



HAL
open science

Guide pratique pour élaborer un programme de TMF et son manuel associé : des choix théoriques au contenu des séances

Jeanne Duclos, Lisa Minier, Benjamin Carrot, Nathalie Godart

► To cite this version:

Jeanne Duclos, Lisa Minier, Benjamin Carrot, Nathalie Godart. Guide pratique pour élaborer un programme de TMF et son manuel associé : des choix théoriques au contenu des séances. Solange Cook-Darzens, Sophie Criquillion-Doublet. Les Thérapies multifamiliales appliquées aux troubles des conduites alimentaires, Elsevier Masson, 2023, 9782294781667. hal-04485908

HAL Id: hal-04485908

<https://hal.science/hal-04485908>

Submitted on 1 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

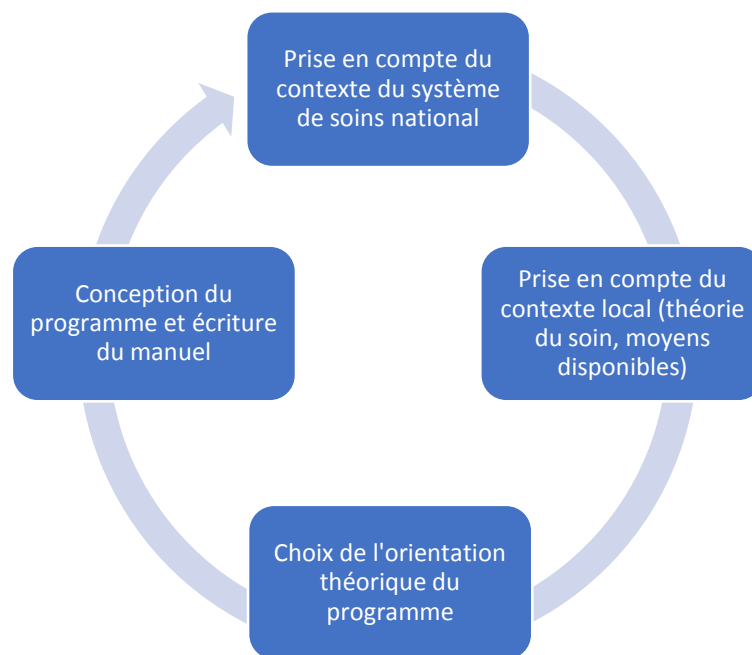
Guide pratique pour élaborer un programme de TMF et son manuel associé : des choix théoriques au contenu des séances

Jeanne Duclos, Lisa Minier, Benjamin Carrot & Nathalie Godart

Prolégomènes

Élaborer un programme thérapeutique de Thérapie Multi-Familiale (TMF) au sein d'une institution est un processus éminemment dynamique comprenant différentes étapes que nous avons modélisées dans la figure 1, ci-dessous.

Figure 1 : Processus dynamique pour développer un programme de TMF



De manière générale, après le temps de la formation à une nouvelle forme de thérapie vient celui de l'appropriation. Il s'agit d'intégrer cette nouvelle approche aux soins existants dans l'institution. Pour cela, il est nécessaire de choisir la modalité réalisable au regard des choix conceptuels qui sous-tendent les soins mis en œuvre, des données de la littérature empirique existante et des besoins et ressources disponibles dans l'institution. Bien souvent, les équipes soignantes et médicales s'arrêtent à cette étape d'appropriation et ne formalisent pas leur savoir-faire au travers d'un manuel de thérapie, découragées par l'ampleur de la tâche. C'est

en effet un long travail qui nécessite de mobiliser les équipes pour un temps d'élaboration et de rédaction. Un autre frein pour ceux qui souhaitent rédiger un manuel est le manque d'indications disponibles dans la littérature, qui compte peu d'articles sur le procédé d'écriture. Pourtant, l'intérêt de transposer par écrit le savoir-faire des thérapeutes sous forme d'un manuel a été souligné (pour une revue de la littérature : Truijens, Zühlke-van Hulzen, & Vanheule, 2018). Les manuels de thérapie sont utiles à plusieurs niveaux. Ils sont indispensables à visée de recherche, en particulier dans le cas d'études multicentriques, où l'existence d'un manuel permet de standardiser les soins délivrés afin d'en évaluer l'efficacité thérapeutique (Kazdin, 2007). Et sur le plan clinique, le manuel - bien qu'il n'ait pas montré sa supériorité en termes d'efficacité en comparaison de thérapies sans manuel (Truijens, Zühlke-van Hulzen, & Vanheule, 2018) - peut être un support formidable de transmission et de formation, à condition qu'il soit utilisé dans l'esprit de la thérapie, en proposant un cadre souple et adaptable qui ne se substitue pas au savoir-faire des thérapeutes.

Ce chapitre se veut être un guide pratique qui expose, à partir de notre expérience, une démarche pour élaborer un programme de TMF et son manuel associé. Il est destiné aux équipes soignantes et médicales souhaitant développer un tel programme dans le cadre de leur prise en charge. Nous en présentons successivement les différentes étapes, que nous illustrons par les choix faits au sein de deux structures de soins aux orientations théoriques différentes : le département de psychiatrie de l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM) et l'Unité de Jour Michel-Ange (UDJ) de la Clinique Fondation de Santé des Étudiants de France (FSEF) Paris 16.

Trois étapes fondamentales pour élaborer un programme de soins

Les équipes désireuses d'implanter la TMF comme nouvelle modalité de prise en charge familiale dans leur programme de soins doivent initialement passer par trois étapes : (i) prendre en compte le système de soins et le contexte institutionnel dans lesquels ils évoluent, (ii) choisir l'orientation théorique du programme et (iii) définir le cadre du programme (cf. figure 1).

1. Prendre en compte le système de soins et le contexte institutionnel

La prise en compte du contexte institutionnel se fait à la fois au niveau national, en lien avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (Haute Autorité de Santé [HAS], 2010), et

au niveau local en accord avec la théorie du soin et le fonctionnement propre au service dans lequel travaille les équipes.

Le système de soins français : les recommandations de la Haute Autorité de la Santé¹

En accord avec les recommandations internationales, la HAS (2010) préconise que la prise en charge des personnes souffrant d'anorexie mentale soit graduée et adaptée selon le moment de l'évolution et la gravité, depuis des soins ambulatoires plus ou moins intensifs jusqu'à l'hospitalisation à temps complet. Du fait de l'étiologie plurifactorielle du trouble et de ses complications, des soins pluridisciplinaires sont recommandés pour une prise en charge optimale.

