

# Automutilation à l'adolescence : quelle est l'utilité de la thérapie familiale ?

## Référence

Cottrell DJ, Wright-Hughes A, Collinson M, et al. A pragmatic randomised controlled trial and economic evaluation of family therapy versus treatment as usual for young people seen after second or subsequent episodes of self-harm: the Self-Harm Intervention - Family Therapy (SHIFT) trial. *Health Technol Assess* 2018;22:1-222. DOI: 10.3310/hta22120

## Analyse de

Imke Baetens, Brussels University Consultation Center (BRUCC); département psychologie, VUB et Tom Poelman, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, UGent

## Question clinique

Quelle est l'efficacité de la thérapie familiale et quelle est sa rentabilité par rapport à la prise en charge classique chez l'adolescent qui s'automutile ?

## Contexte

L'automutilation est définie comme toute forme d'automutilation intentionnelle (comme se couper, se pendre, sauter d'une hauteur, ..) ou d'auto-intoxication non mortelle (comme prendre une surdose de médicaments), indépendamment de la motivation ou de l'intention de se suicider. La **prévalence sur la durée de vie** est estimée à 6,4% (1). Si l'on examine les chiffres de l'automutilation intentionnelle sans intention de se suicider (comme le fait de se gratter, de se couper, de se brûler), on constate des prévalences sur la durée de vie de 18% (2). Une récurrence est rapportée dans 5 à 15% des cas au cours de l'année qui suit le premier incident (3). Chez les adolescents, l'automutilation est associée à une augmentation de la mortalité (quatre fois plus élevée que prévu) et du suicide (dix fois plus élevé que prévu) (4). À côté des facteurs génétiques, biologiques, sociaux, environnementaux et démographiques et des facteurs de personnalité ainsi que de la morbidité psychiatrique (en particulier la dépression) (5), un rôle de cause à effet est également attribué aux facteurs familiaux, tels que les problèmes d'attachement, le manque de soins par les parents, le peu de communication avec les parents et l'exposition aux abus sexuels et aux abus psychologiques (6). De plus, les parents réagissent souvent à l'automutilation de leur enfant en adoptant une attitude de jugement (7). Par conséquent, il y a suffisamment d'éléments pour proposer une thérapie familiale comme traitement de l'automutilation chez l'adolescent.

## Résumé

### Méthodologie

#### Population étudiée

- 832 adolescents ayant entre 11 et 17 ans (âge moyen : 14 ans) qui, après au moins 2 épisodes d'automutilation, ont été adressés par le médecin généraliste à l'hôpital ou à un des 40 services de santé mentale des enfants et des adolescents (*Child and Adolescent Mental Health Services*, CAMHS) participant à l'étude au Royaume-Uni
- critères d'inclusion supplémentaires : dose excessive de drogues ou d'alcool, déclaration claire de l'adolescent selon laquelle il s'agissait d'automutilation, vivre avec un proche
- critères d'exclusion : risque de suicide grave, examen en cours à la protection de l'enfance et de la jeunesse, grossesse, pas de traitement possible dans un CAMHS, déjà en traitement dans un CAMHS, séjour dans un foyer de soins de crise, difficultés d'apprentissage modérées à sévères, impliqué dans une autre étude pendant les six mois précédant le début de l'étude, participation d'une sœur ou d'un frère à l'étude, ou sœur ou frère ayant déjà bénéficié d'une thérapie familiale dans un CAMHS, le jeune et le proche ne maîtrisent pas suffisamment l'anglais.

## Protocole de l'étude

Étude randomisée contrôlée, multicentrique, pragmatique, avec deux groupes d'étude :

- thérapie familiale (n = 415) : pendant 6 mois, les jeunes et leur famille participent à une séance mensuelle d'environ une heure et demie de thérapie familiale par des thérapeutes systémiques qualifiés et expérimentés qui ont suivi une formation standardisée (entre autres au moyen de jeux de rôle) et ont travaillé avec trois ou quatre membres d'une équipe qui était responsable pour plusieurs CAMHS ; au lieu de simplement rechercher les causes du comportement incriminé, le jeune et sa famille ont été amenés à trouver une « manière différente de réagir » aux problèmes sous-jacents
- prise en charge classique (n = 417) : les jeunes reçoivent un traitement individuel et/ou axé sur la famille qui prend en compte les recommandations du NICE et est appliqué dans un CAMHS par différents prestataires de soins ayant des formations théoriques différentes.

