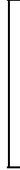
- 15 Je suis décontracté(e), détendu(e).
- 16 Je suis satisfait(e).
- 17 Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse) .
- 18 Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e).
- 19 Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e).
- 20 Je me sens de bonne humeur, aimable.

9.6 STAI FORME Y-B

Numéro : _____/____

Dates : ____/____/____

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **généralement**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **habituels**.

				
21 Je me sens de bonne humeur, aimable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Je me sens nerveux (nerveuse) et agité (e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Je me sens content(e) de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres semblent l'être.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 J'ai un sentiment d'échec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Je me sens reposé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 J'ai tout mon sang-froid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 J'ai l'impression que les difficultés s'accroissent à un tel point que je ne peux plus les surmonter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Je m'inquiète à propos de choses sans importance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Je suis heureux(se).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 J'ai des pensées qui me perturbent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Je manque de confiance en moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Je prends facilement des décisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 35 Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur.
- 36 Je suis satisfait(e).
- 37 Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.
- 38 Je prends les déceptions tellement à coeur que je les oublie difficilement.
- 39 Je suis une personne posée, solide,stable.
- 40 Je deviens tendu(e) et agité(e)quand je réfléchis à mes soucis.