La coordination des soins ambulatoires pluridisciplinaires doit être assurée par un médecin référent dont le choix au sein de l'équipe de soignants est à déterminer en fonction de la situation du jeune (âge, évolution et sévérité de la maladie, parcours de soins et ses choix personnels) et de l'intervenant de l'équipe pluridisciplinaire qui a la plus grande expérience et la plus grande disponibilité. Les soins doivent également être proposés après une évaluation globale du jeune, incluant la dynamique familiale et sociale. Les formes de thérapie les plus usuelles sont : les thérapies de soutien, les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique, les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales et les thérapies familiales systémiques.

Il est recommandé d'aider la famille à tenir une fonction soutenante afin de l'aider à faire face aux difficultés du jeune et de ne pas se centrer uniquement sur les symptômes alimentaires. Plus précisément, diverses approches familiales sont recommandées sous la forme d'entretiens familiaux réguliers, de thérapie familiale, de participation à des groupes de parents ou de familles. De manière générale, les thérapies d'orientation familiales systémiques sont recommandées pour les enfants et les adolescents (voir chapitres 7 et 8 de cet ouvrage). En France, la Thérapie Familiale Systémique (TFS) a été évaluée en adjonction à une prise en charge globale, telle que définie par la HAS, et a démontré son efficacité (Godart et al., 2012).

¹ L'élaboration des recommandations de bonne pratique de la HAS résulte d'un partenariat avec la Fédération française Anorexie Boulimie (FFAB, <https://www.ffab.fr>, anciennement Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire), et répond également à une demande de la direction générale de la santé.

Le contexte institutionnel de l'IMM

Le département de l'adolescent et du jeune adulte de l'IMM est dédié à l'accueil de jeunes âgés de 13 ans à 20 ans présentant des troubles psychiatriques sévères. La prise en charge des Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) y existe depuis plus de 50 ans et y a une place particulière, du fait de leur valeur de paradigme pour la compréhension de la psychopathologie de l'adolescent (Jeammet, 1989). Cette clinique centrée sur le corps (prise en charge simultanée de soins somatiques, nutritionnels et psychiatriques), et le modèle théorico-clinique qui en découle, mettent ainsi en exergue la problématique de séparation-autonomisation/dépendance commune aux troubles psychiques émergeant à cet âge charnière, entre l'enfance et l'âge adulte, initié par la puberté (Balsan, 2015; Godart et al., 2004). L'IMM regroupe un dispositif de soins articulé de façon transversale incluant : des soins spécialisés en ambulatoire et en hospitalisation à temps complet.

La prise en charge en ambulatoire peut être mise en place initialement, si l'état clinique (somatique et psychique) du jeune le permet, ou après une hospitalisation. Celle-ci est pluridisciplinaire et coordonnée par le psychiatre référent, comme le préconise l'HAS (2010). Elle inclut des consultations individuelles avec le psychiatre référent, des entretiens familiaux réguliers et si besoin, une psychothérapie individuelle pour le jeune (Godart et al., 2004). La prise en charge familiale prend la forme d'une TFS. Celle-ci a la particularité de se décentrer du comportement alimentaire à la faveur d'un travail sur la dynamique familiale (Kaganski, 2005). Si aujourd'hui la TFS est systématiquement proposée dans la prise en charge à l'IMM, ce ne fut pas toujours le cas. A la fin des années 1990, la place de la TFS dans les soins courants (pour une description détaillée de la prise en charge, voir Godart et al., 2004) avait fait débat au sein de l'équipe (Godart et al., 2006), ce qui avait conduit à la mise en œuvre d'un essai randomisé comparant le programme de soin habituel seul à ce même programme avec ajout d'une TFS. Les résultats de cette recherche avaient confirmé l'intérêt d'inclure systématiquement la TFS à la prise en charge (Godart et al., 2012). Cependant, l'équipe et certaines familles bénéficiant de soins dans le service pour leurs adolescents ont fait le constat que la TFS ne permettait pas toujours de répondre à l'ensemble des besoins des familles. Selon certains parents, la prise en charge du symptôme alimentaire y faisait défaut. Alors, pour répondre à ce besoin, l'équipe de l'IMM s'est formée au programme thérapeutique multifamilial du *Maudsley Hospital* (Londres, Royaume-Uni). Puis a mis en place une

recherche comparant ces deux approches afin de définir les meilleures indications de chacune (étude THERAFAMBEST ; Carrot et al., 2019).

Le contexte institutionnel de l'Unité de Jour Michel-Ange de la Clinique FSEF Paris 16

L'UDJ Michel-Ange du Service Hospitalo-Universitaire de Santé Mentale de l'Adolescent et du jeune Adulte de la FSEF, ouverte en 2019, propose une prise en charge en soins-études pour les adolescents de 12 à 20 ans souffrant de TCA. La prise en charge est pluridisciplinaire : somatique, psychique, nutritionnelle et sociale, et inclut une scolarité. L'hospitalisation de jour est proposée pour une durée variable en fonction de l'évolution clinique et des objectifs thérapeutiques. Cette équipe composée autour d'une conception intégrative des soins regroupe des professionnels issus d'horizons différents, mêlant les approches psychodynamique, systémique, cognitivo-comportementale et psychoéducative dans le programme de soins proposé. Le projet de soins de chaque jeune est coordonné par son psychiatre référent en collaboration avec les différents professionnels de l'UDJ mais aussi, avec l'équipe l'ayant adressé et celle qui poursuivra les soins au-delà de l'hospitalisation de jour. Ce projet pluridisciplinaire a été pensé en accord avec les recommandations de la HAS (2010) et les données de la littérature internationales (Herpertz-Dahlmann et al., 2014). La modalité de soins proposée par l'UDJ Michel-Ange est innovante en France : c'est la première structure qui propose des soins de jour intensifs (5 jours sur 7) spécialisés pour les TCA et incluant une scolarité (Delaunay, Gérardin, & Godart, 2019). Ce type d'hospitalisation de jour peut avoir différents objectifs, selon les besoins du jeune : (i) permettre une évaluation approfondie, (ii) intensifier les soins ambulatoires qui s'avèreraient insuffisants, (iii) s'articuler avec une hospitalisation à temps complet ; en tant qu'alternative ou bien comme une étape avant l'hospitalisation, ou encore (iv) permettre une diminution de l'intensité des soins, succédant à une hospitalisation à temps complet. Dans ces situations, l'hospitalisation de jour permet de préserver l'insertion sociale (familiale, amicale, scolaire ou universitaire) mise à mal par de longues hospitalisations à temps complet. Enfin, l'accompagnement familial est un élément important de la prise en charge et se fait selon plusieurs modalités complémentaires : entretiens familiaux avec le psychiatre et l'infirmier référents de l'adolescent et groupes de paroles à destination des parents d'une part et aux fratries d'autre part. L'équipe s'est également formée à la TMF afin d'intégrer prochainement cette approche à son offre de soins.