## Mesure des résultats

- critère de jugement principal : différence entre les deux groupes quant au nombre de nouveaux épisodes d'automutilation conduisant à une visite à l'hôpital après 18 mois ; exprimée sous forme du **rapport de risque proportionnel de Cox** et vérifiée pour différentes covariables
- critères de jugement secondaires : plusieurs questionnaires qui évaluent les problèmes de comportement (comme le Questionnaire Points forts - Points faibles (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ)), le fonctionnement familial (comme le FAD (*McMaster Family Assessment Device*)) ; la qualité de vie, la dépression et les tendances suicidaires (*voir la liste du tableau*)
- rentabilité
- analyse en intention de traiter.

## Résultats

- critère de jugement principal : après 18 mois, le nombre de visites à l'hôpital pour nouvel épisode d'automutilation ne différait pas de manière statistiquement significative entre les deux groupes (28,4% dans le groupe thérapie familiale versus 24,7% dans le groupe prise en charge classique ; HR de 1,14 avec IC à 95% de 0,87 à 1,49 ; p = 0,33)
- critères de jugement secondaires :
  - au questionnaire SDQ, avec la thérapie familiale, une amélioration statistiquement significative du comportement prosocial est observée par rapport à la prise en charge classique tant après 12 mois qu'après 18 mois (p = 0,0064 et p = 0,0337), ainsi qu'une réduction statistiquement significative des problèmes émotionnels (p = 0,0166 et p = 0,0218), des problèmes avec les jeunes du même âge (p = 0,0366 et p = 0,0092), des problèmes d'internalisation (p = 0,0111 et p = 0,0074) ; il y avait une réduction statistiquement significative des problèmes de comportement et d'externalisation (p = 0,0499 et p = 0,0446) après 18 mois
  - avec la thérapie familiale, une amélioration statistiquement significative est observée dans l'exécution des tâches familiales au questionnaire FAD après 12 mois
  - après 12 mois, il y avait moins d'idées suicidaires dans le groupe thérapie familiale, et ce de manière statistiquement significative (p = 0,0242), mais cet effet a disparu après 18 mois
- rentabilité : si l'on tient compte des **QALY** des jeunes et de leurs proches, la thérapie familiale était plus rentable que la prise en charge classique
- pas de différence quant aux effets indésirables.

Tableau. Critères de jugement secondaires.

Questionnaire	Que veut-on connaître ?	Qui le remplit	Moment
Échelle d'idéation suicidaire de Beck ( <i>Beck Scale for Suicide Ideation, BSS</i> )	Souhait de mourir : intention et intensité actuelle du souhait de mourir et des plans suicidaires	le jeune	en début d'étude, à 12 mois et à 18 mois
Paediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQ-LES-Q)	Qualité de vie du jeune : état général	le jeune	en début d'étude, à 12 mois et à 18 mois
General Health Questionnaire -12 (GHQ-12)	Qualité de vie du jeune : santé mentale	la figure parentale	en début d'étude, à 12 mois et à 18 mois
Children Depression Rating Scale - Revised (CDRS-R)	Dépression : gravité des symptômes dépressifs	le jeune	en début d'étude, à 12 mois et à 18 mois
Questionnaire Points forts - Points faibles (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)	Santé mentale générale et problèmes émotionnels et comportementaux	le jeune et sa figure parentale	en début d'étude, à 12 mois et à 18 mois
Échelle de désespoir pour les enfants	Désespoir : dans quelle mesure les jeunes ont des attentes négatives envers eux-mêmes et envers l'avenir	le jeune	en début d'étude, à 12 mois et à 18 mois
McMaster Family Assessment Device (FAD)	Fonctionnement familial	le jeune et sa figure parentale	en début d'étude, à 12 mois et à 18 mois
Questionnaire sur la famille	Fonctionnement familial : les différentes manières dont les familles essaient de gérer les problèmes quotidiens et d'exprimer leurs émotions	le jeune et sa figure parentale	en début d'étude, à 3 mois et à 6 mois
Suicide Attempt Self-Injury Interview	Dommages corporels rapportés par le patient : facteurs impliqués dans les tentatives de suicide non mortelles et les dommages corporels intentionnels, avec chronologie des épisodes de dommages corporels	le jeune	en début d'étude, à 12 mois et à 18 mois
Inventaire des traits d'insensibilité émotionnelle (Inventory of Callous Unemotional Traits, ICU)	Traits d'insensibilité, traits d'insouciance et traits non émotionnels du jeune	le jeune et sa figure parentale	début d'étude
EQ-5D-3L	Économie de la santé : problèmes de santé dans toutes les dimensions, convertis en services de santé	le jeune	en début d'étude, à 6 mois, à 12 mois et à 18 mois
Health Utilities Index 3	Économie de la santé : qualité de vie en rapport avec le système de classification de l'état de santé, convertie en services de santé	la figure parentale	en début d'étude, à 6 mois, à 12 mois et à 18 mois
Health Economics Questionnaire	Questionnaire sur l'économie de la santé spécifique à l'étude	le jeune et sa figure parentale	en début d'étude, à 3 mois, à 6 mois, à 12 mois et à 18 mois
System for Observing Family Therapy Alliances	Engagement dans la thérapie	le jeune, sa figure parentale et le thérapeute	3 mois

## Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que, par rapport à la prise en charge classique, la thérapie familiale ne réduit pas le nombre de nouveaux épisodes d'automutilation chez les adolescents qui ont été adressés à un CAMHS pour un épisode d'automutilation et qui ont déjà fait au moins un épisode d'automutilation. Il existe des données probantes indiquant que la thérapie familiale réduit l'automutilation lorsque les proches ont signalé des problèmes familiaux. Lorsque les jeunes eux-mêmes ont signalé des difficultés à exprimer leurs émotions, la thérapie familiale ne s'est pas avérée plus efficace que la prise en charge classique. Rien ne prouve que la thérapie familiale soit rentable si l'on considère uniquement les avantages pour la santé des participants, mais elle pourrait bien être rentable si l'on considère les avantages pour la santé des proches. La thérapie familiale a eu un impact positif significatif sur les problèmes émotionnels et comportementaux globaux après 12 mois et après 18 mois.

## Financement de l'étude

Programme « Health Technology Assessment (HTA) » du National Institute for Health Research (NIHR).

## Conflits d'intérêts des auteurs

4 auteurs déclarent qu'ils sont membres ou consultants de HTA ou du NHS.

## Discussion

### Considérations sur la méthodologie

Cette étude pragmatique a été conçue correctement d'un point de vue méthodologique. Le seul critère d'inclusion concernant l'automutilation était la présence d'au moins un épisode d'automutilation dans les antécédents. Les auteurs n'ont pas opté pour la distinction claire entre l'automutilation intentionnelle et la tentative de suicide, comme décrit dans la section 3 des nouveaux critères du DSM 5. De plus, on ne sait pas sur quoi se fonde le critère d'inclusion d'au moins deux épisodes d'automutilation. La randomisation a été effectuée correctement avec stratification en fonction du CAMHS, du sexe, de l'âge (11-14 ans et 15-17 ans), du lieu de vie (à la maison avec les parents/tuteurs ou en institution pour jeunes), nombre de précédents épisodes d'automutilation (2 ou  $\geq 3$ ), type d'automutilation (empoisonnement, dommage corporel ou combinaison). En raison de la nature de l'intervention, il n'a pas été possible que les participants et les thérapeutes ne sachent pas quel traitement était appliqué. Les chercheurs, quant à eux, agissaient en aveugle, ce qui a réduit les risques de **biais d'information**. Le choix du nombre d'admissions à l'hôpital après l'automutilation comme principal critère de jugement est défendable en raison du caractère objectivable, mais il est néanmoins également limitatif. Les jeunes qui ne se présentent pas à l'hôpital après l'automutilation sont en effet ainsi exclus. Une différence dans la réduction des blessures déclarées par le patient aurait probablement donné une meilleure idée de l'efficacité des deux traitements. Comme critères de jugement secondaires, on a opté pour une série de questionnaires à remplir par les participants eux-mêmes. Étant donné que plus de la moitié de ces questionnaires ont été perdus pour le suivi, l'interprétation des critères de jugement secondaires requiert une grande prudence. De plus, en raison du manque de données rapportées par les patients, on ne peut pas déterminer dans quelle mesure le principal critère de jugement a été influencé, suite à la thérapie familiale, par une éventuelle augmentation de la possibilité de parler de l'automutilation au sein de la famille ainsi que de la volonté de demander de l'aide professionnelle, en tant que **facteur de confusion**. Le choix d'un suivi de 6 à 18 mois est tout à fait judicieux. Il se peut en effet que l'efficacité d'un traitement psychothérapeutique de courte durée soit maximale un mois après la fin du traitement, puis s'estompe.

