

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2018

N° 2018-168

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en psychiatrie

par

Géraldine LHUILLIER

née le 27 septembre 1988 à Coutances (50)

Présentée et soutenue publiquement le 19 octobre 2018

**Place du scolaire à l'adolescence : cas particulier des jeunes souffrant
d'anorexie mentale et modalités de coordination entre le soin et l'école.**

Exemple du partenariat nantais en pédiatrie et en addictologie.

Président

Monsieur le Professeur Olivier BONNOT

Directrices de thèse

Madame le Docteur Laurence DRENO

Madame le Docteur Emeline EYZOP

Membres du jury

Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Madame le Professeur Christèle GRAS-LE GUEN

« L'école devrait toujours avoir pour but de donner à ses élèves une personnalité harmonieuse, et non de les former en spécialiste. »

Albert Einstein

Mathématicien, Physicien, Scientifique (1879-1955)

Remerciements

À Monsieur le Professeur Olivier Bonnot. Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre respect. Merci pour votre enseignement en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent qui n'a fait que renforcer notre intérêt pour cette discipline.

À Madame le Professeur Marie Grall-Bronnec. Vous nous faites l'honneur de faire partie du jury de cette thèse. Soyez assurée de notre reconnaissance. Merci pour la richesse de votre enseignement, votre disponibilité et vos précieux conseils en particulier pour ce travail de thèse.

À Madame le Professeur Christelle Gras-Le Guen. Vous nous faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Nous vous sommes très reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail.

À Madame le Docteur Laurence Dréno. Je te remercie très sincèrement d'avoir accepté de diriger ce travail avec autant d'intérêt et d'enthousiasme. Merci pour ta confiance, ton soutien et la richesse de tes réflexions. Ton sens clinique est pour moi un exemple.

À Madame le Docteur Emeline Eyzop. Je te remercie profondément d'avoir accepté de te joindre à la direction de ce travail. Merci pour ta grande disponibilité et ton attention malgré mes moments d'incertitudes. La finesse de tes réflexions et ton humilité sont pour moi un exemple.

À tous mes maîtres de stage et aux équipes soignantes avec qui j'ai eu le plaisir de travailler et qui ont favorisé l'émergence de ce travail, en particulier à la pédopsychiatrie de liaison au CHU de Nantes, au CMP/HDJ de pédopsychiatrie de Saint Nazaire, au G07 et au SHIP à Daumezon, à ESPACE, à la psychiatrie 2 (merci à Annabelle et à Béatrice) et 4 à Nantes, à la Maison de Solenn à Paris.

Aux patients qui m'ont tant appris et qui ont nourri la réflexion pour ce travail.

À mes chers parents et à mon frère, pour votre amour et votre soutien sans faille durant ces longues années d'études.

À Julien, pour ta douce présence à mes côtés, ton amour et tous nos projets à venir.

À mes chers grands-parents et à toute ma famille, en particulier à mamie Lily et à mamie Eliane (l'étoile qui veille sur moi).

À mes très chers amis, de médecine ou d'ailleurs, pour toutes ces précieuses tranches de vie passées ensemble et à venir, en particulier à Annelise, Jenny, Maxime, Marion Luce, Julie, Claire, Manu, Julien (une soutenance de thèse le même jour qui l'eut cru ?), Amélie, Marion Broudic, Marion Bertho, Aurélie, Maïlys, Maëliiss, Alexia, Chloé, Anne-Lise, Marie, Anne-Eva, Nico et à ma promotion de choc.

Sommaire

Introduction	15
Partie 1	
Adolescence et scolarité	19
Chapitre 1	
Place de l'école dans le processus de subjectivation	21
1.1 Les missions de l'école	21
1.2 Les grandes étapes du développement psychique à l'œuvre durant la scolarisation de l'adolescent	22
1.3 L'importance du cadre scolaire	34
Chapitre 2	
Les difficultés scolaires à l'adolescence	35
2.1 Les troubles des comportements	35
2.2 Le rapport à la pensée	39
2.3 La phobie scolaire (ou le refus scolaire anxieux)	42
2.4 Du fléchissement scolaire au désinvestissement	43
2.5 L'absentéisme	44
2.6 Le décrochage scolaire	45
2.7 L'idéalisation du savoir et l'hyperinvestissement scolaire	45
Partie 2	
Anorexie mentale et psychopathologie scolaire	47
Chapitre 1	
Généralités sur l'anorexie mentale	49
1.1 Historique	49
1.2 Épidémiologie	52
1.3 Clinique	53
1.4 Étiopathogénie	58
Chapitre 2	
Anorexie et scolarité : quels enjeux ?	67
2.1 La dimension ascétisante de l'école	67
2.2 L'hyperinvestissement scolaire	67

2.3 Le refus scolaire et la déscolarisation	74
2.4 Les relations aux pairs	74

Partie 3

Coordonner le soin et le scolaire chez les jeunes souffrant d'anorexie mentale 79

Chapitre 1

Historique 81

1.1 Les défis de l'intégration scolaire chez les sujets souffrant de troubles psychiques en France 81

1.2 Historique de la coordination du soin et de l'école dans l'anorexie mentale 83

Chapitre 2

Modalités thérapeutiques de l'anorexie mentale : « *un parcours de soin* » 84

Chapitre 3

L'exemple du partenariat soin et école au CHU de Nantes en pédiatrie et en addictologie 87

3.1 Les différents acteurs et leurs rôles dans le partenariat 88

3.2 Organisation temporo-spatiale du partenariat 100

Partie 4

Anorexie mentale et scolarité : illustration du vécu des adolescents 109

Chapitre 1

Matériel et Méthode 111

1.1 Choix de la méthode 111

1.2 Critères d'inclusion 111

1.3 Recueil de données 112

1.4 Présentation des résultats et méthode d'analyse 113

Chapitre 2

Résultats 113

2.1 Description de l'échantillon 113

2.2 Présentation des vignettes cliniques 114

2.3 Analyse thématique 127

Chapitre 3

Discussion 136

Partie 5

Discussion et perspectives 139

Chapitre 1

La place de la prévention à l'école 141

Chapitre 2

Faciliter le partenariat soin-école 145

Chapitre 3

Limites du partenariat 147

Conclusion 151

Bibliographie 157

Annexes 175

Annexe 1

Critères CIM-10 de l'anorexie mentale 177

Annexe 2

Critères DSM-5 de la boulimie 178

Annexe 3

Critères DSM-5 d l'hyperphagie boulimique 179

Annexe 4

Critères DSM-5 du trouble de l'alimentation avec restriction ou évitement 180

Abréviations 181

Serment 185

Résumé 190

Introduction

Les enjeux de l'adolescence dans le développement de l'être humain ont été largement décrits par les chercheurs et cliniciens. L'adolescence se laisse comprendre comme un processus autant clinique, psychologique ou psychopathologique, que social, anthropologique, culturel ou économique, selon le regard posé sur elle (Georgieff, 2013). Pour l'individu, il s'agit notamment d'accroître sa capacité à s'intéresser à sa propre vie psychique pour mieux se connaître et percevoir ses limites parmi lesquelles « *la capacité à « prendre soin de soi » est un facteur fondamental de santé, physique et mentale, actuelle et future* » (Marcelli et Braconnier, 2004). Cette recherche de connaissances est favorisée par l'émergence du raisonnement hypothético-déductif qui vient élargir le champ des possibles. Cette étape suppose de disposer d'assises narcissiques suffisamment solides pour tolérer le doute, d'autant plus que la sexualisation physique et psychique vient également ébranler la représentation de soi.

Au cours de notre internat, nous avons eu la chance de découvrir cette clinique variée, en constant remaniement, passionnante, et « *énergivore* ». En tant que jeune médecin, il nous a semblé que le travail auprès des adolescents nécessitait une rigueur clinique sous-tendue par des connaissances solides mais aussi une grande créativité. Nous avons été impressionnée par l'impact des facteurs environnementaux (familiaux, sociaux, scolaires...) et développementaux sur la psyché, se surajoutant à des ressources internes parfois insoupçonnées.

L'approche intégrative nous a rapidement semblé pertinente dans le soin psychique des adolescents. En ce sens, le travail en partenariat nous est apparu indispensable : au sein même de l'équipe soignante et avec la famille bien sûr, mais aussi avec les autres partenaires de santé, les intervenants des secteurs éducatifs, sociaux, scolaires, ou encore judiciaires en fonction des jeunes. Notre diplôme universitaire « Adolescents Difficiles », réalisé en troisième année d'internat est venu nourrir notre réflexion, en particulier sur l'importance du scolaire à cette période de la vie chez les adolescents qui plus est en souffrance psychique.

En effet, l'école accompagne le développement de l'adolescent depuis sa petite enfance. Elle est le vecteur d'une multitude d'expériences (généralement) structurantes. Elle constitue un lieu majeur pour la socialisation, l'apprentissage de la différence, l'accession à l'autonomie, la régulation des conflits intrapsychiques propres au développement de tout enfant, le support de modèles d'identification, et la découverte du plaisir à penser (Conte et al., 2005). Elle accompagne donc la maturation cognitive, affective, familiale, sociale et physique au moment de l'adolescence.

Les difficultés scolaires rencontrées à l'adolescence sont d'origines diverses. Elles peuvent apparaître, se renforcer ou se pérenniser si elles étaient déjà présentes. Au sein de cette

psychopathologie complexe, l'anorexie mentale se distingue par un « *accrochage* » particulier des symptômes. Nous avons souhaité préciser le rapport qu'entretiennent les adolescents avec l'école, en particulier chez les jeunes souffrant d'anorexie mentale, et réfléchir aux modalités de coordination entre le soin et l'école en nous appuyant sur l'exemple du partenariat nantais en pédiatrie et en addictologie.

Notre thèse se découpe en cinq parties. Dans la première partie, nous allons détailler comment l'école vient accompagner le développement adolescent et quelles difficultés scolaires l'adolescent peut rencontrer. Notre deuxième partie exposera des généralités sur l'anorexie mentale et sa psychopathologie scolaire. Nous développerons ensuite dans notre troisième partie la coordination soin et école dans l'anorexie mentale au regard du parcours de soin, des aspects historiques et de l'exemple du partenariat nantais en addictologie et en pédiatrie au CHU. Puis, notre quatrième partie viendra illustrer le vécu scolaire des adolescents souffrant d'anorexie mentale par une étude qualitative réalisée à partir de trois entretiens et deux groupes de parole thérapeutiques. Enfin, nous discuterons notre travail de recherche théorique et clinique en proposant des axes de réflexion sur la place de la prévention, les outils facilitateurs et les éléments limitants du partenariat.

Partie 1 : Adolescence et scolarité

Chapitre 1

Place de l'école dans le processus de subjectivation

- 1.1 Les missions de l'école
 - 1.2 Les grandes étapes du développement psychique à l'œuvre durant la scolarisation de l'adolescent
 - 1.2.1 Approche neuroscientifique du développement de la pensée à l'adolescence
 - 1.2.1.1 La pensée formelle ou le raisonnement hypothético-déductif
 - 1.2.1.2 La créativité, une composante essentielle de la transformation de soi
 - 1.2.1.3 Aspects neurobiologiques
 - 1.2.2 Développement psychoaffectif de la pensée au travers des apprentissages
 - 1.2.2.1 Mise en place des processus de pensée dans l'enfance
 - 1.2.2.2 Donner du sens : un préalable essentiel pour aboutir à la pensée
 - 1.2.2.3 Place du narcissisme dans le processus d'apprentissage
 - 1.2.2.4 Emergence de la sexualité dans la pensée à l'adolescence
 - 1.2.3 Le corps
 - 1.2.4 L'adolescent entre plusieurs socialisations
 - 1.2.4.1 Entre famille et école
 - 1.2.4.1.1 Évolution de la place et des attentes familiales vis-à-vis de l'école
 - 1.2.4.1.2 D'une socialisation verticale familiale vers l'individuation : le levier scolaire
 - 1.2.4.2 La place des pairs (socialisation horizontale)
 - 1.3 L'importance du cadre scolaire
- 2.1.2 Les comportements agressifs
 - 2.1.3 L'inhibition relationnelle et mutisme sélectif
 - 2.1.4 Le langage du corps
 - 2.1.5 Les perturbations du rythme nyctéméral
 - 2.2 Le rapport à la pensée
 - 2.2.1 Le renoncement à penser
 - 2.2.1.1 Le lien anxieux
 - 2.2.1.2 Le lien d'opposition
 - 2.2.2 L'inhibition de penser
 - 2.3 La phobie scolaire (ou le refus scolaire anxieux)
 - 2.4 Du fléchissement scolaire au désinvestissement
 - 2.5 L'absentéisme
 - 2.6 Le décrochage scolaire
 - 2.7 L'idéalisation du savoir et l'hyperinvestissement scolaire

Chapitre 2

Les difficultés scolaires à l'adolescence

- 2.1 Les troubles des comportements
 - 2.1.1 L'instabilité/agitation

Aborder de façon générale la fonction de l'école dans le processus d'adolescence semble essentiel, avant même d'en évoquer les spécificités chez un sujet souffrant de maladie psychique. De la même façon, une compréhension des difficultés scolaires n'est possible que si l'on connaît les enjeux de l'interaction école-adolescent.

Ainsi, l'école a pour mission de transmettre à l'enfant et à l'adolescent des connaissances, tout en favorisant également son autonomisation psychique. En effet, « *éduquer, c'est adapter l'enfant au milieu social adulte* » (Piaget, 2012).

Chapitre 1

Place de l'école dans le processus de subjectivation

1.1 Les missions de l'école

L'obligation d'instruction apparaît avec les lois Ferry en 1882, pour les enfants de 6 à 13 ans français ou étrangers résidant en France. Dans le même temps, l'école devient gratuite et l'enseignement public laïque. Pour assurer l'instruction, la famille a deux possibilités : scolariser son enfant dans un établissement public ou privé, ou assurer l'instruction elle-même (ce qui nécessite une déclaration préalable). Il ne s'agit donc pas d'une obligation de scolarisation, mais bien d'instruction. **C'est la première fois qu'un tiers (l'instruction) vient obligatoirement séparer l'enfant et sa famille.** Les parents sont donc volontairement mis à l'écart de l'école qui est censée instruire. L'école doit permettre une ouverture sur le monde. On reconnaît que les familles ne sont pas égalitaires dans la distribution des chances des individus. L'âge sera d'ailleurs repoussé à 14 ans en 1936 puis 16 ans révolus en 1959 pour acter encore un peu plus l'importance de l'éducation.

Par la suite, la mission de l'école évolue de la mission d'instruction à celle d'éducation en 1932. Le gouvernement d'Edouard Herriot va en effet rebaptiser l'instruction publique *Éducation Nationale*. Cette appellation sera remise en cause pendant les premiers mois du gouvernement de Vichy, où l'instruction publique fait sa réapparition. Néanmoins, l'Éducation Nationale est rétablie le 23 février 1941 (Ministère de l'Éducation Nationale, 2017).

L'éducation peut être considérée comme le développement des facultés physiques, intellectuelles et morales. En latin, « *educare* » signifie « *élever, instruire, conduire hors* ». Elle peut alors renvoyer non seulement à la transmission de connaissances, mais aussi, au-delà du

seul apprentissage cognitif, aux bonnes manières nécessaires pour vivre ensemble. L'école a donc également une fonction socialisante.

Pour Meirieu, l'éducation engage toujours l'éducateur et son disciple dans une « *relation asymétrique, nécessaire, provisoire, qui vise à l'émergence d'un sujet* » (Meirieu, 2016). Un enfant ou un adolescent ne construira jamais ses propres savoirs seul et le cadre de la pensée doit obligatoirement être fourni par les adultes. L'asymétrie de la relation est un préalable impératif pour garder une position éducative juste et ne pas mettre l'éducateur en position de vulnérabilité.

Néanmoins, « *il faut tout un village pour élever un enfant [...]* » (Meirieu, 2016). Autrement dit, l'éducation n'est pas seulement l'apanage de l'école, elle est également délivrée par la famille mais aussi par une multitude de lieux éducatifs ou « *tiers lieux* » (tissus associatifs, médias, réseaux sociaux...).

Ainsi, l'école favorise une **autonomisation du sujet dans un lieu séparé des parents**. La scolarité accompagne la maturation psychologique de l'enfant et de l'adolescent dans une dimension cognitive, affective, sociale et familiale ainsi que la maturation physique.

1.2 Les grandes étapes du développement psychique à l'œuvre durant la scolarisation de l'adolescent

Si l'enfant va à l'école depuis la maternelle, son rapport à l'école va considérablement évoluer au moment de l'adolescence. Le travail de subjectivation propre à l'adolescence nécessite en effet une articulation entre les différents plans de la personnalité qui concernent la cognition, la relation aux pairs, la relation aux parents ce qui sollicite les assises narcissiques du sujet. L'école se place au centre du processus en accompagnant la maturation cognitive, affective, sociale de l'adolescent. D'ailleurs, c'est bien à l'école que les adolescents passent l'essentiel de leur temps. Un rapport de 2012 de l'INPES basé sur l'enquête HBSC de 2010 soulignait qu'en France, entre 12 et 14 ans, l'adolescent passait 972 heures par an à l'école et à 15 ans 1048 heures (contre respectivement 872 et 886 heures en moyenne dans le reste des pays de l'Union Européenne) (Godeau et al., 2012).

1.2.1 Approche neuroscientifique du développement de la pensée à l'adolescence

1.2.1.1 La pensée formelle ou le raisonnement hypothético-déductif

L'essor affectif et social propre à l'adolescence a bien été décrit par la théorie psychodynamique. En revanche, elle a peu développé l'impact de l'évolution des processus cognitifs sur la psyché. Or, cette période est sous-tendue par une transformation de la pensée correspondant à une véritable révolution cognitive. Pour Marcelli, l'extension du champ de la pensée et la douloureuse limitation de l'appartenance à un seul sexe sont les deux enjeux majeurs du travail psychique du jeune adolescent (Marcelli, 1995).

Ainsi, à partir de 11-12 ans, l'enfant va commencer à **penser le possible et à raisonner abstraitement sans avoir besoin de s'appuyer sur des manipulations comme par le passé**. Survient alors un changement de niveau avec l'apparition de la pensée formelle et du raisonnement hypothético-déductif.

Les opérations concrètes reviennent à classer, sérier, dénombrer ou encore décomposer les objets de la réalité concrète. En fait, *« les opérations formelles [...] constituent exclusivement la structure de l'équilibre final vers lequel tendent les opérations concrètes lorsqu'elles se réfléchissent en systèmes plus généraux combinant entre elles les propositions qui les expriment »* (Piaget, 2012). Elles comprennent les notions d'identité, de négation, de réciprocité, de négation de la réciprocité, de probabilité et d'expérience.

Autrement dit, la pensée formelle s'appuie sur un matériel symbolique, sur des systèmes conventionnels tels que le langage ou le symbolisme mathématique, l'expression des idées et des représentations. Elle permet, grâce à des hypothèses et des déductions, d'accéder à un raisonnement libre et détaché du réel, et surtout d'élaborer des idées générales et des théories abstraites.

Pour certains chercheurs cognitivistes, tout se passe comme si le développement de cette forme de pensée logique résultait de la seule maturation des structures cérébrales. Il n'y aurait pas d'intégration au travail psychique de l'adolescence. Or, selon Piaget, cette nouvelle potentialité permet bien d'élaborer des *« systèmes ou plans de vie »*, conduisant à alimenter sur le plan affectif un sentiment de puissance et marquant un véritable *« envol de la pensée »* qui devient source de plaisir (Piaget, 1964).

En effet, ce nouveau mode de pensée va permettre d'accéder à la **réflexivité**. Cette notion correspond à la capacité à réfléchir, à faire des liens, afin d'élaborer des théories générales et d'en déduire des lois pour sortir du domaine de la croyance. Or, il s'agit bien là de

la finalité de l'adolescence : permettre la subjectivation du sujet. D'ailleurs, Jeammet souligne que cette fonction réflexive correspond à l'apogée des capacités cognitives : « *l'âge de raison* » (Jeammet, 2016). L'adolescent a conscience de lui-même en tant que sujet, différent des autres, de ses parents notamment (Jeammet, 2009).

Pour Piaget, cette nouvelle potentialité cognitive **précéderait la sexualisation de la pensée de quelques mois**. Au vu de la complexité des processus de pensée, il faudrait entre **cinq et six ans (de 10 ans à 15 ans environ) pour que l'adolescent réussisse à maîtriser l'abstraction**. Comme le souligne Catheline, connaître cette notion en clinique permet d'avoir une idée du temps dont nous disposons pour faire accéder le jeune adolescent à ce type de pensée (Catheline, 2001). À l'école, c'est à partir de la classe de quatrième que l'enseignement repose sur l'abstraction, la majorité des élèves ayant acquis le raisonnement abstrait ou étant en capacité de l'acquérir à cet âge.

1.2.1.2 La créativité, une composante essentielle de la transformation de soi

La créativité est la « *capacité à réaliser une production qui soit à la fois nouvelle et adaptée au contexte/domaine dans lequel elle se manifeste* » (Barbot et Lubart, 2012). Même si les bases de la créativité sont posées pendant la petite enfance, elle prend réellement forme au moment de l'adolescence et se consolide. Elle participe à la **construction d'une identité différenciée et cohérente** (Rothenberg, 1990). Elle émerge selon deux processus cognitifs principaux décrits par Guilford : la pensée divergente exploratoire (recherche de manière pluridirectionnelle de solutions ou d'idées à partir d'un problème) et la pensée convergente intégrative (faire la synthèse à partir d'éléments hétérogènes, pour former un tout unique et cohérent) (Guilford, 1950). Elle s'appuie en cela sur la pensée formelle. D'autres facteurs individuels motivationnels tels que l'ouverture aux expériences, la prise de risque, la motivation intrinsèque ou des facteurs individuels émotionnels servent aussi de support à la créativité. Les facteurs environnementaux (conditions matérielles, culture, environnement social) ont également une influence notable (Barbot et Lubart, 2012).

La créativité semble **essentielle à soutenir dans le processus de transformation de soi propre à l'adolescence**. Elle intervient en effet à trois niveaux : en favorisant les processus de pensée impliqués dans la formation identitaire, en permettant de développer et maintenir une représentation positive et créative de soi, en facilitant l'expression de soi sur des supports d'intérêts dans lesquels l'adolescent s'est engagé (Barbot et Lubart, 2012).

1.2.1.3 Aspects neurobiologiques

Deux grands types de modifications cérébrales propres à l'adolescence ont été mis en évidence. La première modification correspond au **processus de maturation et de myélinisation tardive**, qui concerne particulièrement les structures frontales et se termine seulement au début de l'âge adulte. On sait que les structures frontales ont un rôle majeur pour la planification de l'action, l'anticipation des conséquences des comportements, la compréhension des règles sociales et l'inhibition des comportements inadaptés. La deuxième est **une phase de synaptogénèse et de création intense de connexions synaptiques en excès, suivie d'un processus de mort cellulaire et de réduction de synapses (« élagage »)**. C'est ce que Freud percevait comme le modèle de la sculpture, par soustraction dans une masse en excès. Ce phénomène permet un remodelage de la structure cérébrale et de ses connexions. Il reproduit le même processus que chez le bébé qui aboutit au début de l'enfance à une première organisation des voies et connexions synaptiques. Tout se passe comme si le cerveau devait se réorganiser en fonction de nouvelles contraintes ou de règles, endogènes (sexualisation et développement psychique propre) et exogènes (nouvelles règles sociales auxquelles l'adolescent doit se soumettre). On voit bien **l'impact de l'environnement, en particulier des interactions avec ce dernier**, sur la psyché même si les compétences intrinsèques sont aussi importantes pour le développement (Georgieff, 2013).

1.2.2 Développement psychoaffectif de la pensée au travers des apprentissages

Selon le cognitiviste Wallon, si la tranche d'âge des 6-11 ans serait dominée par l'investissement intellectuel, l'adolescence se caractériserait par une **primauté des questionnements existentiels et des préoccupations affectives** car l'individu possède les compétences cognitives pour supporter ces mouvements internes (Wallon, 1941).

Il convient donc de détailler plus précisément le développement psychoaffectif de la pensée.

1.2.2.1 Mise en place des processus de pensée dans l'enfance

Chez tout être humain, il semble exister un véritable **désir de savoir, une pulsion de connaissance** qui prend racine chez le tout petit enfant.

Il peut connaître deux modalités d'expression : la **soif de connaissances** et la **faim d'informations**. Ces deux niveaux de désir vont rester intriqués tout au long de l'existence (Meltzer, 1977).

La soif de connaissance est d'origine primaire et apparaît très précocement chez le tout-petit, bien avant l'Œdipe. Elle renvoie au désir de posséder l'objet et son contenu, même si cela doit passer par le détruire. Elle s'accompagne également d'un plaisir à la vision de l'objet. Elle correspondrait à une tentative d'emprise sur le monde. C'est la pulsion épistémophilique décrite en psychanalyse (Fernandez et Petit, 2014).

La faim d'informations émerge pendant l'Œdipe. Il s'agit du désir de s'approprier un savoir sur l'objet. Il ne s'agit pas de le détruire pour autant. En revanche, on peut trouver une note de rivalité avec les images parentales auxquelles le sujet s'identifie.

Au début, le bébé a besoin de l'autre pour penser ses propres perceptions, qu'on lui prête son « *appareil à penser les pensées* » (Bion, 1979). L'adulte assure le holding émotionnel tandis que le bébé se consacre à la régulation de ses états de vigilance. Pour la psychanalyse, la qualité de la relation à la mère sous-tendrait tout processus de connaissance et donc la naissance de la pensée propre. En effet, si la mère est trop présente ou manifeste trop d'amour, l'enfant ne pourra accéder à sa représentation et supporter son absence. A l'inverse, si la mère est trop imprévisible, négligente ou maltraitante, l'enfant ne pourra pas non plus se la représenter et développer sa pensée. L'enjeu est donc d'être une mère ou une figure d'attachement « *suffisamment bonne* » comme l'a bien décrit par Winnicott (Winnicott, 1956). La pensée apparaît comme un acte de réparation symbolique face à la discontinuité imposée de la relation du sujet avec ses objets externes (la mère au départ) (Golse, 2006).

1.2.2.2 Donner du sens : un préalable essentiel pour aboutir à la pensée

Pour s'approprier la connaissance, l'énigme de la différence des sexes, de l'origine de la vie, le sujet doit accomplir un travail d'attribution du sens auquel Freud attache une importance primordiale. Le cognitiviste Gibello insiste sur **l'importance des contenants de**

pensée qui participent au développement progressif de la pensée. Il s'agit de « *moyens dynamiques par lesquels se construit le sens [...] On peut faire une analogie entre une traduction simultanée et un contenant de pensée : sans traducteur, le sens d'un discours prononcé dans une langue que nous ignorons demeure impénétrable, bien que nous entendions parfaitement les paroles prononcées par l'orateur.* » (Gibello, 1991)

Gibello définit trois types de contenants de pensée : les contenants **archaïques** fantasmatiques, cognitifs ou narcissiques (avant l'apparition du langage), les contenants **langagiers** et les contenants **culturels, groupaux et sociaux**. Ces derniers ont une importance primordiale chez l'enfant et l'adolescent : « *tout se passe comme si la pensée individuelle était modelée par des « récits » ou des mythes construits par les communautés auxquelles appartient le sujet.* » Certaines représentations seront valorisées ou négligées, d'autres seront encouragées ou proscrites et ce, selon les groupes d'appartenance. Ceci génère alors un véritable modelage de la pensée, qui a tendance à influencer la représentation que le sujet a de lui-même (Gibello, 1991).

1.2.2.3 Place du narcissisme dans le processus d'apprentissage

Découvrir une pensée sur soi à l'adolescence est source d'enrichissement puisqu'elle permet au sujet de nuancer ses jugements, d'accéder à ses émotions, de prendre du plaisir à penser. L'activité de pensée consolide les assises narcissiques chez l'être humain puisque le fait de **se sentir penser concourt à l'instauration d'une certaine continuité du sentiment d'exister** décrit par Winnicott (Golse, 2006).

Pour autant, lors de l'apparition de la pensée formelle, il survient un « *écroulement du socle de l'évidence* » (Mijolla-Mellor, 1998) : l'adolescent va percevoir ses faiblesses, ses limites, accéder au doute, et le regard des autres va prendre une place majeure.

Le plaisir à utiliser cette nouvelle pensée dépendra de l'absence de conflits psychiques et de l'existence d'assises narcissiques suffisamment solides (Piaget, 1964 ; Catheline, 2012). En particulier, l'opinion que se fait l'enfant de ses connaissances et de ses capacités d'acquisition joue un rôle important (Gibello, 1991 ; Catheline, 2001). On voit bien la nécessité que l'enfant ait connu un plaisir à penser, un désir de savoir suffisamment forts en période de latence et l'importance de l'estime de soi.

En effet, le processus d'apprentissage nécessite l'abandon de certains modes de pensée afin d'en adopter d'autres beaucoup plus complexes : il s'agit d'accepter de laisser de côté ce que l'on sait avant même d'accéder à ce qu'on va savoir. Il faut donc que le jeune adolescent soit en mesure de tolérer le doute, ce d'autant que l'émergence de la sexualité va venir à nouveau ébranler le narcissisme du sujet.

Selon Catheline (Catheline, 2001), l'existence d'un désir de savoir pendant la période de latence, d'un accès non conflictualisé à la connaissance et d'une « *narcissisation* » de la pensée cognitive seraient des facteurs protecteurs dans le processus de sexualisation de la pensée à venir et l'émergence des conflits psychiques.

1.2.2.4 Émergence de la sexualité dans la pensée à l'adolescence

Ainsi, l'émergence du pubertaire va entraîner une sexualisation du corps de l'adolescent par l'émergence des caractères sexuels secondaires, et simultanément la conscience d'une nécessaire et nouvelle intimité de son corps sexué. Selon Marcelli, l'adolescent doit faire le « *deuil du commerce innocent qu'il entretenait avec son corps* » (Marcelli, 2017). Jeammet souligne que la puberté divise le sujet en mettant à jour l'écart entre un « *soi* », personnel, intime, intérieur, et son « *corps* », son apparence physique ; deux éléments qui jusqu'alors n'en faisaient qu'un (Jeammet, 2009).

Le sujet adolescent est confronté au processus d'individuation bien décrit par Blos à partir des théories de Mahler chez le tout petit. De façon paradoxale, **c'est la régression qui permettra à l'adolescent de s'engager dans le processus d'individuation**. À cette période, il ne s'agit pas d'un processus défensif. C'est même un mode d'accès essentiel au caractère auto-thérapeutique de l'adolescence, notamment de la fin de l'adolescence. Seule la régression peut permettre de modifier les résidus des traumatismes infantiles, conflits ou fixations infantiles.

On distingue deux types de régression. Premièrement, la régression moïque : le sujet va avoir besoin de ré-expérimenter des situations gratifiantes pour le Moi, telles qu'il en a connues pendant la période de latence qui vont lui servir de « *bastions de sécurité* » face au stress. Deuxièmement, l'adolescence est caractérisée par une régression pulsionnelle puisqu'elle est l'occasion d'une nouvelle émergence des fantasmes incestueux et parricides propres à l'Œdipe. Le fait de penser sur soi va re-solliciter ces fantasmes (Blos, 1967).

Selon Jeammet, la puberté confronte l'adolescent à ses propres contradictions : « *Contradictions entre les désirs de proximité avec ses parents de l'enfant qu'il demeure et la nécessaire distance à prendre avec ceux-ci du fait de ce corps qui se sexualise et en même temps sexualise les liens.* » (Jeammet, 2009). Cette sexualisation induit chez l'adolescent un sentiment de rapprochement entre ses parents et lui, avec un sentiment d'invasion et de promiscuité permanente comme si leur seule présence impliquait un contact quasi physique. La réaction de rejet voire de dégoût est alors importante face à la force de ce rapprochement. Or, comment faire quand la personne dont j'ai besoin le plus est celle qui me menace le plus ?

Face à la prise de conscience de l'identité sexuée des objets primaires, **l'impact émotionnel, sensoriel et sexuel est considérable** et engendre des conflits et une angoisse massive. Ceci pousse l'adolescent à se mettre en quête de nouveaux objets d'investissement. De la même manière que chez le bébé, l'adolescent se pose la question de l'intériorité de ces objets et cherche donc à les connaître. Autrement dit, **la pulsion épistémophilique se réactive**, ce qui nécessite une certaine stabilité des limites (Boubli, 2005).

Chez les adolescents fragiles narcissiquement, la confrontation au pubertaire fait émerger des angoisses de dissolution massives, de vécus d'annihilation, de perte de repères corporels, qui peuvent susciter des modes de défense d'accrochage sensoriel auquel le bébé avait aussi recours dans ses moments de désorganisation (activités d'autoexcitation). Ces moments de régression seront parfois ressourçants et transitoires (musique, piercings, tatouages), parfois plus pathologiques (scarifications, addictions).

Cet avènement de la sexualité va donc nécessiter que l'individu soit **capable d'élaborer des défenses** pour lutter contre cette régression pulsionnelle et moïque et puisse donc engager un véritable travail de sublimation. En effet, ce dernier va permettre que les pulsions, initialement dirigées vers des objets de désir sexuels, soient détachées de ces objets pour permettre la réalisation de buts intellectualisés. Ce mécanisme de déplacement a bien été décrit par Anna Freud. Les conflits vont devenir **moins menaçants pour l'économie interne du sujet** par le biais d'une relative neutralisation, une déssexualisation. Ceci se fera d'autant plus que la sublimation ou l'intellectualisation ont été sollicitées en période de latence, période où il existe une « *mise en sommeil du travail du sexuel afin de favoriser le développement de la pensée* » (Marty, 1999), et ont été source de satisfaction hautement narcissique.

Là encore, favoriser le développement de la pensée est primordial à l'adolescence. C'est ainsi que **les apprentissages peuvent devenir une source de sublimation essentielle**. Au

mieux, ils sont l'occasion d'une valorisation narcissique importante et permettent de « *différer la réalisation des pulsions au profit d'un objectif supérieur, sans appauvrir le Moi* » qui a été fragilisé et blessé par l'avènement du pubertaire (Colin-Madan, 2011).

1.2.3 Le corps

Les modifications corporelles liées à la poussée pubertaire auront des conséquences sur **l'image de soi, le schéma corporel**. D'un point de vue psychomoteur, la représentation de l'espace et le contrôle tonico-moteur vont donc évoluer. À l'école, les conséquences se perçoivent sur l'exécution des tâches (écriture, travaux manuels ou appropriation de l'espace) et la compréhension (du fait de préoccupations corporelles très importantes) mais aussi sur l'intérêt pour le sport. C'est un moment de choix pour proposer des activités centrées sur le corps qui influenceront sur l'image de soi et une meilleure appropriation de ce nouveau corps sexué.

1.2.4 L'adolescent entre plusieurs socialisations

1.2.4.1 Entre famille et école

1.2.4.1.1 Évolution de la place et des attentes familiales vis-à-vis de l'école

Comme nous le disions précédemment, du siècle des Lumières jusqu'aux années 1960, les familles n'étaient pas associées à la formation scolaire des enfants et des adolescents. Le rôle essentiel de la famille était de maintenir les relations affectives entre individus. De son côté, l'école avait pour **fonction d'élever les sujets face à tout ce qui pouvait être familial, communautaire, afin de les faire accéder à l'universel** : la raison, la science, la langue nationale, les valeurs de la République. « *Il n'existe pas d'autres pays que la France qui ait construit son système scolaire, à ce point, contre le système familial [...]* » (Meirieu in Dubet, 1997).

D'ailleurs, jusqu'au milieu du XIXe siècle et l'avènement de la révolution industrielle, les familles elles-mêmes ne voyaient pas l'intérêt de l'école, qui au demeurant était payante. Elles envoyaient, tout au plus, leurs enfants durant les mois d'hiver participer au cours de catéchisme. La large majorité des enfants issus des milieux populaires travaillait à la ferme ou à la maison quotidiennement. Au cours de la deuxième partie du XIXe siècle, les apports de

l'école commencent à être valorisés car ils véhiculent une ouverture sur le monde et une promotion sociale.

Les parents trouvent réellement leur place à l'école à partir de 1968. Plusieurs textes soulignent que des liens confiants entre parents et établissements scolaires sont des éléments-clés pour construire les projets éducatifs d'établissement et même prévenir la violence à l'école. Les associations de parents d'élèves prennent une place de plus en plus importante au cours de la deuxième moitié du XXe siècle.

Aujourd'hui, les attentes des parents vis-à-vis de l'école sont largement corrélées au niveau socio-culturel des parents (Dubet et Martuccelli, 1996). Les classes populaires vont considérer l'école comme un appareil de socialisation important et la garantie d'un accès à la culture. Néanmoins, l'institution est facilement perçue comme rejetante et susceptible de détruire un projet individuel (en lien avec la scolarité difficile d'une partie des parents). Les classes moyennes et supérieures attendent moins de l'école une fonction socialisante puisque les enfants sont « *bien élevés* ». En revanche, l'école doit favoriser l'épanouissement de l'enfant et les familles se réfèrent facilement à la psychologie. Pour autant, le culte de la performance est central et l'école est vue comme un moyen d'accéder à une place sociale satisfaisante (Catheline, 2012).

1.2.4.1.2 D'une socialisation verticale familiale vers l'individuation : le levier scolaire

La famille est le premier lieu de socialisation de l'enfant et de l'adolescent. Elle apporte un milieu affectif sécurisant où l'enfant va pouvoir apprendre des normes, des règles et des valeurs qui l'aideront à développer des relations sociales et à s'insérer plus tard en société. À l'adolescence, le rôle des familles reste primordial malgré les enjeux de séparation (Claes, 2003 ; Coslin, 2007).

Ainsi, la famille aide l'adolescent à construire son identité et à soutenir ses sentiments et croyances personnels (Pourtois et Desmet, 2000). Il semble qu'il existe deux éléments majeurs du rôle parental dans l'action de socialisation : l'attachement et le contrôle. L'attachement ou la qualité de la relation entre le jeune et ses parents va permettre que l'enfant soit réceptif aux nouveaux apprentissages. Il est également un bon prédicteur de l'insertion sociale et de l'adaptation personnelle à l'âge adulte (Coslin, 2007). Parallèlement, le contrôle ou processus de régulation par les parents des conduites de l'enfant, va permettre de promouvoir des attitudes conformes et valorisées par les impératifs sociaux.

L'école se place alors dans la transmission de normes et de valeurs complémentaires à la famille et nécessaires à l'intégration sociale des individus. Elle participe à l'intériorisation des codes, des modèles et des idéaux propres à la société. Elle constitue un espace tiers entre l'enfant et sa famille, véritable levier de l'autonomisation psychique.

Force est de constater que les familles vont influencer pour partie la réussite scolaire de leur enfant ou de leur adolescent. Cette réussite sera d'autant plus favorisée qu'il existera une confiance dans les valeurs que l'école transmet, un écart réduit entre les valeurs familiales et scolaires, un renforcement mutuel dans les moyens employés auprès de l'enfant par l'école et la famille pour rendre le système scolaire le plus profitable qui soit (Catheline, 2012). Tout ceci est bien entendu sous-tendu par les propres projections et fantasmes des parents.

Cependant, l'adolescence est aussi l'occasion d'un **mouvement de distanciation et de désidéalisation parentale**. L'adolescent va se dégager progressivement de l'objectif de répondre au désir de ses parents qui était prépondérant jusqu'alors. Il va commencer à faire des choix, à exprimer ses désirs propres, s'ériger une représentation de lui-même dans le cadre du processus de séparation-individuation.

Ceci n'est pas sans risque pour le sujet qui se trouve alors en situation d'insécurité, avec le risque de perdre l'amour parental par son émancipation. L'adolescent va alors traverser des mouvements importants d'ambivalence. Il connaît une appétence très forte pour l'objet qui serait propre à satisfaire ses besoins pulsionnels, *« appétence qu'on pourrait qualifier de narcissique, pour ce qu'il serait susceptible d'assurer la complétude du sujet, renforcer son identité et combler ses manques »* (Corcos et al., 2003). Et paradoxalement, il se sent menacé dans son narcissisme : *« ce dont j'ai besoin est ce qui me menace »* (Jeammet, 2009). Les pairs, à cette époque, vont jouer une importance primordiale, au sein de la scène scolaire.

1.2.4.2 La place des pairs (socialisation horizontale)

À l'adolescence, **le groupe de pairs sert de support à la construction identitaire**. Ceci ne se fait pas aux dépens de l'attachement aux parents mais vient compléter la socialisation déjà engagée. *« La continuité d'attachements réconfortants avec les parents soutient la formation d'attachements entre pairs. »* (Guichard, 1996)

Comme l'explique Marcelli, l'apparition de la sexualité génitale impose à l'être humain un sentiment de perte de la toute-puissance infantile (Marcelli, 2017). L'adolescent devient

homme ou femme, ce qui le confronte à l'angoisse de castration. C'est alors qu'émerge l'illusion d'une possibilité de retrouver la complétude. Ceci rend le sujet dépendant du désir de l'autre et le confronte à l'altérité du désir. Finalement, c'est l'avènement d'une nouvelle dépendance relationnelle et affective. L'adolescent se place dans un mouvement de désidéalisation des figures parentales pour réinvestir de nouveaux liens.

La scène scolaire devient alors le « théâtre » des relations entre adolescents (Gutton, 1996), servant de point d'appui à la socialisation, à l'identification et à la construction identitaire des individus. Selon Galland, l'expérience scolaire à l'adolescence constitue d'abord une expérience sociale (Galland, 1991). L'adolescent a tendance à se conformer aux normes de ses pairs pour se tenir au plus près de ce qu'il pense être attendu (Mallet et Bami, 2006). Comme nous l'avons vu, les pairs confèrent des contenants psychiques de pensée (Gibello, 1991).