Au travers des deux équipes présentées, notre propos est de souligner que chaque institution a une histoire et fait référence à des modèles théoriques qui conditionnent la représentation et le modèle de compréhension de la maladie qui sous-tendent la prise en charge qu'elle propose. Bien que la nécessité d'apporter une prise en charge pluridisciplinaire aux adolescents souffrant d'AM fasse consensus, la déclinaison des différentes composantes de l'offre de soins diffère selon les institutions.

Ainsi, nous proposons qu'au terme de la première phase de l'élaboration d'un nouveau programme de soins, les équipes puissent énoncer clairement quel est leur modèle de soin et comment ils conçoivent la place de la prise en charge familiale, ses principes et son orientation thérapeutique de manière à pouvoir se poser la question de la place à donner à la TMF dans leur contexte de soins.

2. Le choix de l'orientation théorique du programme de TMF

Pour cette étape, les équipes doivent répondre à une question d'importance afin de mieux définir le choix de l'orientation théorique de leur programme de TMF (dont découlent les aspects pratiques). Ce choix est en partie dicté par le modèle de compréhension de l'AM de l'institution dans laquelle travaillent les équipes. Chaque institution a une théorie du soin, un modèle, que celui-ci soit explicite ou implicite. Et ce modèle comprend aussi bien la conception étiopathogénique de l'AM, que les facteurs présumés de maintien et de guérison et le rôle de la famille dans la guérison. Connaître et comprendre le modèle choisi par l'institution permet au clinicien d'être garant, dans sa pratique et sa réflexion, de la cohérence des stratégies thérapeutiques qui en découlent (pour plus de détails, voir le chapitre 2 de l'ouvrage d'Hendrick, 2007).

Quel le ciblage thérapeutique : symptomatique ou relationnel ?

Les modèles théoriques existants en TMF dans le traitement de l'adolescent et du jeune adulte souffrant de TCA sont multiples. L'orientation théorique (systémique, psychodynamique, cognitivo-comportementale, intégrative, psychoéducatif, etc.) et le ciblage thérapeutique associé, l'intensité de la thérapie et les méthodes utilisées varient selon les modèles. Les programmes de TMF intensifs, le plus souvent centrés sur le TCA, regroupent les séances de thérapie en blocs de jours ou sur une semaine entière, selon les programmes (Eisler, 2005; Gelin et al., 2015; Hollesen et al., 2013; Scholz et al., 2005). Ces programmes intensifs ont d'ores et déjà montré leur efficacité dans le traitement de l'AM (Eisler et al., 2016; Gelin et

al., 2015; Hollesen et al., 2013). D'autres ont adapté la TMF en séances plus brèves et régulières. Ainsi, en France, l'équipe de l'Hôpital Robert Debré (Paris) a développé un programme plus intégratif, proposé en adjonction à un programme de soins pluridisciplinaire et délivré sous forme de séances bimensuelles de deux heures pendant neuf mois. Leur programme est à la fois centré sur la gestion symptomatique mais aussi sur les relations familiales. Cette forme de TMF a également obtenu des résultats positifs dans le traitement de l'AM (Cook-Darzens et al., 2005; Doyen, Cook-Darzens, & Mouren, 2012). Le chapitre 7 de cet ouvrage présente en détails la littérature existante sur l'efficacité de ces différents programmes dans le traitement des TCA chez l'adolescent et le jeune adulte.

Lors de l'élaboration de leurs programmes de TMF respectifs, les équipes de l'IMM et de l'UDJ Michel-Ange ont nourri leur réflexion à partir de références théoriques et pratiques multiples (Asen, Dawson, & McHugh, 2001; Doyen et al., 2012; Gelin et al., 2015) en portant une attention particulière à deux modèles : le modèle intensif centré sur l'amélioration symptomatique du *Maudsley Hospital* (Eisler, 2005; voir chapitre 8 de cet ouvrage pour plus de détails sur ce modèle) et le modèle non-intensif intégratif de Cook-Darzens (2007) qui est à l'origine du programme de TMF de l'hôpital Robert Debré (Paris, France) (Cook-Darzens et al., 2005; voir chapitre 9 du présent ouvrage pour plus de détails). Ce choix a été motivé par la reconnaissance de deux mécanismes de changement clés dans le devenir thérapeutique de l'AM : (i) l'amélioration symptomatique et la reprise de poids sont des facteurs essentiels dans le rétablissement du jeune et (ii) les familles sont des agents de changement essentiels, dont les ressources doivent être mobilisées et les dysfonctionnements résolus.

Il est intéressant de noter que malgré un choix similaire d'orientation théorique, ces deux équipes ont développé deux programmes de TMF différents en termes d'intensité et donc de rythme et de contenu de séance. Cela s'explique par le fait que ces deux institutions ont dû adapter leurs programmes à leurs contextes institutionnels (théoriques et pratiques) respectifs.

Pour conclure, pour faire le choix de(s) orientation(s) théorique(s) qui sous-tendront leur programme de TMF, les équipes doivent passer par deux phases : (i) une réflexion collective sur la conceptualisation de la prise en charge des familles d'adolescents souffrant d'AM (prenant en compte les spécificités du parcours de soins, ainsi que l'expérience clinique et l'orientation théorique propre aux équipes) et (ii) la conceptualisation d'un programme de TMF en cohérence avec les conclusions de la première phase. Et, nous insistons sur l'importance de l'étape préalable qui nécessite de connaître le modèle de compréhension de

l'AM de l'institution. Si ce modèle n'est pas clairement et explicitement formalisé, il n'est pas dicible. Il s'agira alors, pour les équipes, de retracer l'historique de la théorie du soin de l'institution. Un travail considérable, mais ô combien nécessaire.

3. La définition du cadre du programme de TMF

Trois questions à se poser

Nous proposons ici aux équipes de se poser trois nouvelles questions qui les aideront à définir le cadre de leur programme de TMF : (i) un format intensif ou non intensif ? (ii) quel nombre de séances ? et (iii) quel horaire et quelle durée de séance ?

Un format intensif ou non intensif ?