### Interprétation des résultats

Cette étude est la première et la seule à ce jour à enquêter sur l'efficacité et l'efficience de la thérapie familiale chez les jeunes qui s'automutilent. La thérapie familiale n'a pas entraîné de réduction statistiquement significative du nombre d'hospitalisations pour automutilation. Peut-être cette étude n'a-t-elle pas pu montrer un effet supplémentaire de la thérapie familiale par rapport à une prise en charge

classique de haute qualité qui tenait compte des recommandations du NICE existantes et se déroulait dans une structure de soins spécialisés existante (CAMHS). De plus, il est apparu qu'une psychothérapie dans un contexte thérapeutique familial a également été proposée à 21% des participants du groupe bénéficiant d'une prise en charge classique. Cependant, les résultats n'étaient pas différents dans une analyse distincte qui en tenait compte. De plus, la durée de la thérapie familiale (8-10 séances) était différente de la durée moyenne de la prise en charge classique, une covariable importante qui aurait dû être prise en compte. Une **analyse des variables modératrices** a également permis de constater que, chez les adolescents qui éprouvaient des difficultés à parler de leurs sentiments, le risque d'automutilation était accru dans le groupe thérapie familiale. Par ailleurs, il a également été constaté que les familles dont les scores sur l'échelle d'implication affective (intérêt des membres de la famille les uns envers les autres) indiquaient un mauvais fonctionnement familial présentaient un risque d'automutilation réduit avec la thérapie familiale. Cela ne concorde pas avec une autre étude qui vient de suggérer que ce sont justement les familles qui fonctionnent bien qui tirent profit de la thérapie familiale (8). Cela illustre la complexité du problème et peut nécessiter une forme adaptée de thérapie familiale selon le contexte.

## Conclusion de Minerva

Cette étude randomisée contrôlée pragmatique bien conçue, menée au Royaume-Uni, n'a pas pu montrer qu'une thérapie familiale standardisée était plus efficace que la prise en charge classique dans une structure de soins spécialisée pour le traitement des adolescents avec au moins deux épisodes d'automutilation.

## Pour la pratique

Le NICE préconise une formation adéquate pour les professionnels de la santé qui entrent en contact avec des personnes qui s'automutilent. Tant en première ligne qu'en deuxième ligne, toutes les personnes qui se présentent pour automutilation doivent passer un dépistage psychosocial après les soins physiques nécessaires. Les facteurs psychologiques, psychiatriques (dépression et comportement suicidaire) et sociaux sous-jacents doivent être examinés pour estimer le risque d'un épisode ultérieur d'automutilation. Sur cette base, un traitement approprié doit être instauré (9). Cela nécessite une politique de soins bien organisée avec une coopération suffisante entre les différents types d'organisations de soins et de soignants qui va au-delà de la collaboration *ad hoc* autour d'un patient individuel (10). L'étude décrite ci-dessus n'a pas pu montrer que la thérapie familiale structurée était meilleure que la prise en charge classique dans une structure de soins spécialisée et centralisée au Royaume-Uni. Si les jeunes indiquent qu'ils peuvent parler facilement des émotions ou si leurs proches signalent l'existence de problèmes familiaux, une thérapie familiale pourrait être envisagée.

**Références** voir site web