D'ailleurs, nombre de chercheurs ont pu aussi démontrer **l'importance du groupe de pairs dans la réussite et l'adaptation scolaire** (Hernandez, 2012). La construction du rapport à l'école se crée d'abord dans ce que les amis de l'adolescent accordent comme sens et valeur à l'école. Plus précisément, la composition sociale d'un groupe de référence influence très clairement « *l'image de soi, les motivations à réussir, les représentations de l'avenir ou les projets* » (Duru-Bellat, 2004). Il apparaît également que le choix des amis est lié aux attitudes et aux centres d'intérêt communs, mais aussi à leurs compétences et leurs aspirations scolaires (Michinov, 2004). On peut donc souligner les effets bénéfiques des relations entre pairs de qualité, soutenantes, stables, réciproques, pour l'adaptation sociale, scolaire de l'adolescent (Hernandez, 2012). C'est d'ailleurs la thèse que soutiennent les néo-piagétien interactionnistes. L'adolescent va pouvoir s'exercer à utiliser ses nouvelles potentialités réflexives au travers de ses interactions sociales, en particulier lors de la prime adolescence. À un stade plus avancé de l'adolescence, le groupe de pairs fonctionne davantage sur le conformisme.

L'ensemble de ces relations entre adolescents, entre élèves et éducateurs (enseignants, proviseur, surveillants...), entre famille et éducateurs, doit impérativement être porté par un cadre contenant.

1.3 L'importance du cadre scolaire

Selon Kant, éduquer c'est viser la libération et on ne peut pas libérer l'autre sans se servir de la contrainte. Aussi, comme l'explique Prairat, « *il nous faut refaire le geste de Kant* » (Prairat, 2016).

Marcelli souligne qu'antérieurement, le collège et le lycée recevaient des **sujets** et devaient leur donner des outils pour s'émanciper et s'individualiser. À présent, l'école reçoit des **individus** auxquels la société reconnaît maintenant des droits malgré leur jeune âge. Ce changement de conception paraît être une avancée majeure dans le respect des droits de l'enfant mais il a engendré une modification profonde dans les missions de l'école. Il s'agit maintenant de « *canaliser* » ces individus pour permettre la subjectivation et permettre le développement d'un être humain social (Marcelli, 2017).

Selon Prairat, qui s'appuie sur les apports de Meirieu, la sanction dite éducative est bien un « *moyen de promouvoir l'émergence de la liberté en imputant à un sujet les conséquences de ses actes* ». On s'adresse bien à un sujet et non à un objet. Elle rend possible l'émergence de la responsabilité subjective de l'enfant : « *on anticipe le sujet libre et on lui permet d'advenir* » (Prairat, 1999).

Le règlement intérieur organise la cohabitation au sein d'une institution éducative et légitime le recours à des procédures punitives. La transgression du cadre défini doit conduire à une sanction. La finalité d'une sanction se décompose en trois axes. D'abord, une sanction a une visée politique. Elle réaffirme la centralité de la règle ou de la loi et favorise la cohésion du groupe. Elle a donc valeur de lien. Ensuite, une sanction a une fin éthique. Elle permet de faire advenir un sujet responsable en lui imputant la conséquence de ses actes. Enfin, Prairat pointe la dimension psychologique de la sanction. Il s'agit d'un « *stop* », d'un « *coup d'arrêt* », d'une limite et d'une réorientation vers un comportement différent. La sanction ouvre alors une nouvelle temporalité pour le sujet (Prairat, 2016).

Un tel cadre paraît être très structurant **pour l'établissement d'un Moi et l'intériorisation des limites**. Il accompagne le travail de subjectivation.

Ainsi, comme nous l'avons développé dans cette partie, l'enjeu est de taille pour l'adolescent qui doit composer avec l'ensemble des changements physiques, psychiques et sociaux tout en investissant sa scolarité. Tout au long du processus, il peut exister plusieurs

difficultés qui vont s'exprimer dans le champ scolaire (mais dont l'origine n'est pas nécessairement la scolarité) et qui font le lit d'une psychopathologie singulière.

Chapitre 2

Les difficultés scolaires à l'adolescence

Selon Catheline, les difficultés scolaires à l'adolescence peuvent s'aborder en suivant trois approches en fonction de leurs caractéristiques, de leurs évolutions au cours du développement, ou des facteurs étiologiques (Catheline, 2012).

Ainsi, comme nous l'avons vu, l'adolescence modifie nécessairement la relation au savoir et aux adultes ainsi que le vécu des nouvelles exigences scolaires du collège ou du lycée. Les difficultés, si elles existaient depuis l'école élémentaire, peuvent être renforcées par la survenue des phénomènes pubertaires, ou, si elles étaient absentes jusqu'à alors, émerger « *de novo* ».

Ensuite, l'origine de ces difficultés scolaires résultent fréquemment des difficultés que rencontre l'adolescent dans sa vie personnelle. L'école devient alors un lieu de projection des conflits. Pour autant, la scolarité peut aussi devenir l'objet du conflit et générer par elle-même des difficultés. Les deux phénomènes sont d'ailleurs très souvent associés et se renforcent mutuellement.

L'approche nosographique nous a semblé pertinente à détailler en nous appuyant sur les travaux de Catheline. Bien entendu, l'aspect évolutif et étiologique est à étudier pour chaque catégorie.

2.1 Les troubles des comportements

2.1.1 Instabilité/agitation

En classe, l'instabilité est synonyme de malaise ou de difficulté d'adaptation à une situation. Elle doit toujours faire évoquer une **indisponibilité du jeune pour les apprentissages**. Elle peut être transitoire ou plus durable.

Très souvent, le jeune vit une situation émotionnellement perturbée sur un plan familial (violence, divorce, maladie grave...) ou personnel (harcèlement scolaire par exemple). « *Dans*

ce cas, l'instabilité est à comprendre comme un compromis entre le besoin de manifester sa détresse et le moyen d'y remédier en s'agitant pour ne plus penser, voire en cherchant à se faire punir pour se soulager d'une culpabilité imaginaire. » (Catheline, 2012). L'adolescent réagit souvent en écho à des situations survenant dans le cadre scolaire pouvant avoir un rapport avec le vécu familial. Des affects dépressifs associés peuvent être retrouvés.

Dans d'autres cas, le jeune ne parvient pas à s'adapter au cadre scolaire. Il a pu connaître des difficultés dans l'acquisition du langage écrit plus ou moins bien accompagnée. Lorsque l'agitation survient en 4^{ème} ou 3^{ème}, elle peut être révélatrice de difficultés à accéder à l'abstraction – la plupart du temps en lien avec des difficultés de séparation ou dans d'autres situations à un retard dans l'acquisition des processus cognitifs. Pour d'autres, c'est la situation de passivité inhérente à la dimension d'apprentissage qui est insupportable, ce d'autant plus qu'ils se sentent parfois déjà exclus du système éducatif. Parfois, il s'agit d'adolescents en réussite mais qui ne veulent pas s'attirer l'hostilité des autres élèves et se sentir exclus du groupe de pairs.

Bien entendu, ces comportements d'agitation peuvent être associés à des troubles attentionnels et doivent faire rechercher des arguments pour un trouble de l'attention avec hyperactivité associé non diagnostiqué. C'est l'exploration de la scolarité à l'élémentaire et du comportement au domicile qui seront éclairants.

2.1.2 Les comportements agressifs

On distingue logiquement deux types de violence à l'école : **la violence agie et la violence subie.**

Les violences agies sont assimilées par le DSM-5 au trouble des conduites qui apparaît dans le chapitre « *troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites* ». On peut différencier quatre cibles principales de cette violence : les agressions envers des personnes ou animaux, la destruction des biens matériels, les mensonges ou les vols, la violation grave des règles établies. La majorité de ces troubles régresse à l'âge adulte mais certains sujets vont développer des personnalités antisociales.

On retrouve très fréquemment des **problématiques familiales avec des dysfonctionnements éducatifs d'origine plurifactorielles** (pathologie psychiatrique chez l'un des parents, violences intrafamiliales, négligence, situation de précarité sévère...). « *Au plan*

psychopathologique, un comportement agressif et/ou violent à l'adolescence traduit en général la tentative de maintenir une position de toute-puissance [...] et de faire l'économie du travail psychique de l'adolescent » (Catheline, 2012). Il s'agit en fait de comportements de « *toute-puissance* » face à un sentiment profond d'impuissance (Jeammet, 2016). Ce type de conduite peut tout à fait masquer une véritable symptomatologie dépressive (« *équivalents dépressifs* ») qu'il conviendra de rechercher systématiquement (Marcelli et Braconnier, 2004).

Dans le cadre scolaire, les agresseurs et les victimes sont le plus souvent des élèves. Il existe une particularité de la violence au sein de l'école : « *l'école est un univers fermé. En conséquence, une victime ne peut échapper à son agresseur sauf à pratiquer l'absentéisme* » (Fontaine, 2002). En l'absence d'intervention des adultes, un rapport dominant-dominé s'instaure rapidement et les agressés vont souvent adopter un comportement victimaire tandis que les agresseurs évolueront sur un fonctionnement pervers vis-à-vis de leur cible.

Ces dernières années, le harcèlement scolaire ou « *bullying* » en anglais est de plus en plus médiatisé. On peut le définir selon trois axes : **une conduite intentionnellement aggressive à l'égard d'un (ou plusieurs) élève(s), se répétant régulièrement, et engendrant une relation dominant/dominé**. Le harcèlement peut être direct (insultes, menaces, coups...) ou indirect (exclusion systématique du groupe de pairs). Ce phénomène a d'ailleurs pris une nouvelle ampleur depuis une quinzaine d'années avec l'avènement des nouvelles technologies (SMS, mails, chat, réseaux sociaux...).

Ces faits de violence restent souvent mineurs au regard de la loi mais, du fait de leur répétition, ils sont à l'origine d'une souffrance importante chez la victime (Debarbieux, 2004). Après 13 ans, l'agresseur encourt tout de même des peines de prison et des amendes. Avant 13 ans, des dispositifs éducatifs spécifiques pourront être mis en place (Administration française, 2017). Le harcèlement est avant tout une dynamique insidieuse avec des périodes de répit où il peut même exister une camaraderie entre la victime et son agresseur avant le retour à une nouvelle situation d'humiliation (Catheline, 2008).

Plusieurs facteurs contribuent à pérenniser le harcèlement mais deux sont primordiaux. D'abord, on retrouve très souvent un syndrome de Stockholm chez la victime qui s'explique comme un mode de défense vis-à-vis de la situation dégradante (Catheline, 2012). L'agressé va avoir tendance à justifier les actes commis par l'agresseur ce qui fait que la situation peut rester longtemps méconnue. Ensuite, dès lors que le harcèlement est public, l'attitude des spectateurs sera déterminante sur la poursuite du harcèlement (encouragement, passivité, refus, dénonciation...).

Le niveau scolaire ou social du dominé et du dominant ne semble pas être discriminant (Olweus, 1999). En revanche, les contextes familiaux sont souvent plus autoritaires ou laxistes chez les agresseurs tandis qu'ils sont plus souvent protecteurs chez les agressés (qui intériorisent peu les stratégies de défense).

On imagine bien le rôle essentiel des adultes à l'école pour repérer et endiguer le harcèlement qui peut avoir des conséquences graves sur la victime (perte d'estime de soi, tentative de suicide, phobie scolaire...) mais aussi chez l'agresseur (consommation de toxiques, tentative de suicide, développement d'une personnalité antisociale...).

2.1.3 L'inhibition relationnelle et le mutisme sélectif

On retrouve la plupart du temps une discordance entre le comportement décrit dans la vie scolaire où le jeune est isolé, n'arrive pas à prendre la parole en groupe, est très peu en lien avec ses pairs et le comportement au domicile décrit par les parents. Pour autant, dans leur vie privée, ces adolescents auront bien souvent une vie sociale limitée. Au maximum, ces jeunes peuvent présenter un mutisme sélectif à l'école.

Selon Catheline, l'inhibition de ces jeunes est **très rarement réactionnelle et dépend davantage du mode éducatif** contrairement aux comportements agressifs. Il faut tout de même agir vite car ces jeunes deviennent facilement la cible de harcèlement. Malheureusement, leur comportement « *trop calme* » fait souvent les frais d'un retard de prise en charge (Catheline, 2012).

Dans ce contexte, il faudra penser à évoquer l'existence d'une inhibition familiale. Autrement dit, les parents sont eux-mêmes en difficultés relationnelles, pouvant aller jusqu'à une anxiété sociale. La fratrie présente d'ailleurs très souvent la même symptomatologie.

L'existence d'une pathologie obsessionnelle sera également à rechercher. Les troubles obsessionnels compulsifs, envahissants pour la pensée et les multiples rituels qu'ils imposent parfois, vont très souvent entraver les relations sociales du jeune avec ses pairs.

Enfin, une efficience intellectuelle limitée pourra également rendre les apprentissages laborieux et les relations avec les autres difficiles. « *En effet, le besoin de stabilité, de prédictibilité, de répétition qu'éprouve cet adolescent va à l'encontre de l'ouverture et du besoin de découverte de ses pairs. Il va donc se replier et se tourner vers les plus jeunes.* » (Catheline, 2012).

2.1.4 Le langage du corps

L'adolescent va fréquemment aller à l'infirmerie lorsqu'il est présent à l'école. Les parents vont souvent faire état de plaintes multiples avant toute reprise scolaire après une période d'arrêt (retour de vacances ou de week-end), avant d'aller à l'école, avant un départ en voyage scolaire. Ces symptômes peuvent entraîner un absentéisme scolaire de plus en plus important.

Très souvent, la composante anxieuse de ces plaintes ne fait aucun doute. Il faut alors évoquer une anxiété de séparation qui s'est souvent déjà manifestée dans l'enfance. Parfois, ces plaintes sont l'expression d'un retard scolaire, d'une situation familiale pathogène, ou encore d'une reviviscence d'abus sexuel. Cette symptomatologie relève en tout cas de difficultés de mentalisation de ces jeunes. Le langage du corps court-circuite l'élaboration mentale.

Là encore, réagir rapidement est nécessaire car le risque principal est de développer un trouble bien connu des pédopsychiatres : la phobie scolaire ou le refus scolaire anxieux. Catheline recommande d'ailleurs un entretien avec le médecin scolaire dès les premiers symptômes d'anxiété à l'aide d'auto-questionnaires dont le but serait de proposer rapidement un accompagnement scolaire. En effet, il n'est pas rare que les professionnels ou les parents réagissent trop tard, alors que l'absentéisme scolaire est déjà important (Catheline, 2012).

2.1.5 Les perturbations du rythme nyctéméral

Certains jeunes vont avoir tendance à s'endormir facilement en classe. Très souvent, il s'agit d'adolescents ayant un **rythme veille-sommeil très décalé** et qui s'endorment trop tard le soir. Néanmoins, les **consommations de toxiques** sont relativement fréquentes et ne doivent pas être sous-estimées. Des troubles de l'humeur peuvent également se retrouver. Dans de rares cas, on retrouvera un syndrome de Gélineau (narcolepsie-catalepsie).

2.2 Le rapport à la pensée

À l'adolescence, nous l'avons dit, le sujet découvre en lui de nouvelles potentialités cognitives qui peuvent générer un véritable plaisir à penser ou au contraire faire le lit

d'angoisses massives. Catheline distingue deux types d'écueils dans le rapport à la pensée pour cette tranche d'âge qui se combinent plus ou moins.

2.2.1 Le renoncement à penser

L'enfant est décrit comme immature, rêveur, ayant du mal à se concentrer, ne s'investissant que très peu scolairement en dehors de la présence de l'adulte ou s'opposant activement. Ce comportement correspond au **refus du sujet d'investir une pensée propre** : « *Le jeune adolescent continue à déléguer à son entourage son fonctionnement psychique* » (Catheline, 2012). Ceci permet au sujet de garder un lien infantile avec ses parents par cette forme de renoncement de la pensée. On peut différencier deux sous-catégories.

2.2.1.1 Le lien anxieux

L'utilisation de la pensée réflexive se fait par à-coups, en fonction de la charge anxieuse qu'elle sollicite. Les résultats sont donc irréguliers et donnent l'impression que l'enfant ne fait pas l'effort de travailler régulièrement alors qu'il s'agit d'un envahissement anxieux de la pensée.

La douleur ou la peur d'investir la pensée est à comprendre comme une **incapacité à se représenter la séparation** et donc la mise à distance des parents.

Les parents s'émeuvent souvent du manque d'investissement mais on constate fréquemment une complaisance et même une part active à prolonger le lien infantile parents-enfant. Il n'y a souvent pas ou peu d'expériences positives de séparation et l'histoire familiale est marquée par les situations anxiogènes (décès, séparation, maladie...). Le rapport au savoir des parents est important à évoquer pour rechercher l'existence d'un lien anxieux au savoir et à l'école. « *C'est le cas de parents présentant un investissement important de la scolarité (il s'agit souvent d'enseignants) ou qui inversement ont connu un échec scolaire et ont de ce fait un investissement anxieux et ambivalent de la scolarité avec un désir d'être rachetés de leur échec tout en étant habités par la crainte d'être dépassés par leur enfant.* » (Catheline, 2012)

L'intervention des professionnels doit être rapide car cette situation comporte un risque sur le pronostic cognitif. En effet, l'enfant peut maintenir un certain évitement à la pensée pouvant engendrer un retard ou une incapacité à accéder à une pensée réflexive qui rendrait

l'adolescent autonome vis-à-vis de ses parents. Le travail avec les parents est important pour relancer les processus de pensée.

2.2.1.2 Le lien d'opposition

La relation avec les parents n'est pas structurée sur l'angoisse mais repose davantage sur la contrainte et son corollaire : l'opposition. Par rapport à la description précédente, les troubles du comportement sont au premier plan. À l'école, l'adolescent peut tour à tour passer du statut de persécuté à celui de persécuteur.

Ces sujets ont souvent été très investis par leurs parents et « *doivent répondre à leurs attentes de réparation [...] d'une dette transgénérationnelle* » (Catheline, 2012). Très souvent, l'enfance a été marquée par un fonctionnement de « *toute-puissance* ». L'avènement de l'adolescence va entraîner une identification massive du parent à son adolescent qui ne lui laissera aucun espace propre de développement. **La problématique ne se situe pas dans le rapport aux connaissances mais bien dans la relation que le jeune entretient avec les adultes et à l'autre.** Ces adolescents pourront adopter un fonctionnement pervers d'emprise et de contrainte dans le lien à l'autre comme avec leur parent. Le recours à l'agir devient alors une solution pour soulager la tension interne ressentie.

2.2.2 L'inhibition de penser

À l'adolescence, penser sur soi équivaut à solliciter les fantasmes incestueux et parricides de la période oedipienne. **Les pensées se retrouvent envahies par la sexualité ce qui génère des angoisses.** La pensée est ressentie comme une activité sexuelle. Certains adolescents vont tenter de maîtriser ces angoisses en renonçant à penser. Le risque de débordement par cette tentative de contrôle est alors important.

Ce phénomène peut être passager ou plus durable. À la différence de la situation précédente, on ne retrouve pas de troubles du comportement. La chute des résultats est souvent inexplicable chez des jeunes qui étaient souvent de bons élèves. Il existe souvent des plaintes somatiques à composante anxieuse ou dépressive. Ces jeunes peuvent alors adopter des comportements masochistes où les conduites de répétitions d'échec ou de dévalorisation de

toute expérience de pensée sont fréquents (Catheline, 2010). Les tentatives d'apaisement peuvent se retrouver du côté des toxiques.

Compte-tenu des exigences intellectuelles au lycée, si cette inhibition est massive, elle peut entraîner une interruption d'études dans une stratégie d'évitement ou l'orientation vers une filière moins prestigieuse aux yeux de l'adolescent et sa famille (souvent au prix d'un sentiment d'échec important).

2.3 La phobie scolaire (ou le refus scolaire anxieux)

Il s'agit de constellations psychopathologiques complexes tant sur le plan individuel que familial. C'est Johnson et coll. qui proposèrent en 1941 l'appellation de phobie scolaire pour *« des enfants qui pour des raisons irrationnelles, refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer »* (Marcelli et Braconnier, 2004). Ces manifestations sont parfois isolées (l'adolescent fonctionne bien dans le reste des champs de sa vie) mais le plus souvent associées à d'autres manifestations symptomatiques (troubles anxieux, troubles du comportement, symptômes dépressifs).

Cette pathologie est actuellement très médiatisée. Ce phénomène est le reflet de l'importance de la scolarité, notamment en France, et aux conséquences d'une exclusion du système. Il faut néanmoins le distinguer de trois autres étiologies de refus ou d'incapacités à se rendre à l'école : *« école buissonnière dans un contexte de carences éducatives ; refus simple de se rendre en classe dans un contexte d'opposition aux parents [...] ou encore incapacité à suivre les cours en raison de lacunes trop importantes et d'un niveau de connaissances trop faible »* (Catheline, 2012). Dans les deux premiers cas, les réactions anxieuses sont absentes du tableau (sauf éventuellement au moment du retour à l'école). Dans le dernier cas les adolescents présentent très fréquemment des affects de dévalorisation s'intégrant plus ou moins dans un tableau anxio-dépressif (le diagnostic différentiel est alors moins aisé et c'est le bilan psychopédagogique quand il sera possible qui permettra souvent de faire la distinction).

La phobie scolaire peut être en lien avec une problématique anxieuse telle qu'une anxiété de séparation ou une anxiété de performance, ou en lien étroit avec une problématique identificatoire propre à l'adolescence. Tous les auteurs affirment néanmoins que la phobie scolaire témoigne de la *« fragilité des assises narcissiques et du sentiment de continuité et d'existence »* ; d'où la nécessité d'une prise en charge intensive et rapide (Catheline, 2010).

Sur le plan social et scolaire, les retours en classe oscillent entre 40 et 60%. Le pronostic dépend en partie de la rapidité de prise en charge (Catheline, 2012). D'un point de vue psychopathologique, la phobie scolaire peut faire le lit de fonctionnement psychopathique ou pervers, d'une anxiété sociale, de troubles des conduites ou encore d'un fonctionnement état limite. La moitié des sujets serait tout de même indemne de complications psychopathologiques ultérieures, d'autres souffriraient de troubles psychiatriques mineurs (comme une anxiété sociale) et 5 % seraient hospitalisés par la suite (Berg et Jacskon, 1986).

2.4 Du fléchissement scolaire au désinvestissement

Le fléchissement scolaire est présent dans le déroulement de la scolarité d'une large majorité d'adolescents. Il s'agit d'une **illustration du travail de subjectivation** (Cahn, 1997). *« La scolarité étant l'activité principale du jeune, sa vie, c'est dans l'affrontement du monde scolaire et du monde parental qu'il va tenter de liquider sa conflictualité interne. Le fléchissement scolaire est un symptôme qui révèle alors toute sorte de conflits, parmi lesquels cependant les conflits d'identification semblent les plus fréquents »* (Birraux, 1999). Le fléchissement scolaire est généralement transitoire et peut s'accompagner d'un absentéisme modéré.

C'est donc la plupart du temps la conséquence directe des différents changements caractéristiques de l'adolescence (transformations corporelles, conflits identificatoires, survenue des premiers rapports sexuels...). Néanmoins, des facteurs externes et internes peuvent être associés et seront essentiels à rechercher. Une évaluation par le médecin scolaire reste souhaitable pour mieux comprendre les difficultés du jeune même s'il paraît impossible de la rendre systématique.

Dans les facteurs externes, il ne faut pas minimiser la nécessité pour l'adolescent de s'adapter tout au long de sa scolarité aux nouvelles exigences du collège ou du lycée qui nécessitent une autonomisation progressive. L'élève en difficulté peut expérimenter un sentiment d'échec menant à un désinvestissement scolaire progressif, des passages réguliers à l'infirmerie pour diverses plaintes, un absentéisme. Parallèlement, des éléments traumatiques ou douloureux peuvent intervenir au niveau de la sphère environnementale (maladie ou séparation des parents, décès...).

Dans les facteurs internes, on peut observer des difficultés à se désengager du pubertaire ce qui amène le jeune à « *renoncer à travailler pour ne pas se soumettre à ses parents, pour tenter de lutter contre ce rapproché incestueux toujours menaçant [...]* » (Catheline, 2012).

Le fléchissement peut aussi être le premier point d'appel de signes de souffrance psychique avec en premier lieu la dépression. Il convient d'alerter le médecin scolaire ou l'infirmière scolaire pour réaliser une première évaluation. Par ailleurs, le recours aux toxiques n'est pas négligeable et sans effet sur la scolarité. Marcelli distingue les consommations festives, sans retentissement sur la scolarité, des consommations auto-thérapeutiques et toxicomaniaques qui mènent au décrochage scolaire, à la rupture, et à l'exclusion (Marcelli et Braconnier, 2004). L'existence d'une pathologie somatique doit également être recherchée (effets dépressogènes ou troubles cognitifs secondaires).

L'émergence d'une pathologie psychiatrique telle qu'une schizophrénie ou une bipolarité ou encore un fonctionnement état limite peut aussi se manifester (entre autres) par un fléchissement scolaire avec un fort risque de décrochage en l'absence de soins.

2.5 L'absentéisme

D'abord, l'absentéisme peut correspondre au travail psychique de l'adolescent mais avec une expression sociale. L'adolescent peut par exemple faire l'école buissonnière sans jamais s'éloigner de son établissement, souvent parce qu'il n'a pas fait ses devoirs ou n'a pas préparé un contrôle. Ce comportement renvoie à un maintien de la toute-puissance infantile et à un fonctionnement magique de la pensée. Le jeune peut aussi chercher à émettre un message, une revendication dirigée contre l'institution, ses parents, ses proches. Se conjuguent souvent un besoin d'autonomie, une volonté de se responsabiliser et de faire ses propres choix.

Ensuite, des problématiques individuelles de difficultés scolaires peuvent également entraîner un absentéisme, d'autant plus si les élèves ont choisi une filière par défaut au lycée. Des symptômes dépressifs secondaires peuvent être associés au sentiment d'échec personnel. L'école peut aussi être un lieu de souffrance important chez les adolescents anxieux et favoriser le développement d'une phobie scolaire et par conséquent d'un absentéisme.

2.6 Le décrochage scolaire

Les décrocheurs correspondent aux **élèves sortis sans qualification ou sans diplôme du système éducatif**. Les causes sont multiples (difficultés scolaires, système familial peu porteur, grossesse prématurée, phobie scolaire non traitée, émergence d'une pathologie psychiatrique...) et font suite aux différents tableaux que nous avons évoqués ci-dessus. L'arrêt de l'obligation scolaire après 16 ans est une des difficultés pour proposer à ces jeunes un accompagnement adéquat.

2.7 L'idéalisation du savoir et l'hyperinvestissement scolaire

Certains adolescents vont investir les apprentissages et y trouver un **intérêt quasi exclusif et une réussite nettement au-dessus de la moyenne**. *« En réalité, ces adolescents, malgré les apparences, sont la plupart du temps des jeunes qui ont peur d'affronter la vie adulte et de quitter les figures parentales de leur enfance. Pour ce faire, ils réfrènt leur monde pulsionnel désormais sexué et se comportent comme des enfants sages que les problèmes de la sexualité, du monde et de ses objets ne concerneraient pas »* (Birraux, 1999).

Il s'agit donc d'un fonctionnement défensif qui peut également avoir valeur de réassurance narcissique. La plupart du temps, le monde pulsionnel finit par reprendre le dessus et le travail d'adolescence s'amorce avec un léger décalage par rapport à la classe d'âge. Parfois, si les défenses lâchent brusquement, on assiste à des mises en acte (agressivité, isolement relationnel, consommation de toxiques...). Dans d'autres cas, ce rapport au scolaire est le reflet d'un trouble obsessionnel (Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) ou personnalité obsessionnelle en devenir) qui se traduit d'abord par le sentiment de ne pas avoir assez de temps pour tout faire du fait d'un perfectionnisme tyrannique. Cette conduite d'hyperinvestissement se retrouve également particulièrement dans **l'anorexie mentale** que nous allons aborder en détails.

Dans cette partie, nous avons donc vu la place essentielle de l'école comme support du processus de séparation-individuation. Néanmoins, chez les adolescents en souffrance psychique, il est souvent extrêmement difficile d'investir une scolarité et de se nourrir de ses apports. Les difficultés scolaires peuvent démasquer une immaturité dans les processus

cognitifs, affectif ou sociaux de l'adolescent, « *des failles, des fragilités, voire une certaine désorganisation du développement pouvant relever de troubles psychiatriques* » (Colin-Madan, 2011). Pour le psychiatre ou pédopsychiatre, l'exploration de la scolarité d'un adolescent fournit des renseignements précieux et paraît fondamental pour une bonne évaluation clinique.

Les signes de mal-être sont parfois très insidieux ce qui rend leur mise en évidence peu aisée. L'échec, l'opposition, l'agressivité, l'absentéisme à l'école jusqu'à la déscolarisation interpellent généralement rapidement la famille, l'entourage proche de l'individu et l'école. En revanche, **les conduites plus normatives ou d'hyperinvestissement scolaire sont souvent moins repérées**. Comme nous l'avons dit ci-dessus, elles peuvent parfois faire le lit ou s'intégrer dans la psychopathologie d'une anorexie mentale.

Or, on sait en effet combien l'anorexie mentale est une pathologie grave qui survient fréquemment au moment de l'adolescence et trouve une inscription au niveau de la scène scolaire : « *Les relations qu'elles [les jeunes filles souffrant d'anorexie mentale] entretiennent avec la scolarité, la façon dont peuvent s'y inscrire leurs modalités de fonctionnement, leurs répétitions, s'y jouer leurs symptômes sont autant de situations qui risquent de conduire à la chronicité de leurs comportements.* » (Durand-Pilat, 2009) **Cet investissement singulier de l'école se fait d'ailleurs souvent au détriment de la demande de soin**. Il s'agit à tout prix de protéger leur scolarité.

Dans la partie suivante, nous nous proposons donc de décrire les principales notions à connaître pour ce trouble largement médiatisé et d'expliquer plus précisément les données de la littérature concernant le rapport entre les sujets souffrant d'anorexie mentale et la scolarité.

Partie 2 :
Anorexie mentale et
psychopathologie
scolaire

Chapitre 1

Généralités sur l'anorexie mentale

- 1.1 Historique
 - 1.1.1 Emergence du diagnostic
 - 1.1.2 Evolution des représentations sur le corps
- 1.2 Epidémiologie
- 1.3 Clinique
 - 1.3.1 DSM 5
 - 1.3.2 CIM
 - 1.3.3 Comorbidités
 - 1.3.4 Evolution
 - 1.3.5 Effets neurobiologiques de l'anorexie mentale
- 1.4 Etiopathogénie
 - 1.4.1 Facteurs prédisposants à l'anorexie mentale
 - 1.4.1.1 Facteurs individuels
 - 1.4.1.1.1 Facteurs biologiques
 - 1.4.1.1.2 Facteurs psychologiques
 - 1.4.1.2 Facteurs familiaux
 - 1.4.1.3 Facteurs socio-culturels
 - 1.4.2 Facteurs précipitants
 - 1.4.3 Facteurs pérennisants
 - 1.4.3.1 Facteurs biologiques
 - 1.4.3.2 Facteurs environnementaux
 - 1.4.3.3 Facteurs psychologiques
 - 1.4.4 Facteurs protecteurs

- 2.2.2 Une recherche de réassurance
- 2.2.3 Des stratégies de compensation face à des spécificités cognitives
 - 2.2.3.1 Le quotient intellectuel
 - 2.2.3.2 Les difficultés d'accès à la pensée formelle
 - 2.2.3.3 La flexibilité cognitive
 - 2.2.3.4 Le défaut de cohérence centrale
- 2.2.4 La nourriture scolaire
- 2.2.5 A la recherche de l'ascétisme
- 2.3 Le refus scolaire et la déscolarisation
- 2.4 Les relations aux pairs
 - 2.4.1 Le corps en question
 - 2.4.2 Le harcèlement scolaire
 - 2.4.3 Le repli relationnel
 - 2.4.4 Anorexie et aspects socio-émotionnels

Chapitre 2

Anorexie et scolarité : quels enjeux ?

- 2.1 La dimension ascétisante de l'école
- 2.2 L'hyperinvestissement scolaire
 - 2.2.1 Une volonté de maîtrise de l'intériorité psychique et du corps

Dans cette deuxième partie, nous allons voir comment a émergé le diagnostic d'anorexie mentale et comment le diagnostiquer. Nous verrons qu'il constitue un **véritable enjeu de santé publique** notamment du fait des complications associées, du risque de mortalité et des difficultés à traiter cette pathologie complexe. C'est ainsi que nous aborderons finalement la psychopathologie scolaire de l'anorexie mentale qui doit être prise en compte dans le parcours de soin des sujets et qui constitue l'axe de ce travail.

Chapitre 1

Généralités sur l'anorexie mentale

1.1 Historique

1.1.1 Emergence du diagnostic

L'histoire du diagnostic de l'anorexie a été étudiée dans de nombreux travaux notamment aux Etat-Unis. Parmi eux, l'historienne J. Brumberg (Brumberg, 1988) fait référence.

Il est difficile de savoir précisément quand l'anorexie mentale est apparue. Le comportement anorexique est déjà décrit au Moyen-âge. Les « *Saintes Anorexiques* », dont Catherine de Sienne est la plus célèbre représentante, et qui étaient réputées pour vivre sans manger en dehors de l'eucharistie (« *anorexia mirabilis* »), ont été comparées aux femmes souffrant d'anorexie mentale. D'une façon générale, l'anorexie se comprendrait comme un mode de réaction face à des structures patriarcales oppressives qui conduiraient les femmes à l'abnégation (Bell, 1985 ; Micheli-Rechtman, 2003). En l'occurrence, ceci soulignerait le manque d'autonomie et de reconnaissance des femmes par la hiérarchie catholique. Pour d'autres auteurs, il est bien difficile de faire un diagnostic à partir d'éléments biographiques dont la fiabilité est incertaine, d'autant plus dans un contexte historique, médiéval, où n'existe pas de notion de pathologie psychiatrique. Ces comportements s'intégreraient en fait dans un système beaucoup plus large de pratiques religieuses. Faire une telle comparaison avec l'anorexie reviendrait également à penser que la psychologie féminine n'a pas évolué depuis des siècles (Brumberg, 1988). Le rapprochement à l'anorexie mentale serait donc un contresens historique.

A partir du XVII^e siècle, les pratiques de jeûne vont peu à peu devenir un objet d'intérêt pour les médecins. On commence à en étudier les effets sur le corps. Il est considéré comme un symptôme de maladie (notamment organique) mais aussi comme une entité diagnostique à part entière. L'idée d'une intervention divine ou satanique pour expliquer le jeûne perd en crédibilité. En 1689, Morton décrit un tableau clinique détaillé d'anorexie mentale qu'il nomme « *phthisie nerveuse* ». **La maladie serait véritablement individualisée par deux médecins au XIX^e siècle.** En 1873, en France, Lasègue publie un article intitulé « *De l'anorexie hystérique* » tandis que la même année, Gull présente, à un congrès de la *Clinical Society* en Angleterre, ce qui sera nommé « *Anorexia Nervosa* ». Les deux auteurs décrivent des cas de jeunes filles (de 15 à 20 ans pour Lasègue et de 16 à 23 ans pour Gull) évoluant dans des familles aisées, adoptant des comportements de restriction alimentaire, perdant du poids, et ceci sans qu'aucune cause organique ne puisse l'expliquer. C'est l'émergence de la controverse entre la vision de Lasègue pour qui l'anorexie est considérée comme l'une des manifestations multiples de l'hystérie, et celle de Gull pour qui l'anorexie est causée par des troubles centraux et héréditaires.

Par la suite, l'anorexie sera étudiée par d'éminents médecins tels que Charcot, Janet ou encore De La Tourette. L'influence nocive de la famille est évoquée et on commence rapidement à prescrire une séparation et un isolement thérapeutique. Dans la première partie du XX^e siècle, plusieurs endocrinologues tenteront d'étudier l'hypothèse d'une étiologie organique mais sans succès. La conception d'une origine psychique de la maladie fait donc de plus en plus consensus.

Avant 1960, le modèle psychopathologique prédominant est celui de la névrose. Après 1960, de très nombreux travaux sont publiés qui distinguent l'anorexie primaire de l'anorexie secondaire, cette dernière étant en lien avec une pathologie psychiatrique sous-jacente et n'entrant donc pas dans le cadre de l'anorexie mentale (Kermarrec, 2005).

Les approches explicatives et thérapeutiques de la pathologie (psychanalytique, biologique, systémique, familiale, comportementale) se diversifient de plus en plus pour aboutir à une conception multifactorielle du trouble. Vénisse est un des pionniers à amener le **concept d'addiction** pour décrire l'anorexie mentale (Vénisse, 2006).

1.1.2 Évolution des représentations sur le corps

À l'époque des découvertes de Lasègue et Gull, il se développe en Occident un système d'observation du corps et des pratiques alimentaires dans les familles, en particulier pour les jeunes filles. Le lien des femmes avec la religion se distend, au profit du lien à la science. Les troubles émotionnels sont davantage perçus sous l'angle de la morbidité et non plus comme une faiblesse morale ou une crise spirituelle. On les encourage d'ailleurs à un suivi médical rapproché. L'éducation est également valorisée et l'école devient obligatoire en 1882. Les femmes sont considérées comme des êtres vulnérables, sensibles à toutes sortes de maladies, en particulier les désordres alimentaires. L'anorexie est d'ailleurs considérée sous l'angle des troubles digestifs, au même titre que la chlorose (anémie) ou la dyspepsie. Les pratiques alimentaires sont donc à observer particulièrement par les familles. Le développement de la puériculture amène aussi à la surveillance de la courbe de poids de l'enfant. De plus, parallèlement à l'obligation scolaire, les enseignements ménagers et en économie domestique sont introduits pour les femmes. « *L'épouse et la mère étaient clairement rendues responsables de la minceur ou de la grosseur des membres de la famille [...]* » (Brumberg, 1988).

C'est au cours du XIX^e siècle que se produit une « **redistribution des cartes du maigre** » (Darmon, 2014). Le romantisme amène à valoriser la femme au corps mince, symbole de légèreté, de fragilité et de délicatesse. Sur le plan alimentaire, la quantité n'est plus seulement un signe de richesse et on insiste davantage sur le raffinement des aliments. Les excès alimentaires sont de plus en plus considérés comme vulgaires ou méprisables. Une femme de la bonne société ne peut pas manger des aliments trop gras car son système digestif délicat ne saurait le tolérer. **Aussi, le contrôle et la restriction alimentaire deviennent prégnants dans les milieux aisés et le marqueur d'un niveau social.** Il faut aussi que la femme aisée se distingue des femmes travailleuses par son corps mince qui souligne son incapacité aux efforts inutiles. Son époux se doit de l'entretenir dans l'oisiveté. Elle n'a rien non plus d'une « *filles publique* » (prostituée) dont l'embonpoint est le comble de la grossièreté. Contrairement aux siècles précédents, la minceur -voire la maigreur- féminine devient donc un idéal de beauté mais aussi un faire-valoir de distinction sociale en Occident.

Au regard de ces aspects historiques, on comprend mieux comment le diagnostic d'anorexie mentale a été individualisé et le contexte sociétal dans lequel il est apparu. Il s'agit maintenant de préciser les données épidémiologiques, ce d'autant que l'idée la plus couramment répandue serait que la fréquence de ce trouble serait en constante augmentation.

1.2 Épidémiologie

L'épidémiologie de l'anorexie mentale a été étudiée internationalement. Nous nous baserons essentiellement sur les chiffres de deux revues française (Roux et al., 2013) et finlandaise (Keski-Rahkonen et Mustelin, 2016).

On peut évaluer combien de personnes sont malades à un instant *t* (prévalence ponctuelle), combien tombent malades à un certain moment (incidence cumulative) ou encore étudier l'apparition de la maladie au cours de la vie (prévalence vie entière).

Dans la population générale, la prévalence est comprise entre **0 et 0,9 %** entre 11 et 35 ans (Hoek, 2006). Chez les femmes européennes, on retrouve même une prévalence de **1 à 4 %** (Keski-Rahkonen et Mustelin, 2016). Le syndrome partiel ou subsyndromique est plus fréquent et estimé à 5 % (Simon, 2007) ce qui correspond à 2 à 3 % des femmes en Europe (Keski-Rahkonen et Mustelin, 2016). Les chiffres les plus élevés se situent entre 14 et 18 ans. L'anorexie débiterait pour **40 % des cas entre 15 et 19 ans** (Hudson et al., 2007) et donc à l'adolescence, en moyenne à 17 ans. En France, on retrouverait 0,5 % des filles et 0,03 % des garçons entre 12 et 17 ans (Godart et al., 2010). On retrouve généralement **un *ratio* d'un homme pour dix femmes** (Hoek, 2006). La prévalence vie entière serait de 0,9 à 2,2 % pour les femmes et de 0,25 à 0,3 % pour les hommes aux Etats-Unis laissant même suggérer un *ratio* homme-femme plus élevé (Godart et al., 2010). Il est possible d'avoir un épisode à un moment de la vie, sans qu'il s'inscrive par la suite de façon pérenne.

Une grande revue de la littérature avait évalué l'incidence de l'anorexie mentale entre 0,1 et 12 pour 100 000 habitants par an entre 1931 et 1995 (Hoek et al., 2003). Plus récemment, d'autres études ont évoqué des taux d'incidence entre 19 et 270 pour 100 000 personnes entre 15 et 19 ans (Hudson et al., 2007 ; Keski-Rahkonen, 2007). **L'augmentation de l'incidence de l'anorexie mentale fait actuellement l'objet de débat.** Selon Roux, plusieurs facteurs rentrent en compte (Roux et al., 2013). D'abord, les études sont réalisées en population clinique, sur les cas diagnostiqués et/ou soignés. Le nombre de cas détectés varie selon l'époque, en fonction des possibilités de dépistage et de la demande de soin. Seule une minorité de personnes souffrant de troubles de l'alimentation est soignée. De plus, après 1945, on a noté une nette augmentation des patientes souffrant d'anorexie mentale. Or, la reconnaissance de la maladie par les soignants puis par les médias a également progressé et a probablement une influence sur cette évolution. Les critères diagnostiques, les modalités de réflexion, le recueil des cas, les données démographiques ont également beaucoup d'influence et varient d'une zone

géographique à l'autre. En Europe, il semblerait que les cas d'anorexie mentale aient augmenté entre 1950 et 1970 et qu'ils se seraient ensuite stabilisés (Hoek, 2006 ; Keski-Rahkonen et Mustelin, 2016).