Deux grands types de questions permettent de faire un choix entre ces deux approches qui comportent chacune leurs avantages et inconvénients. Premièrement, des aspects purement logistiques sont à prendre en compte : quelles sont les disponibilités des locaux, quelles sont celles de l'équipe thérapeutique d'une part, et celles des familles d'autre part ? Deuxièmement, quels sont les objectifs et quelle place la TMF occupera-t-elle dans le parcours de soins des familles ?

Les programmes de TMF développés par les équipes de l'IMM et de l'UDJ Michel-Ange ont tous deux été pensés comme des thérapies adjuvantes à des programmes de soins pluridisciplinaires. Toutefois, comme cela a été précédemment développé, les modalités de soins proposés dans ces deux institutions diffèrent : en ambulatoire ou en hospitalisation à temps complet à l'IMM et en UDJ intensif à la FSEF. Les modalités du suivi de l'IMM ne sont pas compatibles avec l'importante disponibilité nécessaire aux approches intensives, alors que la durée limitée et l'intensité des soins proposés par l'UDJ Michel-Ange justifient pleinement le choix d'un programme plus intensif et limité dans le temps. Paradoxalement, les modalités intensives et non-intensives de TMF permettent toutes deux de faire bénéficier de cette thérapie à un public plus large, selon le contexte institutionnel dans lequel elle est implantée. En effet, quant à l'IMM l'approche intensive est vécue comme trop contraignante autant pour les familles que pour l'institution, c'est l'approche non-intensive, qui s'inscrit dans une temporalité plus longue, qui est perçue comme impraticable à l'UDJ.

Quel nombre de séances ?

Pour répondre à cette seconde interrogation, outre le choix fait entre un format intensif ou non-intensif, la place donnée à la TMF dans le parcours de soins et le rythme de l'institution

sont, une fois encore, à prendre en compte. La question est donc la suivante : à quels besoins dans la prise en charge des familles vient répondre la TMF ? La réponse à cette question va à la fois déterminer la nature de ses objectifs thérapeutiques et, naturellement, le nombre de séances nécessaires pour y répondre. La question des objectifs thérapeutiques dépend également des axes travaillés dans les autres espaces de la prise en charge. La TMF est-elle par exemple le lieu où est abordée la gestion des repas en famille ? Ou bien est-ce le lieu privilégié pour inclure la fratrie dans la prise en charge ? Concernant le rythme de l'institution, il dépend de la nature du soin qui y est proposé : est-ce une prise en charge en ambulatoire, en hospitalisation temps complet, intensive ou non, etc. ?

Comme cela a été précédemment décrit, les rythmes de l'IMM et de la FSEF diffèrent fondamentalement. Le contexte de recherche dans lequel le programme de TMF de l'IMM a été développé détermine la fréquence de ses séances. Celle-ci doit être semblable à celle de la TFS déjà incluse dans le programme de soins (c'est-à-dire une séance par mois), de manière à pouvoir comparer ces deux approches. Tandis que l'UDJ Michel-Ange imagine en première approche un programme condensé (3 journées, puis une séance à distance de ces journées) en cohérence avec le caractère bref et intensif de leur prise en charge.

Quel horaire et quelle durée de séance ?

Cette dernière question comporte une dimension logistique : à quel moment et pendant combien de temps est-ce possible d'avoir accès aux locaux nécessaires au déroulement de la TMF et de mobiliser l'équipe thérapeutique et les familles ? De plus, dans le cas de l'AM, une attention particulière doit être portée à l'horaire choisi de manière à ne pas empêcher la régularité des repas et veiller à ce que le message thérapeutique envoyé aux familles soit cohérent avec la prise en charge du TCA de l'adolescent.

L'IMM propose des séances d'une durée de 3 heures en fin de journée sans que cela n'interfère sur l'horaire du diner. Tandis que l'UDJ Michel-Ange propose des journées entières dont les horaires sont les mêmes que ceux habituellement pratiqués par l'unité et intégrant le repas de midi et si besoin des collations.

Illustration avec le cadre du programme à l'IMM (10 séances de 3h sur 12 mois)

Comme énoncé précédemment, le programme de TMF de l'équipe de l'IMM a la spécificité d'avoir été développé dans le contexte de l'étude multicentrique THERAFAMBEST (Carrot et al., 2019) qui s'applique à connaître l'apport d'un programme de TMF en comparaison à un

suivi en TFS et de déterminer les potentielles meilleures indications pour chacune de ces thérapies. L'équipe a choisi de développer un programme de TMF en adjonction à un dispositif pluridisciplinaire, comme l'est proposée la TFS à l'IMM.

Le programme de TMF de l'IMM est conçu en format non-intensif ; il comporte 10 séances réparties sur une année à raison d'une séance de 3 heures par mois. La fratrie, en tant que partie intégrante du système familial, et également du fait de son rôle d'alliée thérapeutique non négligeable (Cook-Darzens, 2009), est invitée à participer à la TMF à l'exception des séances centrées sur la gestion des repas, qui relève des compétences parentales.

Illustration avec le cadre du programme à l'UDJ Michel-Ange (3 journées consécutives, puis une séance de 3h à distance de ces journées).

Le programme de TMF de l'UDJ Michel-Ange est développé dans un contexte clinique. Ce programme est une adaptation construite à partir de celui de l'IMM. Les deux équipes partagent des fondements théoriques intégratifs avec un focus à la fois sur le TCA et sur les relations familiales. Néanmoins, les influences des approches nutritionnelle, cognitivo-comportementale et psychoéducatrice sont plus marquées dans le programme de l'UDJ. Le rythme des séances et leur contenu ont également été ajustés à sa pratique. Par exemple, les aspects de motivation au changement et d'externalisation de la maladie sont moins présents dans son programme car particulièrement travaillés dans d'autres espaces de la prise en charge de l'adolescent au sein du service. Ainsi, l'équipe de l'UDJ Michel-Ange propose un programme intensif de 3 journées consécutives, puis une séance à distance permettant de faire le point sur l'évolution du TCA d'une part et sur le fonctionnement familial d'autre part, depuis la première séquence de TMF. La fratrie est invitée avec les mêmes limites que celles de l'IMM concernant les repas. L'équipe de l'UDJ étant encore novice dans sa pratique de la TMF, ce programme intensif lui permettra de pratiquer plus rapidement cette modalité de soins et constitue un premier test dans la mise en place de cette nouvelle modalité dans son offre de soins. Les premiers groupes lui permettront d'évaluer l'adéquation du programme développé aux besoins des familles, de manière à en adapter les modalités à l'environnement de l'UDJ.

Pour conclure cette partie, les équipes retiendront qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux diverses questions qu'appellent le choix du cadre d'un programme de TMF. Chaque point est à discuter en équipe de manière à faire les choix les plus pertinents dans le

contexte particulier du programme de soins qu'elle propose. Le tout est de trouver un juste équilibre entre les objectifs thérapeutiques de la TMF (pensés en cohérence avec les autres espaces de l'offre de soins du service) et les moyens logistiques et humains disponibles. De plus, le programme de TMF peut être régulièrement remanié en fonction des familles rencontrées et des expériences des équipes qui le pratiquent. Les premiers groupes de TMF donnent vie au programme en permettant de le tester et de le réajuster en co-création avec les familles.

Conception du programme et rédaction du manuel associé

Nous proposons de détailler la méthodologie utilisée par l'équipe de l'IMM pour la conception de son programme de TMF et pour la rédaction du manuel associé (Duclos et al., 2021). Nous invitons les équipes intéressées par le récit détaillé de la genèse de leur manuel à lire l'article de Minier et collaborateurs (2021). Pour information, Les activités présentées sont majoritairement issues des manuels du *Malborough Service Family* (Asen et al., 2001) et du *Maudsley Hospital* (Eisler, Simic, Blessitt, Dodge, & Team, 2016), ainsi que de l'ouvrage de S. Cook-Darzens (Cook-Darzens, 2007). L'ensemble des phases de conception de leur programme, ainsi que la rédaction du manuel associé, ont été supervisés par S. Cook-Darzens² et S. Criquillion-Doublet³.

Les illustrations proposées dans cette partie sont donc issues de cette expérience. Le message que nous souhaitons transmettre aux équipes est le suivant : cette méthodologie n'est pas la seule existante pour réaliser ce travail et peut être adaptée selon leurs possibilités humaines, logistiques, etc. Nous conseillons d'être supervisés par des thérapeutes expérimentés en TMF à chaque étape de ce travail. Suite au processus détaillé de conception des séances, nous nous attarderons sur la question de la place à donner à la gestion des repas dans un programme de TMF à destination des familles d'adolescents souffrant d'AM.

² S. Cook-Darzens est psychologue clinicienne, docteure en psychologie et thérapeute familiale. Elle a été co-responsable de l'Unité des TCA dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital Robert Debré, où elle a été à l'initiative de la conceptualisation et de la mise en place de la TMF.

³ S. Criquillion-Doublet est psychiatre et psychothérapeute. Elle a été responsable de l'Unité TCA à la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (Hôpital Sainte-Anne), où elle a mis en place un programme de TMF pour adultes.

1. Processus détaillé de la conception des séances

Afin de concevoir un programme et rédiger le manuel associé, nous proposons une méthodologie en deux phases :

1. Première mouture : une fois le ciblage thérapeutique défini (relationnel et/ou centré sur le symptôme), il s'agit de définir les objectifs généraux du programme puis de les décliner en objectifs thérapeutiques spécifiques à chacune des séances qui orientent les activités pour les atteindre.
2. La seconde phase permet de tester la faisabilité du programme. Pour ce faire, plusieurs possibilités s'offrent aux équipes : l'utilisation de jeux de rôle (*Let's play*), l'utilisation d'un groupe test (*In vivo*) ou bien la succession des deux.

*Let's play*⁴ : cette phase permet de tester la faisabilité du programme lors de jeux de rôle pour lesquels des soignants jouent le rôle de familles face à une équipe thérapeutique. Idéalement, les séances de jeux de rôle sont enregistrées par vidéos avec l'accord de l'ensemble des participants. Cela permet de faire évoluer le *Let's play* vers un *Walkthrough*⁵ qui prend la forme d'une supervision.

In vivo : le test de la faisabilité du programme est réalisé en conditions réelles. Idéalement, les séances sont enregistrées par vidéos avec l'accord des familles, afin de permettre un second travail de supervision.

Nous utilisons, pour illustrer cette méthodologie, la première séance du manuel de TMF développé par l'IMM. Nous invitons les équipes thérapeutiques à consulter le manuel en accès libre pour avoir une description détaillée de l'ensemble du programme et de chacune de ses activités (Duclos et al., 2021). Celles-ci ne sont pas décrites en détail dans le déroulé qui suit.

Phase 1 : Première mouture

Afin de définir le contenu de chacune des séances de leur programme de TMF, nous proposons aux lecteurs, de se poser les deux questions suivantes :

⁴ En référence, dans le domaine des jeux vidéo, aux vidéos qui documentent une session de jeu en se focalisant sur le point de vue du joueur et sur ses réactions face au jeu.

⁵ En référence, dans le domaine des jeux vidéo, aux séries de vidéos commentées qui ont pour objectif de guider le joueur et de lui présenter des solutions aux énigmes rencontrées.

1. A quels objectifs thérapeutiques spécifiques cette séance doit-elle répondre (en cohérence avec la progression des objectifs généraux de la TMF au cours du programme) ?
2. Pour chacun des objectifs spécifiques, quelles sont les activités disponibles pour y répondre ?

Concernant cette seconde interrogation, il peut être intéressant de proposer un manuel avec des activités principales et des activités alternatives qui répondent à un même objectif. Cela permet de refléter les orientations théoriques et les expériences et habitudes de travail différentes qui coexistent au sein d'une même équipe et donne de la souplesse dans la mise en œuvre de la thérapie. La créativité des thérapeutes peut ainsi s'exercer en fonction de leurs appétences et du groupe qui s'offre à eux (certaines activités alternatives étant par exemple plus adaptées à des groupes avec des individus perçus comme inhibés).

La première séance du programme de l'équipe de l'IMM comporte trois objectifs : (i) faire connaissance et initier une cohésion de groupe, (ii) étayer la confiance dans le modèle thérapeutique et (iii) explorer les attentes des familles vis-à-vis de la TMF. Cette séance a été nommée « Briser la glace ».

Au terme de cette phase de première mouture, la séquence de cette séance est la suivante :

- *Présentation de la prise en charge et des règles de bon déroulement de la séance.*
- *Faire connaissance et initier une cohésion de groupe.*
 - *Activité principale : Ballon lancé⁶.*
 - *Activité alternative : Présentation croisée par binôme de personnes ou de familles.*
- *Étayer la confiance dans le modèle thérapeutique.*
 - *Activité : Visite de la « famille vétérane ».*

Cette activité permet la transmission d'expérience en donnant confiance dans le modèle thérapeutique proposé tout en motivant au changement et en consolidant la construction de l'alliance du groupe autour d'un but commun.

⁶ Pour cette activité, les participants placés en cercle ont pour consigne de se lancer un ballon. Celui qui attrape le ballon doit dire quelque chose de lui. Chaque participant doit également mémoriser ce qu'a dit la personne qui lui a lancé le ballon, de manière à pouvoir par la suite le restituer en groupe entier.