1.3 Clinique

1.3.1 DSM 5

Dans le DSM-5, l'anorexie mentale est classée parmi les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments, aux côtés du pica, du mérycisme, du trouble de l'alimentation avec restriction ou évitement, de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique (Association Psychiatric American, 2015).

Les critères diagnostiques sont les suivants :

- A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.**
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.**
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.**

Il est nécessaire d'en spécifier le type :

-Type restrictif : Pendant les 3 derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie (gloutonnerie) ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements). Ce sous-type décrit des situations où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.

-Type avec accès hyperphagiques/purgatifs : Pendant les 3 derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de gloutonnerie et/ou recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).

On caractérise la sévérité en fonction des Indices de Masse Corporelle : léger (≥ 17 kg/m²), moyen (16-16,99 kg/m²), grave (15-15,99 kg/m²), extrême (< 15 kg/m²). La rémission peut être complète (disparition de tous les critères diagnostiques depuis une période prolongée) ou partielle (disparition du critère A (poids corporel bas) mais pas du B (peur intense de prendre du poids ou de devenir gros ou comportement interférant avec la prise de poids) ou pas du C (dysmorphophobie)).

On note que, comparé au DSM-IV, le critère d'aménorrhée a été supprimé. En effet, un nombre important de jeunes filles bénéficiant d'une contraception hormonale avaient toujours des règles artificielles. Ensuite, quand il était présent, l'arrêt des cycles menstruels semblait très souvent lié à la dénutrition ce qui pouvait impliquer un retard dans le début des soins. Enfin, il est évident que dans les anorexies masculines, ce critère n'était pas pertinent, de même que pour les pré-pubères.

1.3.2 CIM

Une version abrégée de la CIM-11 a été mise en ligne le 18 juin 2018 (ICD-11, 2018). Elle sera soumise en janvier 2019 au Conseil exécutif et en mai 2019 à l'Assemblée mondiale de la santé. Elle sera utilisable après approbation des États membres à partir du 1^{er} janvier 2022. L'anorexie mentale apparaîtra sous le codage 6B80 et appartiendra aux « *Feeding or eating disorders* ».

La description en ligne explique que l'anorexie se caractérise par :

- Un poids corporel nettement inférieur à la taille, à l'âge et au stade de développement de l'individu (IMC $< 18,5$ kg/m² chez les adultes et IMC selon l'âge inférieur au cinquième percentile chez les enfants et adolescents) qui n'est pas dû à un autre problème de santé ou à l'indisponibilité des aliments.
- Un comportement persistant pour empêcher le rétablissement d'un poids normal, qui peut inclure des comportements visant à réduire l'apport énergétique (restriction alimentaire), des comportements de purge (exemple : vomissements provoqués, abus de laxatifs) et des comportements augmentant la dépense énergétique (exemple : exercice excessif) généralement associée à une peur de la prise de poids.
- Le faible poids et/ou la forme du corps prend (prennent) une place majeure pour la personne dans la perception de soi, ou le sujet perçoit, à tort, son poids comme normal voire excessif.

Dans la CIM-10 (Pull, 1993), on distingue l'anorexie mentale typique (F50.0) et atypique (où il manque un ou plusieurs éléments ne permettant pas de constituer le tableau clinique global : F50 .1) qui appartiennent toutes deux à la catégorie générale des troubles de l'alimentation (F50). La principale différence avec le DSM-5 est que l'aménorrhée est considérée comme un symptôme-clé du diagnostic dans la CIM-10 (cf annexe 1).

Devant un tableau évoquant une anorexie mentale, on doit toujours s'assurer de l'**absence de pathologies somatiques** expliquant la perte de poids, en particulier une maladie chronique invalidante, une tumeur cérébrale et certaines maladies intestinales comme la maladie de Crohn et les syndromes de malabsorption. Un bilan d'amaigrissement clinique et paraclinique doit donc être systématiquement réalisé.

1.3.3 Comorbidités

Toutes les comorbidités psychiatriques doivent être également recherchées. On sait que plus de 70 % des individus atteints de troubles alimentaires ont des comorbidités psychiatriques (Keski-Rahkonen et Mustelin, 2016). Il est parfois difficile de décider s'il convient de porter un ou plusieurs diagnostics. Un trouble anxieux (en particulier un trouble anxieux généralisé ou une phobie spécifique), et un trouble de l'humeur (en particulier un état dépressif majeur) sont fréquents chez les sujets souffrant de TCA (Troubles du Comportement Alimentaire) (Godart et al., 2015 ; Ulfvebrand et al., 2015). Dans l'anorexie mentale, le trouble anxieux et le trouble de l'humeur concernent respectivement 45 % et 33 % des sujets ayant un type restrictif et 55 % et 49 % ayant un type mixte (Ulfvebrand et al., 2015). Les abus de substance sont également fréquents chez les patients. Il n'y pas de différence entre les sexes (Ulfvebrand et al., 2015).

Un trouble anxieux (trouble obsessionnel compulsif, anxiété sociale, trouble anxieux généralisé) serait associé à un risque accru de développer une anorexie, en particulier chez les hommes (Cederlöf et al., 2015 ; Meier et al., 2015). C'est ainsi que les femmes souffrant de trouble obsessionnel compulsif auraient par exemple 16 fois plus de risque et que les hommes souffrant du même trouble auraient 37 fois plus de risque de développer une anorexie mentale (Cederlöf et al., 2015). Ce risque serait également augmenté chez les apparentés au premier et au second degré des sujets souffrant de trouble obsessionnel compulsif (Cederlöf et al., 2015).

Chez les adolescents, les troubles alimentaires sont associés à une augmentation du risque de développer plus tard des symptômes dépressifs (Herpertz-Dahlmann et al., 2015). Une étude a retrouvé que plus de la moitié des adolescents souffrant de troubles alimentaires aurait des comorbidités psychiatriques associées : troubles anxieux, troubles déficit de l'attention avec hyperactivité, troubles oppositionnels, troubles obsessionnels compulsifs (Rojo-Moreno et al., 2015). Dans l'anorexie mentale, on sait que les comorbidités sont associées à des traitements plus longs et plus coûteux et à une évolution défavorable (Brand-Gothelf et al., 2014 ; Silén et al., 2015).

Une méta-analyse récente a montré des profils de troubles de la personnalité chez les sujets souffrant d'anorexie et de boulimie comparables : on observe une forte prévalence de personnalités évitantes et borderlines et plus de la moitié des patients aurait un trouble de la personnalité comorbide. La personnalité obsessionnelle est en revanche plus fréquente chez les sujets souffrant d'anorexie plutôt que de boulimie (Martinussen et al., 2017). Néanmoins, chez l'adolescent, en particulier avant 15 ans, la notion de personnalité fixée est discutable et les données cliniques dimensionnelles sont probablement plus pertinentes à rechercher.

1.3.4 Évolution

L'évolution varie de **1,7 an à 3 ans en population générale** (Hoek, 2006 ; Hudson, Hiripi et al., 2007) et est **rarement inférieure à 4 ans en population clinique**, ce dernier chiffre témoignant d'une sévérité plus importante. En moyenne, 47 % des personnes qui ont été soignées pour anorexie mentale seraient guéries, 34 % améliorées, 21 % évolueraient vers un trouble chronique et 5 % décèderaient (Steinhausen, 2002). Environ la moitié des sujets souffrant d'anorexie mentale évoluera vers des troubles de type boulimique avec ou sans purge (formes mixtes). Cette instabilité diagnostique caractérise tous les troubles alimentaires (Milos et al., 2005 ; Tozzi et al., 2005). Il existerait une **corrélation positive entre l'importance de l'IMC avant l'anorexie et le risque de développer des troubles boulimiques avec purge** (Lantz et al., 2017). Les critères DSM-5 de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique figurent en annexes (cf annexes 2 et 3).

Les complications somatiques sont multiples et soulignent la gravité de la maladie. Dans la phase aiguë, elles sont liées à la dénutrition et aux comportements associés tels que les vomissements, la potomanie et la prise de laxatifs. L'atteinte cardiovasculaire est fréquente tout comme l'aménorrhée, les manifestations hématologiques, dermatologiques, rénales, altérations

cérébrales, une hypercholestérolémie, ou encore des troubles du métabolisme du glucose. Les complications gynéco-obstétricales sont aussi retrouvées chez la femme en âge de procréer (fausses couches spontanées, césariennes). Le retard de croissance staturo-pondérale est à craindre chez l'enfant et l'adolescent, en particulier si le trouble s'installe dans la période prépubère. À long terme, les effets sur l'os entraînent une ostéoporose, une ostéopénie, un nombre croissant de fractures (Roux et al., 2013).

Des facteurs prédictifs de rupture du contrat thérapeutique ont été identifiés : avoir un enfant, un IMC minimum bas, un IMC désiré bas, l'existence de « traits paranoïaques » (échelle SCL-90R), des critères d'évolution péjorative pour l'alimentation (échelle Morgan et Russel), l'utilisation de laxatifs, un bas niveau d'éducation. Le sous type d'anorexie mentale n'est pas prédictif de rupture (Huas, 2010).

Le risque de mortalité dans l'anorexie mentale serait le plus haut de toutes les pathologies psychiatriques. Le risque est particulièrement élevé durant les 10 premières années de suivi (Nielsen, 2001) et dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation (Papadopoulos et al., 2009). Il serait 10 fois plus élevé au bout de 10 ans de suivi que le reste des femmes de la population générale (Huas, 2010). La moitié des décès surviendrait dans les 3 ans suivant l'hospitalisation (Huas, 2010). Les principales causes de décès sont essentiellement liées aux complications somatiques et au suicide (Sullivan, 1995 ; Steinhausen, 2002 ; Huas, 2010 ; Arcelus et al., 2011). Il semble que le risque de mortalité est moindre si le sujet est jeune et que la première hospitalisation est longue (Arcelus et al., 2011). Le risque de mortalité serait également plus élevé chez les sujets souffrant de maladie chronique, ayant un antécédent de tentative de suicide, un TCA sévère, un IMC désiré plus bas et traités par diurétiques (Huas, 2010).

Une récente étude longitudinale de 22 ans mérite d'être évoquée. Elle s'est intéressée au devenir des sujets suivis pour trouble du comportement alimentaire entre 1987 et 1991 aux États-Unis (Franko et al., 2018). Parmi les patientes souffrant d'anorexie mentale restrictive ou mixte, **11,03 % étaient décédées** (et 2,7 % des boulimiques). **62,8 % des femmes ayant souffert d'anorexie mentale étaient guéries** (et 68,2 % des boulimiques). Les prédicteurs de décès étaient l'abus d'alcool, un IMC bas et un mauvais ajustement social. La présence d'un trouble dépressif comorbide à l'inclusion était prédicteur d'un diagnostic d'anorexie restrictive 20 ans après. Un IMC plus bas et un âge plus élevé à l'inclusion, ainsi qu'un score élevé de symptômes anorexiques et boulimiques étaient prédictifs d'un diagnostic d'anorexie-boulimie 20 ans après. Un score élevé de symptôme boulimique était prédicteur d'un diagnostic de boulimie 20 ans après.

1.3.5 Effets neurobiologiques de l'anorexie mentale

Les modifications cérébrales observées dans l'anorexie mentale peuvent être séparées en deux catégories : **celles liées aux traits** et **celles liées à l'état** (Kaye et al., 2009). Les altérations liées aux traits sont génétiquement déterminées et semblent contribuer à la vulnérabilité à la maladie. Les altérations liées à l'état sont secondaires à la dénutrition et pourraient entretenir et accélérer la maladie. La littérature récente suggère un rôle pathogénique des anomalies fonctionnelles et structurelles des structures cortico-limbiques mais on ne sait pas si ces altérations sont primaires ou secondaires à la dénutrition (Wagner et al., 2007 ; Dichter et al., 2012). Deux niveaux de dysfonctionnement de neurocircuits ont été décrits : un neurocircuit ventral (limbique), impliqué dans la reconnaissance des émotions et la réponse efficace à celles-ci, et un neurocircuit dorsal (cognitif), impliqué dans la modulation de l'attention sélective et la régulation des états affectifs (Kaye et al., 2009).

Le cerveau, comme le reste du corps, perd de la substance lors de l'amaigrissement dans l'anorexie mentale restrictive. Une étude comparative a été menée entre des sujets féminins ayant débuté une anorexie mentale pendant l'adolescence et traités depuis 6,5 ans en moyenne et des témoins. Les jeunes filles souffrant d'anorexie ont des ventricules latéraux sont plus gros et des déficits cognitifs significatifs par rapport aux témoins (Chui et al., 2008). **La renutrition permet une réversibilité incomplète.** Ainsi, il semble que les volumes de substance grise se normalisent après la récupération de poids tandis que les volumes de substance blanche restent inférieurs à la normale chez les adolescents (Bomba et al., 2015). Une autre étude plus récente a montré que même dans la substance grise, certaines zones ne se rétablissaient pas (cortex cingulaire antérieur, noyaux caudés, hippocampe droit) (Martin Monzon et al., 2017). Sur le long terme, le rétablissement n'a pas encore été suffisamment étudié pour savoir si cette perte est définitive ou non chez les adolescents (Seitz et al., 2016).

1.4 Étiopathogénie

Aujourd'hui, il est communément admis que l'anorexie mentale est un trouble d'origine multifactorielle. De très nombreux modèles étiopathogéniques ont été développés pour expliquer la genèse de l'anorexie mentale : biologique, socioculturel, psychodynamique, cognitif. Les **modèles « biopsychosociaux »** correspondent à des modèles intégratifs qui font la synthèse de ces différents modèles et qui paraissent aujourd'hui plus pertinents pour décrire

les mécanismes impliqués dans la genèse et le maintien du trouble. Ils tentent de décrire les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Certains facteurs sont communs au champ large des troubles du comportement alimentaire quand d'autres sont spécifiques à l'anorexie mentale.

Le concept d'addiction comportementale est pertinent pour décrire un « *processus dans lequel un comportement (le jeûne), qui peut à la fois produire du plaisir (jouissance de la perte de poids) ou soulager un inconfort interne (illusion de contrôle sur soi et l'environnement), est employé selon un modèle caractérisé par : l'échec répété à contrôler le comportement, la poursuite du comportement malgré les conséquences négatives* » (Goodman, 1990 ; Grall-Bronnec, 2017). C'est ce que les époux Kestenberg avaient théorisé comme « *l'orgasme de la faim* » (Kestenberg et al., 1977).

Nous nous proposons donc ici de reprendre les facteurs prédisposants, les facteurs précipitants et les facteurs pérennisants de l'anorexie mentale (le comportement de jeûne) comme l'avait théorisé Garner en 1993. L'utilisation du triangle d'Olievenstein, outil d'analyse précieux des addictions, étaye notre réflexion. Dans chacun de ces facteurs, on retrouve les facteurs de risque liés à l'individu, des facteurs liés à l'environnement (familial et socio-culturel) et des facteurs liés à l'objet addictif.

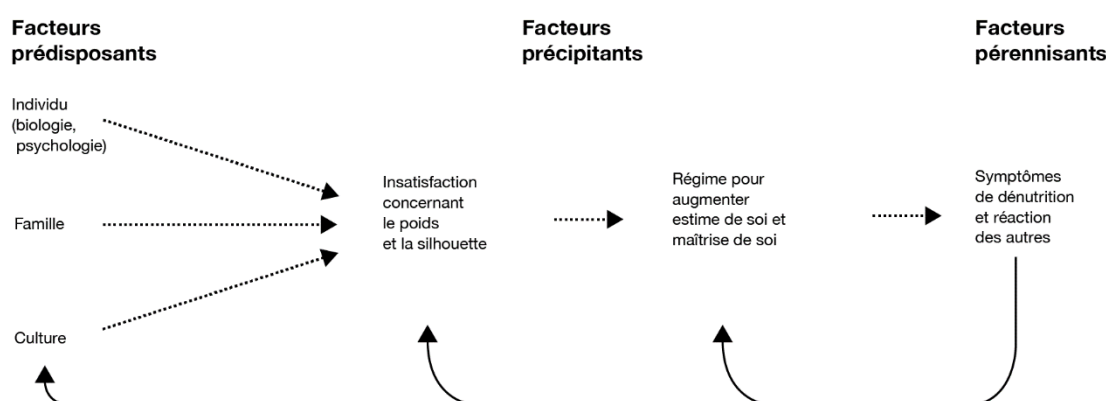


Figure 1. L'anorexie mentale : une étiologie multifactorielle (Godart et al., 2007 d'après Garner, 1993).

1.4.1 Facteurs prédisposants à l'anorexie mentale

1.4.1.1 Facteurs individuels

On distingue les facteurs biologiques et psychologiques qui peuvent favoriser le développement de l'anorexie mentale.

1.4.1.1.1 Facteurs biologiques

Le **sexe féminin** est largement représenté. On ne sait pas si les facteurs génétiques, biologiques ou environnementaux sont déterminants (Treasure et al., 2010).

Sur le plan génétique, il n'existe pas un gène associé à l'anorexie mentale et plus largement aux TCA. Cependant, le risque de développer la maladie est **sept à douze fois plus élevé chez les apparentés au premier degré** d'une personne anorexique par rapport aux témoins et on retrouve une **concordance diagnostique d'anorexie chez les jumeaux dans 50 à 75 % des cas** (Thornton et al., 2011). De nombreux gènes participant à la régulation de l'expression des traits de personnalité ou de l'homéostasie nutritionnelle semblent intervenir (Pinheiro et al., 2009 ; Pinheiro et al., 2010). Le gène BDNF, codant un facteur neurotrophique, et le gène ESR1, codant le récepteur α aux oestrogènes, seraient impliqués. De nouveaux gènes candidats ont été identifiés par les études pan-génomiques. Des données préliminaires concernant la méthylation de certains gènes candidats (ou sur l'ensemble du méthylome) sont en faveur de signatures **épigénétiques** (Ramos et al., 2017).

Par ailleurs, il existe des **hyper-fonctionnements sérotoninergiques** chez les sujets souffrant d'anorexie mentale. On sait que la sérotonine participe à la régulation de l'appétit, de l'humeur, de la sexualité, et au contrôle des impulsions. De même, des perturbations de l'axe corticotrope sont retrouvées au travers d'une réponse majorée au stress. On ne sait pas actuellement si c'est le bagage génétique ultérieur ou les événements de vie périnataux et de la petite enfance qui ont un impact sur ces modifications biologiques. Les deux phénomènes se conjuguent probablement (Godart et al., 2007).

1.4.1.1.2 Facteurs psychologiques

Plusieurs événements durant la période périnatale ont été identifiés : la prématurité, les traumatismes liés à la naissance, les séparations parentales précoces, des troubles psychiatriques chez les parents, ou encore l'existence de micro-lésions cérébrales chez le nouveau-né. Ceci amènerait à la création d'un **attachement insécure** qui rendrait le sujet plus vulnérable face aux événements de vie stressants tels que la puberté, le deuil, la séparation... (Bulik et al., 2000 ; Fox et Power, 2009). D'ailleurs, la prévalence d'attachement insécure est élevée en population clinique et ces patients semblent être marqués par une psychopathologie plus sévère concernant l'estime de soi, les préoccupations corporelles, et un tableau clinique plus grave (Raynault et al., 2016).

Les conséquences des événements traumatiques de **violences sexuelles, physiques ou psychologiques** vont également interférer dans la genèse de la maladie (Fox et Power, 2009) comme un grand nombre de pathologies psychiatriques. Par exemple, une étude récente retrouvait que 48,4 % des TCA avaient été exposés à des événements traumatiques (pour les $\frac{3}{4}$ des violences sexuelles) dont 31,6 % des cas dans le groupe anorexie mentale. Des États de Stress Post-Traumatique (ESPT) étaient diagnostiqués dans 33,9 % des cas de TCA dont 31,6 % des patients souffrant d'anorexie mentale (sans différence significative entre les différents types de TCA). Il s'agissait surtout de traumatismes survenus dans l'enfance. Chez les patients ayant un ESPT, l'intensité des symptômes alimentaires était plus élevée et on observait un niveau plus élevé d'insécurité, de méfiance interpersonnelle, d'impulsivité et un niveau plus faible de conscience intéroceptive (Vierling et al., 2015).

On retrouve souvent des **perturbations du fonctionnement émotionnel et cognitif** avec des distorsions de l'image du corps, des croyances erronées et une alexithymie (Corstophine et al., 2007). Il semblerait que la fragilité narcissique soit souvent bien antérieure au trouble et associée à un sentiment de manque de contrôle sur l'existence. La révélation de cette fragilité surviendrait à l'adolescence. La perte de poids serait un moyen de régresser à un stade de développement antérieur, d'éviter la puberté, de reprendre la maîtrise sur les autres et soi-même. L'anorexie mentale apparaît comme une **tentative de solution** pour apaiser des perceptions émotionnelles insupportables et reprendre le contrôle de sa vie (Godart et al., 2007).

Des traits de personnalité de nature obsessionnelle, d'inhibition sociale, de perfectionnisme et une rigidité sont fréquents chez les sujets souffrant d'anorexie (Strober, 1983 ; Wonderlich et al., 2005). Le perfectionnisme est souvent présent avant, pendant et après

la maladie (Bardone-Cone et al., 2007) et en lien avec une hyperactivité sérotoninergique. Même après plusieurs années de rémission, on retrouve une persistance de cette hyperactivité (Kaye et al., 1999).

Les **antécédents personnels de symptomatologie de dépression et d'anxiété** (troubles obsessionnels compulsifs ou phobie sociale) peuvent également favoriser le développement du trouble (Measelle et al., 2006).

1.4.1.2 Facteurs familiaux

Les antécédents de TCA augmentent le risque de développer le trouble chez les apparentés premier degré (Perdereau et al., 2008). **L'hérabilité génétique est indéniable** (Gorwood et al., 2003) mais son importance est discutée (Bulik et al., 2005). Des chiffres de 70 % pour l'AM ont été évoqués (Godart et al., 2007 ; Ramoz et al., 2017 ; Blanchet, 2018).

Les traits obsessionnels sont également fréquents chez les apparentés des sujets souffrant d'anorexie mentale (Godart et al., 2007).

Il est évident que le **climat familial a son importance dans la façon transmise à l'enfant de gérer ses émotions** (Fox et Power, 2009), la manière d'appréhender l'alimentation, la vision du corps et des normes faisant référence. C'est la notion de modelage ou d'apprentissage vicariant en thérapie cognitivo-comportementale (apprentissage par observation fine et active permettant de trouver des solutions).

Il n'existe **pas de famille type** chez les sujets souffrant d'anorexie mentale (Cook-Darzens ; Doyen et al., 2008). Certains théoriciens systémiques ont tout de même tenté d'identifier des modalités de fonctionnement différentes qui seraient des facteurs de risque de troubles psychosomatiques dont l'anorexie mentale (Minuchin et al., 1978). Ainsi, un fonctionnement familial enchevêtré laissant peu de différenciation et d'autonomie parmi les membres de la famille, une tendance à l'hyperprotection, une résistance aux changements et une tendance à éviter les conflits seraient des facteurs de risque. Le manque de communication est aussi un facteur important (Calam et Waller, 1998). Pour autant, **on considère actuellement davantage la famille sous l'angle des ressources** que sous l'angle des facteurs de causalité, ce qui semble beaucoup plus porteur dans les soins.

1.4.1.3 Facteurs socio-culturels

Nous l'avons dit, l'anorexie mentale reste encore et toujours une pathologie touchant préférentiellement les femmes. Les facteurs socio-culturels ont aussi été rapidement considérés comme des déterminants étiopathogéniques importants dès les premières publications sur le sujet. En effet, dès 1880, Fenwick écrivait que l'anorexie mentale était plus fréquente « *chez les classes aisées que chez ceux qui doivent aller gagner leur pain tous les jours* » (Fenwick, 1880 in Roux et al., 2013). On considérait que la maladie touchait préférentiellement les jeunes filles des classes sociales favorisées.

Néanmoins, une revue de 1995 étudiant tous les articles écrits sur le sujet entre 1970 et 1990 n'avait **pas montré de lien significatif entre cette pathologie et la classe sociale** (Gard et Freeman, 1996). Plusieurs biais avaient été identifiés : études portant sur des effectifs trop petits, échantillons sélectionnant des sujets vivant à proximité des centres de soins et donc plus favorisés, meilleure connaissance des systèmes de soins par cette même population.

En revanche, une étude de 2000 portant sur l'évolution des classes sociales pendant 33 ans au sein d'une consultation londonienne a contesté ces conclusions. Malgré l'évolution tendant vers davantage de variabilité sociale, la **sur-représentation des classes sociales supérieures ne faisait aucun doute**. Il était également fait état d'un âge d'entrée dans la maladie plus précoce chez cette catégorie de population. L'hypothèse d'une pression sociale plus importante dans les classes aisées concernant un idéal de minceur, symbole de réussite sociale, était formulée.

La médiatisation semble avoir un impact double. D'abord, **l'image d'un corps mince** est souvent associée à un modèle de bonheur, santé, désirabilité ou reconnaissance sociale. Cette idée est d'ailleurs très présente chez les jeunes filles anorexiques qui voient la minceur comme une solution face à leurs difficultés existentielles. Néanmoins, les médias sont aussi un **levier pour parler de la maladie** et inciter les patients à consulter.

Pour autant, l'anorexie mentale **ne semble pas être un facteur lié à la culture**. Bien que l'idéalisation croissante de la minceur puisse influencer sur l'impact de la maladie, il semble que ce n'est ni un facteur suffisant ni un facteur nécessaire. Des cas de privation alimentaire volontaire ont existé dans de nombreuses périodes historiques. De même, des cas d'anorexie mentale ne pouvant être attribués à l'influence des idéaux corporels occidentaux ont été signalés au Moyen-Orient, en Inde et en Asie de l'Est. C'est davantage la **préoccupation du poids** qui

serait un phénomène lié au contexte socio-historique comme c'est le cas actuellement dans les sociétés occidentales qui idéalisent la minceur et dénigrent la graisse (Keel et Klump, 2003).

1.4.2 Facteurs précipitants

Il est souvent **difficile de définir le facteur déclenchant** de la maladie. Certains sujets identifieront un événement traumatique ou ayant valeur de perte (séparation parentale, décès d'un proche...), une blessure narcissique...

À l'adolescence, la fréquence d'apparition de la maladie n'est pas anodine. Le sujet se retrouve confronté à une **fragilisation narcissique et une dépendance aux objets primaires**. Pour Jeammet, le symptôme anorexique deviendrait alors un moyen de s'aliéner à un objet pour reprendre la maîtrise de ce vécu insupportable chez les sujets dont les bases narcissiques sont trop fragiles (Jeammet, 2004). Il s'agirait en fait d'une recherche de sensations corporelles nouvelles, modifiant ainsi les relations que le sujet entretient avec son corps meurtri. Cela permettrait au sujet de se substituer à des émotions intolérables tout en gardant un point d'ancrage avec le réel (d'où la fréquence des symptômes dissociatifs). **Le symptôme anorexique aurait donc une fonction de pare-excitation** vis-à-vis « *d'affects et de représentations spécifiques risquant de mettre en péril l'organisation précaire du moi* » (Corcos, 2005). Il s'agit d' « *une organisation addictive dont la particularité est de tenter de gommer la survenue du pubertaire et de ses effets désorganisans, en épargnant les questionnements et les éprouvés du féminin. Mais ceux-ci sont posés d'abord en tant qu'ils signifient ébranlement narcissique face au fantasme de « devenir comme la mère »* » (Corcos, 2005).

Par ailleurs, la **sécrétion croissante d'oestrogènes** à la puberté qui a des effets sur le métabolisme et l'axe corticotrope pourrait contribuer à augmenter la réponse au stress, entraîner une labilité de l'humeur et influencer l'appétit (Godart et al., 2007).

Selon Darmon, d'un point de vue sociologique, le mode d'entrée peut se faire de trois façons différentes. Il peut s'agir d'un **régime** qui vise donc clairement à une transformation corporelle par la perte de poids. On retrouve alors parfois des intervenants : les professionnels prescripteurs du régime (médecin, diététicienne), les incitateurs (membres de la famille, du groupe de pairs, proches) et les accompagnateurs (proches qui font aussi le régime). Ensuite, le jeune peut **expérimenter une perte de poids en lien avec un événement extérieur (le plus souvent une maladie)** et la **perte de poids initiale est ensuite réappropriée dans une volonté**

de faire un régime ou de continuer à maigrir. Enfin, la restriction alimentaire peut apparaître dans un contexte plus large de **modifications des pratiques sportives, vestimentaires, scolaire et donc ne pas se réduire au régime** (Darmon, 2014). Différents facteurs pourront alors contribuer à accentuer ou non le phénomène.

1.4.3 Facteurs pérennisants

Le phénomène de **dénutrition** a un rôle majeur d'entretien et de renforcement dans l'anorexie mentale sur un plan biologique et psychologique. On peut distinguer trois types de facteurs pérennisants.

1.4.3.1 Facteurs biologiques

Des **perturbations endocriniennes** sont fréquentes telles qu'un hypercortisolisme, une hypothyroïdie, un hypogonadisme dus à la dénutrition, réversibles à l'arrêt des troubles.

La perte d'appétit peut survenir du fait d'une **hyperactivité de l'axe corticotrope** secondaire à la dénutrition et/ou préexistant en amont chez le sujet (Levine, 2002). D'ailleurs, une sécrétion de leptine trop importante au moment de la renutrition constituerait un facteur prédictif de rechute dans l'anorexie mentale (Nogueira et al., 2010) ; son niveau circulant renseignant le cerveau sur le niveau des réserves adipeuses et permettant ainsi à l'organisme d'adapter sa prise alimentaire et son métabolisme énergétique (Frederich et al., 1995).

La dénutrition aggrave la **dysrégulation du système de la récompense** déjà existante chez les sujets anorexiques. Sur un plan diagnostique, il serait d'ailleurs plus pertinent d'évoquer un **plaisir de maigrir** plus qu'une peur de grossir (Clarke et al., 2016).

La restriction alimentaire induit une **désadaptation du système digestif à l'alimentation** notamment les aliments les plus riches. Le sentiment de satiété est plus rapide. La reprise alimentaire peut donc être à l'origine de douleur et de troubles digestifs (nausées, diarrhées, constipation...).

1.4.3.2 Facteurs environnementaux

Les enjeux de séparation-individuation s'expriment à l'adolescence. D'un point de vue systémique, la perspective de modification de l'homéostasie familiale vient menacer l'équilibre, d'autant plus s'il existait déjà des difficultés antérieures (Godart et al., 2007). Le risque est de voir émerger la dépression d'un parent, un conflit conjugal. **Le symptôme anorexique pourrait être un moyen pour prévenir ou réduire la crise familiale en permettant de maintenir ou de retrouver l'état familial antérieur** ; l'adolescent donnant l'illusion de régresser dans l'enfance et d'avoir besoin d'une présence parentale très forte.

De plus, les sites « *pro-ana* » sont souvent invoqués comme des facteurs de maintien de l'anorexie mentale qui encourageraient les pratiques de restriction alimentaire. Néanmoins, des travaux sociologiques ont montré qu'il n'existait pas systématiquement d'apologie de la maigreur mais que les sujets trouvent dans ces plates-formes des espaces de parole qui reflètent parfois les difficultés d'accessibilité aux soins sur le territoire (Tubaro et Casilli, 2016).

1.4.3.3 Facteurs psychologiques

On sait que la privation alimentaire induit une préoccupation constante concernant la nourriture, des affects anxio-dépressifs, une baisse de la libido, une tendance à se tenir à l'écart des autres, une alexithymie, de l'apathie, de l'irritabilité (Keys, 1946) mais aussi une euphorie (Schmidt et Treasure, 2006). Jeammet souligne d'ailleurs que quand les patients souffrant d'anorexie sont dénutris, ils ont tendance à se ressembler étrangement (Jeammet, 2004). **Le contrôle du poids devient pour le sujet la seule façon de maintenir encore un contrôle sur sa vie et donc de vivre**. Les réactions de l'entourage (encourageant ou non le maintien des stratégies de contrôle de poids, valorisant ou non les modifications corporelles) auront une place importante pour entretenir le trouble.

1.4.4 Facteurs protecteurs

La testostérone et la pratique d'une activité sportive régulière ont été évoquées comme des facteurs de protection face au risque de développer une anorexie mentale à l'adolescence (Blanchet, 2018).

Au regard de ces éléments historiques, épidémiologiques, cliniques et étiopathogéniques, nous allons à présent préciser le rapport singulier qu'entretient le sujet adolescent souffrant d'anorexie mentale avec l'école.

Chapitre 2

Anorexie et scolarité : quels enjeux ?

2.1 La dimension ascétisante de l'école

Durand-Pilat caractérise le système scolaire actuel comme « *une caricature de notre société de consommation. La règle étant d'apprendre toujours plus, d'« ingurgiter» plus, les meilleurs étant reconnus parmi ceux dont la richesse des connaissances dépasserait la moyenne. Il y est fait une place d'honneur aux matières nobles, scientifiques, alors que les matières plus littéraires ou créatives n'ont pas la même valeur.* » (Durand-Pilat, 2009). Ce phénomène se renforce encore dans les études supérieures.

L'apprentissage nécessite donc d'être « *maîtrisé* ». L'élève est d'ailleurs régulièrement évalué avec un système de notation permettant une hiérarchisation des élèves. Cette course à la réussite, **ce système élitiste semble entrer « étonnement » en écho avec le fonctionnement des sujets anorexiques**. Il vient renforcer leurs positions et rigidifier leurs attitudes qui consistent souvent en un hyperinvestissement massif des connaissances et un perfectionnisme incessant.

2.2 L'hyperinvestissement scolaire

2.2.1 Une volonté de maîtrise de l'intériorité psychique et du corps

Pour les sujets souffrant d'anorexie, les apprentissages semblent être un moyen pour ne pas se laisser envahir par la sexualisation de la pensée et de faire taire ainsi la pulsionnalité (Corcos et Dupont, 2007). **L'hyperactivité (tant physique qu'intellectuelle) permet donc de ne pas penser, de freiner le travail psychique d'intériorisation**. C'est même souvent une modalité d'échappement vis-à-vis des obsessions alimentaires qui leur permet de s'apaiser. Il s'agit de nier les symptômes, de dénier la problématique et d'adopter une façade sociale tout en se protégeant des émotions et des affects. L'investissement du champ scolaire engage

également un véritable travail de dénégation du corps qui vient renforcer le clivage corps-esprit. « *Les processus intellectuels deviennent alors les alliés de la résistance et du contrôle* » (Durand-Pilat, 2009).

2.2.2 Une recherche de réassurance

Très souvent, la recherche d'excellence est centrale chez les jeunes souffrant d'anorexie mentale. L'objectif est bien entendu la revalorisation narcissique, mais aussi une reconnaissance de la part du milieu familial, socioculturel et du système scolaire. Il s'agit d'une **quête affective déplacée sur le champ scolaire**. La réussite rassure le sujet et a tendance à légitimer son fonctionnement : « *je dois continuer comme cela puisque je réussis* » (même s'il est rarement totalement satisfait). L'ambition d'atteindre un idéal de perfection sous-tendue par une volonté inconsciente de « *toute-puissance* » trouve là son bien-fondé.

On comprend mieux comment l'échec scolaire réel ou subjectif peut devenir particulièrement destructeur car il vient toucher l'ensemble de la personne, ce qu'elle considère comme sa valeur et qui correspond très souvent au dernier investissement de ces jeunes filles (Durand-Pilat, 2009).

2.2.3 Des stratégies de compensation face à des spécificités cognitives

Il convient ici de souligner une nuance importante : la différence entre connaissance et savoir. **La connaissance est le résultat d'un apprentissage, d'une répétition** qui n'exige pas nécessairement de travail de compréhension, de logique et de déduction. **Le savoir est en revanche un véritable travail de remise en question, de représentation**. Il nécessite une mise en doute des connaissances acquises, de désapprendre plutôt qu'apprendre, ce qui en fait un acte critique (Durand-Pilat, 2009).

Or, les sujets anorexiques semblent davantage investir les connaissances et être plus en difficultés pour accéder au savoir. Ce phénomène serait à comprendre à la lumière d'un fonctionnement cognitif donné.

2.2.3.1 Le quotient intellectuel

L'idée générale est souvent que les sujets souffrant d'anorexie mentale ont un QI supérieur à la moyenne. Néanmoins, les résultats des études ne sont pas consensuels. Ainsi, une méta-analyse a été effectuée en 2010 (Lopez et al., 2010). La variabilité interétudes est importante : **la moitié des recherches montre un QI moyen légèrement plus élevé, l'autre moitié un QI moyen non différent de la population contrôle** chez des sujets ayant un IMC entre 13,7 et 19. Une autre étude observe une diminution du QI chez des sujets hommes et femmes ayant un IMC à 16,25 (Weider et al., 2015). On peut penser que le type de test utilisé et la gravité de la maladie ont une influence sur les résultats des études (Lopez et al., 2010 ; Weider et al., 2015). La dépression et l'anxiété pourraient être des causes de moins bonne réussite aux tests.

Plus spécifiquement, **chez les enfants et les adolescents, une étude récente avait retrouvé des scores d'intelligence globale identique aux contrôles** (pour des sujets ayant une moyenne d'IMC à 15,8), avec néanmoins des scores plus faibles pour l'intelligence non-verbale, la mémoire sémantique et la vitesse motrice (Telléus et al., 2015).

En outre, chez l'adulte, **la dénutrition sévère pourrait conduire à des altérations cognitives** expliquant au moins en partie la très forte résistance des patientes à la renutrition. Ces résultats peuvent être mis en relation avec la perte de volume cérébral observée dans la dénutrition. Les patientes obtiendraient un meilleur QI après renutrition (Koyama et al., 2012). **Cependant, chez les enfants et les adolescents, aucune association n'a été trouvée entre la récupération de poids et les fonctions cognitives** (Telléus et al., 2016).

2.2.3.2 Les difficultés d'accès à la pensée formelle

Les tests d'opérations logiques montrent des **difficultés importantes dans l'accession à la pensée formelle**. Par exemple, dans une population de 15 ans et plus, 50 % seraient susceptibles de rester à un stade de pensée opératoire concrète sur un ou plusieurs des tests proposés (Poinso et al., 2006).

La question du caractère définitif et non modifiable de ce mode de pensée se pose. En effet, dans une population d'adolescents déprimés et non anorexiques, on a pu montrer que les

scores de pensée logique étaient faibles mais s'amélioraient nettement plusieurs mois après la phase aiguë de la dépression (Masi et al., 1994).

Sur un plan psychopathologique, on peut faire l'hypothèse **d'un lien entre le refus du corps sexué (conscient ou inconscient) de ces adolescentes et l'immaturité des processus de pensée**. Les sujets ne peuvent envisager une pensée plus libre, plus abstraite où toutes les hypothèses sont permises. Il s'agit de conserver la maîtrise sur un corps prépubère. Garder une pensée concrète leur assure un mode de protection, de défense vis-à-vis d'autres modes de fonctionnement possible, d'autres pensées, d'autres réalités du corps. C'est un refus du plaisir de penser.

Par ailleurs, la fixation à un mode de pensée concrète a un **caractère de défense contre l'angoisse et de défaut primaire de symbolisation**. En effet, il semble que les sujets restent très dépendants de la relation réelle avec les parents, dans leur réalité physique quotidienne, comme s'ils n'en avaient pas de représentation véritablement intériorisée. Cela correspondrait à une fragilité de la constitution des objets internes dans la petite enfance qui se révélerait à la période de l'adolescence. **Tout se passe comme s'il n'existait pas suffisamment d'espace propre pour sa pensée**. Corcos y voit d'ailleurs une « *dimension essentielle de carence, avec pour conséquence majeure une aliénation à l'objet* » (Corcos et Dupont, 2007). L'adolescent a besoin de coller à l'objet car l'apparence, la surface de l'objet, est un appui identificatoire. Ceci donne lieu à la construction d'une identité adhésive décrite par Bick : « [...] un état, sans création mentale, sans relation d'objet, un état nécessitant juste de pouvoir se coller à un aspect sensoriel offert par l'environnement. Dans cette modalité d'être et de non-relation à l'objet, les organes sensoriels seraient [...] utilisés comme des ventouses comparables à la bouche tenant le mamelon. L'objet recherché de façon adhésive est un objet sensuel, éprouvé comme tenant rassemblées, momentanément, les parties de la personnalité. » (Boubli, 2005).

2.2.3.3 La flexibilité cognitive

Les fonctions exécutives sont définies comme un ensemble de capacités impliquées dans le maintien de stratégies appropriées à la résolution de problèmes afin d'atteindre un objectif futur. Elles comprennent principalement la flexibilité cognitive (« *set shifting* »), la planification, l'inhibition, la mémoire de travail, la génération de nouvelles idées, le monitoring de l'action qui peuvent être explorés par les tests neuropsychologiques.

La flexibilité cognitive correspond à l'aptitude à passer d'une opération mentale à une autre ou d'un ensemble d'informations à un autre afin d'atteindre un objectif supra-ordonné. Elle permet d'adapter ses pensées et ses actions selon les exigences de la situation (Hill, 2004).

Dans l'anorexie mentale, de **faibles performances de flexibilité cognitive ont été également mises en évidence auprès de patients adultes** pris en charge ou en rémission, comme dans l'autisme (Crane et al., 2007). Plusieurs auteurs ont même proposé qu'une altération de ce processus était un facteur de risque d'apparition (Tchanturia et al., 2002) et de maintien du trouble (Schmidt et Treasure, 2006). Une telle rigidité dans le style cognitif témoignerait de dysfonctionnements cérébraux (Steinglass et al., 2006). Au quotidien, ce défaut de flexibilité se traduirait par des raisonnements rigides et des persévérations mentales et comportementales (concernant essentiellement la nourriture et le poids). On note également que ce mode de fonctionnement est plus marqué chez les apparentés non-malades d'anorexiques que dans le reste de la population (Holliday et al., 2005).

Pour autant, d'après les études ayant investigué plus précisément les profils cognitifs d'enfants et d'adolescents, il semble que la flexibilité mentale ne soit pas différente des cas contrôles (Lang et al., 2014 ; Tellés et al., 2015). Il est possible que cette altération cognitive ne survienne qu'après un certain temps d'évolution du trouble et/ou corresponde aux effets au long cours de la dénutrition.

2.2.3.4 Le défaut de cohérence centrale

Selon Frith, la cohérence centrale correspond à la capacité à intégrer globalement une information (voir l'ensemble et ainsi y mettre du sens) (Frith, 1989). Elle permet de mettre les détails en lien afin d'obtenir un sens supérieur mais aussi à filtrer les informations de l'environnement pour en retenir les plus importantes (M'Chakleb, 2011).

Dans l'autisme, Frith avait évoqué une absence ou tout du moins une déficience de cette fonction (Frith et Hill, 2003). Ainsi, l'intégration de l'information est fragmentée, d'où un attachement particulier aux détails. De ce fait, les sujets ne font pas de lien entre la situation et l'information. Leur approche des choses est donc fragmentée au détriment du sens. Il s'agit d'une cohérence à plus petite échelle, une sorte de cohérence locale. (M'Chakleb, 2011). Pour Happé, il s'agit plus d'un style cognitif que d'un réel déficit (Happé, 1999).

Dans le cadre de l'anorexie mentale, l'attention marquée pour les détails est une des pistes pour décrire également un style cognitif spécifique de traitement de l'information. Cette caractéristique apparaît cohérente avec le constat d'une discordance dans les performances en traitement d'informations visuo-spatiales : les résultats sont meilleurs pour les activités nécessitant un traitement centré sur les détails (par exemple tâches de figures enchevêtrées) que pour celles reposant sur un traitement global (Nandrino, 2015).

Des travaux empiriques utilisant le « *Matching Familiar Figure Test* » ont été menés pour éprouver cette hypothèse et confortent avec une taille d'effet importante ($d=0,89$) l'hypothèse d'un **défait de cohérence centrale** (Southgate et al., 2008). Il persiste même lorsque la personne ne présente plus de symptômes alimentaires et ce, avec une large variété de mesures neuropsychologiques investiguant tant le traitement global que détaillé des stimuli (Lopez et al., 2008).

D'autres études ont eu lieu, comme à Nantes, mettant en évidence un déficit des capacités visuo-spatiales et constructives ainsi qu'un défaut d'inhibition cognitive chez les patientes présentant une anorexie mentale restrictive, pouvant s'intégrer dans une atteinte de la cohérence centrale (Cholet, 2012).

Or, il semble bien que ce ne sont pas les symptômes ni leurs conséquences qui sont à l'origine du pattern de performances des patients souffrant d'anorexie. Lorsque sont comparées les performances des patients, de leur fratrie non anorexique et des sujets sains, un style cognitif privilégiant les détails est mis en évidence uniquement pour les patients et leur fratrie (Roberts et al., 2013). Plusieurs arguments soutiennent donc l'hypothèse que ce style cognitif constitue un **endophénotype** de l'anorexie mentale (Martinez et al., 2014).

Ainsi, le sujet souffrant d'anorexie a recours à un apprentissage mécanique et répété des tâches pour acquérir les connaissances, apprentissage qui vient compenser un fonctionnement cognitif dans la moyenne voire déficient. **C'est finalement le perfectionnisme qui permet souvent la réussite.** Ceci se fait bien souvent au détriment du développement de la créativité – que les adolescents vont avoir tendance à considérer comme une perte de temps et de contrôle – d'autant plus que l'alexithymie renforce le phénomène. On imagine bien que les effets de la dénutrition entraînant une asthénie et des difficultés de concentration vont avoir tendance à renforcer cet hyperinvestissement : il faut plus d'investissement, plus d'énergie pour maîtriser les connaissances. Ce mécanisme s'auto-entretient donc jusqu'à l'épuisement.

2.2.4 La nourriture scolaire

L'hyperactivité correspond à un « *mode d'expression de l'avidité et permet l'évacuation de l'énergie pulsionnelle* » (Corcos et Dupont, 2007). Elle prend un caractère **addictif** tout comme le jeûne. Elle peut aussi bien porter sur le sport que sur le scolaire. On peut donc voir l'anorexie mentale sous l'angle d'un triptyque addictif : addiction au jeûne, addiction à l'activité physique, addiction au travail.

D'ailleurs, plus le sujet s'adonne à une activité psychique intensive, plus la dépense physique peut s'avérer nécessaire pour perdre des calories supplémentaires (Durand-Pilat, 2009). De la même façon, on observe une tendance à quantifier la quantité de travail fournie, au même titre que la quantité de nourriture ingérée. **On peut faire le parallèle entre les rituels alimentaires et les rituels scolaires.** La soif de connaissance est sans cesse à réitérer, dans un rapport cumulatif et boulimique à l'apprentissage (Durand-Pilat, 2009). Les sujets sont mus par une volonté de dépassement constant où il s'agit d'emmagasiner, de cumuler, tout en maintenant un contrôle sur le corps constant, dans une véritable quête ascétique.

2.2.5 À la recherche de l'ascétisme

L'anorexie mentale étudiée sous le prisme de la sociologie nous montre sa dimension ascétique. Darmon l'a définie comme une « *carrière* », au sens où la maladie peut se percevoir comme un parcours ou une progression de la personne dans le cours de sa vie (ou une partie de celle-ci). Il existe un processus chronologique évoluant par étapes ou par phases. Pour Darmon, il s'agit donc « *d'une carrière de transformation radicale de soi, d'une véritable entreprise de rupture, planifiée et systématique, qui requiert des efforts et des techniques spécifiques et qui peut être observée tant sur un front corporel ou alimentaire [...]* » (Darmon, 2010).

Ainsi, le jeune qui entre et se maintient dans la carrière anorexique doit se soumettre à des pratiques très strictes de gouvernement du corps et de la vie sociale : restriction alimentaire, activités physiques répétitives et organisées, et travail scolaire intensif. **Ceci le conduit à une véritable rationalisation du temps, une éthique de l'effort pour permettre le travail de transformation de soi** (Darmon, 2010). L'ascétisme est présent en ce sens que le jeune souffrant d'anorexie mentale est inscrit dans un système de transformation voire de création de sa personne. Durkheim a défini l'ascétisme comme une manière de maîtriser la nature pour se

faire une place dans le monde en tentant de contrôler nos instincts. Il ne se limite pas qu'au champ religieux et à la recherche du sacré.

Darmon souligne que *« la forme d'ascétisme qui est à l'œuvre chez les enquêtées anorexiques à la fois s'oppose (parfois explicitement) aux visions populaires du monde et manifeste en revanche une forte connivence avec les pratiques et les représentations des classes moyennes et supérieures [en particulier pour les femmes] »*. Il s'agit de s'ériger contre le *« laisser-aller »* populaire. Ainsi, le sujet anorexique tente de tendre vers un *« ascétisme élitiste »* : alimentaire, corporel, sportif, scolaire. Cet ascétisme apparaît par excellence dans la tension constante ou quasi-constante que les jeunes filles décrivent et qui nécessite pour sortir de l'anorexie *« un apprentissage de la satisfaction procurée par des moments vides d'investissements et sans tension vers un but d'acquisition et de transformation »*. **Il ne s'agit pas seulement de contrôler un destin corporel mais aussi un destin social** (Darmon, 2010).

2.3 Le refus scolaire et la déscolarisation

Chez les sujets ayant développé un **trouble de l'alimentation avec restriction ou évitement dans l'enfance** (dont les critères diagnostiques figurent en annexe 4), le risque de développer une anorexie mentale à l'adolescence est important. Or, ces sujets présentent très souvent des troubles anxieux et phobiques (émétophobie, anginophobie) associés. Sur ce terrain, il n'est pas rare de voir se développer un tableau de phobie scolaire, qui est parfois la première porte d'entrée de ces sujets vers les soins (Blanchet, 2018).

2.4 Les relations aux pairs

2.4.1 Le corps en question

Selon une approche phénoménologique, le corps serait le support de l'« être au monde » et se placerait au centre des échanges relationnels affectifs entre individus (Schilder, 1971 in Marcelli, 2004). Or, il existe un paradoxe à l'adolescence : l'écart type par rapport à la moyenne des changements corporels est grand alors que la pression sociale normative est particulièrement forte ; d'où les nombreuses questions que se pose l'adolescent sur son corps (« suis-je normal ? »). Ce dernier devient un **support de discours social**, à la fois pour se

différencier des autres et en même temps pour se rencontrer sur des points de ressemblances rassurants (silhouette, phénomène de mode, tatouage...).

Nous l'avons dit, la scène scolaire constitue le « *théâtre* » par excellence des relations entre adolescents (Gutton, 1996). C'est donc au cœur de cet espace que naît un certain nombre de représentations normatives sur le corps qui peuvent venir ébranler le narcissisme du sujet, selon qu'il répond ou pas à ces normes.

C'est aussi là que naissent les préoccupations des pairs les uns pour les autres : « *est-ce qu'il, ou elle, va mal ?* », « *comment puis-je l'aider ?* ». Dans le cas de l'anorexie mentale, nous verrons que les pairs ont un rôle non négligeable dans le cadre du dépistage des symptômes.

2.4.2 Le harcèlement scolaire

Un certain nombre de jeunes souffrant de TCA ont été victimes de harcèlement scolaire plusieurs mois avant le début des symptômes (Catheline, 2008 ; Copeland et al., 2015). **Les victimes de harcèlement ont d'ailleurs un risque plus élevé de développer une anorexie mentale.** Ceci est indépendant de l'état antérieur des symptômes alimentaires ou des antécédents personnels et familiaux psychiatriques (Copeland et al., 2015). Nous en avons fait sa description clinique dans la première partie. Sans dire qu'il constitue la cause de la maladie, il semble faire partie intégrante des facteurs déclenchants et a pris une certaine ampleur depuis l'apparition du cyberharcèlement ces quinze dernières années.

2.4.3 Le repli relationnel

Une fois la maladie déclarée, les jeunes souffrant d'anorexie vont rapidement mettre à distance les autres par ce surinvestissement alimentaire, intellectuel et sportif. **Les contacts sociaux s'appauvrissent.** Il n'y a plus de place pour les relations affectives en dehors des parents, « *tout plaisir autorisé en dehors de la sphère d'influence maternelle étant vécu comme trahison et perte... à moins que la « folie » boulimique entre en scène, comme ultime moyen de passer outre la folie restrictive et conservatrice familiale* » (Corcos et Dupont, 2007).

Sur le plan scolaire, ceci se manifeste par un repli relationnel massif, tout moment de plaisir partagé avec les autres étant perçu comme une perte de temps. La dépression ou l'alexithymie peuvent venir renforcer le phénomène de repli.

2.4.4 Anorexie et aspects socio-émotionnels

Cette description serait incomplète si nous ne faisons pas état des travaux de recherche concernant les difficultés socio-émotionnelles dans l'anorexie mentale. En effet, au-delà des comorbidités de dépression, d'anxiété et de phobie sociale, des **points communs existent également avec l'autisme**.

Pour rappel, la « *théorie de l'esprit* » est la capacité à accéder à la vie mentale d'autrui. Elle correspond à la mentalisation et a pour but de comprendre les intentions de l'autre, de prédire ses actions, d'adopter le « point de vue de l'autre » par identification. L'empathie est la fonction permettant de se représenter et de partager les états émotionnels d'autrui, elle est sous-jacente à la fonction de « *théorie de l'esprit* » (Georgieff, 2005).

Or, des auteurs ont suggéré que **les deux troubles partageaient des difficultés communes dans la « *théorie de l'esprit* » et l'empathie** (Baron-Cohen et al., 2013) qui pourraient expliquer les difficultés dans les compétences sociales. Cette hypothèse est controversée. Dans l'anorexie mentale, il semble que l'empathie émotionnelle est en effet perturbée mais les performances en mentalisation sont comparables aux sujets sains (Adenzato et al., 2012). Une récente méta-analyse a fait le point sur les études investiguant les profils de théories de l'esprit en comparant les différences entre des sujets sains contrôles et des sujets souffrant d'anorexie mentale ou d'autisme. Les profils des sujets atteints d'autisme ou d'anorexie mentale ont en effet des points communs mais **les difficultés des sujets autistes sont plus importantes, en particulier pour l'empathie émotionnelle** (Leppanen et al., 2018). Par ailleurs, il existerait chez les patients souffrant d'anorexie un **désir d'affiliation sociale** qui les différencie des personnes souffrant de troubles du spectre autistique (Shafran et al., 2002).

Il semble que **le manque d'empathie est corrélé à l'alexithymie** (Courty, 2013). L'alexithymie se caractérise chez le sujet par une difficulté à identifier et à décrire verbalement son vécu émotionnel, une activité fantasmatique limitée et un style cognitif pragmatique orienté vers les symptômes physiques et les éléments factuels extérieurs. Elle est très souvent présente chez les individus souffrant d'anorexie mentale, et plus généralement chez les sujets souffrant d'addictions, mais aussi chez ceux atteints du syndrome d'Asperger ou chez les autistes de haut niveau, et cela malgré la prise en compte des effets de la dépression (Hill et al., 2004). Ceci contribue également à de faibles compétences sociales.

Enfin, des auteurs ont mis en évidence des **structures et des fonctions atypiques communes dans les régions cérébrales dédiées au domaine social** : sillon temporal supérieur,

aire fusiforme des visages au niveau du gyrus fusiforme, amygdale, cortex orbitofrontal (Zucker et al., 2007).

Dans cette partie, nous avons donc décrit les éléments historiques, épidémiologique cliniques, étiopathogéniques ainsi que la singularité de la psychopathologie scolaire de l'anorexie mentale. Les symptômes anorexiques trouvent une inscription particulière à l'école à la période de l'adolescence. Or, il est fréquent que le champ scolaire devienne « ***un lieu de résistance et de réitération symptomatique*** » (Durand-Pilat, 2009). Il vient participer au déni des troubles et peut justifier un refus de soin, aussi bien pour l'adolescente que pour sa famille. Il s'agit de préserver une scolarité qui, si elle n'est pas brillante, est au moins souvent très sérieuse et investie. Le soin va donc devoir prendre en compte cette modalité de fonctionnement.

Comment penser le soin des sujets souffrant d'anorexie sans travailler cette question de la scolarité ? Comment favoriser le dépistage de la maladie au sein du champ scolaire ? Comment envisager l'absence puis le retour des adolescents à l'école avec un rapport plus sain qui sera gage de meilleur pronostic ? Comment penser le partenariat entre le soin et l'école ? C'est ce questionnement qui guidera la partie qui va suivre, illustrée par l'exemple du partenariat au CHU de Nantes en pédiatrie et en addictologie.

Partie 3 :
Coordonner le soin
et le scolaire chez les
jeunes souffrant
d'anorexie mentale

Chapitre 1

Historique

1.1 Les défis de l'intégration scolaire chez les sujets souffrant de troubles psychiques en France

1.2 Historique de la coordination du soin et de l'école dans l'anorexie mentale

Chapitre 2

Modalités thérapeutiques de l'anorexie mentale : « un parcours de soin »

Chapitre 3

L'exemple du partenariat soin et école au CHU de Nantes en pédiatrie et en addictologie

3.1 Les différents acteurs et leurs rôles dans le partenariat

3.1.1 Les jeunes

3.1.2 Les parents

3.1.3 Les intervenants du dispositif hospitalier

3.1.3.1 Les médecins

3.1.3.2 Les infirmiers

3.1.3.3 Les enseignants

3.1.3.4 Les assistants sociaux

3.1.3.5 Les psychologues et autres paramédicaux (ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste)

3.1.4 Les autres médecins intervenants

3.1.4.1 Le médecin traitant

3.1.4.2 Le médecin nutritionniste

3.1.5 Les intervenants du dispositif Éducation Nationale

3.1.5.1 Les enseignants

3.1.5.2 Les membres de l'équipe encadrante de l'établissement

3.1.5.3 La médecine scolaire

3.1.5.4 La place des pairs

3.1.5 L'importance du travail en partenariat : la question du secret professionnel

3.2 Organisation temporo-spatiale du partenariat

3.2.1 Le soin

3.2.1.1 L'hôpital

3.2.1.2 Autres espaces de soins (médecin traitant, médecin nutritionniste, CMP, autre thérapeute)

3.2.2 La famille

3.2.3 L'école : de la contre-indication au levier thérapeutique

3.2.3.1 La (re)socialisation

3.2.3.2 Les apprentissages

3.2.4 L'adolescent

Nous allons commencer cette partie par un regard historique sur les défis de l'intégration scolaire chez les sujets souffrant de troubles psychiques et d'anorexie mentale. Puis, nous décrirons les modalités de soin de l'anorexie mentale en réfléchissant à la place de la scolarité dans le « *parcours de soins* ». Notre troisième chapitre se centrera enfin sur l'exemple du partenariat soin et école au CHU de Nantes en pédiatrie et en addictologie.

Chapitre 1

Historique

1.1 Les défis de l'intégration scolaire chez les sujets souffrant de troubles psychiques en France

Ce sous-chapitre a été conçu en se basant essentiellement sur trois sources (Pinell et Zafiroopoulos, 1978 ; Duché, 1990 ; Conte et al., 2005).

Pendant longtemps, les « *handicapés* » de toutes sortes étaient peu considérés par la société, souvent exclus voire « *exterminés* » et on ne s'intéressait pas aux enfants. Seules la religion ou la sorcellerie fournissaient des explications étiologiques pour ces « *créatures* » qui semblaient « *possédées* ». Pinel est le premier inventeur du traitement moral des aliénés à la fin du XVIIIe siècle et il les libérera de leur chaîne selon la légende. **C'est au XIXe siècle que la pédopsychiatrie va faire ses débuts** avec la prise en charge des « *enfants idiots* » et l'apparition des premiers psychiatres d'enfants tels que Itard, Belhomme, Falrest, Ferrus ou encore Voisin. À cette époque, les enfants « *idiots* » ou « *nerveux* » sont internés à la communauté asilaire. Néanmoins, les apports éducatifs et psychologiques vont venir nourrir et changer le regard sur la prise en charge des enfants.

Ainsi, Seguin est le premier instituteur (qui deviendra ensuite médecin) à s'intéresser à la formation des « *idiots* ». Il considère **toute organisation psychopathologique grave de l'enfant comme toujours amendable et accessible au traitement médico-pédagogique**, reléguant la question étiologique à l'arrière-plan (Duché, 1990). Bourneville est son élève et mettra en place à Vitry le premier institut médico-pédagogique proposant un accompagnement physique, psychologique et pédagogique. Il n'accepte pas les discours concernant l'incurabilité des « *idiots* » et les préconisations sur la nécessité d'enfermement. **Pour lui, l'accès à l'enseignement contribue clairement à l'amélioration des troubles mentaux.** Par la suite, au début du XXe siècle, Binet va développer des méthodes pour diagnostiquer le niveau

intellectuel des « *anormaux* » pour mieux évaluer leur adaptabilité scolaire. C'est ce qui deviendra après plusieurs révisions le quotient intellectuel.

Malgré l'obligation scolaire en 1882, il semble impossible de scolariser tous les enfants en classe ordinaire. En 1909, une loi est adoptée pour prévoir la mise en place de classes spécialisées pour les écoliers « *anormaux* ». On considère alors que les « *idiots* » et les « *imbéciles* » relèvent toute leur vie de la compétence de l'hôpital qui propose parfois un accompagnement pédagogique. En revanche, les « *arriérés* » ou « *débiles légers* » et les « *instables* » sont du ressort des classes de perfectionnement bien que ces dernières soient peu nombreuses jusqu'au lendemain de la seconde guerre mondiale.

L'Association « l'École à l'Hôpital » est créée en 1929 à Paris par Marie-Louise Imbert. Son objectif est d'« *apporter à l'esprit les soins que d'autres donnent au corps* ». Des équipes d'enseignants bénévoles viennent alors **faire classe dans les principaux hôpitaux d'enfants et services de pédiatrie de l'Assistance Publique** y compris pendant la guerre. D'autres associations seront également créées au fur et à mesure comme « *l'École Chez Vous* » en 1954.

La Fondation Santé des Étudiants de France (FSEF) ouvre le premier sanatorium pour les étudiants souffrant de la tuberculose à Saint-Hilaire du Touvet en Isère. Elle sera suivie d'un réseau d'établissements associant tous soins et études et répartis sur le territoire national. Après 1945, la santé mentale des étudiants apparaît comme une préoccupation majeure des autorités universitaires. L'enseignement supérieur mandate la Fondation afin qu'elle crée des **établissements pour accueillir des étudiants présentant des troubles mentaux légers n'empêchant pas la poursuite des études**. C'est ce qui mènera à la création du premier établissement médico-psychologique à Sceaux dans la villa Dupré.

Peu à peu, les troubles psychiques de l'enfant vont être appréhendés dans une perspective psychodynamique, intégrant les facteurs développementaux, familiaux, socio-culturels, pédagogiques, psychologiques et médicaux. **L'avènement de la psychiatrie de secteur dans les années 1960 va s'éloigner d'une conception de l'hospitalisation continue et permettre le développement de dispositifs de soins institutionnels** tels que les CMP, les CATTP, les hôpitaux de jour, les accueils familiaux thérapeutiques, les unités d'hospitalisation temps plein. Ceci est suivi parallèlement par le détachement d'instituteurs par l'Éducation Nationale permettant ainsi **l'ouverture de classes à part entière dans les structures thérapeutiques en 1970**. C'est ainsi que des cours sont proposés aux jeunes souffrant de

maladies chroniques ou de toutes sortes de troubles psychiques suffisamment stabilisés pour permettre l'accès aux apprentissages.

À cette époque, les familles avaient volontiers recours aux structures protégées car elles redoutaient les exigences et les contraintes du milieu scolaire ordinaire, tant sur le plan de la socialisation que sur le plan pédagogique. Par la suite, les familles et les associations vont peu à peu **revendiquer le droit à l'intégration scolaire**, la dépendance à l'institution devenant de plus en plus douloureuse en tant que marqueur manifeste de la différence de leur enfant qui n'aurait pas sa place dans la société.

La loi du 30 juin 1975 vient instituer une **obligation nationale d'éducation des enfants et des adolescents avec handicap**, sans faire référence aux enfants présentant des troubles psychopathologiques jusqu'à la circulaire de 1983. Il s'agit de trouver une réponse appropriée pour chaque enfant. La circulaire 303 de 1991 stipule que **l'école spécialisée au sein d'un établissement sanitaire ne saurait avoir d'autres finalités que l'intégration en milieu scolaire ordinaire**. La nécessité de **partenariat entre la santé mentale et le milieu scolaire** est réaffirmée en 1992 par le biais d'actions conjointes thérapeutiques et pédagogiques. En 1999, la loi affirme que **la scolarisation fait partie des droits fondamentaux** en s'appuyant sur la convention internationale des droits de l'enfant de 1989.

Le **11 février 2005**, la loi dite pour « *l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* » vient réaffirmer que **tout élève atteint d'un handicap ou d'une maladie chronique a le droit à une scolarité ordinaire, à charge pour chaque établissement de l'organiser**. Elle met à disposition plusieurs outils pour organiser une scolarité adaptée au jeune et à ses difficultés.

1.2 Historique de la coordination du soin et de l'école dans l'anorexie mentale

Dans la littérature, on ne trouve **pas de protocole type des bonnes pratiques pour encadrer la scolarisation des jeunes souffrant d'anorexie** et ce, malgré l'existence d'une psychopathologie scolaire singulière. Historiquement, la séparation et l'isolement strict prescrits par Charcot et ses prédécesseurs avaient logiquement pour conséquence une rupture scolaire. Les hospitalisations pouvaient être très longues, allant de quelques mois à plusieurs années. Lorsque les jeunes filles allaient mieux, elles retournaient à l'école en fonction de l'environnement familial, de leur classe sociale ou de leur désir. La condition féminine faisait que de toute façon, il était rare de voir des femmes faire des études longues. On tâchait souvent

de les marier le plus vite possible ce qui n'était pas sans poser de difficultés car leur fragilité pouvait décourager les potentiels prétendants. Avec l'évolution des mœurs et des politiques scolaires évoquées ci-dessus, il est apparu de plus en plus nécessaire de penser les soins en considérant l'environnement scolaire de l'adolescent.

Chapitre 2

Modalités thérapeutiques de l'anorexie mentale : « *un parcours de soin* »

Lorsque la forme syndromique ou subsyndromique de l'anorexie mentale a été dépistée, c'est souvent le début d'un long parcours de soin pour l'adolescent et sa famille. Une revue de la littérature a été faite entre avril 2014 et janvier 2016 pour proposer une mise à jour des grands principes du traitement de l'anorexie mentale dont nous exposons ici les principaux points (Thibault et al., 2017) :

-L'approche **pluridisciplinaire** est essentielle compte-tenu du caractère multidimensionnel de ce trouble (psychiatre, psychologue, pédiatre, éducateur, psychomotricien...). Il a été démontré que la **spécialisation des équipes** sachant prendre en charge le trouble du comportement alimentaire a un impact important sur l'efficacité des soins au vu de la complexité de cette pathologie. Une **bonne communication** est nécessaire pour permettre la bonne coordination des intervenants.

-L'**alliance thérapeutique** et la **motivation au changement** ont une importance capitale pour la réussite du traitement.

-Depuis les années 1970, **le traitement ambulatoire fait de plus en plus référence** alors que le traitement hospitalier était vu auparavant comme la principale alternative. Aujourd'hui, la prudence est de mise car l'hospitalisation peut induire un évitement des difficultés de la vie quotidienne (qui sont difficiles à surmonter lors de la sortie) et n'est pas toujours plus efficace que le traitement ambulatoire mené par une équipe spécialisée. **L'hospitalisation s'avère en revanche indispensable dans les cas suivants : « complications médicales liées à la maladie (signes vitaux instables, troubles métaboliques), présence d'accès hyperphagiques/purgation incontrôlables, diminution rapide de l'alimentation ou perte rapide de poids, présence de comorbidités psychiatriques qui nécessitent l'hospitalisation ou risque suicidaire élevé, risque d'automutilation élevé, inefficacité du**

traitement ambulatoire, ressources personnelles ou sociales limitées » (HAS, 2010 ; Thibault et al., 2017).

-La priorité du traitement doit être la renutrition avec le retour à un poids de santé – préalable souvent nécessaire pour l'efficacité de la thérapie – et la **prise en charge des complications somatiques associées**. Les attitudes alimentaires inappropriées, les pensées et distorsions cognitives doivent être prises en charge également rapidement.

-Aucune recherche n'a mis en évidence une efficacité des traitements médicamenteux chez les jeunes souffrant d'anorexie mentale. **La médication devrait donc être utilisée uniquement si des comorbidités psychiatriques existent** (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs...).

-Les thérapies individuelles qui peuvent être utilisées sont multiples : thérapie cognitivo-comportementale, d'inspiration analytique, systémique, éducation thérapeutique, thérapie interpersonnelle, thérapie motivationnelle... Jusqu'à présent, aucune thérapie n'a montré sa supériorité. Un consensus semble tout de même se dégager sur la nécessité d'axer les objectifs sur le sentiment d'efficacité personnelle, l'estime de soi, la maîtrise de soi, le développement de nouvelles stratégies adaptatives. La HAS rappelle que quand les patients sont très dénutris, l'abord psychologique est surtout une aide à l'adhésion et à la motivation au traitement (HAS, 2010).

-L'approche par **remédiation cognitive** semble à l'heure actuelle une piste intéressante. Elle repose sur deux éléments de preuve principaux : l'identification de difficultés cognitives dans l'anorexie mentale d'une part et les preuves d'efficacité de la remédiation cognitive dans la schizophrénie d'autre part. Plusieurs études ont montré une évolution positive de certaines performances cognitives après une telle prise en charge. Proposée en début de soins, conjointement à la prise en charge habituelle, elle semble nettement améliorer l'efficacité des autres thérapies proposées (Tchanturia et al., 2007 ; Asch et al., 2014). De plus, elle est particulièrement bien acceptée et bien vécue par les patients, en partie de par l'absence de focalisation sur les thèmes généralement abordés dans d'autres cadres thérapeutiques, notamment les symptômes alimentaires (Whitney et al., 2008). Une revue de 2014 a mis en évidence les résultats prometteurs de cette approche thérapeutique dans l'anorexie mentale, en particulier sur la cohérence centrale et le manque de flexibilité cognitive (Tchanturia et al., 2014). Elle serait tout de même plus efficace chez les sujets ayant des traits autistiques « faibles » soit de meilleures capacités de communication, d'interaction sociale, et moins d'intérêts ou de comportements restreints ou stéréotypés (Tchanturia et al., 2016).

-La thérapie familiale semble nettement supérieure à la thérapie individuelle chez les enfants ou adolescents, d'autant plus que l'intervention est précoce dans l'évolution de la maladie. La supériorité est également démontrée à long terme sur le rétablissement. L'abord familial (entretiens, groupes, thérapies) semble essentiel en particulier en population pédiatrique pour les parents et la fratrie. Par ailleurs, il se développe depuis les années 1980 une approche de thérapie multi-familiale. Cette technique est très développée au Maudsley Hospital à Londres. L'objectif est de donner aux parents une place centrale dans la thérapie pour qu'ils deviennent des partenaires de soins. Un soutien est également proposé à la fratrie. Ce travail aurait tendance à améliorer l'alliance thérapeutique du jeune et sa famille. Il contribuerait à la réponse initiale au traitement, éviterait l'abandon de la thérapie, préviendrait d'éventuelles rechutes et améliorerait le rapport coût/efficacité par rapport à la thérapie familiale simple (Criquillion et Huon De Penanster, 2018).

-Le traitement demeure un défi. Il est difficile de montrer l'efficacité des pratiques du fait principalement d'une difficulté à recruter des sujets pour faire les études, notamment parce qu'un certain nombre de patients est réticent à s'engager dans un traitement. **Le déni des troubles est relativement fréquent.**

-La HAS recommande que quelle que soit l'approche psychothérapeutique choisie, elle doit se poursuivre **au moins un an après une amélioration clinique significative** (HAS, 2010).

Chez les adolescents, on sait depuis longtemps que le succès du traitement peut permettre d'éviter la chronicisation des troubles (Robin et al., 1998 ; Liechty et Lee, 2013). Il est donc question d'agir rapidement dès le diagnostic syndromique et même subsyndromique de la maladie.

Tout au long des soins, le **respect des droits de l'enfant et de l'adolescent** est essentiel et a été réaffirmé par les recommandations britanniques NICE de 2004. Cela comprend le **respect des besoins éducatifs et sociaux, dont la scolarisation et le maintien de contacts sociaux avec les pairs** (NICE, 2004). L'accompagnement de la scolarité doit donc nécessairement **faire partie intégrante du parcours de soins** – d'autant plus que celle-ci relève d'une psychopathologie particulière – et nécessite d'être pensé par les équipes soignantes, l'équipe pédagogique, la famille et le jeune. Néanmoins, il n'y a pas de recommandations spécifiques.

Notre schéma ci-dessous illustre le rapport étroit qu'entretient l'adolescent avec sa scolarité tout au long du « *parcours de soin* ».

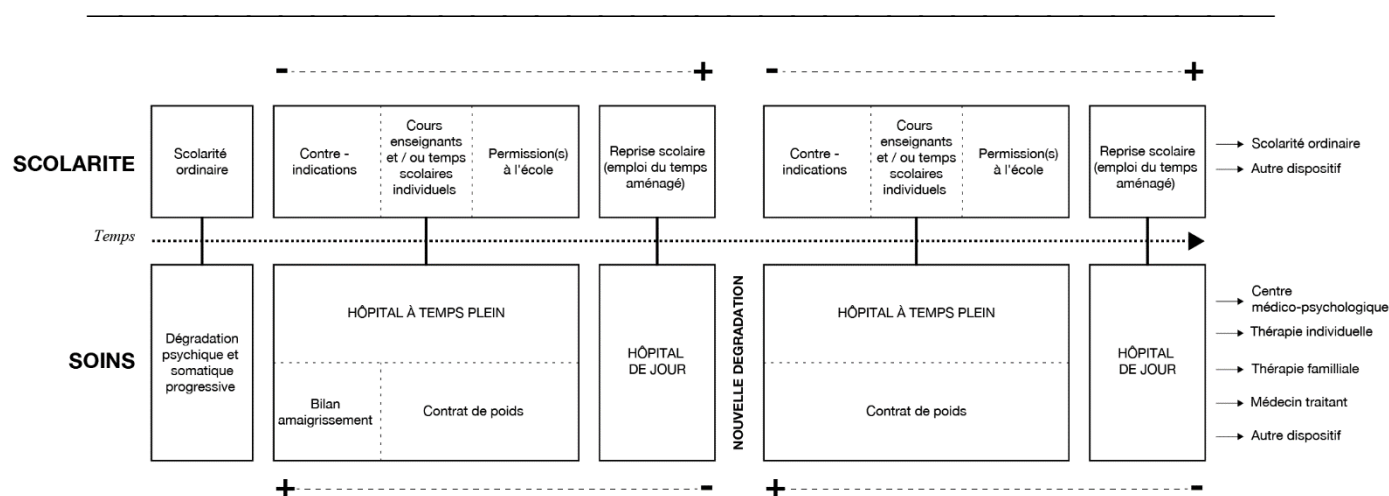


Figure 2. Place de la scolarité dans le parcours de soin de l'adolescent souffrant d'anorexie mentale.

Nous allons donc à présent étudier le fonctionnement du partenariat nantais entre l'école et l'hôpital en pédiatrie et en addictologie.

Chapitre 3

L'exemple du partenariat soin et école au CHU de Nantes en pédiatrie et en addictologie

La partie qui va suivre a été construite à la suite de nombreux échanges entre novembre 2017 et avril 2018. Nous avons en effet rencontré plusieurs membres de l'équipe médicale et paramédicale de pédiatrie (hospitalisation temps plein et Hôpital De Jour (HDJ) « *ados* ») et d'addictologie (hospitalisation temps plein unité Salomé et HDJ Espace Barbara), participé à quatre groupes de parole à l'Espace Barbara et à l'HDJ « *ados* », à deux groupes de parole « *parents* » à la Maison Des Adolescents pour les parents de jeunes suivis en pédiatrie, rencontré l'équipe enseignante de l'HDJ « *ados* », deux médecins scolaires et une infirmière scolaire de Loire-Atlantique, ainsi que plusieurs membres d'un lycée nantais (Conseillère Principale d'Education (CPE), proviseur adjoint, enseignant principal et enseignant volontaire au Service d'Accompagnement Personnalisé À Domicile (SAPAD)). L'objectif de ces

rencontres a été guidé par la volonté de décrire le partenariat entre l'école et l'hôpital à Nantes pour les jeunes adolescents souffrant d'anorexie mentale et de comprendre l'articulation et la cohérence générale. Cette présentation est donc le fruit d'une synthèse entre ces différents échanges et propose une réflexion sur la place et la complémentarité de chaque membre du dispositif tout au long du parcours de soin du jeune.

3.1 Les différents acteurs et leurs rôles dans le partenariat

3.1.1 Les jeunes

Ils sont **au centre du dispositif** qui s'appuie sur leur clinique. L'articulation avec l'école a été pensée en s'appuyant sur une expérience solide auprès des jeunes. Comme nous l'avons décrit précédemment, la psychopathologie scolaire de l'anorexie mentale convoque nécessairement un accompagnement soignant car son évolution influence le pronostic de la maladie.

La plupart du temps, **les adolescents n'ont pas l'autorisation de se mettre en contact avec l'école pendant l'hospitalisation**, et ce, jusqu'à la sortie (en dehors d'une ou deux permissions). **Le lien scolaire n'est donc maintenu que par les parents, les professionnels qui s'occupent du jeune à l'hôpital ou éventuellement les pairs.**

Il est nécessaire de rappeler qu'en pédiatrie et en addictologie pour les patientes mineures, les parents prennent une part active pour soutenir la demande de soin des adolescents voire y surseoir au début de la prise en charge. Un minimum de demande de l'adolescent est tout de même requis, à partir de 15 ans et 3 mois, pour que des soins soient mis en place à Salomé ou Barbara (courrier du patient). Si les soins sont refusés malgré leur nécessité et que l'adolescent a plus de 15 ans et 3 mois, on pourra faire appel à la psychiatrie adulte – puisqu'il n'existe pas à l'heure actuelle de lieu d'hospitalisation pour les adolescents opposés aux soins à Nantes.

On notera que la période de la majorité est souvent contemporaine du passage aux études supérieures ou à la vie professionnelle. Dans ce travail, nous nous sommes efforcée de nous centrer sur l'articulation soin et collège/lycée.

3.1.2 Les parents

Ils permettent aux adolescents d'accéder aux soins, au minimum en soutenant la demande d'hospitalisation et en signant les autorisations de soins. **Les parents sont des partenaires à part entière du dispositif soin/école.** Ils rencontrent ou prennent contact avec l'équipe pédagogique, la CPE, l'infirmière scolaire et/ou le médecin scolaire souvent régulièrement. En début d'hospitalisation, ce sont eux qui informent l'équipe pédagogique de l'absence de leur enfant et qui font le lien avec l'école. Par la suite, les liens qui pourront être faits par les enseignants à l'hôpital, les infirmiers ou les assistants sociaux ne se feront qu'avec l'accord des parents si l'adolescent est mineur.

Après la sortie, les parents informent l'école et transmettent le planning de l'hôpital de jour et les préconisations médicales concernant l'emploi du temps aménagé à l'équipe pédagogique. Cette tâche peut être difficile pour les parents qui ne comprennent pas toujours les logiques d'aménagement de l'emploi du temps ou qui éprouvent des difficultés à aborder la maladie ou qui sont eux-mêmes envahis par leur propre souffrance psychique. Le support écrit semble être une aide pour la famille. Par ailleurs, il a été constaté par les équipes de médecine scolaire que les parents des patients souffrant d'anorexie sont souvent plus présents dans le lien avec l'école que d'autres parents d'enfants malades.

Les craintes concernant l'avenir scolaire de leurs enfants sont parfois majeures. Elles peuvent même faire transitoirement obstacle aux soins. L'expérience des groupes de parole « *parents* » montre que c'est bien la possibilité de retour et de réintégration au sein du groupe de pairs après une absence prolongée qui cristallise souvent les inquiétudes, avant même de perdre le niveau scolaire.

3.1.3 Les intervenants du dispositif hospitalier

3.1.3.1 Les médecins

Comme pour tous les lieux d'hospitalisation spécialisés en France, la prise en charge à temps plein des jeunes souffrant d'anorexie mentale requiert une rupture scolaire initiale devant le tableau d'épuisement physique et psychique. **Il s'agit d'une contre-indication médicale stricte** posée par le(s) médecin(s) référent(s) qui coordonne(nt) les soins. La priorité est la renutrition et le repos.

L'école peut par la suite être introduite progressivement sur **prescription médicale**. En pédiatrie, l'école à l'hôpital (temps de classe avec les enseignants) est autorisée en deuxième partie de contrat à partir d'un poids fixé par les pédiatres en fonction des courbes de croissance. Une permission pour aller en cours aura souvent lieu avant la sortie de l'hôpital. À Salomé, les trois parties de contrat dépendent de l'IMC et de l'autonomie des jeunes. Des temps scolaires limités sont possibles à partir de la deuxième partie du contrat (travail personnel) dans l'unité et une permission à l'école sera également envisageable en troisième partie.

La reprise scolaire doit être pensée et encadrée afin qu'elle se déroule bien. Il s'agit également de **faire le lien avec le médecin scolaire** afin de demander à ce que l'aménagement de l'emploi du temps puisse être réalisé en fonction du rythme de l'HDJ, des préconisations pour les repas (au moins 1h30 en présence des parents en pédiatrie), solliciter le Service d'Assistance Pédagogique À Domicile (SAPAD) pour demander des cours individualisés, demander à ne pas noter l'élève ou à ce qu'il ne rattrape pas les cours, contre-indiquer le sport...

Ce dernier point relève plutôt du rôle du pédiatre à l'hôpital mère-enfant. Un mail ou un courrier est envoyé au médecin scolaire avec les préconisations et des certificats sont remis au jeune et sa famille comprenant la demande de Projet d'Accueil Individualisé (PAI) – avec l'emploi du temps aménagé –, la demande de SAPAD, le certificat de contre-indication au sport. En addictologie, le contrat d'hôpital de jour (contrat thérapeutique) est adressé au médecin ou à l'infirmière scolaire. On remet au patient un certificat où seuls les jours et horaires d'HDJ sont indiqués à l'attention de la scolarité.

À la sortie de l'hospitalisation temps plein de pédiatrie, les jeunes viennent au minimum deux demi-journées par semaine à l'HDJ. **L'école constitue 50 % de l'emploi du temps dès le départ.** Les cours sont réduits pour permettre les **temps de repas d'abord hors de la cantine**. Les jeunes ne commencent pas avant 9h, doivent disposer d'1h30 pour la pause du midi et les cours s'arrêtent à 16h pour permettre le goûter. L'emploi du temps est également adapté en fonction de la proximité du domicile pour les lieux de repas le midi. Si le poids est stable au bout d'un mois, le temps scolaire est augmenté. **La reprise sans aménagement en dehors des absences de l'HDJ a lieu généralement au bout de trois mois.** La reprise du sport a lieu au minimum quatre mois après la sortie et en fonction de la courbe de croissance au cas par cas.