- *Explorer les attentes des familles vis-à-vis de la TMF.*

Cet objectif n'est pas associé à une activité ciblée. Il s'agit d'une discussion collégiale sur le sujet.

Phase 2 : *Let's play* et/ou *In vivo*

Suite à la première mouture du programme, les équipes ont trois questions à se poser :

1. Notre programme est-il faisable ?
2. Quel est le vécu des familles et de l'équipe thérapeutique de ce programme ?
3. Quels ajustements devons-nous faire en termes de choix d'activités pour bien répondre à chacun des objectifs spécifiques ?

Nous proposons aux équipes deux méthodes pour répondre à ces questions. La première, que nous nommons *Let's play* prend la forme de jeux de rôle filmés. Une équipe thérapeutique peut ainsi tester le programme de TMF auprès de soignants jouant le rôle de familles. A l'issue des jeux de rôle, les soignants-acteurs sont sollicités pour donner leurs avis et ressentis. La synthèse de leurs retours et les enregistrements vidéo servent de base au travail de supervision (*Walkthrough*). Ce travail permet de revoir la première mouture et de faire évoluer chacune des séances du programme.

La seconde option, nommée *In vivo*, est de tester le programme en situation réelle. Nous conseillons aux équipes de débiter avec un petit groupe de familles (5 à 6 idéalement) si leur pratique de la TMF est nouvelle. Néanmoins, il faudra veiller à ne pas avoir un groupe trop restreint (inférieur à 5 familles) qui freine les processus qui sont à l'œuvre en TMF. Comme c'est le cas pour l'option *Let's play*, les enregistrements vidéo des séances, pour lesquels l'ensemble des participants doit donner son accord, serviront de base à la supervision de ce premier groupe pilote. Le test en conditions réelles permet de réaliser de nouveaux ajustements au programme.

L'équipe de l'IMM a testé son programme en utilisant successivement ces deux méthodes.

Reprenons ici l'exemple de la première séance de leur programme. Lors de la phase *Let's play*, l'activité du *ballon lancé*, initialement prévue afin de répondre au premier objectif de séance (*faire connaissance et initier une cohésion de groupe*) a été vécue comme inconfortable, anxigène et frustrante par les soignants-acteurs. Lancer le ballon a été perçu

comme menaçant par plusieurs d'entre eux. L'exercice de mémorisation des propos de la dernière personne qui a lancé le ballon a créé de l'anxiété chez les soignants-acteurs. Dès lors, cet exercice ne répondait plus à l'objectif d'échanges puisque les soignants-acteurs étaient plus focalisés sur la mémorisation que la rencontre. Enfin, ils ont eu le sentiment de ne pas avoir eu assez d'informations sur les autres participants à l'issue de cette activité. L'équipe a donc décidé de la supprimer et de ne garder que son alternative : *la présentation croisée*. Cette activité comporte deux modalités : en binôme de personnes ou en binôme de familles. La seconde modalité est notamment adaptée aux groupes les plus inhibés. En plus de supprimer l'inconfort et l'anxiété qu'induisait le lancer de ballon, *la présentation croisée* permet à la fois d'obtenir plus d'informations sur chacun des participants mais également d'obtenir une représentation de chacune des familles lors du retour en groupe entier.

Concernant le second objectif de cette séance (*étayer la confiance dans le modèle thérapeutique*), *Let's play* et *In vivo* ont permis de souligner l'importance pour l'équipe thérapeutique d'être attentive à deux points lors de la *visite de la « famille vétérane »* : (i) la nécessité des temps de briefing, d'accueil et de débriefing de la « famille vétérane » et (ii) l'importance pour l'équipe thérapeutique de se placer en retrait des échanges qui ont lieu entre les familles tout en restant disponibles. En effet, cela permet d'instaurer un climat sécurisant pour la « famille vétérane » et de confiance mutuelle entre elle et les co-thérapeutes. De plus, lors de l'expérience de l'IMM, du fait d'une mauvaise compréhension de l'objectif de la rencontre par la « mère vétérane », les échanges dans le sous-groupe des mères s'étaient centrés sur le parcours de soins de la « fille vétérane » plutôt que sur l'expérience de la TMF de la mère. Le briefing est donc un temps primordial pour que l'objectif de la rencontre soit rempli. Par ailleurs, au moment du debriefing, la « fille vétérane » s'est dite soulagée d'avoir bénéficié de l'aide ponctuelle d'un thérapeute pour faire circuler la parole dans son sous-groupe où les adolescentes étaient plus inhibées.

Enfin, le troisième objectif de cette séance (*explorer les attentes des familles vis-à-vis de la TMF*) ne comportait pas d'activité spécifique car il avait été choisi d'aborder leurs attentes sous forme d'une discussion collégiale. Toutefois, la supervision et le retour des soignants-acteurs du *Let's play* ont mis en exergue la nécessité de médiatiser l'expression des attentes des familles vis-à-vis de la TMF. Pour ce faire, l'équipe a ajouté une activité avec l'utilisation d'un photolangage (Picture this[®], Deal, 2007). En plus de cette activité principale, une activité alternative a également été ajoutée : le *ballon roulé*. Pour cette dernière, l'équipe a modifié les modalités et l'objectif du *ballon lancé* de manière à ce que les participants disent une chose qu'ils souhaitent trouver dans l'espace de la TMF lorsqu'ils reçoivent le ballon à leurs pieds.

Ainsi, notre expérience nous a montré qu'une même activité peut servir différents objectifs. Nous conseillons donc aux équipes de prendre le temps de réfléchir à comment elles souhaitent utiliser les outils dont elles disposent en se libérant des formules prêtes à l'emploi. Et nous déconseillons l'utilisation des discussions collégiales en tant qu'activité car cela se révèle trop souvent un frein à la dynamique de groupe : nous recommandons que chaque objectif spécifique fasse l'objet d'une ou plusieurs activités.

2. Illustration avec la place de la gestion de la symptomatologie alimentaire

La symptomatologie alimentaire tient une place centrale dans l'ensemble des programmes de TMF à destination des adolescents souffrant d'AM et de leurs familles (voir chapitre 18 de cet ouvrage). Si les programmes de TMF pour les jeunes adultes sont majoritairement d'orientation relationnelle ou intégrative (voir chapitre 7 du présent ouvrage), ils offrent également un format propice à la dimension psychoéducative et au ciblage alimentaire (comme le programme de TMF de C. Wierenga et W. Kaye, décrit dans le chapitre 13 de cet ouvrage).