En addictologie, à Salomé, la reprise scolaire se fait généralement à la sortie. L'IMC de 16 est l'objectif pondéral minimal du temps plein (majoritairement atteint). L'existence d'une phobie scolaire ou d'une période de déscolarisation ayant précédé l'admission à l'hôpital peut

retarder quelques temps la rescolarisation. **Un IMC à 15 est le seuil en dessous duquel la scolarité est souvent contre-indiquée.** En ambulatoire, l'emploi du temps scolaire est aménagé en fonction de la présence à l'HDJ de Barbara et au cas par cas selon les préconisations de l'addictologue, du médecin traitant et/ou du médecin nutritionniste du réseau Anorexie et Boulimie En Loire-Atlantique (ABELA) qui effectuent le suivi. Le sport nécessite au minimum un IMC à 16.

Des temps de coordination en synthèse ont lieu ponctuellement au sein des deux hôpitaux de jour. Des partenaires extérieurs peuvent y être invités comme la médecine scolaire même si cela est rare.

3.1.3.2 Les infirmiers

Leur rôle se décline en plusieurs axes. D'abord, ce sont les **garants du cadre hospitalier au quotidien**. Ils maintiennent donc des règles de vie dans le lieu de vie que constitue temporairement l'hôpital. Il s'agit du premier acte de contenance sociale. Cela peut aller du respect des horaires de repas, des temps de visites, des heures de lever et de coucher aux temps scolaires prescrits (pour éviter d'emblée un surinvestissement). Ensuite, **ils apportent une nourriture affective**, un soutien narcissique à l'adolescent en assurant le holding émotionnel sur tous les temps informels. Ceci favorise la revalorisation du jeune. Ils participent également à **relibidiniser le corps** par les soins apportés à ce corps malmené par la maladie. À l'hôpital de jour, ils ont un rôle actif dans l'accompagnement de l'adolescent pour **construire son projet** de vie, scolaire ou professionnel. À l'HDJ « ados » et à l'Espace Barbara, ils font ponctuellement le **lien avec les infirmières scolaires** dans le cadre du PAI et des aménagements de la scolarité, la présence à l'hôpital de jour et communiquent bien sûr des informations sur l'état de santé du jeune.

3.1.3.3 Les enseignants

Les enseignants à l'hôpital sont présents en pédiatrie au CHU de Nantes depuis plus de 30 ans. Six enseignants (quatre pour le second degré et deux pour le premier degré) pour un peu plus de quatre équivalents temps plein sont en poste. Ils interviennent auprès des jeunes à partir de la deuxième partie du contrat de soins sur des périodes qui vont généralement de deux à trois

semaines, puis, si besoin, à l'hôpital de jour. **Un premier entretien de rencontre** a lieu avec l'élève pour faire connaissance. Par la suite, le jeune va bénéficier d'une heure de mathématiques et d'une heure de français en individuel. **Un premier bilan est fait avec l'équipe médicale et paramédicale avant de poursuivre les cours.** Les enseignements se poursuivront en **individuel** ou au sein de **groupe-classe** avec plusieurs élèves qui souffrent de pathologies variées ou similaires.

Des échanges réguliers ont lieu entre l'équipe médicale et paramédicale, et les enseignants dans le cadre du secret professionnel partagé. Il s'agit pour les enseignants de recueillir des informations sur l'état psychique de l'élève qu'ils accueillent, des événements pouvant venir perturber sa disponibilité psychique, des éléments sur la vie de groupe entre les jeunes hospitalisés. Cela permet une adaptation permanente des enseignements à l'état de santé de l'élève. Un cours pourra être interrompu ou reporté si nécessaire. De la même façon, les enseignants effectuent des retours réguliers à l'équipe du déroulé des temps de classe.

Les missions des enseignants auprès des jeunes souffrant d'anorexie mentale sont plurielles. La première fonction essentielle consiste au **maintien du lien avec la scolarité**. L'école à l'hôpital représente en effet le **premier tiers entre le jeune et les soins**, gage d'une extériorité, d'un but, d'un avenir, et du retour vers une adolescence *normale*. Il s'agit d'accompagner la transition entre le soin et l'école. La plupart du temps, l'enseignant se met en lien avec l'établissement scolaire au début de la prise en charge, uniquement avec l'accord des parents. Il peut aussi consulter « *Pronote* » le logiciel propre à la vie scolaire de chaque élève (« *E-lyco* » pour les parents et les élèves). Le diagnostic n'est jamais révélé par l'enseignant à l'établissement mais les parents informent souvent eux-mêmes l'équipe pédagogique. L'objectif n'est pas tant de rattraper le programme, que de permettre une continuité, donner un sens et une cohérence aux enseignements pour préparer la réinsertion scolaire future. Pour autant, **les enseignants ne rencontrent pas la famille, et tout document scolaire ne sera transmis au jeune que dans le cadre d'un entretien médical.** Si une permission est envisagée pour reprendre l'école en fin d'hospitalisation, les enseignants à l'hôpital font le lien avec l'école pour organiser le retour en classe (matière ou moment le plus pertinent, guider l'enseignant dans la préparation du retour de l'élève avec sa classe). Par la suite, l'accompagnement scolaire se poursuit à l'hôpital de jour au cas par cas en fonction des besoins de l'élève.

Pendant les temps scolaires, l'une des priorités est aussi que l'adolescent puisse **retrouver peu à peu un plaisir à apprendre** et soit **valorisé dans ce qu'il sait ou découvre**. Néanmoins, la clinique des jeunes souffrant d'anorexie mentale impose des **adaptations**

pédagogiques spécifiques propres à leur psychopathologie. Ainsi, les élèves sont très souvent performants quand il s'agit d'appliquer des connaissances rationnelles (par exemple la grammaire et l'orthographe en français ou l'application de propriétés en mathématiques). En revanche, la confrontation au doute, à l'inconnu et à un cadre plus ouvert vient souvent les déstabiliser (débatte ou critiquer un point de vue, faire des hypothèses en sciences, pratiquer l'écriture automatique, écrire une poésie en français). La rigidité du raisonnement des jeunes les rend souvent moins créatifs ou imaginatifs. Par ailleurs, on observe facilement et dès l'hôpital la réinstauration d'une ambiance de compétitivité entre les élèves. Il est intéressant que les groupes-classes réunissent plusieurs niveaux pour que s'instaure une entraide qui se met en place des plus âgés vers les plus jeunes. De plus, les jeunes sont en général très avides de scolaire au risque que le perfectionnisme et l'insatisfaction chronique reviennent au galop.

Il s'agit alors pour les enseignants de **faire preuve de pédagogie et d'imagination pour favoriser la créativité, le lâcher-prise, le travail en groupe, l'estime de soi**. Bien entendu, il est souvent rassurant pour les élèves de commencer par des domaines de compétences maîtrisés puis d'aller vers des domaines plus difficiles. Cette pédagogie singulière peut être pertinente à aborder avec l'équipe enseignante extérieure.

3.1.3.4 Les assistants sociaux

À Salomé, unité qui ne dispose pas d'enseignant, le lien à l'école est assuré par l'**assistante sociale** qui recueille des informations sur le déroulé de la scolarité du jeune et accompagne la reprise. Elle co-anime également un atelier thérapeutique « *vie sociale* » à Salomé et Barbara où les questions de la scolarité peuvent être abordées en ciblant particulièrement le vécu des adolescents (comme la reprise scolaire : « *Que dire pour expliquer son absence ?* », « *À qui ?* ») mais aussi en les accompagnant dans leur choix d'orientation et la construction de leur projet de vie.

Plusieurs propositions peuvent être faites pour soutenir les parents dans le parcours de soin du jeune. Par exemple, l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP) est facilement demandée en pédiatrie pour les parents qui doivent prendre sur leur temps de travail pour accompagner leur enfant dans les soins ou sur les temps de repas. Des Techniciennes de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) pourront aussi être sollicitées.

3.1.3.5 Les psychologues et autres paramédicaux (ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste)

Les autres professionnels paramédicaux accompagnent les patients en proposant des espaces de soin généralement dégagés des enjeux décisionnels, qu'ils soient individuels ou groupaux. **Ils s'occupent davantage de la réalité psychique interne du patient.** En cela, ils ne participent pas en tant que tels à la coordination du partenariat soin et école mais c'est bien l'accompagnement au sein de ces différents espaces qui va permettre une renarcissisation du jeune propice au soutien de son projet de vie.

Cependant, le positionnement de la psychologue de l'Espace Barbara diffère de l'HDJ « ados » puisqu'elle intervient comme coordinatrice à proprement parler des soins des adolescents. Elle a le rôle de référente principale au même titre que le médecin.

Dans les deux HDJ, **la mise en place d'une psychothérapie individuelle se fait à l'extérieur** et nécessite d'avoir recours à des thérapeutes libéraux ou éventuellement du Centre Médico-Psychologique (CMP) pour deux raisons. D'abord, les temps de psychologues ne permettraient pas de proposer une thérapie individuelle à chaque patient. Ensuite, cela permet de tisser un lien externe à l'hôpital et de travailler progressivement la séparation avec l'HDJ. Pour les bilans complémentaires (bilan psychométrique, tests projectifs) qui peuvent être pertinents, l'appel à un professionnel extérieur est également nécessaire.

Une orthophoniste est présente en pédiatrie. Elle intervient dans plusieurs médiations à l'HDJ « ados » et à un atelier d'écriture à l'hôpital temps plein. Elle réalise sur demande médicale des bilans orthophoniques en langage oral et en langage écrit, et peut proposer une prise en charge rééducative à l'HDJ sur quelques séances. Elle est rarement en lien direct avec l'école (il ne s'agit pas de soutien scolaire). Néanmoins, elle travaille régulièrement avec les enseignants à l'hôpital pour croiser les regards sur les difficultés scolaires et réfléchir à la nécessité d'orthophonie. Elle peut également recevoir des jeunes pour prévoir des aménagements spécifiques dans le cadre d'un Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) quand il n'y a pas de reconnaissance Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) (comprenant par exemple un tiers temps aux examens). Elle fait régulièrement le lien avec ses collègues libérales ou du secteur pour organiser le suivi.

Dans les deux HDJ, la psychomotricité n'est pas représentée et ne peut s'envisager qu'en libéral. En revanche, une ergothérapeute intervient et propose des médiations corporelles

aux patients en pédiatrie. Une kinésithérapeute propose également une médiation en addictologie, à Salomé.

3.1.4 Les autres médecins intervenants

3.1.4.1 Le médecin traitant

Le rôle du médecin traitant est variable en fonction des deux services. En pédiatrie, ce sont davantage les pédiatres qui prennent le rôle de médecin somaticien coordonnateur. Le médecin traitant (qui peut être généraliste ou pédiatre libéral) peut être sollicité par le médecin référent, l'adolescent ou sa famille au besoin. En addictologie, il y a peu de temps de médecin somaticien notamment à Barbara. **Le médecin traitant (généraliste le plus souvent) réalise donc un suivi rapproché des patients (hebdomadaire par exemple) au moins au début des soins, souvent en complément du nutritionniste.** Au minimum, il s'agit du suivi de la courbe de croissance (ou l'IMC) avec mesure du poids et de la taille, et des potentielles complications somatiques associées à la maladie (mesure des constantes hémodynamiques et exploration de plaintes fonctionnelles au minimum). Par ailleurs, sa connaissance de l'histoire du patient et de sa famille est toujours précieuse. Il a souvent suivi l'adolescent au début des troubles. Le médecin traitant travaille en lien avec ses collègues (addictologue, nutritionniste, psychiatre...) et peut être convié aux réunions de synthèse à Barbara. Il pourra également prendre une place active dans la mise en place d'un PAI à l'école.

3.1.4.2 Le médecin nutritionniste

En addictologie, l'appel au médecin nutritionniste est beaucoup plus fréquent qu'en pédiatrie. En Loire-Atlantique, ils sont nombreux à appartenir au réseau ABELA et ont donc une bonne connaissance des troubles alimentaires. Leur regard spécialisé permet de mieux prendre en charge le suivi nutritionnel des sujets souffrant d'anorexie mentale. Les consultations sont souvent espacées de quelques semaines et complémentaires à celles du médecin traitant. Ils sont également en lien avec les différents intervenants du dispositif de suivi. Ils pourront également préconiser des **PAI centrés sur les aménagements des repas sur les temps de midi à l'école.**

3.1.5 Les intervenants du dispositif Education Nationale

3.1.5.1 Les enseignants

Parce qu'ils rencontrent l'élève au minimum une fois par semaine durant l'année scolaire, les enseignants sont souvent parmi les adultes les plus présents dans la vie des jeunes en dehors de la sphère familiale. **Ils ont un rôle de substitution par rapport aux figures parentales et génèrent des transferts plus ou moins intenses.** En ce qui concerne l'anorexie mentale, l'hyperinvestissement scolaire va très souvent faire écran à la maladie et susciter chez l'enseignant un sentiment d'accomplissement.

Néanmoins, lorsque les premiers symptômes d'épuisement physique et psychique se manifestent, **certains enseignants pourront questionner l'élève directement ou en parler à l'infirmière scolaire afin d'explorer les symptômes.** Envisager la possibilité d'un trouble sera parfois déroutant chez cet élève qui fonctionnait si bien quelques semaines auparavant.

Lorsque l'hospitalisation intervient, l'information peut parvenir par le biais des parents ou de la médecine scolaire dans une temporalité de quelques jours. D'après les retours d'expérience recueillis, il semblerait que les parents des jeunes souffrant d'anorexie mentale vont souvent spontanément évoquer le diagnostic auprès de l'enseignant principal. Ensuite, l'enseignant est confronté à plusieurs difficultés. Comment mettre en mots l'absence de l'élève dans la classe ? Il paraît en effet important d'aborder la question de l'absence de l'élève auprès du groupe classe. Quel est le niveau de gravité de la maladie ? Quand l'élève va-t-il revenir ? Doit-on lui transmettre les cours ? L'enseignant pourra s'appuyer sur les dires des parents et de la médecine scolaire, ou quand des enseignants sont présents à l'hôpital, sur les dires de ses collègues.

Lors du retour de l'élève, le **PAI se construit à partir des directives hospitalières** avec la validation du médecin scolaire. **Cependant, il semble important qu'un membre de l'équipe pédagogique (par exemple l'enseignant principal) soit systématiquement associé à la réflexion afin d'en faciliter la mise en place.** En effet, comment s'assurer que l'élève ait le minimum de connaissances requises pour le passage dans l'année supérieure ou le brevet ou le baccalauréat en fin d'année ? Faut-il ponctuellement le changer de groupe-classe si l'hôpital de jour a lieu sur tous les cours d'histoire durant l'année de troisième ? Comment penser à solliciter le SAPAD en mathématiques en première scientifique si on ne sait pas que l'année de terminale s'appuie obligatoirement sur des connaissances de la première ? Ou encore, comment l'enseignant peut-il adapter sa pédagogie ou les logiques des directives médicales (ne pas mettre de note, ne pas donner de devoir, ne pas rattraper les cours...) s'il n'a pas compris le fonctionnement de son élève ?

3.1.5.2 Les membres de l'équipe encadrante de l'établissement

Le proviseur, le proviseur-adjoint au lycée, le principal, le principal-adjoint au collège, le CPE seront des **membres facilitateurs de la communication** entre les parents, l'équipe pédagogique et la médecine scolaire. Ils participent aux réunions concernant l'élève et sont informés des aménagements mis en place.

3.1.5.3 La médecine scolaire

Au collège et au lycée, l'infirmier scolaire a souvent une bonne connaissance des élèves. Son rôle est particulièrement actif en ce qui concerne le dépistage du mal-être chez les adolescents. **Il est rare que les élèves souffrant d'anorexie mentale se présentent spontanément à l'infirmerie.** L'infirmier est sollicité par les enseignants ou les pairs qui s'inquiètent d'une perte de poids, de malaises, d'une tristesse chez un élève. L'infirmier convoque alors le jeune pour un rendez-vous afin d'explorer l'éventuel trouble. À la suite de cette évaluation, il fait le lien avec les parents, le médecin traitant et/ou le médecin scolaire si nécessaire. Le médecin scolaire pourra être amené à rencontrer le jeune et ses parents et également à interpellier le médecin traitant pour soutenir ou engager les soins.

À l'inverse, **la médecine scolaire est normalement sollicitée par le médecin référent du jeune ou les parents lors de la reprise scolaire** après une absence prolongée (due la plupart du temps à une hospitalisation). Un PAI est alors mis en place par le médecin scolaire en s'appuyant sur les préconisations et certificats du médecin référent. Il comprend l'emploi du temps aménagé mais aussi d'autres mesures comme celles de ne pas évaluer l'élève, ne pas lui faire rattraper les cours, d'avoir un tiers temps aux contrôles, d'adapter si besoin les conditions de prise de repas etc. En fonction de la complexité des éléments du dossier, le médecin scolaire peut solliciter une rencontre avec le jeune et ses parents.

Le SAPAD sera organisé en fonction des besoins supposés de l'élève même s'il peut être appuyé par le médecin référent des soins. Pour faire la demande, **la validation du médecin scolaire est nécessaire.** Ce dernier en réfère au médecin conseiller technique de l'académie. En parallèle, les parents doivent joindre le coordonnateur SAPAD pour constituer le dossier administratif. En Loire-Atlantique, ce dispositif est mixte, financé par l'Éducation Nationale et l'association des Pupilles de l'Enseignement Public (PEP). Il s'agit de cours individualisés, donnés par des enseignants volontaires dans l'établissement scolaire (rarement au domicile), qui concernent au maximum trois ou quatre matières. Généralement, l'attribution de ces cours dépend des absences, du niveau scolaire de l'élève et des objectifs de l'année

(brevet, baccalauréat). Le temps accordé à chaque élève varie entre 8 et 12h et peut être augmenté si la demande est renouvelée.

La plupart du temps, au sein de l'établissement scolaire, la mise en place d'un PAI motive au moins une fois par an une **équipe éducative pluridisciplinaire** (demande du médecin scolaire ou d'un des professionnels du collège/lycée). Les membres invités sont la médecine scolaire (médecin et infirmier), l'enseignant principal, un représentant de la direction, le CPE, les parents et le jeune s'il le souhaite. L'équipe de l'hôpital de jour est conviée, de même que les autres acteurs du suivi (CMP, médecin libéral psychiatre, médecin traitant ou nutritionniste...). Ceci permet de **penser les adaptations scolaires de l'élève collectivement** avec un regard médical, pédagogique et parental. L'avis de l'élève est également pris en compte. Ces temps sont essentiels pour faire du lien entre école et hôpital. C'est l'occasion pour l'équipe soignante de recueillir des renseignements cliniques précieux sur le fonctionnement social et scolaire de l'élève. Le fonctionnement du jeune interpelle également souvent l'enseignant qui cherche à mieux comprendre son élève et pour adapter ses outils pédagogiques. Les enjeux d'orientation future posent régulièrement de nombreuses questions. Quelle filière paraît adaptée ? Faut-il encourager un bac en deux ans ? Doit-on soutenir un projet en classe préparatoire ou dans une autre filière sélective et/ou compétitive ? Comment faire si l'élève n'est pas noté dans toutes les disciplines et souhaite intégrer une filière sur dossier ?

3.1.5.4 La place des pairs

Comme nous l'avons explicité plus tôt, l'école est le lieu par excellence de socialisation du jeune. C'est donc ici, en parallèle des changements psychiques et physiques propres à l'adolescence que se déroule un jeu d'identification qui participe à la construction identitaire. Cela peut amener rapidement à un **phénomène d'exclusion ou de harcèlement** dès que le jeune n'est pas dans la norme, notamment en ce qui concerne l'apparence physique, ce qui n'est pas sans effet sur l'estime de soi.

Néanmoins, sans être partie prenante du dispositif, les camarades de classe jouent aussi un rôle important dans les différentes temporalités du parcours de soin du jeune souffrant d'anorexie mentale. Tout d'abord, ils peuvent intervenir **au niveau du dépistage** d'autant plus si leurs inquiétudes sont rapportées à un enseignant, un CPE ou à l'infirmière scolaire ou encore à un parent.

De plus, lorsqu'il intervient une hospitalisation, on sait par expérience **que leur soutien sera un élément positif dans le vécu de l'adolescent malade**. En groupe de parole « *parents* », une mère rapporte le vécu de sa fille Linda qui est scolarisée en 5ème. Après avoir été informé

de l'hospitalisation, l'enseignant principal a abordé en vie de classe la maladie de l'élève (sans nommer le diagnostic). Chaque élève a alors écrit un mot de soutien que l'enseignant principal a pu transmettre à la mère de Linda par la suite. La jeune fille a été très touchée du geste de ses camarades et a continué à correspondre avec certains d'entre eux pendant l'hospitalisation. La qualité du vécu du retour à l'école semble d'ailleurs en grande partie déterminée par la reprise d'une relation de qualité avec les pairs.

Très souvent, plusieurs élèves sont nommés pour **récupérer les cours** de l'élève absent. Pour autant, l'expérience montre que ce système est rarement durable sur plusieurs semaines.

3.1.6 L'importance du travail en partenariat : la question du secret professionnel

On voit bien l'importance de **co-construire un projet** pour ces adolescents souffrant d'anorexie mentale. Il s'agit de s'articuler par des liens réguliers, en reconnaissant la complémentarité des actions de chacun, par une analyse partagée de la situation pour permettre une « **régulation au fil de l'eau** » (Meirieu, 2016). Cette cohérence permet de rassurer le jeune et ses parents. Cependant, le partage d'informations entre soignants et enseignants pose la question du secret professionnel, des renseignements médicaux à rapporter ou non aux enseignants. Que doit-on dire et comment ?

Le corps enseignant est soumis au **secret professionnel partagé** (Fabre, 2016). Il semble important que l'équipe soignante puisse donner des informations sur le fonctionnement du jeune sans pour autant révéler toute son histoire ou le diagnostic des troubles dont il souffre. Les informations pertinentes doivent être transmises afin que les enseignants puissent donner du sens à leur pratique auprès de leur élève en souffrance et connaître les évolutions cliniques pouvant avoir une influence sur la scolarité.

Comme le souligne Botbol, cette question du secret professionnel reste délicate pour les enseignants, constamment à « *la recherche du juste milieu, entre un enseignement décevant parce que trop loin de la réalité interne des patients, ou un enseignement décevant parce que trop proche de leur problématique* » (Botbol et Yann, 2005). Meirieu insiste sur cet enjeu lorsqu'il souligne, chez les enseignants, l'importance de « *l'écoute tripolaire* » développée par Jacques Levine : « *une écoute qui tout à la fois, « entend le moi accidenté » et le reconnaît comme tel, fait émerger et respecter les règles qui rendent possible le vivre ensemble, et, enfin, valorise le sujet et cherche avec lui des points d'appui pour lui permettre de se dépasser* » (Meirieu, 2016).

L'échange avec le soin est donc nécessaire pour les enseignants. Mais, de la même façon, le soin se trouve très enrichi des apports de l'école dont les observations permettent une

analyse plus fine des capacités de socialisation, du rapport aux apprentissages ou du rapport aux limites et aux règles. Cela suppose donc des **échanges réguliers entre le soin et l'école**. À ce titre, le rôle de la médecine scolaire est évidemment central pour faire le lien entre l'école et l'hôpital, tout comme celui des enseignants de l'hôpital. De la même façon les parents pourront faciliter cette communication, certains parents révélant même facilement le diagnostic de la maladie.

Cette liste des intervenants du dispositif soin-école n'est pas exhaustive et nous aurions pu évoquer aussi les rôles d'autres acteurs (cadres infirmières, secrétaires, pairs à l'hôpital...). Nous avons choisi d'évoquer les principaux même si tous ces acteurs ne sont pas toujours présents – par exemple certains établissements privés ne disposent pas de service de médecine scolaire. En effet, nous percevons peu à peu que ce qui fait soin peut se penser sous l'angle d'une **organisation temporo-spatiale globale où la question des liens est centrale**.

3.2 Organisation temporo-spatiale du partenariat

3.2.1 Le soin

3.2.1.1 L'hôpital

L'hospitalisation intervient à des niveaux différents en addictologie et en pédiatrie à Nantes. En effet, les critères d'admission en temps plein en pédiatrie relèvent d'abord de critères somatiques de sévérité (un recours à la réanimation est d'ailleurs parfois nécessaire). L'accord des parents est requis mais pas celui du jeune. Un premier temps est marqué par le bilan diagnostique avant toute pose de contrat de soins. C'est dans un deuxième temps qu'intervient la pédopsychiatrie, une fois que le bilan d'amaigrissement a été réalisé. Le cadre des soins reste tout de même co-construit par les pédiatres et les pédopsychiatres. Bien entendu, lorsque survient une réhospitalisation, souvent depuis l'HDJ « *ados* », les aspects pédiatriques et pédopsychiatriques sont simultanément pris en compte. L'HDJ « *ados* » est mis en place de façon quasi-systématique à la sortie du temps plein. Dans quelques cas en Loire-Atlantique, l'hospitalisation peut avoir lieu en pédopsychiatrie, la plupart du temps lorsque la pédiatrie ne suffit pas à fournir une contenance institutionnelle suffisante.

Chez les patientes de plus de 15 ans et 3 mois, cinq lieux d'hospitalisation sont possibles au CHU de Nantes : la réanimation (urgence vitale), l'endocrinologie (critère de sévérité somatique), la médecine physique et de réadaptation (dans les suites de l'endocrinologie), l'addictologie (si accord du patient, pour le bilan diagnostique ou la prise en charge intensive

des symptômes) ou la psychiatrie adulte (en particulier dans les cas d'opposition aux soins ou chez les patients de plus de 35 ans). Pour l'Espace Barbara, la demande de soins est également nécessaire (courrier du patient).

Lorsque l'hospitalisation temps plein intervient, elle est le signe que les contenants psychiques du patient ne parviennent plus à endiguer le trouble. Les mécanismes de défense sont fragilisés ou mal adaptés. L'entourage ne réussit plus à jouer son rôle pare-excitant.

Comme nous l'avons dit, la priorité est bien sûr la **renutrition**, le repos, le traitement des complications somatiques associées, des cognitions anorexiques. **La contre-indication des activités, y compris scolaire, est justifiée par la nécessité de repos, mais également par la nécessité d'apprendre à accueillir les moments de vide et d'ennui pour sortir de « l'hyperascétisme » et des conduites d'évitement de tout travail psychique.** Il est également important dès le départ de favoriser la création d'un lieu d'écoute pour l'adolescent et de repérer les symptômes d'alexithymie, de dépression, d'anxiété, les troubles obsessionnels compulsifs, les éventuels symptômes psychotiques.

L'hospitalisation se doit de fournir une **sécurité suffisante** pour que puissent se relancer rapidement les processus adolescents. C'est bien la garantie d'un cadre contenant, fourni par exemple par les contrats de soins, qui va permettre progressivement que l'adolescent s'autorise à faire confiance et à investir le cadre de soin.

La prise en charge psychothérapeutique s'effectue à plusieurs niveaux tant à l'hôpital temps plein qu'à l'hôpital de jour : **familial, activités thérapeutiques individuelles ou groupales (dont les repas) et psychothérapie individuelle.** Les objectifs de soins comprennent le travail de l'image du corps, de l'estime de soi, des habiletés sociales, des comportements alimentaires. Les prises en charge groupales sont des puissants outils pour relancer les processus adolescents, souvent plus efficaces que les soins en individuel. Ils sont le lieu d'un travail sur les dynamiques collectives, les jeux d'identification entre pairs, l'expression des conflits et fournissent un étayage narcissique porteur. Dans l'ensemble de ces espaces de thérapies, l'absence d'exigence sociale et de réussite scolaire favorise la création d'un environnement bienveillant. On enjoint l'adolescent à développer sa pensée, sa créativité, à lâcher-prise au fur et à mesure des soins.

Finalement, on pourrait penser que le soin travaille à trois niveaux de contenance différents (Robin, 2017) : **la contenance collective** (le soin offre un lieu de protection à l'écart de la société), **la contenance locale** (travail avec l'environnement proche du jeune : famille, école, éducateurs...) et la **contenance individuelle** (celle du jeune). C'est d'abord le travail sur

la contenance collective, puis la contenance locale qui permettront d'offrir la possibilité d'un travail sur la contenance individuelle et l'intériorisation d'une sécurité suffisante chez l'adolescent.

3.2.1.2 Autres espaces de soins (médecin traitant, médecin nutritionniste, CMP, autre thérapeute)

D'autres espaces de soins, lorsqu'ils existent, vont offrir une écoute et un soutien complémentaires dans ce que l'adolescent traverse. Ils représentent une **extériorité** puisqu'ils n'appartiennent pas à l'hôpital en tant que tels. Leur intervention se place au niveau des soins ambulatoires, en complément de l'HDJ (parfois pour préparer le relais avec le CMP ou un autre thérapeute). Ils participent au **travail de contenance** collective (avec l'hôpital), locale (avec l'école et les parents) et individuelle.

3.2.2 La famille

Les parents sont largement sollicités tout au long des soins du sujet souffrant d'anorexie mentale. On a pu souligner tout l'intérêt d'une prise en charge familiale pour le pronostic de la maladie.

L'hospitalisation offre un **espace tiers de séparation avec la famille** ce qui mobilise fortement la dynamique familiale. C'est un travail sur la contenance locale. Il est primordial d'offrir un espace d'écoute bienveillant et de soutien face aux sentiments de culpabilité, d'échec, de détresse et parfois d'agressivité que rencontrent les familles. La création de cet espace est déterminante pour l'alliance thérapeutique et la reconnaissance de la maladie. Il s'agit pour les parents d'engager un travail de renoncement à l'enfant idéal.

En pédiatrie, à l'hôpital temps plein, on demande aux parents d'être présents une fois par semaine pour un entretien familial et ils peuvent rendre visite également une fois par semaine à leur enfant. D'ailleurs, la séparation familiale n'est plus appliquée *stricto sensu* (aucune recherche n'ayant fait état de la supériorité de la séparation par rapport aux autres pratiques (Askenazy, 2009)). Il s'agirait plutôt de vivre une « **expérience de vie séparée sans rupture** » (Askenazy, 2009). Les visites sont conditionnées par les contrats de soins. En revanche, **après l'admission à l'hôpital de jour des adolescents, les entretiens familiaux ont**

lieu tous les deux à trois mois. Les parents n'ont donc que peu accès à l'hôpital de jour. L'objectif est de travailler plus activement la séparation psychique qu'à l'hospitalisation temps plein dans un lieu qui appartient au jeune, ce qui n'empêche pas de mener une thérapie familiale dans un lieu extérieur. À tout moment, les familles peuvent participer au **groupe de parole « *parents* » de la Maison Des Adolescents (MDA)** de Nantes qui sont réservés aux parents dont les enfants sont suivis en pédiatrie.

À Salomé, les entretiens des retrouvailles se font systématiquement une semaine après la pose du premier contrat. Par la suite, des **Entretiens Parents-Enfant ou Entretiens Patient-Entourage (EPE) sont proposés mais non obligatoires** (ils dépendent surtout des besoins de la famille même si la perception de l'équipe de la problématique et de la dynamique familiale est importante et que les soignants peuvent « *préconiser* » ces entretiens). À l'Espace Barbara, ces entretiens sont normalement systématiques à chaque renouvellement de contrat pour les mineurs (signature du contrat par les parents toujours obligatoire). Si la patiente est majeure, les entretiens sont proposés en expliquant leur importance mais non obligatoires. L'entretien peut aussi se faire avec la fratrie et le conjoint. **Des groupes d'information** sur des cycles de cinq séances à thème sont proposés à l'entourage (en alternance avec les patients). Et, de la même façon qu'en pédiatrie, **l'Association Anorexie Boulimie Ouest (AAB Ouest) propose des groupes de parole « *parents* »** complémentaires de la prise en charge.

Deux espaces principaux sont donc offerts à la famille par le biais des entretiens familiaux et des groupes de parole. Des ateliers fratrie existent également en pédiatrie et à Barbara. En entretien familial, on accordera une attention particulière au **rôle joué par la famille dans le développement et la pérennisation du trouble**. La culpabilisation apparaît inopérante d'autant plus lorsqu'on sait que les dysfonctionnements familiaux ont été souvent amplifiés et cristallisés par le développement de la maladie. L'objectif vise donc davantage à identifier le rôle de la famille dans l'abandon ou le maintien des symptômes afin de lui permettre de **retrouver un sentiment de compétence et de maîtrise**. C'est donc un véritable travail de réaménagement des liens familiaux qui peut s'instaurer, sous-tendu à l'adolescence par le travail de deuil de l'enfance. **Une thérapie familiale est souvent encouragée**. Les groupes de parole « *parents* » sont également un puissant levier pour la déculpabilisation et la lutte contre l'isolement.

La scolarité reste en suspension sur les premiers temps d'hospitalisation temps plein : la priorité est centrée sur les soins. Elle n'est pas occultée mais doit respecter la temporalité des symptômes. **Pour autant, la question scolaire est fréquemment abordée dans les groupes**

de parole « parents ». Les questions de socialisation inquiètent particulièrement les parents : « *Que va-t-on dire de lui à l'école ?* », « *Va-t-il réussir à se réintégrer lorsqu'il reprendra ?* », « *Faut-il le changer d'établissement scolaire pour qu'il ne soit pas exclu par ses anciens camarades ?* ». Les réflexions se centrent également sur les compétences : « *Qu'est-ce que mon enfant va perdre ?* », « *Comment va-t-il rattraper son retard ?* », « *Comment s'assurer qu'il obtienne l'examen de fin d'année ?* », « *Quelle orientation choisir pour l'année prochaine du fait de ses absences et de la maladie ?* ». Le décrochage est très souvent redouté. Ceci renvoie également au propre vécu de la scolarité chez les membres de la famille et nécessite très souvent un travail de deuil des projections parentales. Par ailleurs, les parents se demandent quels éléments donner à l'école : « *Que doit-on dire aux enseignants ?* », « *Faut-il parler de la maladie dans les détails ?* », « *Doit-on justifier les préconisations hospitalières auprès de l'équipe pédagogique ?* ». Nous l'avons dit, les parents sont la plupart du temps ceux qui font le plus de lien avec l'école.

3.2.3 L'école : de la contre-indication au levier thérapeutique

Cet espace est réintroduit progressivement après la période de contre-indication initiale. Il doit être travaillé pour assurer une contenance locale. L'objectif est de déconstruire le perfectionnisme scolaire, tout comme le perfectionnisme corporel ou sportif. On se souvient que l'école est le premier tiers que l'État impose aux familles à la fin du XIX^e siècle. De la même façon, **l'école va venir faire le premier tiers entre le jeune souffrant d'anorexie mentale et les soins**. C'est une nouvelle étape qui représente la reprise d'un projet d'avenir malgré la maladie. Le jeune va retrouver un statut d'adolescent et d'élève comme les pairs de son âge. Cette ouverture vers le futur est censée permettre la réappropriation d'une estime de soi tout en reconfrontant l'adolescent à la réalité de la scolarité. Il s'agit de relibidiniser l'école car le sujet entretient souvent un rapport douloureux à sa scolarité : insatisfaction permanente, repli social, peur de l'échec, effet addictif ou encore compétitivité anxiogène.

3.2.3.1 La (re)socialisation

Comme nous l'avons dit, l'école est un espace de confrontation, d'échange au sein du groupe de pairs. Elle peut avoir une dimension étayante et contenant ou au contraire déstabilisante et contraignante. La langue et les références sont celles de l'adolescence et non

plus de la pathologie. Les enseignants sont des supports d'identification et de projection des conflits parentaux. Chez l'adolescent malade, l'objectif est donc **d'exercer un effet « régulateur » dans l'expression de la pathologie, réactivant les processus adolescents.**

Dans le cadre de la maladie, le retour après un temps d'absence prolongé ou les absences régulières pour des temps de repos ou de soin, ou encore les absences initiales sur les temps de cantines sont responsables d'une scolarité en marge. Cela mène facilement à un isolement ou une exclusion de l'élève vis-à-vis de ses pairs, réels ou ressentis. D'ailleurs, on retrouve souvent une appréhension dans les questionnements des jeunes peu avant la sortie de l'hôpital : « *Que dois-je dire à mes camarades pour justifier de mes absences ?* », « *Que faut-il répondre si on me pose des questions sur mon état de santé ?* » et finalement « *Comment puis-je réussir (à nouveau) à m'intégrer ?* ». Ces craintes sont également présentes chez les parents qui se demandent parfois en entretien familial ou dans les groupes si leur adolescent est en état « *d'affronter* » ses pairs dans un milieu moins protecteur que l'hôpital.

Il s'agit donc d'accompagner le retour pour permettre son bon déroulement. **Cela passe bien sûr par un temps d'élaboration des peurs de l'adolescent pour apaiser la charge anxieuse.** Cet axe est souvent travaillé à l'hôpital avec le jeune et sa famille. L'un des espaces intéressants pour l'adolescent peut être le groupe de parole. **De plus, il est indispensable de se mettre en lien avec l'école pour penser et anticiper conjointement ce retour scolaire dans de bonnes conditions.** Une permission sur un temps scolaire peut permettre de rassurer l'élève et les enseignants avant la sortie de l'hôpital.

Lorsque la resocialisation se passe bien, tant dans la relation avec les pairs qu'avec les enseignants, on observe souvent un **effet thérapeutique sur l'ensemble de la cellule familiale.** On sait d'ailleurs que l'importance du soutien par les amis à la sortie d'hospitalisation est un facteur de rétablissement important chez les adolescents souffrant d'anorexie mentale (Turrell, Davis et al., 2005).

3.2.3.2 Les apprentissages

La reprise des apprentissages est bien entendu le deuxième axe essentiel de la reprise scolaire. L'objectif est de **restaurer un plaisir de fonctionnement qui s'appuie sur l'objet « école » de la façon la moins conflictuelle possible** (Jeammet, 2006). Il s'agit que la scolarité constitue à nouveau un levier pour le développement cognitif, l'ouverture sur le monde et la créativité qui ont pu être altérés par la pathologie.

Pour autant, on sait toute l'ambiguïté du rapport des sujets souffrant d'anorexie avec la nourriture scolaire. **Aussi, les aménagements scolaires doivent offrir un cadre suffisamment**

contenant pour éviter l'écueil d'un scénario répétitif. Ceux-ci sont faits au cas par cas et comprennent notamment la réduction du volume des cours, l'absence de notes pendant une période donnée ou encore de ne pas rattraper les cours manqués. La priorité est davantage centrée sur le fait d'aller en cours que sur le programme à assimiler. Cela suppose des liens interinstitutionnels réguliers pour que l'adolescent se sente sécurisé et n'appréhende pas que la cohérence du cadre soit mise à mal. Par exemple, il ne s'agit pas de faire rattraper les cours ou les contrôles à l'adolescent si cela est contre-indiqué. Néanmoins, il n'est pas pertinent pour autant que l'adolescent ne bénéficie d'aucun cours de français ou de mathématiques s'il doit passer le brevet dans l'année par exemple. L'organisation de ces aménagements ne doit pas non plus basculer vers une stratégie d'évitement.

La limitation de la chose scolaire peut être coûteuse et douloureuse chez l'adolescent souffrant d'anorexie mentale qui **risque d'évoluer vers un effondrement dépressif** tant la scolarité pouvait servir de support au narcissisme. Ce dernier point impose une vigilance à la fois soignante et pédagogique.

L'objectif est donc que le travail de sublimation scolaire puisse reprendre en déviant l'investissement de la performance vers un investissement du plaisir à penser, à apprendre et à fonctionner. Cela facilite la résolution des conflits adolescents, la reprise du développement. Il s'agit à terme que le jeune puisse entretenir un rapport plus souple avec l'école, plus serein et moins narcissique. Cela sous-tend bien sûr une autonomisation dans les processus de pensée, un véritable travail de subjectivation.

Finalement, cette fonction de tiers offerte par l'école est primordiale. Elle est permise par la (re)découverte d'un plaisir partagé dans la relation aux pairs et dans les apprentissages, lorsque les conditions de sécurité sont suffisantes. Certains auteurs ont même assimilé l'école à une médiation thérapeutique : *« les études et le cadre scolaire réunissent toutes les caractéristiques d'une médiation thérapeutique en venant marquer l'évolution du patient et réguler ses relations thérapeutiques autour d'un espace partagé [...] »* (Botbol, 2006). L'école constituerait donc une sorte *« d'espace thérapeutique élargi »* (Jeammet et Corcos, 1999) où émergent progressivement des valeurs, des savoirs et des lois.

3.2.4 L'adolescent

Entre l'hôpital et les autres espaces de soin où l'adolescent est un patient, l'école où il est un élève, et la famille où il est l'enfant de ses parents, émerge un sujet en devenir. Le travail sur ces différents niveaux de contenance doit permettre un travail sur la contenance individuelle.

Les temps de l'hospitalisation temps plein puis de l'hôpital de jour concourent à l'amélioration symptomatique, la renarcissisation, l'autonomisation progressive et la projection dans l'avenir. **L'idée est que, peu à peu, les espaces « soin » et « école » se rééquilibrent.** Comme toute addiction, cela suppose un travail au long cours, allant de plusieurs mois à plusieurs années. Lorsque l'amélioration est consolidée, le suivi va s'alléger progressivement, tandis que l'espace scolaire pourra reprendre une place plus importante dans la vie de l'adolescent mais (idéalement) avec un rapport moins anxiogène, moins compétitif.

Chez d'autres adolescents, l'anorexie mentale pourra s'installer dans davantage de chronicité ou évoluer vers d'autres troubles (virage boulimique avec ou sans purge, apparition ou renforcement de certaines comorbidités psychiatriques, complications somatiques...). D'autres projets pourront alors être travaillés avec les adolescents, nécessitant le deuil plus ou moins temporaire de la scolarité ordinaire. Ceux-ci seront toujours guidés en premier lieu par des critères médicaux. Parmi eux, on pourra faire appel au dispositif « *soins-études* » (structure de jour ou structure temps plein comme à la FSEF où la scolarité fait partie intégrante de la thérapie institutionnelle). Dans d'autres cas, il faudra envisager de faire appel au secteur de pédopsychiatrie ou de psychiatrie adulte pour poursuivre les soins, essentiellement quand les comorbidités psychiatriques sont prépondérantes.

Le schéma suivant récapitule l'organisation du partenariat telle que nous l'avons décrit.