La thématique de la gestion du comportement alimentaire renvoie notamment à la gestion des repas, qui relève des compétences parentales dans l'alimentation de l'enfant au quotidien. Il existe une multiplicité de façons de faire pour aborder la gestion des repas en TMF. Comme les équipes le comprendront à l'issue du chapitre 18 du présent ouvrage, la place du repas thérapeutique au sein d'un programme de TMF reste complexe. Néanmoins, lors de la conception de son programme, l'équipe de l'IMM a dû faire des choix théoriques et pratiques pour répondre à cette question. Le chapitre 18 soulève un nombre important de questions. Nous avons fait le choix ici de nous pencher sur deux questions qui nous paraissent centrales : quand et comment la thématique de la symptomatologie alimentaire doit-elle être abordée au sein du programme de TMF ?

Quand ?

Les familles sont accompagnées par l'équipe thérapeutique tout au long du déroulé du programme de TMF. Le canevas de la thérapie est garant de la progression des objectifs généraux du programme qui se déclinent en objectifs spécifiques à chacune des séances. Dans le programme de l'équipe de l'IMM, les objectifs généraux initiaux se centrent sur la dynamique de groupe, la compréhension de la maladie et la communication intra-familiale. Le travail des ressources individuelles et familiales fait la jonction entre les objectifs initiaux et

de mi-thérapie. Ces derniers se centrent ensuite sur les styles d'ajustement de chacun à la maladie, les conflits familiaux et la gestion de l'alimentation. Enfin, les objectifs généraux de fin de thérapie concernent le décentrage de la famille vis-à-vis de l'AM, l'adoption d'une attitude d'espoir réaliste vis-à-vis du futur, les ressources et compétences de la famille, l'autonomisation de chacun et la séparation avec le groupe.

Ainsi, la question de la gestion de la symptomatologie alimentaire est spécifiquement abordée au milieu du programme. En effet, la séance 5 (intitulée « Faire face à l'AM ») est la seule séance à dimension psychoéducatrice du programme qui permette aux familles de travailler la problématique de la gestion parentale des repas en termes de soutien et d'accompagnement de l'adolescent. Les objectifs spécifiques de cette séance sont de *réfléchir autour des dimensions conflictuelles causées par l'AM* et de *développer de nouvelles ressources parentales dans la gestion de l'alimentation de leur enfant*. A ce stade, la cohésion de groupe est constituée et l'alliance thérapeutique établie. Ce qui permet d'obtenir un climat de confiance suffisant pour aborder cette question. En complément, le programme de l'équipe de l'IMM permet aux familles d'aborder la thématique de la symptomatologie alimentaire à partir de nombreuses activités sans qu'elle ne soit spécifiquement questionnée par l'activité. L'équipe souhaite ainsi trouver un équilibre entre des activités qui laissent la possibilité aux familles d'aborder la thématique de la gestion des repas et un temps bien défini de psychoéducation sur cette problématique. Cet abord à la 5ème séance peut paraître tardif et le volume du contenu psychoéducatif insuffisant. Il faut toutefois avoir à l'esprit que ce programme de TMF a la particularité de s'intégrer à une prise en charge globale qui comporte déjà un abord nutritionnel individuel.

Comment ?

Afin de nourrir leur réflexion autour de la méthode à utiliser pour aborder la question de la gestion des repas thérapeutiques en TMF, nous invitons les équipes à se référer au chapitre 18 de cet ouvrage qui propose un guide pratique sur cette question. L'équipe de l'IMM s'est spécifiquement posé les questions suivantes lors de l'élaboration de leur séance 5 :

1. Comment évaluer la cohérence parentale dans la gestion des repas ?
2. Comment aider les familles à repérer les stratégies les plus appropriées (fermeté, cohérence, tonalité affective empathique et bienveillante, etc.) et les encourager ?

3. Comment aider les familles à repérer et modifier les points de difficultés ou les stratégies inefficaces ?

Le choix a été fait de travailler la gestion des repas par le biais de jeux de rôle compte tenu du format de la TMF (une séance de 3 heures par mois) qui rend difficile la prise de repas sur le temps de la séance. La séquence de la séance 5 de leur programme est donc la suivante :

- *Explorer la cohérence de l'équipe parentale.*
→ *Activité : Stratégies adoptées lors des repas.*

Dans un premier temps, parents et adolescents discutent et listent les stratégies aidantes qu'ils mettent en œuvre lors des repas et celles qui ne le sont pas. Puis, dans un second temps, un extrait d'un témoignage d'une famille issu du film *Un soutien au repas efficace. Guide pour les familles et les amis* de P. Leichner est diffusé (Leichner, 2008). Il sert de support à une discussion au terme de laquelle les familles choisissent les stratégies qu'elles souhaitent ajouter à leur liste initiale.

Le choix spécifique du film de P. Leichner a été fait sur recommandations de S. Cook-Darzens. Néanmoins, il existe d'autres supports tout aussi pertinents. Les équipes peuvent donc faire le choix du matériel avec lequel ils sont le plus à l'aise et en accord. Afin de réaliser cette activité, nous recommandons toutefois l'utilisation d'un média qui enrichit les échanges sur le sujet. L'utilisation de témoignages a de plus la particularité de contribuer à la baisse de l'isolement et de la stigmatisation ressentis par les familles.

- *Valider les stratégies de gestion de repas adéquates & Repérer les défaillances qui doivent être modifiées.*
→ *Activité : Repas fictif en adoption temporaire.*

Cette activité prend la forme d'un jeu de rôle pour lequel est constituée une famille pour un repas fictif : un couple de parents (ou un parent venu seul) incarne le rôle des parents d'un autre adolescent que le leur. Les protagonistes jouent le déroulement d'un repas. Il s'agit pour les parents d'expérimenter l'une des stratégies issues de la liste précédemment établie pour aider l'adolescent à finir son assiette.

Par ailleurs, cette séance spécifique à la gestion des repas est réalisée sans les fratries. L'objectif est d'ainsi d'éviter, ou de sortir de la parentification des frères et sœurs en leur redonnant un rôle adapté.