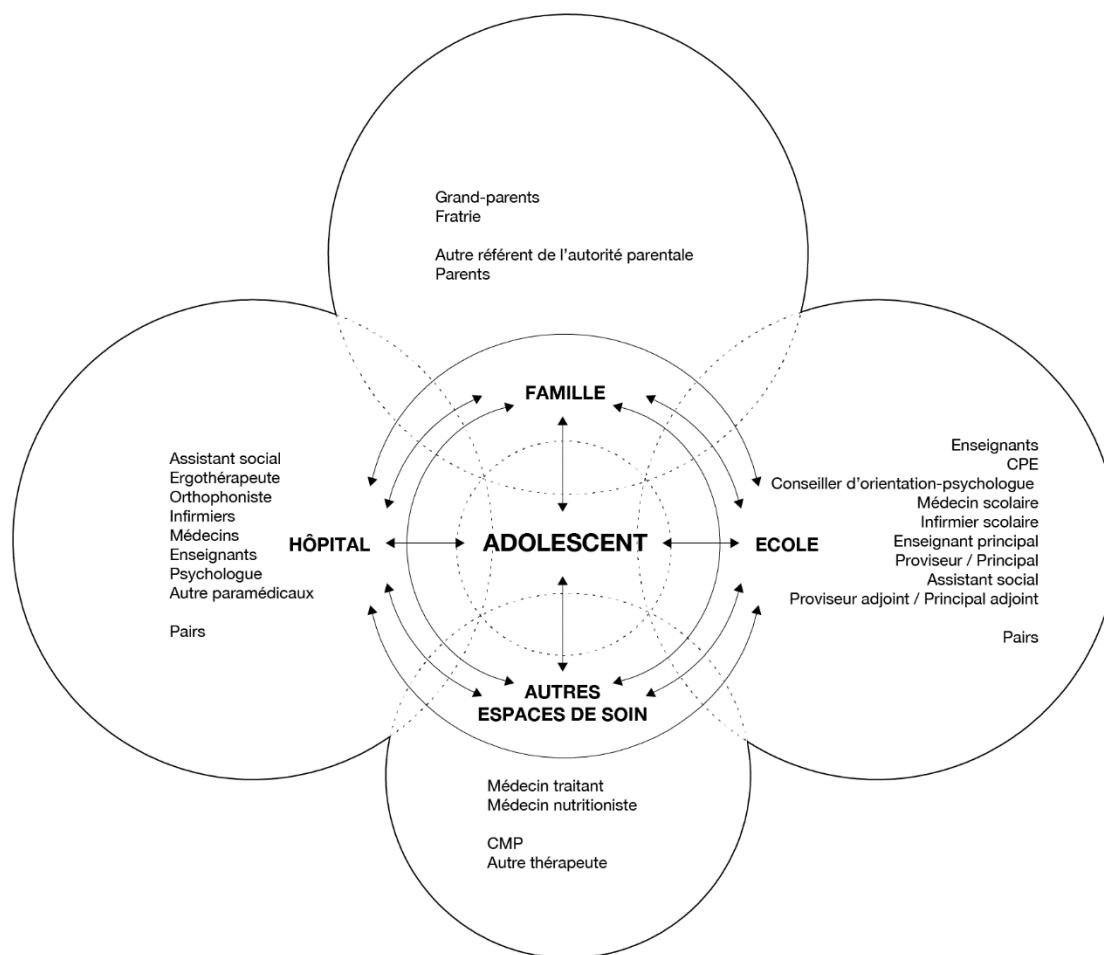


Figure 3. Organisation temporo-spatiale du partenariat soin-école au CHU de Nantes.

Ce partenariat a été construit, au fil du temps, en s'appuyant sur la clinique des adolescents souffrant d'anorexie mentale. Notre sentiment est qu'il est pertinent d'aller interroger plus précisément le vécu des adolescents dans ce partenariat ; ce d'autant que nous n'avons pas trouvé d'étude interrogeant le vécu de la scolarité des jeunes souffrant d'anorexie mentale.

Partie 4 :
Anorexie mentale et
scolarité : illustration
du vécu des
adolescents

Chapitre 1

Matériel et méthodes

- 1.1 Choix de la méthode
- 1.2 Critères d'inclusion
- 1.3 Recueil de données
- 1.4 Présentation des résultats et méthode d'analyse

2.3.2 L'hyperinvestissement comme solution jusqu'à l'épuisement

2.3.3 Vécu des préconisations hospitalières par rapport au scolaire

2.3.3.1 Difficultés à lâcher-prise

2.3.3.2 Impact sur la socialisation

2.3.3.3 La place des parents

2.3.3.4 Aménager la scolarité : le risque des injonctions paradoxales

2.3.4 Evolution et projection dans l'avenir

Chapitre 2

Résultats

- 2.1 Description de l'échantillon
- 2.2 Présentation des vignettes cliniques
 - 2.2.1 Lise
 - 2.2.1.1 Cadre de l'entretien
 - 2.2.1.2 Contexte de vie
 - 2.2.1.3 Antécédents
 - 2.2.1.4 Histoire de l'anorexie mentale
 - 2.2.1.5 Rapport à la scolarité
 - 2.2.2 Titouan
 - 2.2.2.1 Cadre de l'entretien
 - 2.2.2.2 Contexte de vie
 - 2.2.2.3 Antécédents
 - 2.2.2.4 Histoire de l'anorexie mentale
 - 2.2.2.5 Rapport à la scolarité
 - 2.2.3 Maya
 - 2.2.3.1 Cadre de l'entretien
 - 2.2.3.2 Contexte de vie
 - 2.2.3.3 Antécédents
 - 2.2.3.4 Histoire de l'anorexie mentale
 - 2.2.3.5 Rapport à la scolarité
- 2.3 Analyse thématique
 - 2.3.1 De la pathogénie de l'environnement scolaire au repérage des troubles

Chapitre 3

Discussion

Nous avons souhaité explorer concrètement **comment les adolescents souffrant ou ayant souffert d'anorexie mentale vivaient leur scolarité.**

Chapitre 1

Matériel et Méthode

1.1 Choix de la méthode

Notre recherche a utilisé la méthode qualitative **par études de cas (entretiens de recherche et groupes de parole thérapeutiques) dans une démarche phénoménologique.**

En effet, notre objectif était de s'intéresser à des ressentis, des attitudes ou des comportements et donc des données non quantifiables. Or, la méthode qualitative est particulièrement appropriée pour comprendre l'essence de l'expérience des sujets afin de formuler des hypothèses d'explication.

1.2 Critères d'inclusion

La population a été choisie pour cibler :

- **Les adolescents ou les jeunes adultes, filles ou garçons,**
- **Souffrant d'anorexie mentale restrictive pure,**
- **Scolarisés au collège ou au lycée ou ayant été scolarisés au collège et au lycée pendant la maladie et le « *parcours de soin* »,**
- **Et dont les soins se déroulaient ou s'étaient déroulés en pédiatrie et/ou en addictologie au CHU de Nantes.**

Les sujets des entretiens et des groupes de parole thérapeutiques ont été inclus selon nos critères d'inclusion sans avoir la volonté d'être représentatif de la population étudiée mais plutôt de refléter la diversité du vécu des sujets.

1.3 Recueil de données

Il apparaissait pertinent d'associer deux méthodes de recueil de données pour assurer la triangulation des sources et augmenter ainsi la validité interne de notre étude.

Premièrement, nous voulions rencontrer **3 adolescents en individuel** au cours d'entretiens de recherche. Nous désirions contacter leurs parents et recueillir leur accord pour l'entretien et l'enregistrement, puis celui des jeunes. Nous projetions de réaliser des entretiens semi-structurés à questions ouvertes. Nous avons défini des thèmes d'intérêt au fur et à mesure de notre travail de recherche théorique. Il s'agissait de recueillir des éléments du contexte de vie, de l'histoire de l'anorexie mentale et de détailler le « *vécu scolaire* » du sujet en suivant la chronologie (avant la maladie, pendant le « *parcours de soin* » et, si le sujet n'était plus en soin, après). Nous n'avions pas pour objectif d'être exhaustif mais plutôt de créer des occasions pour que les adolescents s'expriment sur le sujet en posant les questions les plus neutres possibles avec le souci de ne pas influencer la réponse. L'enregistrement avec un dictaphone devait permettre de recueillir fidèlement les verbatims. Après retranscription, les entretiens devaient être anonymisés et les enregistrements détruits.

Deuxièmement, nous souhaitions **coanimer des groupes de parole thérapeutiques** avec les soignants à l'HDJ « *ados* » et à l'Espace Barbara. Cette méthode simplifiait l'organisation puisqu'il s'agissait pour nous de nous rendre sur des groupes déjà constitués et non pas de réaliser des « *focus groupes* » uniquement pour la recherche qui auraient nécessité que les jeunes se déplacent en dehors de leur temps habituel à l'hôpital de jour. Nous projetions également de détailler leur « *vécu scolaire* » par des questions ouvertes. Les données trop exposantes vis-à-vis du groupe concernant le contexte de vie ou l'histoire de la maladie ne devaient pas être interrogées spécifiquement mais pouvaient venir spontanément. Néanmoins, il ne s'agissait pas d'interférer avec le cadre habituel des groupes et la présence et participation (habituelles) des soignants nous paraissaient constituer une richesse supplémentaire pour le recueil de données. Nous souhaitions rencontrer préalablement les adolescents en participant dans chaque structure au groupe de parole précédent notre intervention. Là encore, il s'agissait de recueillir tous les accords des jeunes et de leurs parents (pour les mineurs) pour être fidèle à leur propos, par un consentement écrit et signé. Après retranscription, la destruction des enregistrements et l'anonymisation devaient également être assurées.

Pour chacun des jeunes et leurs parents, nous voulions expliquer notre démarche comme telle : **discuter avec eux de leur expérience de la maladie et de leur rapport à la scolarité** dans le cadre de notre travail de thèse.

1.4 Présentation des résultats et méthode d'analyse

Nous avons d'abord choisi de **présenter entièrement les vignettes cliniques de Lise, Titouan et Maya** en rapportant les propos qui nous semblaient pertinents et en organisant en cinq sous-parties (cadre de l'entretien, contexte de vie, antécédents, histoire de l'anorexie mentale et rapport à la scolarité depuis l'enfance jusqu'à la période de l'entretien).

Puis, nous souhaitions utiliser un procédé par **analyse thématique pour appréhender les données obtenues par les entretiens et groupes de parole** en nous inspirant de l'« *Interprétative Phenomenological Analysis* » (Smith et Osborn, 2004), méthode de travail interprétative basée sur l'approche phénoménologique et donc « *ce qui fait sens* ». Il s'agissait d'annoter nos entretiens fragment par fragment pour mettre en évidence le contenu (sans interprétation). Puis, il fallait organiser ces annotations entre elles sous forme de codes pour obtenir un niveau supérieur d'analyse. Enfin, cela nécessitait que nous regroupions ces codes en thèmes principaux d'analyse à un niveau plus interprétatif.

Chapitre 2

Résultats

2.1 Description de l'échantillon

Dans le respect de nos critères d'inclusion, nous avons donc rencontré Lise, Titouan et Maya chacun au cours d'un entretien de recherche. La procédure imaginée a été respectée. Les dossiers médicaux ont été consultés uniquement pour rechercher l'existence d'antécédents notables et préciser la chronologie du parcours de soin (dates et durées d'hospitalisation temps plein et HDJ principalement). Ces entretiens ont eu lieu en janvier et en mars 2018.

Concernant les groupes thérapeutiques de paroles, nous avons également respecté la procédure que nous projetions pour le recueil des données. Le groupe d'HDJ « *ados* » a eu lieu en janvier 2018 et comprenait 9 jeunes filles entre 11 et 16 ans. Le groupe de l'Espace Barbara

a eu lieu également en janvier 2018 et comprenait 4 jeunes filles entre 16 et 18 ans et une jeune fille de 24 ans. Nos critères d'inclusion étaient respectés (toutes les jeunes filles souffraient d'anorexie restrictive sans qu'on ait connaissance de crises de boulimie ou conduites purgatives à l'époque selon les soignants référents). Nous n'avons consulté les dossiers médicaux d'aucun jeune des groupes de parole thérapeutiques.

2.2 Présentation des vignettes cliniques

2.2.1 Lise

2.2.1.1 Cadre de l'entretien

Nous rencontrons Lise, 17 ans, en janvier 2018. Elle a volontiers accepté de venir faire cet entretien alors qu'elle n'est plus suivie à l'hôpital depuis quelques mois. Elle arrive à l'heure et se présente soignée. Elle semble quelque peu intimidée mais volontaire pour nous parler de son expérience. Elle se concentre pour répondre aux questions que nous lui posons. Le discours est adapté et cohérent.

2.2.1.2 Contexte de vie

Lise vit chez ses parents dans une commune de la région nantaise. Son père est assistant en maîtrise d'ouvrage et sa mère est secrétaire. Elle a un grand frère de 22 ans qui vit dans son appartement et qui est étudiant en ingénierie aéronautique.

Lise est passionnée par les animaux. Elle veut d'ailleurs devenir éducatrice pour chiens guides d'aveugles depuis le CM2. Elle a donc choisi une filière pour mener à bien ce projet puisqu'elle est actuellement scolarisée en classe de 1^{ère} Sciences et Technologies de l'Agronomie et du Vivant (STAV). Lise pratique également le volley et aime beaucoup le sport. Elle a des amis au lycée et à l'extérieur.

2.2.1.3 Antécédents

Lise n'a pas d'antécédents notables en dehors de l'anorexie.

2.2.1.4 Histoire de l'anorexie mentale

Les soins de Lise ont duré 3 ans. Elle définit le début des troubles à l'été de la 4^{ème}. Elle dit avoir débuté un régime parce qu'elle était en surpoids : *« c'est là où j'ai commencé à perdre du poids et à me dire qu'il fallait que je fasse vraiment attention à mon poids et tout ça »*. Parallèlement, Lise fait de plus en plus de sport. Il n'y a pas de crises de boulimie ou de conduites purgatives.

Lise est hospitalisée en pédiatrie au CHU de Nantes à la fin de la 3^{ème}. Elle a perdu 25 kg depuis un an et est épuisée : *« je n'en pouvais plus, j'étais à bout »*. Lise présente une anorexie restrictive pure avec aménorrhée et bénéficie d'une renutrition entérale avec un contrat de poids. Elle reste hospitalisée 2 mois jusqu'au début du mois d'août 2015. Elle sort avec une prise en charge à l'HDJ « ados » mais doit à nouveau être hospitalisée fin octobre 2015 devant une nouvelle perte de poids. À la sortie de l'hospitalisation, les soins se poursuivent en addictologie à l'Espace Barbara pendant un an jusqu'en novembre 2016. Des consultations avec son addictologue et sa psychothérapeute vont continuer quelques mois puis s'arrêter à la rentrée 2017.

Actuellement, Lise explique qu'elle va bien, la maladie a quasiment disparu : *« Des fois, elle est présente mais elle est quasiment plus là. Je mange comme je veux, j fais du sport quand j'ai envie et pas quand elle me force »*.

2.2.1.5 Rapport à la scolarité

Lise explique qu'elle n'aimait pas l'école avant la maladie. Elle revient sur ce qui semble être des angoisses de séparation dans l'enfance avant d'aller à l'école primaire : *« J'avais pas envie d'y aller, enfin je sais qu'à un moment, j'avais fait des grosses crises, j'pleurais tous les matins pour ne pas y aller. Et puis une fois que j'y étais, ben, je m'amusais, j'm'amusais bien, j'avais des copines et tout, c'était bien »*. Elle ne sait plus quel était le support de ses angoisses mais se souvient qu'elle appréhendait de se séparer de ses parents.

Elle se décrit comme une jeune fille sociable jusqu'à la fin de la primaire. Puis, des insultes ont commencé sans qu'elle comprenne pourquoi : *« C'était quelque chose de nouveau, j'avais mes amis mais sinon on m'aimait bien, je ne comprenais pas, on ne m'avait jamais fait de remarques »*. Les moqueries étaient ciblées sur son apparence physique. À l'époque Lise explique qu'elle était en surpoids. Aller à l'école était difficile mais elle a continué à s'y rendre malgré ses angoisses.

Au collège, les moqueries s'accroissent : « *On m'appelait « grosse vache », « baleine », des trucs comme ça [...] pas trop des filles mais plutôt des garçons à qui je parlais et que j'aimais bien, voilà.* » Elle se sent mal à l'aise dans son corps et pense que ces insultes ont eu une influence sur l'apparition de la maladie qui arrive à la fin de sa 4^{ème} : « *D'un coup, j'ai voulu perdre du poids, je voulais aussi apprendre à l'école, réussir, être la meilleure [...]* ». Elle ne retrouve pas d'autres facteurs déclenchants que les moqueries. Lise se met à travailler d'arrache-pied : « *En 3^{ème} ça devait être 3h le soir quand je rentrais, le week-end, c'était tous les matins* ». Les résultats scolaires augmentent : « *En 4^{ème}, les résultats c'était encore 12 et vraiment c'est en 3^{ème} où là j'ai eu 14 de moyenne presque 15 je crois* ». Cet investissement est une nécessité : « *ça m'occupait tous les soirs, je pensais à autre chose que mon poids et tout. Et puis comme je voulais maigrir à tout prix, je voulais aussi être la meilleure, pour être ben... la fille parfaite* ».

Plusieurs personnes au collège remarquent que son état est préoccupant. Une enseignante d'espagnol tente de lui parler à la fin de l'heure : « *Elle m'a dit « fais gaffe tu commences à perdre trop de poids »* ». Ses amis sont très inquiets, elle ne mange plus rien à la cantine et a beaucoup maigri : « *Les amis des fois, ils m'en parlaient, ils me disaient : « t'as perdu beaucoup de poids, est-ce que ça va ? » et tout, moi j'essayais de passer à autre chose quand ils me posaient des questions, du coup, on n'en parlait pas trop souvent* ». Puis ses amis et des surveillants du collège alertent l'infirmière scolaire qui la convoque dans son bureau : « *Elle m'a dit qu'elle allait appeler mes parents, ce qu'elle a fait. Elle m'a dit que ça serait bien que j'aille voir quelqu'un, une diététicienne, pour essayer de remanger normalement* ». Sur le moment, Lise est en colère : « *Je m'suis dit pourquoi ils ont fait ça et tout, j'avais rien demandé* ». À cette époque, ses parents sont inquiets depuis quelques temps : « *On allait souvent voir le médecin d'ailleurs, mais le médecin n'avait pas vu de signe, enfin, elle pensait que j'allais y arriver toute seule* ». Un mois plus tard, elle est finalement hospitalisée en pédiatrie sur demande de son médecin généraliste.

Elle vit difficilement l'hospitalisation dans les premières semaines : « *c'était très dur de ne plus avoir de nouvelles de mes amis, enfin très peu, de ne pas passer le brevet parce qu'ils m'avaient dit de le passer que à la rentrée [...]* Et de ne rien faire de mes journées aussi, bah à part aller voir les autres et encore des fois j'avais pas le droit, ça vraiment, c'était très dur ». Elle est inquiète de ne plus réussir à s'intégrer : « *je me disais qu'après j'aurais du mal avec les autres, déjà que j'étais déjà très timide, j'avais peur que ça me rende encore plus timide* ». Les obsessions alimentaires sont intenses. Lise a très peur de reprendre du poids mais elle s'accroche.

Lors de la première hospitalisation, c'est la période des grandes vacances et elle n'a pas de cours avec les enseignants en deuxième partie de contrat. Elle se souvient en revanche de la deuxième hospitalisation en octobre : *« j'avais bien aimé, ça m'avait changé l'esprit, comme ça, ça m'occupait une partie de ma journée »*. À la rentrée 2015, elle reprend l'école en plus de l'HDJ. Elle a le sentiment que les aménagements sont imposés : *« J'avais pas mon mot à dire »*. Ses inquiétudes sont surtout centrées sur son intégration : *« Je stressais un peu d'aller à l'école mais pas trop pour les notes plus pour le fait que comme j'y allais très peu, ben d'aller avec les autres c'était compliqué, parce que finalement je ne pouvais pas trop discuter avec eux, je les voyais deux matinées par semaine des fois, donc c'était pas beaucoup [...] J'y allais que, ben avec l'hôpital de jour plus le planning qu'ils m'avaient fait pour pas que ça m'épuise et ben j'y allais que deux matinées voire trois par semaine. »* Elle tisse peu de relations amicales durant la seconde : *« J'parlais qu'à une fille dans ma classe, presque »*.

Elle se rappelle avoir rencontré le médecin scolaire pour les temps de cantine : *« Je rentrais chez moi manger au départ et puis à la fin, je mangeais au self, mais c'était compliqué. Ben, il m'avait proposé par contre de passer en première [au self], parce qu'il y avait deux files : une file pour les profs et une file pour les élèves et il m'avait proposé de passer par les profs, comme ça j'allais plus vite et j'avais plus de temps pour manger... Mais j'ai jamais voulu parce que j'aime pas que les autres me regardent, parce que ben voilà c'était... gênant »*.

Lise essaye de rattraper les cours autant qu'elle peut, même si cela n'est pas autorisé : *« Mais je loupais vraiment trop de cours au départ, donc je loupais plein de choses et rattraper tout après c'était compliqué »*. Elle a du mal à demander à ses camarades : *« Des fois, ça les énervait, ils avaient pas que ça à faire [...] les profs ils pensent pas à nous passer les cours »*. Elle ne bénéficie pas de SAPAD car il n'y a pas d'enseignants volontaires. La décision de redoublement est prise en fin d'année ce qui lui paraît logique vues ses absences : *« J'avais quasiment pas de notes [...] sinon je n'aurais pas réussi mon année de première en fait »*.

À la rentrée de sa deuxième seconde, Lise va déjà mieux et a moins d'absences au lycée car l'hôpital de jour est allégé. L'hôpital de jour s'arrête au mois de décembre 2016. Les résultats sont bons. Au niveau amical, cela reste difficile : *« J'avais pas du tout eu d'amis, j'ai eu du mal à m'intégrer, j'trouvais qu'on n'avait pas du tout les mêmes idées, les pensées, même la façon de vivre, des trucs comme ça [...] après j'en avais dans les autres classes mais là, du coup, j'en avais pas du tout dans ma classe »*. Elle subit encore des moqueries : *« par rapport à mon visage ou comme j'étais trop timide on se moquait de moi [...] on m'a dit que j'avais un problème de bouche ou je sais pas... sur le poids, par contre, on m'a quasiment rien dit »*.

Puis, Lise arrive en première Sciences et Technologies de l'Agronomie et du Vivant dans un nouveau lycée en septembre 2017. Elle s'y sent mieux : *« J'ai plus réussi à m'intégrer,*

j'aime les cours enfin j'ai bien suivi les cours et puis j'ai eu des bonnes notes [...] je suis allée voir les gens, je leur ai parlé, je leur ai posé des questions et puis finalement, on s'est bien entendus ». On ne lui fait plus de remarques sur son visage ou sur son corps. Cela rassure ses parents qui l'encouragent : « C'est important pour eux que je sois sociable avec les autres, surtout depuis la maladie ». Elle travaille régulièrement « 1h30 par soir et puis le week-end tous les matins... 2h le matin ».

Elle pense que les soins l'ont aidée à prendre une certaine autonomie et aller vers les autres : « *J pense que c'était l'hôpital de jour, les ateliers et tout ça, ça a dû m'aider et aussi de prendre sur moi et de me dire, faut qu't'y arrives par toi-même à aller vers les autres [...] les jeux avec tout le monde, ça pour s'intégrer, j'trouve c'est bien »*. Elle se souvient aussi des temps en salle d'« ados » pendant l'hospitalisation temps plein : « *on se retrouvait tous, on parlait, on avait toujours quelque chose à se dire, et c'était bien, on se sentait soutenus et puis compris, enfin c'était bien »*.

2.2.2 Titouan

2.2.2.1 Cadre de l'entretien

Nous rencontrons Titouan en février 2018. Son visage est juvénile. Le contact se fait facilement. Il semble soucieux de répondre avec précision aux questions posées, se laissant parfois quelques secondes pour réfléchir. L'échange est fluide dans un discours adapté.

2.2.2.2 Contexte de vie

Titouan est âgé de 16 ans. Il habite dans un petit village à proximité de Nantes chez ses parents. Sa mère est éducatrice et bénéficie d'une Allocation Journalière de Présence Parentale à 100 % depuis la rentrée 2017. Elle a néanmoins un projet de reconversion professionnelle. Son père est ingénieur spécialisé en mécanique et a beaucoup de travail. Titouan est le deuxième d'une fratrie de trois. Sa grande sœur de 19 ans vit à Nantes où elle étudie le droit à la faculté en alternance avec un service civique. Sa petite sœur a 12 ans.

Il pratiquait le handball depuis l'âge de 9 ans mais a dû s'arrêter avec la maladie. Il est fier de nous annoncer qu'il va pouvoir reprendre à la rentrée dans la même équipe qu'auparavant. De plus, il a démarré cette année des cours de violon ce qui lui plaît beaucoup. Il est scolarisé en seconde en classe bi-langues (anglais et allemand). Titouan n'est pas sûr du

métier qu'il veut faire plus tard mais il pense plutôt en ce moment à la médecine : *« c'est un métier que je côtoie souvent »*.

2.2.2.3 Antécédents

Titouan n'a pas d'antécédents notables en dehors de l'anorexie.

2.2.2.4 Histoire de l'anorexie mentale

Titouan revient sur le début de sa maladie : *« je devais avoir 12 ans par là, ça a dû commencer par-là ouais, j'ai commencé à faire plus de sport. Et après, j'ai commencé à faire plus attention à ce que je mangeais, à réduire les quantités et c'est allé jusqu'à l'hospitalisation du coup en mars »*. La maladie évolue alors depuis deux ans. L'hyperactivité physique est majeure puisque Titouan fait alors 17 heures de sport par semaine. En mars 2017, Titouan est donc hospitalisé le lendemain d'un match de handball : *« [...] Il y avait mes parents qui étaient venus me voir. Mon père avait remarqué que j'arrivais plus à courir, enfin j'étais... J'essayais de courir mais j'arrivais plus. Mes jambes suivaient plus. Et du coup, le mardi soir, ils m'ont emmené chez le médecin, donc il m'a pesé, pris ma tension, et tout le bazar et m'a dit, il m'a dit qu'il fallait que j'aille à l'hôpital. »*

L'hospitalisation dure 4 mois de mars à juillet 2017. Titouan prend conscience de la gravité des troubles. Il souffre d'une anorexie restrictive pure. Une sonde nasogastrique est posée ce qui lui fait penser qu'il n'a *« plus le choix »*. Il faut accepter les soins et remonter la pente. *« Sur le coup, je me rendais pas compte de ma maigreur. C'est maintenant en regardant des photos que je me dis « ah oui, quand même, on dirait un squelette »*. À la sortie de l'hospitalisation, Titouan est admis à l'HDJ *« ados »* où il est toujours en soin.

Actuellement, Titouan a le sentiment que la maladie se résorbe. Il dit ne plus avoir de problèmes pour manger et avoir retrouvé du plaisir, tout comme le sport qui reste un domaine important pour lui et son estime de lui *« mais c'est plus un besoin »*. Il persiste une peur de brûler les calories : *« J'ai toujours la peur de perdre parce que j'ai envie de grandir en fait... »*.

2.2.2.5 Rapport à la scolarité

Titouan nous dit avoir toujours aimé l'école. Néanmoins, il rapporte aux débuts de la primaire et à nouveau en 6^{ème} des périodes d'anxiété intense : « *Des grosses bouffées de stress et tout le temps. La première journée j'étais hyper content et après j'avais plus envie d'y aller.* » Il ne sait pas trop expliquer pourquoi. Ces symptômes anxieux s'apaisent vers le milieu de la 6^{ème}.

L'adolescent a toujours été plutôt sociable et bien intégré jusqu'à l'entrée au lycée. Il rapporte tout de même des moqueries de certains de ses camarades qui l'insultaient, ils le traitaient d' « *intello* ». Ces moqueries ont émané une fois d'un ami : « *Je me rappelle une fois où il y avait un pote qui m'avait traité d'intello et là ça m'avait vraiment touché parce que je me sentais trahi quoi [...] Parce que normalement les copains, ça n'insulte pas, enfin je sais pas, ça se fait pas...* ».

Lorsque la maladie apparaît et que Titouan commence à perdre du poids, un ami à l'école lui fait remarquer : « *Il m'a dit ouais qu'il fallait que je mange plus mais il est pas trop revenu à la charge* ». Titouan continue à travailler comme il l'a toujours fait, sans hyperinvestissement selon ses souvenirs : « *Non je pensais plus au sport qu'aux notes* ».

Lorsque l'hospitalisation arrive, Titouan est d'abord très demandeur. Vis-à-vis de l'école, il tente d'abord de maintenir sa scolarité : « *Au début, je voulais continuer, demander aux autres de me prendre les cours et tout enfin voilà et après les obsessions du sport sont revenues [...] donc j'ai recommencé à faire du sport donc voilà et je m'en fichais des cours et après j'étais à fond dans l'hospitalisation et la reprise de poids, changement donc de cap et donc là je m'en fichais aussi des cours parce que oui je voulais reprendre du poids puis voilà c'était le plus important.* ».

Il envoie tout de même spontanément une lettre à sa classe qui est lue par son enseignant principal : « *Et j'ai eu un retour. Ça c'était vachement cool. Et j'ai eu un retour, une lettre de chaque personne de la classe, c'était trop cool. Je crois qu'ils ont pris une heure de cours* ».

Les cours reprennent avec les enseignants de l'hôpital en deuxième partie de contrat : « *Je me rappelle que c'était bien. Des fois, j'avais pas envie d'y aller [...] par peur de brûler des calories, voilà, juste à cause du chemin pour y aller* ». Ces cours prennent tout de même une place importante pour Titouan : « *Ouais, quand j'arrivais pas à faire quelque chose des fois ça m'énervait. J'avais... En fait, j'avais peur d'avoir perdu ma capacité à réfléchir, avoir*

des bonnes notes, enfin voilà [...] Je me disais que c'était un des seuls trucs que.... Qui.... Enfin, je me disais que j'avais tout perdu en fait dans ces moments-là. » Il décrit une satisfaction intense quand il réussissait les exercices.

Titouan passe le brevet en permission depuis l'hôpital. C'est l'occasion de revoir sa classe de 3^{ème} qu'il va quitter pour l'entrée au lycée. Il sort d'hospitalisation pendant les vacances d'été et reprend l'école à la rentrée 2017. Il est alors devenu lycéen et tous ses amis sont partis dans d'autres lycées suite à des dérogations ou des spécialisations particulières. Il décrit une rentrée sans difficultés au départ : *« Euh, bah, déjà c'était très agréable parce que contrairement à la 6^{ème}, j'ai pas eu de stress ou quoi que ce soit, je suis content. »*

Pour autant, il ne parvient pas à tisser des relations amicales. On le questionne pour savoir pourquoi il a un emploi du temps aménagé de temps en temps : *« Je leur dis la vérité, je m'en fiche, je dis que je vais à l'hôpital, enfin voilà »*. Il n'a d'ailleurs plus de remarques à ce sujet une fois qu'il répond à la question. Les temps de repas se déroulent au domicile de ses parents et il n'est pas déçu de manquer la cantine : *« Ça serait chiant si je m'étais fait des amis du coup je louperais leur délire [...] mais du coup là... »*. Titouan ne subit pas de moqueries. Il explique qu'une grande partie de ses camarades se connaissait avant de venir au lycée. Il a souvent le sentiment d'être de trop : *« J'ai l'impression toujours de déranger ou que les gens me trouvent chiant... »*. Il se défend d'en souffrir et dit même être *« indifférent »*. Puis, il nuance un peu plus tard : *« C'est limite un soulagement quand je m'en vais parce que je peux pas parler aux gens ou quoi que ce soit donc je vais attendre devant la salle puis voilà. »*

Titouan dit qu'il rattrape la plupart de ses cours, malgré la contre-indication de l'HDJ. Il reconnaît que ses enseignants sont souvent compréhensifs : *« Le dernier contrôle d'histoire-géo, j'avais pas appris, j'avais eu les cours la veille et du coup je l'avais dit au prof, il m'avait dit : « tu le fais et si tu as une bonne note, on la met, si t'as pas de bonne note, on la met pas. » »* Il regrette tout de même de ne pas avoir rattrapé l'intégralité des cours de français car il a dû passer un devoir commun avec toutes les classes de 2^{nde}. Lorsqu'il rattrape, il doit demander aux autres élèves, qui acceptent facilement d'après lui. L'année avançant, il est maintenant absent uniquement sur les temps d'HDJ ce qui facilite les choses. Au niveau du SAPAD, Titouan a pu bénéficier de cours d'allemand. C'était la seule matière disponible mais cela lui a convenu car il avait peu de cours. Il aurait aussi aimé avoir de l'histoire-géographie car il manquait tous les cours sur la première partie de l'année.

L'adolescent explique qu'il a beaucoup apprécié l'équipe éducative qui a eu lieu en début d'année : *« Euh, y avait un truc qui était bien c'était la réunion d'information entre les*

soignants et les profs. Du coup, y avait pas vraiment de soignants, il y avait que l'infirmière scolaire, il y avait ma mère, il y avait le principal je crois ou le proviseur plutôt et deux profs... Moi j'étais pas là... J'aurais bien aimé être là mais j'étais pas là... Et du coup ce qui était bien c'est qu'au début par exemple le proviseur il comprenait pas les aménagements et après au fur et à mesure des explications il s'est dit « ok le plus important c'est la santé de Titouan » et du coup voilà. »

Au moment où nous le rencontrons, Titouan a le sentiment d'être plus intégré à la vie de la classe parce qu'il y va davantage, sans pour autant se sentir vraiment plus proche des autres. Il va reprendre la cantine. Il pense que l'école est importante : *« Ça nous aide à percevoir le monde qui nous entoure... Je sais pas comment le dire. Et ça nous apprend des choses tout simplement. Et du coup ça nous aide après à déterminer quel métier on veut faire plus tard et à se former pour faire ce métier-là. »* Il dit que l'école est une valeur familiale sans qu'il ait eu l'impression d'avoir spécifiquement une pression sur ses épaules de la part de ses parents. Ces derniers sont encore très actifs dans le lien entre le soin et l'école : *« Ma mère téléphone pas mal encore pour dire les cours que je vais louper ou les cours enfin voilà... Pour prévenir quand je serai pas là pour pas que je sois noté absent enfin des trucs comme ça. »*

Titouan se questionne tout de même sur ses capacités actuelles et se demande s'il n'a pas perdu : *« Même encore maintenant, ça m'énerve. J'ai l'impression que j'arrivais mieux à me motiver, à travailler et à me concentrer quand j'étais malade ou même avant ma maladie. »* Les résultats scolaires sont maintenus. Sa moyenne est à 16.

2.2.3 Maya

2.2.3.1 Cadre de l'entretien

Maya est une jeune fille de 18 ans, souriante et coquette. Elle a accepté de venir nous faire partager son expérience sur la scolarité et l'anorexie sans aucune hésitation. Peut-être cela a-t-il été facilité parce que nous l'avions déjà suivie par le passé lors de sa première hospitalisation dans le cadre de la pédopsychiatrie de liaison en pédiatrie au CHU de Nantes ? *« Oui je me rappelle très bien de vous, je peux me rendre disponible sans problème. Si ça peut permettre qu'on comprenne mieux ce que c'est que cette maladie. »* À l'entretien, elle est de très bon contact et s'exprime facilement sur un ton assuré. Le discours est adapté et cohérent. Maya est confortable dans la relation et ses réponses sont détaillées.

2.2.3.2 Contexte de vie

Les parents de Maya vivent dans une petite commune à 30 minutes de Nantes. Son père travaille comme ouvrier dans l'agroalimentaire et sa mère est assistante de direction. Elle a un petit frère de 13 ans.

Maya dispose d'un bon entourage amical. Elle a plusieurs centres d'intérêt dont la natation qu'elle pratique depuis une dizaine d'années, la lecture et le cinéma. Cette année, sa vie sociale a tout de même été mise entre parenthèses du fait des études. Maya est actuellement en Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) pour faire médecine. Elle loge dans une chambre à Nantes chez la tante d'une amie.

2.2.3.3 Antécédents

Maya n'a pas d'antécédents notables en dehors de l'anorexie.

2.2.3.4 Histoire de l'anorexie mentale

Aux yeux de Maya, le début des troubles a démarré en 4^{ème} : « [...] je me sentais de moins en moins bien. Je me rappelle des matins où je me réveillais et je voyais mes cuisses et je me disais « Putain mais Maya mais t'es grosse » et c'est là que ça a commencé et pourtant fin... paradoxalement je mangeais encore plus et c'est vraiment là où j'ai pris du poids rapidement quoi et c'est là aussi du coup où j'ai commencé à voir la diététicienne et donc j'ai commencé à perdre du poids je pense vers fin de 4^{ème} et toute la 3^{ème} ». La perte de poids est d'abord progressive puis s'accélère de plus en plus. En un an et demi, Maya perd plus de 20 kg. Elle présente une aménorrhée depuis 6 mois et une potomanie. Son état somatique est très préoccupant.

Commence alors une hospitalisation en pédiatrie qui dure deux mois et demi entre fin 2014 et début 2015. Le bilan d'amaigrissement est en faveur d'une anorexie mentale restrictive sans crise de boulimie ni conduites purgatives. Une nutrition entérale par sonde nasogastrique est mise en place rapidement ainsi qu'un contrat de poids. Après la sortie, les soins sont poursuivis à l'HDJ « ados ». En mai 2015, une récurrence des obsessions alimentaires avec potomanie et perte de poids conduira à une nouvelle hospitalisation de deux mois. L'HDJ

« ados » reprend et continue durant un an jusqu'à juin 2016. Maya bénéficie ensuite de consultations pédopsychiatriques au CMP et pédiatriques au CHU espacées pendant quelques mois.

Au moment où nous la rencontrons, Maya n'est plus suivie depuis 6 mois. Elle va bien et nous dit se sentir « guérie ».

2.2.3.5 Rapport à la scolarité

Maya a toujours été une très bonne élève. Elle explique que son rapport à l'école a beaucoup évolué avec l'adolescence et la maladie. *« C'est-à-dire que quand j'étais en primaire j'avais une super maîtresse, que je revois même encore aujourd'hui, on a gardé contact. Du coup j'ai vraiment eu le goût de l'école et ouais je pense que moi le cadre scolaire j'aimais ça et il n'y avait pas de souci avec ça. J'avais une bonne maîtresse qui me donnait l'envie d'apprendre, l'envie d'apprendre des choses et tout ça, donc j'étais une assez bonne élève. »*

Les choses se sont modifiées à l'arrivée au collège : *« Après, est arrivé le collège et du coup là quand on a d'un peu trop bonnes notes et qu'on est un peu trop assidu en classe bah forcément on a un peu des moqueries des autres et tout ça et moi à partir de ce moment-là j'ai commencé à... pas à faire exprès de ne pas écouter mais euh presque en fait... après ce n'était plus du tout le même rapport, je n'avais plus envie de travailler, j'avais plus forcément envie d'apprendre, je voyais plutôt les choses comme fallait que je maintienne ma moyenne pour faire plaisir à mes parents, pour que mes parents ne m'embêtent pas trop, que j'ai une à peu près bonne moyenne, des à peu près bons commentaires mais fallait pas que ce soit trop haut non plus parce que... auprès du regard des autres voilà... et aussi parce que c'est l'âge où j'ai commencé un peu à me rebeller, à me sentir un peu moins bien dans ma peau donc ouais l'école est plus passée en second plan, j'avais moins envie d'apprendre des choses et tout ça. »* On lui disait régulièrement qu'elle était une « intello » : *« C'était plus ça qui a fait que j'ai commencé à un peu moins travailler en 5^{ème}, à être un peu moins assidue, à essayer de rentrer dans le moule en fait. »*

Sur le plan pubertaire, Maya dit avoir été réglée en 6^{ème} ce qui fait que son corps a changé plus tôt que les jeunes filles de son âge : *« Je rentrais pas dans le moule du coup. J'avais l'impression que bah voilà j'étais différente et donc vu que j'étais différente, j'étais grosse. »* Maya n'a pas eu l'impression d'être l'objet d'insultes à proprement parler concernant son

apparence même si elle pouvait être touchée par les remarques de certains camarades. *« C'est à dire que... à ce moment-là, dès qu'on pouvait me dire quelque chose et que ça avait un rapport avec mon poids, je le prenais directement contre moi et ça me blessait énormément et tout ça. Mais en fait je pense que les autres, ils ne se moquaient pas vraiment de ça, c'était plus moi qui en faisait une montagne en fait ».*

L'apparition de la maladie en 4^{ème} a été contemporaine d'une modification d'abord modérée du rapport à la scolarité. : *« J'étais peut-être, je dirais allez légèrement... un tout petit peu plus assidue au travail. »* Le phénomène s'est franchement accentué à l'arrivée au lycée : *« [...] en 2^{nde}, en début de 2^{nde}, je pense que là j'ai vraiment vraiment travaillé et là c'était vraiment trop, là c'était vraiment exagéré et là la maladie était vraiment là et je me souviens ouais je rentrais à la maison, en plus le lycée c'est des plus grosses journées que le collège et je bossais, je bossais, je bossais mais vraiment comme j'avais jamais bossé. En fait, à ce moment-là quoi, je me couchais tôt pour être en forme le lendemain à l'école, il y avait deux choses importantes, il y avait la nourriture, il fallait que je fasse attention à tout cela, et il y avait l'école. »*

Les camarades de Maya ne lui ont pas fait part de leurs inquiétudes. Elle pense qu'elle se fermait de plus en plus et qu'ils n'ont peut-être pas osé. Une enseignante a tenté de discuter avec elle mais la jeune fille a rapidement balayé les questions : *« je lui ai dit « oui oui ça va » ».*

Les semaines précédant l'hospitalisation au premier trimestre de 2^{nde}, Maya décrit un épuisement majeur : *« Alors que je bossais comme je n'avais jamais bossé, je voyais mes résultats qui baissaient quand même mais ça c'était parce que, et ça je le comprends aujourd'hui, c'est parce que j'étais trop faible, j'avais plus... j'étais trop faible pour réfléchir, je pouvais plus, c'était plus possible [...] ».* Puis c'est le temps de l'hospitalisation : *« J'y suis allée mais je n'étais pas forcément contente d'être là, mais en même temps c'était un soulagement de me dire, en fait, justement au niveau de l'école, que je n'aurais plus à travailler, que je n'aurais plus à aller au lycée parce que c'était dur, pour moi c'était dur le lycée je m'en rappelle enfin ouais c'était vraiment dur et j'avais plus à m'imposer tout ce travail que je m'imposais ».* Maya a des souvenirs douloureux de cette première hospitalisation et notamment le manque lié à l'absence de ses parents et de ses proches.