Conclusion

En conclusion, pour concevoir un programme de TMF nous proposons aux équipes de passer par trois étapes fondamentales que sont la prise en compte du système de soins et du contexte institutionnel, le choix de l'orientation théorique et pratique du programme et la définition du cadre du programme qui permettra d'en définir le déroulé et le contenu des séances (cf. Figure 1). Ce travail de conception d'un programme de TMF gagnera à être associé à la rédaction de son manuel. Si la démarche peut paraître fastidieuse, cela est contrebalancé par la richesse qu'elle apporte. Cette démarche permet l'élaboration d'un programme de soins ainsi qu'une réflexion approfondie sur les références et la théorie du soin qui sous-tendent nos pratiques cliniques. Nous espérons que cette méthodologie pourra être utile aux équipes thérapeutiques désireuses de créer, comme nous, leur propre programme de TMF adapté à leur contexte et que les exemples issus de l'expérience de nos deux équipes leur seront utiles.

Références

- Asen, E., Dawson, N., & McHugh, B. (2001). *Multiple family therapy: The Marlborough Model and its wider applications*. London: Karnac.
- Balsan, G. (2015). L'apport de la psychanalyse dans les prises en charges hospitalières d'adolescents : l'expérience du département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'Institut Mutualiste Montsouris (1963-2015). *Filigrane*, 24(2), 41–56.
- Carrot, B., Duclos, J., Barry, C., Radon, L., Maria, A., Kaganski, I., ... Godart, N. (2019). Multicenter randomized controlled trial on the comparison of multi-family therapy (MFT) and systemic single-family therapy (SFT) in young patients with anorexia nervosa : study protocol of the THERAFAMBEST study. *Trials*, 20(249).
- Cook-Darzens, S. (2007). *Thérapies multifamiliales: Des groupes comme agents thérapeutiques*. Toulouse: Erès.
- Cook-Darzens, S. (2009). La fratrie, dans l'ombre de l'anorexie mentale. *Médecine & Hygiène*, 30(3), 327–352.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Brunaux, F., Rupert, F., Bouquet, M. J., Bergametti, F., & Mouren, M. C. (2005). Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique. *Thérapie Familiale*, 26(3), 223–245. <https://doi.org/10.3917/tf.053.0223>
- Deal, R. (2007). *Picture this®*. Innovative Ressources.
- Delaunay, A. L., Gérardin, P., & Godart, N. (2019). Prise en charge en hôpital de jour des

- adolescents présentant un trouble des conduites alimentaires : revue de la littérature internationale et état des lieux en France. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 67(4), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2019.03.003>
- Doyen, C., Cook-Darzens, S., & Mouren, M.-C. (2012). Multiple family group for young adolescents with anorexia nervosa: A descriptive study. In C. Shapiro (Ed.), *Eating Disorders: Causes, Diagnosis and Treatments* (pp. 127–140). Hauppauge NY: Nova publishers.
- Duclos, J., Carrot, B., Minier, L., Cook-Darzens, S., Barton-Clegg, V., Godart, N., ... & THERAFAMBEST Group. (2021). *Manuel de Thérapie Multi-Familiale pour la prise en charge d'adolescents souffrant d'Anorexie Mentale et de leurs familles*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/350906742_Manuel_de_Therapie_Multi-Familiale_approche_integrative_pour_la_prise_en_charge_d'adolescents_souffrant_d'Anorexie_Mentale_et_de_leurs_familles
- Eisler, I, Simic, M., Blessitt, E., Dodge, L., & Team. (2016). *Maudsley service manual for child and adolescent eating disorders*. Child and Adolescent Eating Disorders Service: South London and Maudsley NHS Foundation Trust. Retrieved from <http://www.national.slam.nhs.uk/wp-content/uploads/2011/11/Maudsley-Service-Manual-for-Child-and-Adolescent-Eating-Disorders-July-2016.pdf>
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 104–131. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00303.x>
- Eisler, I., Simic, M., Hodsoll, J., Asen, E., Berelowitz, M., Connan, F., ... Landau, S. (2016). A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*, 16, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1129-6>
- Gelin, Z., Fuso, S., Hendrick, S., Cook-Darzens, S., & Simon, Y. (2015). The effects of a Multiple Family Therapy on adolescents with eating disorders: An outcome study. *Family Process*, 54, 160–172. <https://doi.org/10.1111/famp.12103>
- Godart, N., Atger, F., Perdereau, F., Agman, G., Rein, Z., Corcos, M., & Jeammet, P. (2004). Treatment of adolescent patients with eating disorders: description of a psychodynamic approach in clinical practice. *Eating and Weight Disorders*, 9, 224–227. <https://doi.org/10.1007/BF03325071>
- Godart, N., Perdereau, F., Rein, Z., Curt, F., Kaganski, I., Lucet, R., ... Jeammet, P. (2006). Resolving a disagreement in a clinical team: Overcoming conflicting views about the

- role of family therapy in an outpatient treatment programme for anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 11(4), 185–194.
- Godart, N., Berthoz, S., Curt, F., Perdereau, F., Horreard, A., Fermanian, J., ... Jeammet, P. (2012). A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. *Plos One*, 7(1).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0028249>
- Haute Autorité de Santé. (2010). *Anorexie mentale : prise en charge*. Retrieved from https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge
- Hendrick, S. (2007). Un modèle de thérapie brève systémique intégrée. In S. Hendrick (Ed.), *Un modèle de thérapie brève systémique* (pp. 34–60). Toulouse: Erès.
- Herpertz-Dahlmann, B., Schwarte, R., Krei, M., Egberts, K., Warnke, A., Wewetzer, C., ... Dempfle, A. (2014). Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet*, 383, 1222–1229.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62411-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62411-3)
- Hollesen, A., Clausen, L., & Rokkedal, K. (2013). Multiple family therapy for adolescents with anorexia nervosa: A pilot study of eating disorder symptoms and interpersonal functioning. *Journal of Family Therapy*, 35(Suppl. 1), 53–67.
<https://doi.org/10.1111/1467-6427.12000>
- Jeammet, P. (1989). Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. Valeur heuristique du concept de dépendance. *Confrontations Psychiatriques*, 31, 177–202.
- Kaganski, I. (2005). La place de la nourriture dans les relations familiales. *Enfances et Psy*, 2(27), 45–52.
- Kazdin, A. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Leichner, P. (2008). *Effective meal support: A guide for family and friends. Un soutien aux repas efficace. Guide pour les proches et les professionnels. Manuel et vidéo. Fondation Sandrine Castellotti. Version française de 2008.*
- Scholz, M., Rix, M., Scholz, K., Gantchev, K., & Thömke, V. (2005). Multiple family therapy for anorexia nervosa : concepts, experiences and results. *Journal of Family Therapy*, 27, 132–141. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00304.x>
- Truijens, F., Zühlke-van Hulzen, L., & Vanheule, S. (2018). To manualize, or not to

manualize: Is that still the question? A systematic review of empirical evidence for manual superiority in psychological treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 1–15.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22712>