En deuxième partie de contrat, les cours reprennent progressivement ce qui convient à Maya : *« oui oui, j'avais envie de reprendre. J'avais envie de reprendre et d'être avec le prof et tout ça mais j'avais pas envie de travailler toute seule, c'était ça, parce que, avant l'hospitalisation, quand je travaillais toute seule bah voilà j'en garde des mauvais souvenirs*

quoi et je voulais pas retomber dans ça justement. Et du coup j'avais pas envie de faire des devoirs ou quoi que ce soit mais j'étais contente de reprendre à travailler, d'avoir cours avec les profs et tout ça. » Elle dit avoir repris du plaisir sur ces temps à l'hôpital.

Lorsqu'elle retourne à l'école, Maya explique qu'elle a un rapport « *moins obsessionnel* » avec les cours : « *Je bossais quand même pas mal mais moins quand même qu'au début. Mais ce qui me faisait stresser, ce qui me mettait la pression aussi c'est qu'il fallait que je rattrape tout en permanence et que j'avais tout le temps sans arrêt plein de cours à rattraper et tout ça.* » Maya avait un emploi du temps aménagé avec l'hôpital de jour. Les notes étaient maintenues et elle passait les évaluations lorsqu'elle était présente, et devait parfois même les rattraper. Elle dit qu'elle y tenait beaucoup. Elle n'a jamais bénéficié de SAPAD.

Arrive la deuxième hospitalisation, un moment décisif : « *ça a été vraiment plein de remises en question, c'est là où j'ai vraiment avancé plus [...] et là au contraire j'avais plus envie d'aller en cours [...] ça me faisait du bien de ne pas y aller, de ne pas avoir la pression* ». Elle sort pendant les grandes vacances et reprend l'HDJ « *ados* ».

L'arrivée en 1^{ère} s'est mieux déroulée : « *Quand j'y allais c'était sur des journées entières et je loupais quand même beaucoup moins de cours* ». L'amie qui lui a pris les cours pendant l'année de 2^{nde} lui signifie qu'elle ne le fera plus mais une solution alternative est trouvée : « *j'ai été en parler au prof principal, enfin c'est ma mère qui a dû envoyer un mail un truc comme ça et il était vraiment génial et en fait il a fait circuler une feuille dans toute la classe en gros sur les heures que je loupais, les heures de cours que je loupais et les gens de la classe pouvaient s'inscrire sur les différentes heures de cours pour me prendre les devoirs. Et moi je m'étais dit bon bah vu que je connais personne parce que bah en 2^{nde} j'ai pas eu le temps de connaître du monde, j'étais pas là, j'ai pas été là la moitié du temps enfin voilà, dans ma classe j'arrivais je connaissais juste la fille qui m'avait pris les devoirs l'année d'avant que je connaissais très bien sinon je ne connaissais personne d'autre dans ma classe et donc pour moi bah personne ne me prendrait mes trucs et en fait la feuille n'avait pas fait la moitié des rangs que bah elle était déjà toute remplie quoi et ça m'avait fait super plaisir* ». Maya dit d'ailleurs que les autres ne l'ont jamais questionnée particulièrement sur ses absences. Elle s'est autorisée à lâcher-prise : « *Je m'imposais moins les choses, je faisais le strict minimum, enfin ouais ouais justement j'avais peur de me remettre à travailler comme ce que je faisais en 2^{nde} [...] je révisais un minimum et sans me mettre la pression de notes, j'avais la note que j'avais, point, et après mes notes ont réaugmenté au fur et à mesure de l'année* ». L'organisation du rattrapage des

cours est maintenue avec ses camarades de classe tout au long de l'année. Son état clinique s'améliore nettement ce qui permet un arrêt de l'HDJ à la fin de la 1^{ère}.

Maya passe en terminale S. Elle explique que la pression est importante parce qu'elle vise la mention « *très bien* ». Elle dit s'être détachée peu à peu de la maladie : « *Oui voilà elle était là parfois mais c'était pas beaucoup, vraiment c'était pas grand-chose et dès que je voyais que ça revenait un petit peu je le disais à mes parents et rien que le fait de le dire à mes parents bah c'était bon quoi mais euh, et d'ailleurs au fur et à mesure de l'année, j'en parlais avec ma pédopsychiatre et tout ça régulièrement et au fur et à mesure de l'année en fait j'ai vu que la pression elle influait de moins en moins en fait, des fois je pouvais être vraiment très stressée, avoir vraiment beaucoup de pression, et sans que ça ait un impact sur mon bien-être, sur la maladie* ».

Au moment où nous la rencontrons, Maya vient de passer son premier semestre de PACES qu'elle dit vivre le mieux possible. Elle est logée dans une chambre de la grand-mère d'une amie où elle a le sentiment d'être autonome : « *J'ai personne sur le dos pour me dire ce que je dois faire, quand est-ce que je dois partir, enfin voilà je fais vraiment ce que je veux et je pense que j'avais besoin de ça, d'autonomie* ». Elle mange trois repas par jour voire quatre quand elle a envie d'un goûter, essentiellement des plats préparés. Elle dit qu'elle prend plaisir à manger. Elle rentre chez ses parents le week-end et continue à faire du cheval.

Maya dit avoir beaucoup appris des soins reçus à l'hôpital : « *Par exemple, bah à m'écouter, à me dire « bon bah Maya là t'es trop fatiguée ça sert à rien, t'apprends rien, t'apprends rien de plus, maintenant couche toi, c'est pas la peine » et j'apprends vraiment à m'écouter, à me faire confiance, à me dire « bon bah Maya c'est bon là », à m'organiser, enfin je sais pas, sur plein de choses... en autonomie aussi enfin c'est grâce à l'hôpital que j'ai gagné en autonomie [...] en indépendance, avant je me souviens au collège je pouvais pas faire un pas toute seule fallait tout le temps quelqu'un avec moi et tout ça, alors qu'après bon bah quand j'ai vu qu'avec certaines amies c'était compliqué tout ça bah là j'étais totalement autonome au lycée, à Nantes, je pouvais être toute seule à certains moments, me débrouiller toute seule et j'ai vraiment pris du plaisir à ça, à... ouais à être toute seule, à être autonome* ».

2.3 Analyse thématique

Dans cette sous-partie, nous présentons l'analyse des données obtenues par les entretiens de Lise, Titouan et Maya et les groupes de parole thérapeutiques. Nous avons choisi

une organisation didactique en quatre axes. Chaque paragraphe correspond à un thème qui est développé avec ses codes et les verbatims les plus pertinents. Nous avons fait apparaître en gras les résultats principaux et en italique les verbatims. Nous rappelons que tous les prénoms ont été changés.

2.3.1 De la pathogénie de l'environnement scolaire au repérage des troubles

À l'avènement de l'adolescence, l'école semble devenir **un lieu fragilisant narcissiquement** certains des adolescents rencontrés. C'est ainsi que Lise subit des insultes sur son apparence physique, Titouan et Maya sur le fait qu'ils sont des « *intellos* ». Dans l'enfance, on retrouve d'ailleurs chez Titouan et Lise des angoisses de séparation, laissant suggérer une **fragilité narcissique antérieure**. Plusieurs jeunes des groupes de parole rapportent des faits de **harcèlement scolaire** au moment de la pré-adolescence ou de l'adolescence. Zoé raconte en pleurant ce qu'elle a vécu en CM2 : « *des moqueries, tous les jours, enfin c'est un peu fatigant [...] que t'es une pute, une salope* ». Comme Lise, elle fait le lien de cause à effet avec l'apparition de la maladie : « *C'est là que j'ai commencé à faire du sport...* ». Clara est moquée tout au long de la 6^{ème} parce qu'elle a un cartable plutôt qu'un sac à dos. Clémentine est traitée de « *cochonou* ». Maya supporte difficilement les changements corporels qui apparaissent plus tôt que ses pairs : « *vu que j'étais différente, j'étais grosse* ». Elle est alors sensible à toutes les remarques de ses camarades sur son corps. Juliette exprime sa colère : « *Il y a des gens, ils font des remarques et tout, et après ils font comme s'il s'était rien passé... Sauf qu'elles savent pas que ça a renforcé vachement ma maladie [...] Fin je leur pardonnerai pas quoi.* » D'ailleurs, elle se rend compte que les insultes continuent toujours : « *Il y a un gars qui m'appelle encore la vache laitière... ma meilleure amie c'est brioche* ». Une différence entre le collège et le lycée est tout de même rapportée. « *Au lycée je trouve que c'est beaucoup mieux parce que les gens ils font pas attention, ils sont neutres quoi... Fin il y a plus les rivalités comme au collège quoi* » nous explique Clara qui est du même avis que Clémentine.

De plus, l'école peut aussi devenir **un lieu d'encouragement voire de compétitivité à perdre du poids**. En dehors d'une amie, Sarah se rappelle que les autres filles valorisaient sa perte de poids : « *[...] ils me confortaient dans ce que j'étais entrain de faire en disant « ah c'est bien tu perds du poids et tout » ou « oh c'est bien moi j'aimerais trop faire ça et tout ça »* ». Mathilde rapporte une tendance à la compétitivité au sein de son groupe d'amies : « *On était très centrées sur l'apparence, c'était à qui serait la plus mince, qui pourrait porter les*

vêtements les plus moulants... elles essayaient aussi de se restreindre quand on mangeait au self, on avait même une application pour compter les calories [...] sauf que moi j'ai pas su m'arrêter ».

Pour autant, il ressort que l'environnement scolaire est **un des lieux importants de repérage de la maladie**, même si cela survient parfois tardivement. Les amis, les enseignants, la CPE, l'infirmière scolaire ou encore les surveillants ont pu remarquer l'altération physique et psychique progressive de plusieurs des adolescents. À cette période, Lise, Lucie, Juliette et Sarah expriment un agacement à se sentir surveillée par leurs amies, notamment à la cantine. Les amis de Juliette ont d'ailleurs perçu qu'il pouvait s'agir d'une anorexie mentale : *« Ouais ils avaient remarqué quoi. Mais ils savaient pas que c'était ça mais ils avaient remarqué que quand même c'était peut-être ça [...] ils me disaient d'essayer de me reprendre en main quoi. Sauf que c'était bien trop tard »*. Certains amis, comme ceux de Maya, n'osent pas poser de questions. D'autres, comme les amies de Lucie, veulent alerter ses parents : *« [...] Mais elles ont pas eu le temps d'aller le dire parce que le lendemain j'allais voir le médecin... Mais ouais, elles voulaient le dire à mes parents. »* Pour Lise, l'infirmière scolaire est informée par ses amis, les surveillants. Elle attire à nouveau l'attention des parents déjà inquiets de la dégradation de l'état de leur fille. L'enseignant principal de Sarah prévient également ses parents. Tout comme Lise, Sarah est d'abord en colère : *« ça m'a un peu énervé j'avoue, ça cassait tout... mais après je l'ai remerciée parce que j'ai été hospitalisée très vite après ça, j'étais vraiment fatiguée donc... »*.

2.3.2 L'hyperinvestissement comme solution jusqu'à l'épuisement

L'investissement antérieur à la maladie est variable dans le discours des jeunes. Deux profils sont décrits. Certains adolescents disent, comme Juliette, avoir **toujours été perfectionniste** avec une composante anxieuse plus ou moins marquée. D'autres étaient **moins préoccupés** par leur réussite scolaire. La plupart des adolescents rencontrés semble toujours avoir eu des bons ou très bons résultats scolaires.

Quand la maladie apparaît, le rapport aux apprentissages paraît se modifier fondamentalement avec l'apparition d'un hyperinvestissement pour de nombreux adolescents. Noémie se souvient : *« Avant je stressais assez facilement mais je savais prendre du temps, si je voulais, de sortir ou des choses comme ça après avoir travaillé... Je savais faire la part des choses quoi. Mais avec la maladie on va dire que les plaisirs sont passés à côté.*

C'était vraiment le travail, le travail... ». Maëlle a toujours été une bonne élève : *« Mais je m'acharnais pas autant qu'avec la maladie, là c'était vraiment... énorme ».* Face aux insultes *« d'intello »*, Maya avait d'abord tenté de moins se faire remarquer par ses pairs en diminuant son investissement scolaire pour *« rentrer dans le moule »*. Puis, la maladie se développe peu à peu et l'investissement scolaire devient majeur : *« il y avait deux choses importantes, il y avait la nourriture [...] et il y avait l'école ».* Lise, Ségolène, Juliette, Clara et Enora s'enferment également petit à petit dans une vie ascétique et passent des heures à travailler le soir et le week-end.

Les adolescents expliquent que cet **hyperinvestissement est une nécessité**. Pour Lise et Clara, l'objectif est d'atteindre la **perfection**, *« être la meilleure »*. Il s'agit également d'une façon de **se rassurer** pour Juliette : *« ça permettait de ne pas être paniquée si à un moment il y avait une éval' »*. Laura verbalise une grande **recherche de reconnaissance** : *« j'avais tellement l'impression d'être un peu oubliée, que personne ne me remarquait, que je voulais être vraiment la meilleure dans quelque chose, donc j'ai commencé à bosser [...] »*. Il semble que cet hyperinvestissement soit aussi l'occasion de **se changer les idées vis-à-vis des obsessions alimentaires/corporelles, et plus largement empêcher de penser** pour Clémentine, Lise et Laura. C'est ainsi que Laura explique : *« Avant, il n'y a pas très longtemps, quand je faisais un exercice de calcul littéral, ça me vidait complètement l'esprit par rapport aux obsessions [alimentaires] ... ça fait du bien je trouve »*. C'est aussi pour Laura l'occasion de **se raccrocher à quelque chose qui tient** quand la maladie prend de plus en plus d'ampleur : *« ça a un côté rassurant parce que tu vois que tout part en cacahuètes, d'un côté, et de l'autre tu te dis que bah, il y a au moins ce point-là qui tient quoi »*. Pour autant, Juliette reconnaît une **insatisfaction chronique** obligeant à toujours en faire plus : *« j'avais tellement l'impression de ne pas connaître encore... du coup je recommençais, je recommençais, je recommençais... »*. Les attentes parentales scolaires ne sont pas mises en avant dans les entretiens et groupes de parole concernant l'hyperinvestissement. *« Ils ne m'ont jamais mis la pression »* nous dit Clémentine. Maya évoque tout de même le souhait de maintenir ses résultats pour *« faire plaisir »* à ses parents avant l'entrée dans la maladie.

Pour Titouan, il n'y a pas eu d'hyperinvestissement scolaire mais une **hyperactivité physique**. Clémentine, qui investissait beaucoup le sport et la scolarité, met cela sur le même plan : *« Dans le sport et les cours, ça permettait d'éviter un peu que je pense à la nourriture. Moi ça me faisait penser à autre chose »*.

Tous les adolescents rencontrés ont été hospitalisés dans des **états d'épuisement majeur face à un investissement toujours plus intense**. Comme Maya, Clara se souvient des

effets sur le scolaire : « *A la fin, on doit répéter beaucoup plus de fois pour apprendre. Fin c'est plus dur quoi, c'est fatigant [...] on sent qu'on se concentre moins, 'fin moi, je regardais par les fenêtres, je n'écoutais plus les cours...* ». Pour Mathilde, les résultats scolaires sont de moins en moins bons : « *Bah au début ça se passait super bien, et en fait, plus j'avancais dans la maladie et plus les résultats étaient mauvais...* ». En revanche, Juliette n'avait pas conscience de son état : « *'Fin c'était toujours pareil, je travaillais autant mais j'ai pas, 'fin je me rendais pas compte que j'étais fatiguée. Je bossais même le matin, au réveil, 'fin je relisais mes cours et tout* ».

2.3.3 Vécu des préconisations hospitalières par rapport au scolaire

2.3.3.1 Difficultés à lâcher-prise

Pour tous les jeunes, au début de l'hospitalisation temps plein, **la contre-indication scolaire stricte a été difficile à vivre**. Maëlle se souvient : « *C'était la catastrophe pour moi vu que j'étais à fond dans le scolaire, je me suis dit, bah pareil, « je vais lâcher le fil », j'étais très angoissée...* ». Maya explique qu'elle oscillait entre cette même crainte et un sentiment de soulagement de ne plus avoir à travailler. Plusieurs adolescents comme Sarah confient avoir quand même continué à réviser en cachette : « *J'étais hospitalisée deux semaines avant le brevet... et pendant les deux semaines où j'étais hospitalisée je ne faisais que travailler...* ». Les jeunes reconnaissent tout de même qu'ils avaient tous besoin de repos car ils se sentaient épuisés. Pour Sarah, la prise de recul nécessite plusieurs semaines : « *Au début j'arrivais pas à me reposer parce que ça prenait trop de place et à la fin bah j'ai réussi à lâcher un peu [...] la santé avant tout fin... et c'est pas grave, c'est pas un drame si on loupe des cours en fait* ».

La reprise scolaire accompagnée par les enseignants en pédiatrie est plutôt appréciée. Pour Lise, elle reprend la fonction de « *changer les idées* ». Pour Titouan, se mélangent une satisfaction à reprendre et réussir face à une peur d'avoir perdu sa capacité à réfléchir (« *d'avoir tout perdu* »), mais aussi la peur de brûler des calories sur le chemin. Maya est rassurée de ne pas être seule et dit reprendre du plaisir aux apprentissages. Sarah voit cela comme une « *occupation plaisir* » supplémentaire mais elle se souvient qu'elle était facilement fatigable. Clémentine s'inquiète tout de même qu'il n'y ait pas toujours de rapport avec le programme scolaire : « *Ils ne connaissent pas ce qu'on fait les profs* ».

Pendant les soins à l'hôpital de jour, **l'absentéisme à l'école est anxiogène et la consigne de ne pas rattraper n'est pas toujours respectée car les adolescents ont peur de**

prendre du retard. Maya tient beaucoup à rattraper les cours et les évaluations, tout comme Lise qui a pourtant beaucoup de mal à récupérer tous les cours. C'est également le cas de Maëlle et Titouan qui s'affirment dans leur volonté de rester à jour malgré la contre-indication médicale. Juliette souligne en revanche qu'elle ne le fait pas parce qu'elle n'a pas le droit en expliquant la position de son médecin : « [...] *sinon elle sait que si je me remets dedans, ben je ferais tout tout tout tout tout...* ». Elle est tout de même très inquiète : « *Je loupe plein de cours, je sais pas comment je vais faire* ». Plusieurs adolescents disent se sentir réellement mieux quand ils vont davantage en cours lorsqu'ils ont l'aval médical.

2.3.3.2 Impact sur la socialisation

Une autre des difficultés pour les adolescents est de **ne plus du tout participer à la vie de la classe quand ils sont hospitalisés**. Plusieurs d'entre eux expriment leur souffrance et l'impression que leur absence n'a pas d'importance, qu'ils sont rapidement oubliés. En réaction, Titouan envoie spontanément une lettre à ses camarades et les réponses qu'il reçoit le touchent beaucoup. De son côté, Lise a très peur de ne plus réussir à être sociable : « *J'avais peur que ça me rende encore plus timide* ».

De même, certains jeunes ont **le sentiment de ne pas pouvoir participer à la vie sociale de l'établissement du fait de l'emploi du temps aménagé**. Ceci se vérifie par exemple pour Lise et pour Titouan qui éprouvent de grandes difficultés à s'intégrer et qui font le lien avec les absences. « *C'est surtout que tu te sens encore plus exclue, et du coup tu te renfermes, et du coup bah c'est un peu un cercle vicieux* » nous explique Lucie. D'ailleurs, la cantine, qui est souvent contre-indiquée un temps, paraît être un moment-clé de la vie sociale à l'école comme Zoé l'exprime : « *T'aimerais bien être avec tes copines quoi* ». Juliette confirme : « *En fait, tout ce qui se passe principalement c'est le midi où on va pas du tout. Et le midi il y a la grande récré du jour, il y a plein de trucs qui se passent et tout. Du coup là t'arrives t'es : « Ah d'accord, eux ils sont plus en couple, bon bah j'étais pas au courant, ok... »* ». Titouan n'y voit pas d'inconvénients puisqu'il n'a pas d'amis au lycée.

Vis-à-vis de leurs pairs, plusieurs adolescents ne vont **dire les raisons de leur absence uniquement qu'à leurs amis proches parce qu'ils ont peur des représentations qui circulent sur la maladie**. Cette question est généralement travaillée avec les soignants. Laura explique les choses de la façon suivante : « *soit tu les sens bien et tu les connais bien et tu sais que tu peux leur dire et qu'ils vont comprendre, soit tu sais pas trop et tu leur dis pas [...] parce*

qu'il y a des mauvaises représentations sur la maladie ». Lucie pense également que les représentations qui circulent sur la maladie sont erronées : *« La représentation des gens qui connaissent pas c'est... « Maigre et qui mange pas », 'fin qui reste dans son coin, et voilà c'est juste ça. Mais ils voient pas tout ce qui est dur psychologiquement. »* Elle préfère donc ne pas en parler à ses camarades de classe. Clara en a parlé seulement à trois amies mais à personne d'autre de son lycée : *« Ils me demandent pourquoi je suis pas là, bah je leur dis « bah je sais pas », fin je leur réponds pas... »*. Les amies de Zoé sont au courant mais elles n'en parlent que très peu ce qui lui convient : *« c'est mieux parce qu'autrement ça refait penser aux mauvais souvenirs donc... J'ai pas trop envie qu'elles parlent de ça quoi »*. Cette peur d'être exposé au regard des autres se traduit également chez Lise dans le refus de passer dans la file d'attente des enseignants pour avoir plus de temps pour manger le midi à la cantine.

D'autres adolescents sont **plus à l'aise pour évoquer la nécessité des soins y compris aux enseignants**. Par exemple, Titouan dit la vérité à tous ceux qui lui demandent et cela ne lui pose pas de difficultés. Ségolène en a parlé car elle est dans un petit collège où tout le monde se connaît et s'entend bien : *« ça a jamais été mal vu, ça a toujours été bien pris par tout le monde »*. La professeure principale de Maëlle a informé sa classe avec son accord ce qui lui convient : *« Ils sont tous bienveillants en fait : pas de reproches, pas de remarques, pas de réflexions... »*.

Le sentiment d'intégration à la vie scolaire s'améliore logiquement quand les adolescents vont de plus en plus au collège ou au lycée. C'est ainsi que Titouan se sent plus associé à la vie de la classe (sans pour autant avoir plus d'amis), tout comme Lise.

2.3.3.3 La place des parents

Les parents ont un rôle central dans le discours des jeunes pour faire le lien entre l'hôpital et l'école et que les jeunes vivent mieux leur scolarité avec la maladie. Titouan explique que sa mère a été très présente et téléphone encore beaucoup. Sarah a le même sentiment sur l'implication de sa mère : *« C'est elle qui a fait les démarches pour prendre rendez-vous justement avec le prof principal. Pour lui expliquer la situation et s'assurer que ça se passe bien. »* D'ailleurs, Sarah souligne que l'un des éléments ayant facilité l'acceptation d'une scolarité en marge est le discours de ses parents : *« Ils me disent que c'est pas grave et que c'est la santé avant tout. Ils me mettent pas la pression 'fin... ils sont plutôt rassurants en fait. Ils appellent le lycée dès qu'il y a besoin tout ça. »*

2.3.3.4 Aménager la scolarité : le risque des injonctions paradoxales

Les adolescents rapportent des **difficultés à récupérer les cours**. Cet élément apparaît comme un vrai **facteur d'anxiété** mis en avant par plusieurs des jeunes. **Ils n'osent pas toujours solliciter leurs camarades et ils ne se sentent pas toujours aidés par leurs enseignants** comme l'expliquent Lise, Maya ou encore Clémentine. Cette dernière se souvient du début d'année : *« Je leur ai demandé [aux enseignants] s'ils pouvaient m'envoyer les cours par E-Lyco pour que ce soit plus simple. Et ils m'ont dit « bah non tu te débrouilles avec tes camarades, c'est pas à moi de faire ça ». Sauf que mes camarades bah ça les fait un peu chier quoi... »*. D'ailleurs, cela a été l'occasion pour Sarah d'un véritable harcèlement scolaire durant sa classe de 2^{nde} de la part des autres élèves qui devaient lui transmettre les cours. Laura revient sur un épisode de l'année dernière : *« j'étais allée voir mon prof principal, et du coup, il avait dit « oui bien sûr on va te donner les cours et tout ça », et j'ai jamais rien eu quoi... à chaque fois j'étais obligée de dire : « est-ce que vous pouvez me donner ça, tout ça... » »*. **Le fait que certains enseignants s'occupent ou organisent la récupération des cours est rassurant**. Vanessa tient à dire que son enseignant principal l'aide beaucoup : *« Tous les mercredis, mon prof principal il m'envoie les cours et les devoirs à faire, et quand je le vois le lendemain, il vérifie avec moi que j'ai rien oublié... c'est vraiment bien »*. Maya a été également très rassurée que son enseignant principal organise la récupération des cours avec les élèves de sa classe de 1^{ère}.

La demande de l'hôpital de lâcher-prise rentre régulièrement en confrontation avec les exigences scolaires dans les discours des adolescents. C'est ainsi que Mathilde se rappelle que l'année précédente, un de ses enseignants lui demandait systématiquement de rattraper les contrôles alors qu'elle manquait une grande partie de la matière et n'avait pas le droit de rattraper les cours : *« Il venait me chercher en cours pour faire les DS, parce qu'il voulait avoir une note. En fait, même si je rendais copie blanche bah il me mettait zéro comme ça j'avais une note, il s'en foutait... »*. Cette situation est différente de celle de Titouan qui rattrape les contrôles mais ses notes ne sont pas prises en compte si elles ne sont pas bonnes (ce qui peut être discuté). Même pendant les vacances, le relâchement est difficile d'après Clémentine : *« D'un côté, ça repose, mais d'un autre côté, on a tellement de choses à faire pendant les vacances, on a tellement de devoirs... c'est pas des vraies vacances »*. De plus, le SAPAD est difficile à obtenir ce que regrette Clara : *« Par exemple, je n'ai qu'une heure de maths par semaine, alors du coup j'ai un peu de mal à rattraper les autres...je pense que ça pourrait m'aider quand même. J'ai pas du tout d'anglais aussi [...]. Du coup, je suis un peu à*

la ramasse quoi. » Elle n'a pas de cours individualisé dans les deux disciplines. Elle est donc obligée de redoubler d'efforts pour rattraper son retard.

L'équipe éducative entre la médecine scolaire et l'équipe pédagogique est apparue comme une véritable aide pour Titouan pour mieux vivre sa scolarité avec la maladie : « [...] Et du coup ce qui était bien c'est qu'au début par exemple le proviseur il comprenait pas les aménagements et après au fur et à mesure des explications il s'est dit « ok le plus important c'est la santé de Titouan » et du coup voilà. ». De ce fait, les enseignants lui proposent de prendre en compte les notes des cours qu'il a manqués uniquement quand elles sont bonnes.

2.3.4 Évolution et projection dans l'avenir

La mise en place des soins semble confronter l'adolescent à un **travail de deuil de la « toute-puissance » scolaire**. Ségolène nous explique les modifications de son rapport au scolaire depuis l'année dernière : « Cette année, il y a le brevet et j'ai toujours pas commencé quoi. Le brevet blanc c'est dans deux semaines pourtant... Ça aurait été l'année dernière ça n'aurait pas été comme ça. » Juliette a le sentiment d'être **protégée de l'hyperinvestissement par la limitation des cours à rattraper** : « Vu qu'il y a des cours que je rattrape pas, bah ce que j'ai directement, j'arrive à pas les faire par cœur quand même, ça me stresse moins qu'avant ». Lucie reconnaît que ce temps était nécessaire *a posteriori* : « une fois qu'on est un peu sortie de tout ça, on dit « c'était bien quand je loupais les cours quoi, ça permettait de se reposer et tout ça ». 'Fin je sais pas, au collège il y a pas un enjeu de ouf en fait ». Pour Titouan, Maëlle et Noémie, cela se traduit par un **sentiment de perte de performance qui peut les rendre nostalgiques**, quand bien même les résultats scolaires sont maintenus. « Quand je suis sortie d'hospitalisation, j'ai totalement arrêté de travailler. Même encore aujourd'hui, j'arrive pas à me remettre dedans. Alors qu'avant de me faire hospitaliser j'étais une acharnée, je travaillais tout le temps et j'avais des hyper bonnes notes » nous décrit Maëlle. Noémie a le sentiment qu'elle n'est plus capable de s'investir autant : « Maintenant moi je sais pas si je pourrais continuer, je sais pas si je pourrais travailler autant parce que 'fin je suis fatiguée en fait, j'ai l'impression que mon cerveau il en peut plus quoi... ». Pour Maya, le rapport au scolaire devient plus sain, « moins obsessionnel » selon elle, après sa première hospitalisation même si elle garde de très bons résultats scolaires. Elle ne veut surtout pas revivre la même chose qu'avant l'hospitalisation : « c'était dur le lycée ».

Les adolescents semblent s'appuyer sur le **cadre bienveillant de l'HDJ**, notamment par le jeu d'identification entre pairs, pour aller mieux. Lise nous explique que cela a contribué à avoir une **meilleure estime d'elle-même, s'ouvrir aux autres, s'autonomiser**. Pour Maya, l'HDJ a été un levier pour apprendre à **s'écouter, se faire confiance, être capable d'être seule, s'organiser, gérer son temps et également s'autonomiser**. Noémie est encore en grandes difficultés pour se socialiser et sa maladie évolue depuis plusieurs années. Néanmoins, elle tient à mettre en avant l'importance de l'HDJ : *« je m'y sens bien, je me sens pas jugée, c'est le seul endroit où je n'ai pas peur du regard des autres... heureusement qu'il y a ça sinon je resterais enfermée tout le temps chez moi »*.

Les adolescents interrogés se projettent dans les **métiers du soin ou d'aide**. C'est ainsi que Maëlle veut devenir sage-femme. Enora et Sarah voudraient être infirmières. Lise souhaite devenir éducatrice pour chiens guides d'aveugles depuis la primaire. Noémie a tenté de devenir diététicienne mais a dû finalement renoncer pour le moment du fait de la maladie. Titouan et Maya se projettent dans la médecine. D'ailleurs, Maya nous précise : *« vous savez moi, si je fais médecine, c'est pour devenir pédopsychiatre »*.

Chapitre 3

Discussion

Ces témoignages nous éclairent sur ce que peuvent vivre certains adolescents, souffrant ou ayant souffert d'anorexie mentale, et suivis en HDJ en pédiatrie et en addictologie du CHU de Nantes pendant la maladie et le *« parcours de soin »*, dans leur rapport au scolaire. Le contenu sera discuté dans la partie 5 qui va suivre.

Nous tenons à discuter ici notre méthodologie de travail.

D'abord, il existe des **biais en lien avec la technique de recueil des données**. En effet, on retrouve un biais de sélection puisque ces adolescents n'ont pas été choisis de façon aléatoire et un biais de mémorisation puisque nous faisons régulièrement appel aux souvenirs des jeunes. Ensuite, il se surajoute un biais d'intervention. Bien que nous ayons tenté au maximum de poser des questions ouvertes, nous avons parfois insisté sur des points qui nous semblaient plus pertinents que d'autres ce qui a pu induire des réponses. De plus, nous n'étions pas seule à animer les groupes de parole thérapeutiques et les interventions des autres soignants ne se plaçaient pas nécessairement dans le cadre de la recherche. Cependant, nous pensons que **les interventions de nos collègues sont venues enrichir le matériel recueilli** (les questions

posées complétaient parfois les nôtres) et que ces collègues ont instauré un climat « *sécure* » propice à l'échange puisqu'ils étaient bien connus des jeunes.

Par ailleurs, on retrouve des **biais liés à la méthode d'analyse et d'interprétation**. Pour être valide, une étude qualitative doit être représentative de la réalité et reproductible. La méthode de la triangulation permet d'augmenter la validité interne d'une étude qualitative. Cela consiste par exemple à employer des intervenants indépendants et différents dans les différentes phases du travail puis à comparer les données recueillies. Ce dernier point n'a pas été possible dans le cadre de cette thèse pour des raisons d'organisation. Toutes les étapes de ce travail – depuis les entretiens jusqu'à l'interprétation des résultats – ont été faits par nous-même ce qui rajoute une part subjective. Il existe donc un risque de biais d'analyse et d'interprétation. En revanche, nous avons assuré la **triangulation des sources** puisque nous nous sommes basée sur des entretiens et des groupes de parole thérapeutiques dans deux structures différentes, augmentant donc la **validité interne** de notre étude.

En outre, nous avons assuré la **fiabilité des données**, en effectuant une retranscription minutieuse des entretiens et en respectant précisément le processus d'analyse que nous avons décrit. Nous avons également présenté nos résultats en indiquant nos résultats principaux en gras et les citations en italique pour permettre au lecteur une présentation claire des données « *brutes* » (citations) et de l'interprétation (résultats).

Enfin, la validité externe de notre étude est discutable puisque notre échantillon n'était pas représentatif de la population de tous les sujets adolescents souffrant d'anorexie mentale. Cependant, notre recherche n'avait pas la prétention d'aboutir à des résultats généralisables. D'ailleurs, l'« *Interpretative Phenomenological Analysis* » est une démarche idiographique, relative à la description de cas singuliers, qui n'a pas pour vocation d'aboutir à une théorie totalisante (Smith et Osborn, 2004). Pour nous, il s'agissait donc d'effectuer un **travail à visée exploratoire** afin de mieux comprendre ce que pouvaient vivre certains adolescents dans leur rapport à la scolarité, en particulier au sein du partenariat entre le soin et l'école en pédiatrie et en addictologie à Nantes. À notre connaissance, il s'agit de la première étude réalisée sur le vécu de la scolarité des adolescents souffrant d'anorexie mentale.

Dans une dernière partie, nous allons à présent ouvrir une discussion globale pour faire suite à l'ensemble de notre travail de recherche théorique et clinique.

Partie 5 : Discussion et perspectives

Chapitre 1

La place de la prévention à l'école

Chapitre 2

Faciliter le partenariat soin-école

Chapitre 3

Limites du partenariat

Dans notre travail, nous avons pu voir en quoi la scolarité sert de support au développement adolescent. Il ne s'agit pas seulement d'un rôle d'apprentissage ou de socialisation. En effet, le collège et le lycée participent plus largement à la construction de la personnalité de l'adolescent (Colin-Madan, 2011). Cependant, nous avons vu les limites de ce rôle dans le cas particulier de l'anorexie mentale. Dans cette pathologie, la scène scolaire cristallise une psychopathologie faite d'hyperinvestissement et de perfectionnisme sans limites. De plus, l'école peut agir comme un environnement favorisant la genèse des troubles parce qu'elle peut devenir pourvoyeuse de blessures narcissiques comme l'illustre notre recherche sur le vécu des adolescents. Nous l'avons montré, un juste accordage entre l'école et les soins est indispensable mais complexe à mettre en place du fait de la multiplicité des acteurs et des structures du partenariat – dans les établissements scolaires mais cette question se pose également, au-delà des services d'addictologie et de pédiatrie du CHU de Nantes, dans tous les lieux de soins. Nous allons maintenant proposer une discussion centrée sur trois points : la place de la prévention, les outils facilitateurs du partenariat et ses limites.

Chapitre 1

La place de la prévention à l'école

Dans notre recherche qualitative, la large part des adolescents interrogés a révélé avoir été **victime de harcèlement**. Les propos rapportés peuvent aussi bien concerner l'apparence physique que les capacités intellectuelles. En d'autres termes, tout ce qui est considéré comme « *hors norme* » peut devenir objet de harcèlement même si le poids reste la première source d'intimidation à l'école (Granger et St-Pierre-Gagné, 2014).

Ces observations sont en concordance avec une **littérature grandissante (Nilsson et al., 2007 ; Copeland et al., 2015 ; Duarte et al., 2017 ; Lee et Vaillancourt, 2018) s'intéressant de plus en plus au lien entre harcèlement et troubles du comportement alimentaire**. L'impact du harcèlement sur le bien-être psychique et la santé physique des élèves n'est plus à démontrer (Kaltiala-Heino et al., 2000 ; Rigby, 2003). Ainsi, le harcèlement est associé aux troubles de l'image corporelle, aux symptômes dépressifs, aux comportements alimentaires désordonnés et aux troubles du comportement alimentaire constitués chez les victimes (Duarte et al., 2017 ; Lee et Vaillancourt, 2018). D'ailleurs, plusieurs années après le diagnostic des troubles, certains sujets font clairement le lien de cause à effet entre le harcèlement et l'anorexie mentale dont ils souffrent ou ont souffert (Nilsson et al., 2007) même

si on sait le caractère multifactoriel du trouble. **Le risque de troubles alimentaires est augmenté chez les victimes de harcèlement, les harceleurs et les « harcelés/harceleurs », indépendamment du rapport antérieur à l'alimentation, et des antécédents personnels et familiaux de troubles psychiatriques** (Copeland et al., 2015). Chez les harceleurs, on peut penser que le maintien du contrôle du poids est un prolongement d'une tentative de contrôle social pour garder la maîtrise sur l'environnement au même titre que le harcèlement. Le trouble alimentaire pourrait également émerger du fait d'une culpabilité secondaire vis-à-vis de leur victime ou encore être l'expression d'une faible estime de soi (potentiellement dû à des expériences traumatiques antérieures parfois non rapportées). Les effets du harcèlement sur le trouble alimentaire ne semblent pas différer selon le sexe. Néanmoins, il ne semble pas que le harcèlement soit associé à un risque accru de pérennisation des troubles alimentaires à l'âge adulte, quelle que soit l'implication (harcelés, harceleurs, « harcelés/harceleurs ») (Copeland et al., 2015). En revanche, être auteur de harcèlement prédit significativement un comportement antisocial et violent à l'âge adulte (Rigby, 2003).

Ensuite, il ressort de notre analyse thématique que la **majorité des adolescents interrogés avait été repérée** par au moins un membre du corps enseignant, CPE, infirmière scolaire, pairs ou surveillants sans qu'on sache si l'entourage avait déjà perçu les troubles. Ceci peut d'ailleurs contraster avec un discours fréquent chez les jeunes souffrant d'anorexie mentale : « *personne n'a rien vu* ». Pour autant, notre sentiment est que certains observateurs ont tenté de se mobiliser alors que l'état général des adolescents était déjà très altéré, probablement parce que c'est le moment où la maladie est la plus visible et qu'il paraît incontournable d'agir. La question du repérage de l'hyperinvestissement scolaire est complexe pour les enseignants qui ne sont pas formés à repérer des élèves qui travailleraient « *trop sérieusement* » même si des difficultés dans le raisonnement hypothético-déductif, la rigidité, le manque de créativité peuvent être perçus. Dans notre recherche qualitative, nous avons vu quelles pouvaient être les fonctions de cet hyperinvestissement en concordance avec ce qu'avaient théorisé certains auteurs (Corcos et Dupont, 2007 ; Durand-Pilat, 2009) : recherche d'« *anti-pensées* », de réassurance, de perfection, de reconnaissance, de « *se raccrocher à quelque chose qui tient* » malgré une insatisfaction chronique. Quand il est présent, ce signe semble apparaître en parallèle de la maladie et évoluer inéluctablement vers l'épuisement.

L'école apparaît donc comme un lieu de repérage essentiel des symptômes anorexiques. La multiplicité des acteurs devrait pouvoir contrebalancer un déni ou un sentiment d'impuissance parfois présents dans l'entourage des patients et permettre d'accéder plus rapidement au soin. On sait en effet que le début des soins est souvent long par rapport au

début des troubles mais qu'il conditionne le pronostic (Steinhausen, 2002). Un programme hospitalier de recherche clinique national va d'ailleurs démarrer en pédiatrie sur les délais diagnostiques des troubles alimentaires restrictifs chez les adolescents.

Ces observations mettent l'accent sur la nécessité de développer des **programmes de prévention auprès des élèves à l'école**. En premier lieu, il s'agit de **cibler les facteurs favorisant le trouble du comportement alimentaire qui semblent modifiables par une intervention**. On distingue trois grands types d'intervention en prévention primaire. D'abord, celles qui visent à améliorer les connaissances en nutrition, les attitudes ou les comportements face à l'alimentation et le poids, et d'une manière générale les problèmes que peuvent rencontrer les adolescents (par exemple dans les compétences psychosociales). Ceci se fait le plus souvent sous forme de discussions groupales. Ensuite, certaines approches vont davantage promouvoir l'estime de soi. Enfin, le troisième type de prévention est centré sur l'apprentissage de l'analyse critique des médias et des attitudes de notre société face au poids et à l'image du corps (Narring, 2006). Une amélioration concernant des connaissances des bonnes pratiques alimentaires a été obtenue par certains programmes de prévention primaire (Killen et al., 1993 ; Carter et al., 1997). Pour autant, à long terme, il semble que le comportement alimentaire soit peu influencé par ces interventions (Neumark-Sztainer et al., 1995 ; Adametz et al., 2017). D'autres programmes de prévention à l'école utilisant différents supports sont à l'étude et ont pu montrer des effets intéressants sur l'estime de soi et les représentations sur l'image corporelle idéale (Mora et al., 2015). Cependant, il y a encore trop peu d'études randomisées et contrôlées analysant les effets à long terme.

En deuxième lieu, la prévention secondaire à l'école est un axe intéressant. Il s'agit de **dépister les adolescents à risque de troubles du comportement alimentaire ou au premier stade de la maladie**, souvent par des auto-questionnaires de dépistage s'adressant à tous les élèves de l'établissement. Par la suite, on fait passer aux adolescents à risque, un entretien avec un « *conseiller* » qui a reçu une formation spécifique pour analyser les auto-questionnaires et dépister les troubles alimentaires. Trois conclusions sont possibles en fonction de l'existence et de l'intensité des préoccupations alimentaires : prise en charge non nécessaire, évaluation professionnelle requise, évaluation professionnelle urgente. Ce type d'action semble plus efficace pour éviter l'évolution des symptômes en TCA constitués (Becker et al., 2004). En pratique, cela pose la question du cadre d'une telle action (quels moyens, qui distribue les questionnaires, qui sont les « *conseillers* » qui reçoivent les patients et vers quels professionnels doit-on les orienter ensuite ?), d'un éventuel sentiment de stigmatisation des dépistés alors

qu'ils ne sont pas demandeurs (dans l'étude citée, seuls 64 % des jeunes se rendent à l'entretien avec le « *conseiller* » pour analyser les réponses aux auto-questionnaires).

En troisième lieu, **la prévention du harcèlement scolaire va, comme nous l'avons dit, participer à la prévention des troubles alimentaires**. Une récente revue a montré que parmi 11 programmes d'intervention pour prévenir le harcèlement mis en place entre 2004 et 2015 dans les établissements scolaires, 63 % des études ont montré une diminution significative de l'intimidation et 50 % ont montré une diminution significative de la victimisation. Les programmes les plus efficaces sont ceux qui mettent l'accent sur le développement des compétences sociales (comme l'empathie) en utilisant une intervention ludique (jeu de rôles et vidéos). Il semble pertinent d'ancrer les interventions sur une période suffisamment longue (plusieurs semaines à plusieurs mois), de les axer sur l'aide aux victimes, mais également de prendre en compte le rôle des témoins (Hoareau et al., 2017).

En France, des **visites médicales obligatoires** sont prévues lors de la 6^{ème} et de la 12^{ème} année de l'enfant (Ministère de l'Education Nationale, 2015). La première est réalisée par le médecin scolaire, la deuxième par l'infirmier scolaire. Le texte officiel précise que cette dernière doit notamment comprendre la mesure du poids et de la taille (avec calcul de l'IMC), la santé perçue avec l'examen somatique, les signes de souffrance psychique et évaluer le développement pubertaire. Les points listés par le ministère ne sont pas limitatifs. Il est précisé que : « *Chaque professionnel de santé, dans le cadre de ses compétences, poursuivra les examens en fonction des constatations qu'il aura effectuées* » (Ministère de l'Education Nationale, 2015). Le médecin traitant, le médecin scolaire ou les parents seront sollicités au besoin. Ces consultations complètent le suivi du médecin traitant qui n'a pas toujours lieu régulièrement à cet âge. Elles sont un lieu de choix pour le repérage des préoccupations alimentaires.

De plus, dans chaque établissement scolaire, il existe un **Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC)** constitué du chef d'établissement qui le préside, de membres de l'équipe pédagogique, sociale, de santé, de représentants de parents d'élèves (tous désignés par le Conseil d'Administration), des représentants de la commune, des partenaires (associatifs, académiques, institutionnels ou territoriaux). Le comité définit tous les ans dans le cadre du **Parcours Éducatif de Santé (PES)** un programme d'éducation à la santé, à la sexualité et la prévention des comportements à risques. Des actions de prévention ont lieu une à trois fois par an dans les collèges et les lycées. Des associations peuvent être conviées. Les cibles sont multiples (stress, harcèlement, utilisation des écrans, secourisme...). La question alimentaire semble être plutôt abordée sous l'angle des règles d'hygiène de vie.

On voit bien les enjeux de santé publique que constituent ces programmes de prévention. Ils nécessitent un investissement de temps et d'argent non négligeable.

Chapitre 2

Faciliter le partenariat soin-école

Nous avons développé plus haut le fonctionnement du partenariat soin-école en pédiatrie et en addictologie à Nantes. Il nous semble essentiel d'insister sur l'importance de la **communication** entre les intervenants. Nous allons donc proposer ici des « *moyens facilitateurs* » qui, de notre vision de future pédopsychiatrie, peuvent favoriser ce que Meirieu a appelé une « *régulation au fil de l'eau* » comme nous l'avons expliqué plus haut (Meirieu, 2016).

En tant que médecin hospitalier référent d'un adolescent en soin, il apparaît essentiel de s'astreindre à **faire un lien systématique avec le médecin scolaire et l'infirmier scolaire** par téléphone, courrier ou mail. Cette transmission doit comprendre au minimum l'information du diagnostic, l'état clinique actuel, et des éléments du fonctionnement de l'adolescent pertinents vis-à-vis de la scolarité. Cette démarche paraît plus naturelle au moment du retour à la scolarité de l'adolescent. Or, la temporalité des soins de l'hôpital de jour s'étale au moins sur plusieurs mois, pendant lesquels l'état clinique du jeune évolue, ce qui requiert des ajustements du PAI, souvent à l'initiative du médecin référent, du médecin nutritionniste voire du médecin traitant. Pour que les informations ne soient pas perdues, un **cahier de liaison « santé »** proposé par l'hôpital pourrait être un outil de soin intéressant. Il pourrait comprendre des données factuelles nécessaires à la communication soin-école : les coordonnées du médecin et infirmier référent à l'HDJ, celles du médecin et de l'infirmier scolaire, celles du médecin traitant, les modalités de soin avec l'emploi du temps aménagé avec les jours d'hôpital de jour, tous les certificats et les modifications proposées tout au long de l'année. L'intérêt est/serait de faire circuler les informations rapidement par le patient et sa famille qui le conserveraient. Il pourrait venir soutenir les parents, qui sont parfois en difficultés pour expliquer les préconisations soignantes à l'école. Les parents comme le jeune pourraient d'ailleurs consigner les informations qu'ils souhaitent. Nous imaginons en priorité que ce carnet serve de moyen de communication avec la médecine scolaire. Néanmoins, certains établissements privés ne disposent pas de médecin ou d'infirmière scolaire mais le principe du « *carnet de liaison* » est un moyen de communication ordinaire entre les parents et l'équipe pédagogique. Le cahier de liaison

« *santé* » pourrait alors servir aussi de mode de communication avec les membres encadrants de l'établissement, le CPE ou l'enseignant principal **selon le souhait de l'adolescent et de sa famille**. Cela implique, en effet, le consentement du jeune et sa famille pour donner un minimum d'informations sur le fonctionnement de l'élève (si ce n'est le diagnostic du trouble). Nous l'avons dit, les représentations sur l'anorexie en tant que « *maladie* » sont encore et toujours à travailler sur le plan sociétal. Certains patients et leurs parents souhaiteraient d'ailleurs pouvoir transmettre une feuille récapitulant les principales caractéristiques de la maladie afin que l'équipe pédagogique comprenne mieux la maladie. Une réflexion est en cours à l'HDJ « *ados* » pour construire ce document dans un atelier pour les adolescents animé par un enseignant et l'ergothérapeute. Il pourrait éventuellement faire partie du cahier de liaison « *santé* ».

De plus, il paraît pertinent **d'inviter le médecin scolaire ou l'infirmier scolaire au moins une fois par an à la synthèse (lorsqu'elle a lieu) d'un jeune en soin à l'hôpital de jour (de même que le médecin traitant et/ou le médecin nutritionniste)**. Là encore, l'intérêt est double. Pour le côté scolaire, il s'agit de mieux comprendre l'état clinique du jeune et ses besoins. Pour le côté HDJ, les informations scolaires complètent les observations cliniques dans un environnement hors de la cellule familiale où le jeune passe une grande partie de son temps (même si l'emploi du temps est aménagé). De la même façon, **la participation d'un membre de l'HDJ à une équipe éducative par an au sein du collège ou du lycée pour chaque jeune en soin** paraît être un objectif souhaitable même si on imagine que cela nécessite du temps.

D'une manière générale, une **meilleure communication est favorisée lorsque les intervenants se connaissent**. Aussi, il convient d'inviter régulièrement les intervenants de la médecine scolaire, les médecins nutritionnistes et les médecins traitants (par exemple tous les 2 ou 3 ans) à visiter l'HDJ afin d'expliquer la manière de travailler et surtout de se rencontrer. Cela peut avoir lieu lors des journées portes ouvertes (comme c'est le cas tous les ans à l'Espace Barbara) ou sur un moment dédié à une réflexion sur la scolarité. L'intérêt pourrait être de réfléchir ensemble à l'intégration des adolescents souffrant d'anorexie mentale à l'école, mais aussi d'élaborer ensemble des actions de prévention et d'information. Pourquoi ne pas imaginer ponctuellement qu'un ou des membres de l'équipe d'HDJ s'associe(nt) à la médecine scolaire sur des temps dédiés à la prévention et l'information des élèves compris dans le PES, mais aussi à la formation des enseignants ?

Enfin, les échanges sont facilités de collègue à collègue et il est bien évident que la présence d'enseignants dans les équipes soignantes facilite la communication avec l'école. Nous avons vu quel était leur rôle au sein de l'hôpital. En pédiatrie, les enseignants viennent de

mettre en place un document qu'ils transmettent à leur collègue dont l'intitulé est « *Comment améliorer la vie scolaire du jeune malade ?* ». Il n'est pas spécifique à l'anorexie mentale. Cet outil explicatif détaille les objectifs des aménagements, des conseils pédagogiques, la nécessité de maintenir un lien avec l'établissement lors des hospitalisations prolongées, l'importance de la rencontre des élèves et des parents pour préparer le retour ou encore la nécessité d'écoute du fonctionnement de l'élève pour mettre en place des adaptations pédagogiques.

Nous allons maintenant développer les éléments limitants du partenariat.

Chapitre 3

Limites du partenariat

Lorsqu'une hospitalisation intervient, la mise en retrait du système scolaire classique, bien que souvent douloureuse pour les adolescents comme l'a illustré notre recherche, est nécessaire pour mettre en place les soins, favoriser le lâcher-prise, et par la suite mieux réinvestir la scolarité. L'objectif est que le cadre soignant et scolaire soit suffisamment contenant pour favoriser le rétablissement et la réappropriation d'un projet d'avenir. Notre travail n'a pas la prétention d'être une exploration exhaustive du fonctionnement du partenariat et une étude à grande échelle de l'ensemble du vécu des différents acteurs du partenariat. Néanmoins, plusieurs limites à cette coordination peuvent d'ores et déjà être mises en évidence.

Tout d'abord, la loi de 2005 affirme que tout élève atteint d'un handicap ou d'une maladie chronique a le droit à une scolarité ordinaire, **à charge pour chaque établissement de l'organiser**. Autrement dit, la mise en place des aménagements peut être assez inégale d'un établissement à l'autre, ce d'autant que les préconisations du PAI sont parfois imprécises. Nous l'avons vu dans notre analyse thématique, l'exemple le plus parlant est le **rattrapage des cours** qui est vécu difficilement par les adolescents interrogés. Lorsqu'on pense que l'adolescent ne doit pas rattraper les cours (souvent en début de rescolarisation), il est nécessaire de l'écrire dans les préconisations du PAI au médecin scolaire qui informe ensuite toute l'équipe pédagogique. Or, ceci sous-entend logiquement que l'élève ne peut pas être évalué dans les matières qu'il n'a pas rattrapées (il faut tout de même que cela apparaisse dans le PAI). Une fois qu'il a connaissance du PAI, l'enseignant peut alors adapter sa pédagogie. Néanmoins, d'après notre recherche, certains enseignants ne prennent pas toujours en compte ces aménagements. Au vu de nos échanges avec certains enseignants, nous pouvons faire l'hypothèse que le PAI n'est pas assez clair ou qu'il leur paraît difficile d'évaluer un élève en

vue du passage dans l'année supérieure sans lui mettre de note. Qui plus est, lorsque l'adolescent est autorisé à rattraper, il n'y a pas de système organisé par la loi pour lui permettre de récupérer les cours. Ceci dépend donc de chaque établissement scolaire. Le ressenti des élèves interrogés est que certains enseignants mettront volontiers les cours à leur disposition (*via* internet par « *E-Lyco* » ou en mains propres), mais d'autres estimeront que l'élève doit se débrouiller avec ses camarades. Ce dernier système semble difficile à tenir dans la durée pour les élèves malades et ceux qui récupèrent les cours. De plus, il fait payer une double peine à l'élève : celle d'être malade et celle d'être obligé de manquer l'école pour les soins. L'adolescent doit donc redoubler d'efforts pour récupérer les cours tandis que le soin lui demande de « *lâcher-prise* ». Dans ces situations d'accordage « *bancal* » entre le soin et l'école, l'adolescent peut donc se confronter à des injonctions paradoxales, ce qui rajoute à ses angoisses.

Cette question d'une scolarité individualisée paraît délicate pour l'école, bien au-delà de la question de l'anorexie mentale. Selon le ministère de l'Éducation Nationale, en France, en 2013-2014, 99 744 élèves ont bénéficié d'un PAI dans le primaire et le secondaire, dont 56 047 reconduits et 43 697 nouveaux. L'asthme et l'allergie sont à l'origine de 63 % des PAI demandés, suivis du diabète et de l'épilepsie (Ministère de l'Éducation Nationale, 2018). Ces PAI comprennent les aménagements de la scolarité, le traitement médical et le protocole d'urgence. À cela s'ajoutent les Projets Personnalisés de Scolarisation (PPS) lorsque l'élève bénéficie d'une reconnaissance MDPH comprenant des aménagements et adaptations pédagogiques, une aide humaine, des modalités d'orientation ou accompagnement. Ils étaient 300 815 enfants en 2016-2017 dont 128 670 dans le second degré avec une augmentation de 7,5 % des élèves en situation de handicap par rapport à l'année 2015-2016 (Ministère de l'Éducation Nationale, 2018). D'autres aménagements sont possibles pour les élèves ayant des troubles des apprentissages sans reconnaissance MDPH (Plan d'Accompagnement Personnalisé ou PAP) ou pour les élèves en difficultés scolaires sans troubles diagnostiqués (Programme Personnalisé de Réussite Éducative ou PPRE). On voit bien que l'école se doit de singulariser de plus en plus la scolarité des élèves pour permettre leur inclusion face à des programmes scolaires toujours plus denses et des classes souvent chargées. Ces notions sont utiles pour sortir de « *l'hospitalo-centrisme* » et mieux comprendre l'école. En outre, il est vrai que la coordination école-soin ne peut se substituer à un centre « *soins-études* » et l'état clinique de l'adolescent doit être réellement compatible avec une reprise scolaire ordinaire.

Enfin, il paraît pertinent de **s'interroger sur les possibilités réelles de changement du rapport à la scolarité chez les adolescents souffrant d'anorexie mentale**. Est-il vraiment

possible de retrouver du plaisir dans la scolarité ? En effet, on sait depuis longtemps que les traits perfectionnistes ont tendance à persister même après la restauration d'un poids normal (Strober, 1980 ; Bastiani, et al., 1995 ; Srinivasagam et al., 1995). Mitzman définit un perfectionnisme « névrotique » chez les sujets souffrant d'anorexie mentale (Mitzman et al., 1994). Selon lui, ce dernier serait caractérisé par des standards élevés, une tendance à considérer toute erreur ou manque comme un désastre, une peur intense de se tromper et une insatisfaction chronique. Il se distinguerait du perfectionnisme « *normal* » qui s'accompagne d'un sentiment de satisfaction et d'une augmentation de l'estime de soi. La thérapie par remédiation cognitive pourrait constituer une piste intéressante pour cibler ce trait de fonctionnement (Tchanturia et al., 2008 ; Pitt et al., 2010) mais des recherches supplémentaires sont nécessaires car l'efficacité sur le perfectionnisme reste à démontrer (Herbrich et al., 2017).

Dès lors, comment penser les aménagements scolaires dans la durée ? Doit-on par exemple préconiser le plus longtemps possible de ne pas noter l'élève au risque de favoriser une stratégie d'évitement ? Faut-il, comme les enseignants de Titouan, ne prendre en compte que les bonnes notes, ce qui, à notre sens, n'est qu'une autre forme de stratégie d'évitement ? Qu'en est-il des élèves qui souhaitent s'orienter vers des filières sélectives ou compétitives ? Nous avons évoqué combien l'environnement scolaire de certaines filières au lycée ou dans les études supérieures peut être ascétisant ce qui risque d'engendrer une ré-acutisation des symptômes. La société accorde une grande importance à la scolarité ou au niveau de diplôme, et le contexte socio-économique actuel rend difficile l'entrée des jeunes sur le marché du travail. Ces éléments sont anxiogènes pour les adolescents d'aujourd'hui. À ce titre, la situation de Maya est un bel exemple de résilience puisqu'elle semble, en milieu d'année, « *bien vivre* » sa PACES. **Selon nous, la réflexion doit se faire en équipe, au cas par cas, en fonction de l'état clinique du jeune et du niveau de sévérité du trouble alimentaire pour guider l'adolescent et sa famille dans le choix de l'orientation.** À l'inverse, il faut pouvoir aider l'adolescent à faire le deuil de la filière idéale, de même que ses parents. Lorsque la pathologie semble se chroniciser ou s'aggraver, une orientation en « *soins-études* » (où la scolarité fait partie intégrante du traitement institutionnel) ou une suspension temporaire des études pour privilégier les soins pourront être à considérer.

Si l'école et le soin restent deux mondes différents, nous voyons néanmoins l'importance d'un travail conjoint pour faciliter la prévention, le repérage, le retour et l'inclusion des sujets souffrant d'anorexie mentale.

Conclusion

Notre travail de thèse portait sur la place du scolaire à l'adolescence, en particulier dans l'anorexie mentale et les modalités de coordination entre le soin et le scolaire.

Nous avons donc détaillé comment l'école participe à la construction de la personnalité du sujet dans une période où les préoccupations affectives sont prédominantes. Nous avons vu l'importance de favoriser le développement d'une pensée libre, abstraite, créative et différenciée. Le plaisir à penser se doit d'ailleurs d'avoir été cultivé dès l'enfance pour faciliter la sublimation par les apprentissages scolaires. De plus, la scolarité apparaît comme le lieu de socialisation par excellence de l'adolescence et de mise en scène des relations entre pairs ce qui exige un cadre contenant. À cette période, un certain nombre de difficultés scolaires, plus ou moins « *bruyantes* », peuvent apparaître.

En tant que future pédopsychiatre, il nous est apparu clairement que l'analyse du fonctionnement de l'adolescent dans son environnement scolaire est une source de renseignements cliniques précieux sur le fonctionnement de l'adolescent qui apporte des éléments de compréhension psychopathologique. Un comportement « *trop calme* » ou « *normatif* » risque plus volontiers de passer inaperçu.

L'anorexie mentale est une pathologie grave d'origine multifactorielle dont nous avons décrit les spécificités épidémiologiques, cliniques et la pathogénie. Sur le plan scolaire, nous avons vu en quoi la dimension ascétisante de l'école – l'apprentissage nécessite « *toujours plus* » d'être « *maîtrisé* » – pouvait favoriser le fonctionnement anorexique et cristalliser les symptômes. L'hyperinvestissement relève à la fois d'une volonté de maîtrise de l'intériorité psychique et du corps, d'une recherche de réassurance et de stratégies de compensation face à des spécificités cognitives. Cet hyperinvestissement addictif correspond à un « *mode d'expression de l'avidité et permet l'évacuation de l'énergie pulsionnelle* » (Corcos et Dupont, 2007) et prend plus généralement la forme d'une quête ascétique. Le rapport aux pairs peut être pourvoyeur de blessures narcissiques et souvent osciller entre compétitivité, évitement et repli progressif. Au-delà de la dépression et de l'anxiété, les difficultés de mentalisation, le manque d'empathie et l'alexithymie peuvent en partie expliquer le fonctionnement socio-émotionnel des sujets.

Ainsi, l'enjeu est de taille pour les sujets souffrant d'anorexie mentale qui, parfois après une phase de contre-indication scolaire stricte en lien avec la gravité de l'altération de leur état général, doivent pouvoir se réapproprier un rapport à la scolarité plus « *sain* », moins anxiogène et moins perfectionniste. Cette réflexion nous a conduit à explorer le partenariat entre le soin et l'école à Nantes pour les adolescents souffrant d'anorexie mentale soignés en pédiatrie et en

addictologie au CHU. Nous avons découvert les rôles et les actions de chaque intervenant du dispositif. Les parents y ont un rôle majeur et sont largement sollicités. Ceci nous a conduit à percevoir que le travail de lien entre les espaces de soin, de la famille et de l'école, permet de favoriser la subjectivation, la contenance individuelle et l'amélioration symptomatique (même s'il n'est pas toujours suffisant).

Chez le jeune souffrant d'anorexie mentale, il s'agit donc que la scolarité puisse retrouver sa fonction de sublimation en déviant l'investissement de la performance vers un investissement du plaisir à penser et à fonctionner. La resocialisation et la reprise des apprentissages doivent donc pouvoir se faire dans des conditions de sécurité suffisantes pour permettre la réactivation des processus adolescents afin que la scolarité devienne un véritable levier thérapeutique. Il nous a semblé que cette étape de « *réappropriation scolaire* » faisait partie intégrante du parcours de soin. Il s'agit peu à peu que le sujet devienne acteur de la construction d'un projet adapté à ses capacités et à sa psychopathologie.

L'analyse du vécu des adolescents est venue corroborer notre recherche théorique sur la psychopathologie scolaire. Nous avons pris conscience de la place du harcèlement dans le discours des jeunes dont certains décrivent clairement qu'il a participé au déclenchement des troubles. La recherche sur cette question se développe. Il est évident que des actions de prévention, d'information et de formation des élèves comme des enseignants doivent être menées sur le harcèlement, les troubles alimentaires et d'une manière générale sur la souffrance psychique à l'adolescence.

À notre sens, les intervenants du dispositif soin-école partagent des objectifs similaires : favoriser le mieux-être psychique et physique de ces adolescents ce qui passe par la (ré)appropriation de la capacité d'apprendre, à vivre en groupe (en particulier en classe, mais aussi en famille, en famille d'accueil, en institution ou ailleurs), et le développement d'une pensée différenciée pour accéder à l'autonomie. Pour ce faire, « *si la spécialisation des intervenants est une nécessité, leur interaction réfléchie est une nécessité car tout peut avoir un effet sur tout* » (Meirieu, 2016). Le respect du secret professionnel est primordial, le soin et l'école doivent rester deux milieux séparés, mais il paraît difficile de se passer de communication, qui plus est chez des adolescents déjà stigmatisés par la maladie et une scolarité en marge. Il nous semble que la cohérence et la coordination entre les intervenants est réellement partie prenante du processus de guérison et d'un meilleur vécu de la scolarité, et ce pour tous les sujets souffrant de maladies chroniques.

Finalement, nous pensons que la question plus large de l'inclusion scolaire des adolescents souffrant de troubles psychiques ou organiques chroniques ne peut être portée seulement par l'école et l'hôpital mais suppose une réflexion plus générale au plan sociétal des modalités, du coût, du temps et des moyens humains nécessaires.

Bibliographie

1. Adametz L., Richter F., Strauss B., Walther M., Wick K. et Berger U. Long-term effectiveness of a school-based primary prevention program for anorexia nervosa : A 7-to 8-year follow-up. *Eating Behaviors*. 2017 ; 25 : 42-50.
2. Adenzato, M., Todisco P., Ardito R. B. Social cognition in anorexia nervosa : evidence of preserved theory of mind and impaired emotional functioning. *PloS one*. 2012 ; 7 (8) : e44414.
3. Administration française. Harcèlement scolaire - Violences scolaires- Provocation au suicide. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). 2017. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31985>.
4. Arcelus J., Mitchell A. J. , Wales J., Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*. 2011 ; 68 (7) : 724-731.
5. Asch M., Esteves J., De Hautecloque D., Bargiacchi A., Le Heuzey M. F., Mouren M. C. et Doyen C. Évaluation d'un programme de remédiation cognitive au sein d'un groupe d'enfants et d'adolescents anorexiques français : étude exploratoire. *L'Encéphale*. 2014 ; 40 (3) : 240-246.
6. Askenazy F. Expérience de vie séparée sans rupture pour l'anorexique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2009 ; 57 (3) : 240-244.
7. Association Psychiatric American. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Health Sciences France. 2015.
8. Barbot, B. et Lubart T. Adolescence, créativité et transformation de Soi. *Enfance*. 2012 ; 3 : 299-312.
9. Bardone-Cone A. M., Wonderlich S. A., Frost R. O., Bulik C. M., Mitchell J. E., Uppala S. et al. Perfectionism and eating disorders : current status and future directions. *Clinical Psychology Review*. 2007 ; 27 (3) : 384-405.
10. Baron-Cohen S., Jaffa T., Davies S., Auyeung B., Allison C. et Wheelwright S. Do girls with anorexia nervosa have elevated autistic traits ? *Molecular Autism*. 2013 ; 4 (1) : 24.
11. Bastiani, A., Rao R., Weltzin T. et Kaye W. H. Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 1995 ; 17 : 147-152.
12. Becker A. E., Franko D. L., Nussbaum K. et Herzog D. B. Secondary prevention for eating disorders : The impact of education, screening, and referral in a college-based screening program. *International Journal of Eating Disorders*. 2004 ; 36 (2) : 157-162.
13. Bell R. M. *Holy Anorexia*. Chicago : University of Chicago Press. 1985.
14. Berg I. et Jacskon A. Pronostic du refus scolaire de l'adolescent (évaluation de 168 sujets, dix ans en moyenne après leur hospitalisation pour refus scolaire). *British Journal of Psychiatry*. 1986 ; 147: 366-370 (Résumé français in *Act Med Int Psych*, 321, 511-512).

- 15.** Bion W. Aux sources de l'expérience. Paris : PUF. 1979.
- 16.** Birraux A. Refus scolaire et difficultés d'apprentissage à l'adolescence. EMC–Psychiatrie. 1999 ; 37-216.
- 17.** Blanchet C. Les TCA à l'adolescence. Cours pour les internes du 11 mai 2018. Maison de Solenn. Paris. 2018.
- 18.** Blos P. Les adolescents, essais de psychanalyse. Traduction par Truffert P. et Gantheret F. Paris : Stock. 1967.
- 19.** Bomba M., Riva A., Morzenti S., Grimaldi M., Neri F. et Nacinovich R. Global and regional brain volumes normalization in weight-recovered adolescents with anorexia nervosa: preliminary findings of a longitudinal voxel-based morphometry study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2015 ; 11 : 637-645.
- 20.** Botbol M. Atger I. et Mammar N. Travail avec les familles dans les hospitalisations au long cours à l'adolescence. *Perspectives psy*. 2006 ; 45 (1) : 47-52
- 21.** Botbol M. et Barrère Y. L'illusion d'apprendre. *Enfances et psy*. 2005 ; 3 : 127-139.
- 22.** Boubli M. L'identité adhésive à l'adolescence, réaction au second choc esthétique ? *Adolescence*. 2005 ; 1 : 51-65.
- 23.** Brand-Gothelf A., Leor S., Apter A. et Fennig S. The impact of comorbid depressive and anxiety disorders on severity of anorexia nervosa in adolescent girls. *The Journal of nervous and mental disease*. 2014 ; 202 (10) : 759-762.
- 24.** Brumberg J. J. *Fasting Girls. The History of Anorexia Nervosa*. Cambridge : Harvard University Press. 1988.
- 25.** Bulik C. M., Reba L., Siega-Riz A. M. et Reichborn-Kjennerud T. Anorexia nervosa : definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders*. 2005 ; 37 (Suppl. 1) : S2-S9.
- 26.** Bulik C. M., Sullivan P. F., Wade T. D. et Kendler K. S. Twin studies of eating disorders : a review. *International Journal of Eating Disorders*. 2000 ; 27 : 1-20.
- 27.** Cahn, R. Le processus de subjectivation à l'adolescence. Paris : Delachaux et Niestlé. 1997.
- 28.** Calam R. et Waller G. Are eating and psychosocial characteristics in early teenage years useful predictors of eating characteristics in early adulthood ? A 7-year longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*. 1998 ; 24 (4) : 351-362.
- 29.** Carter J. C., Stewart D. A., Dunn V. J. et Fairburn C. G. Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good ? *International Journal of Eating Disorders*. 1997 ; 22 (2) : 167-172.
- 30.** Catheline N. Quand penser devient douloureux. *La psychiatrie de l'enfant*. 2001 ; 44 (1) : 169-210.

- 31.** Catheline N. Harcèlement à l'école. 3^{ème} édition. Paris : Albin Michel. 2008.
- 32.** Catheline, N. Refus scolaire et difficultés scolaires à l'adolescence. EMC-Psychiatrie/Pédopsychiatrie. Paris : Elsevier. 2010.
- 33.** Catheline, N. Psychopathologie de la scolarité. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Health Sciences. 2012.
- 34.** Cederlöf M., Thornton L. M., Baker J., Lichtenstein P., Larsson H., Rück C., Bulik C. M., et Mataix-Cols D. Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, multigenerational family and twin study. *World Psychiatry*. 2015 ; 14 (3) : 333-338.
- 35.** Cholet J. Anorexie mentale restrictive et capacités visuo-spatiales et constructives. A partir d'une étude clinique auprès de patientes hospitalisées. Mémoire pour le DESC d'Addictologie. France : Université de Nantes. UFR Santé. 2012.
- 36.** Chui H. T., Christensen B. K., Zipursky R. B., Richards B. A., Hanratty M. K., Kabani N. J., Mikulis D. J. et Katzman D. K. Cognitive function and brain structure in females with a history of adolescent-onset anorexia nervosa. *Pediatrics*. 2008 ; 122(2): e426-e437.
- 37.** Claes M. L'univers social des adolescents. Montréal : Les Presses de l'Université de France. 2003.
- 38.** Clarke J., Ramoz N., Fladung A. K. et Gorwood P. Higher reward value of starvation imagery in anorexia nervosa and association with the Val66Met BDNF polymorphism. *Translational psychiatry*. 2016 ; 6 (6) : e829.
- 39.** Colin-Madan A. Psychopathologie à l'adolescence et scolarité : le concept soins-études : une approche singulière des établissements de la Fondation Santé des Etudiants en France. Thèse d'exercice médical. France : Université de Grenoble. UFR Santé. 2011
- 40.** Conte A., Mauve M. P. et Rist B. L'école à l'hôpital en pédopsychiatrie: les défis d'une intégration. *Perspectives Psy*. 2005 ; 44 (4) : 257-261.
- 41.** Cook-Darzens S., Doyen C. et Mouren M. C. Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa : current research evidence and its therapeutic implications. *Eating and Weight Disorders*. 2008 ; 13 (4) : 157-170.
- 42.** Copeland W. E., Bulik C. M., Zucker N., Wolke D., Lereya S. T. et Costello E. J. Does childhood bullying predict eating disorder symptoms ? A prospective, longitudinal analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2015 ; 48 (8) : 1141-1149.
- 43.** Corcos M. Approche psychosomatique des conduites addictives alimentaires. *Dialogue*. 2005 ; 3 : 97-109.
- 44.** Corcos M. et Dupont M. E. Approche psychanalytique de l'anorexie mentale. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 2007 ; 21 (4) : 190-200.

45. Corcos M., Flament M. et Jeammet P. Les conduites de dépendance : dimensions psychopathologiques communes. Paris : Masson. 2003.
46. Corstophine E., Mountford V., Tomlinson S., Waller G. et Meyer C. Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors*. 2007 ; 8 : 91-97.
47. Coslin P. G. La socialisation de l'adolescent. Paris : Armand Colin. 2007.
48. Courty A. Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale : impact sur la sévérité du trouble et comparaison avec le syndrome d'Asperger. Thèse de psychologie. France : Université Paris René Descartes-Paris V. UFR Psychologie. 2013
49. Crane A. M., Roberts M. E. et Treasure J. Are obsessive-compulsive personality traits associated with a poor outcome in anorexia nervosa? A systematic review of randomized controlled trials and naturalistic outcome studies. *International Journal of Eating Disorders*. 2007 ; 40 (7) : 581-588.
50. Criquillion S. et Huon De Penanster G. Les Thérapies Multi-Familiales, de la curiosité à l'indispensable. Conférence du 27 mars 2018 Enseignement d'addictologie. CHU de Nantes. 2018.
51. Darmon M. Des jeunesses singulières. *Agora débats/jeunesses*. 2010 ; 3 : 49-62.
52. Darmon M. Devenir anorexique: une approche sociologique. Paris : La découverte. 2014.
53. Debarbieux E. Les enquêtes de victimation en milieu scolaire: leçons critiques et innovations méthodologiques. *Déviance et société*. 2004 ; 28 (3) : 317-333.
54. Dichter G. S., Damiano C. A. et Allen J. A. Reward circuitry dysfunction in psychiatric and neurodevelopmental disorders and genetic syndromes: animal models and clinical findings. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*. 2012 ; 4 (1) : 19.
55. Duarte C., Pinto-Gouveia J. et Stubbs R. J. The prospective associations between bullying experiences, body image shame and disordered eating in a sample of adolescent girls. *Personality and Individual Differences*. 2017 ; 116 : 319-325.
56. Dubet F. École, familles : le malentendu. Paris : Textuel. 1997.
57. Dubet F. et Martuccelli D. À l'école. Sociologie de l'expérience scolaire. Paris : Le Seuil. 1996.
58. Duché D. J. Histoire de la psychiatrie de l'enfant. Paris : Presses Universitaires de France. 1990.
59. Durand-Pilat I. «Dévorer les livres» ou le refuge dans la scolarité. Soigner les anorexies graves. *Erès*. 2009 ; 2 : 55-63.
60. Duru-Bellat M. Ségrégation sociale à l'école : Faits et effets. *Diversité ville-école-intégration*. 2004 ; 73-80.

61. Fabre M. Le partenariat à l'aune du secret professionnel : le partage des informations strictement nécessaires. Conférence du 16 novembre 2016. DU adolescents difficiles. 2016.
62. Fernandez I. et Petit L. La pulsion épistémophilique: la place du savoir dans le transfert. Freud, Klein et Lacan. *Topique*. 2014 ; 2 : 63-77.
63. Fontaine R. La violence scolaire : les faits, leurs causes, les solutions. L'enfant la vraie question de l'école, sous la direction d'Hubert Montagner. Paris : Odile Jacob. 2002.
64. Fox J. R. et Power M. J. Eating disorders and multi-level models of emotion : an integrated model. *Clinical Psychology and Psychotherapy : An International Journal of Theory and Practice*. 2009 ; 16: 240-267.
65. Franko D. L., Tabri N., Keshaviah A., Murray H. B., Herzog D. B., Thomas J. J., Coniglio K., Keel P. K. et Eddy K. T. Predictors of long-term recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa : Data from a 22-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*. 2018 ; 96 : 183-188.
66. Frederich R. C., Hamann A., Anderson S., Löllmann B., Lowell B. B. et Flier J. S. Leptin levels reflect body lipid content in mice : evidence for diet-induced resistance to leptin action. *Nature medicine*. 1995 ; 1 (12) : 1311-1314.
67. Frith U. Autism : Explaining the enigma. Wiley Online Library. 1989.
68. Frith, U. E. et Hill E. E. Autism: Mind and brain. Oxford University Press. 2003
69. Galland O. Sociologie de la jeunesse. Paris : Armand Collin. 1991.
70. Gard M. C. et Freeman C. P. The dismantling of a myth : a review of eating disorders and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*. 1996 ; 20 (1) : 1-12.
71. Garner D. Pathogenesis of Anorexia nervosa. *Lancet*. 1993 ; 341 : 1631-1635.
72. Georgieff N. Intérêts de la notion de “théorie de l’esprit” pour la psychopathologie. *La psychiatrie de l'enfant*. 2005 ; 48 (2) : 341-371.
73. Georgieff N. L'adolescence à l'épreuve de la neurobiologie ? *Adolescence*. 2013 ; 31 (1) : 185-190.
74. Gibello B. Un modèle général d'approche clinique psychologique. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*. 1991 ; 2 (2) : 169-177.
75. Godart N., Lamas C., Nicolas I. et Corcos M. (2010). Anorexie mentale à l'adolescence. *Journal de pédiatrie et de puériculture*. 2010 ; 23 (1) : 30-50.
76. Godart N., Perdereau et Jeammet P. Etiopathogénie des troubles des conduites alimentaires. *Manuel de psychiatrie*. Paris: Masson. 2007 ; 424-429.
77. Godart N., Radon L., Curt F., Duclos J., Perdereau F., Lang F., Venisse J. L., Halfon O., Bizouard P. et Loas G. Mood disorders in eating disorder patients : Prevalence and chronology of ONSET. *Journal of affective disorders*. 2015 ; 185 : 115-122.

- 78.** Godeau E., Navarro F., Arnaud C., Le Luong T. et Blancquer J. M. La santé des collégiens en France. Données de l'enquête internationale 2010 Health Behaviour un School-aged Children (HSBC). INPES Coll. Etudes Santé. 2012.
- 79.** Golse B. Naissance de la pensée et aléas de son développement. *L'information psychiatrique*. 2006 ; 82 (9) : 713-721.
- 80.** Goodman A. Addiction : definition and implications. *British Journal of Addiction*. 1990 ; 85 (11) : 1403-1408.
- 81.** Gorwood P., Kipman A. et Foulon C. The human genetics of anorexia nervosa. *European Journal of Pharmacology*. 2003 ; 480 (1-3) : 163-170.
- 82.** Grall-Bronnec M. Le concept d'addictions comportementales. Conférence du 12 décembre 2017. DESC d'addictologie-Module 4. Paris. 2017.
- 83.** Granger L. et St-Pierre-Gagné S. La première source d'intimidation à l'école : le poids ! *Bulletin de santé publique*. 2014.
- 84.** Guichard J. Le développement à l'adolescence. *Actualités de l'INETOP. Orientations* 7. 1996.
- 85.** Guilford J. P. Creativity. *The American Psychologist*. 1950 ; 5 : 444-454.
- 86.** Gutton P. Le pubertaire. Paris : Fil Rouge-Presses Universitaires de France. 1996.
- 87.** Happé F. Autism : cognitive deficit or cognitive style ? *Trends in cognitive sciences*. 1999 ; 3 (6) : 216-222.
- 88.** HAS (Haute Autorité de Santé). Anorexie mentale: prise en charge. Synthèse des recommandations de bonnes pratiques. 2010.
- 89.** Herbrich L., Van Noort B., Pfeiffer E., Lehmkuhl U., Winter S. et Kappel V. Follow-up Assessment of Cognitive Remediation Therapy in Adolescent Anorexia Nervosa : A Pilot Study. *European Eating Disorders Review*. 2017 ; 25 (2) : 104-113.
- 90.** Hernandez L. Relations entre pairs et mobilisation scolaire d'adolescents de 14 à 16 ans : entre richesse et pression du groupe : le rôle médiateur de la valeur accordée à l'école. Thèse de psychologie. France : Université Toulouse le Mirail-Toulouse II. UFR Psychologie. 2012.
- 91.** Herpertz-Dahlmann B., Dempfle A., Konrad K., Klasen F., Ravens-Sieberer U. et Bella Study Group Eating disorder symptoms do not just disappear : the implications of adolescent eating-disordered behaviour for body weight and mental health in young adulthood. *European child & adolescent psychiatry*. 2015 ; 24 (6) : 675-684.
- 92.** Hill E., Berthoz S. et Frith U. Brief report : Cognitive processing of own emotions in individuals with autistic spectrum disorder and in their relatives. *Journal of autism and developmental disorders*. 2004 ; 34 (2) : 229-235.

- 93.** Hill E. (2004). Executive dysfunction in autism. *Trends in cognitive sciences*. 2004 ; 8 (1) : 26-32.
- 94.** Hoareau N., Bagès C. et Guerrien A. Développer les compétences psychosociales des élèves pour lutter contre le harcèlement scolaire : Une revue de la littérature. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*. 2017 ; 58 (4) : 379-394.
- 95.** Hoek H. W. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in psychiatry*. 2006 ; 19 (4) : 389-394.
- 96.** Hoek H. W., Van Hoeken D. et Katzman M. A. Epidemiology and cultural aspects of eating disorders. *Eating Disorders*. 2003 ; 6 : 75-138.
- 97.** Holliday J., Tchanturia K., Landau S., Collier D. et Treasure J. Is impaired set-shifting an endophenotype of anorexia nervosa ? *American Journal of Psychiatry*. 2005 ; 162 (12) : 2269-2275.
- 98.** Huas C. Facteurs de mauvais pronostic chez des patientes hospitalisées pour troubles des conduites alimentaires : Rupture de contrat thérapeutique et mortalité. Thèse de doctorat en épidémiologie et intervention en santé publique. France : Université Paris 11. UFR Santé. 2010.
- 99.** Hudson J. I., Hiripi E., Pope H. G. et Kessler R. C. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*. 2007 ; 61 (3) : 348-358.
- 100.** ICD-11. Version bêta de la CIM-11 en ligne. 2018. Disponible sur : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
- 101.** Jeammet P. Anorexie, boulimie : les paradoxes de l'adolescence. Paris : Hachette. 2004.
- 102.** Jeammet P. Clinique des remaniements à l'adolescence. Les limites : un repère nécessaire au narcissisme. *Psychiatrie Française*. 2006 ; 37 : 37-69.
- 103.** Jeammet P. Paradoxes et Dépendance à l'adolescence. Temps d'arrêt lectures yapaka.be. 2009.
- 104.** Jeammet P. Le développement de la personnalité à l'adolescence. Conférence du 18 octobre 2016. DU adolescents difficiles. Paris. 2016.
- 105.** Jeammet P. et Corcos M. Adolescence : évolution des problématiques. L'émergence de la dépendance et de ses aménagements. *Références en psychiatrie*. Paris : Doin. 1999.
- 106.** Kaltiala-Heino R., Rimpelä M., Rantanen P. et Rimpelä A. Bullying at school - an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of adolescence*. 2000 ; 23 (6) : 661-674.
- 107.** Kaye W., Strober M., Stein D. et Gendall K. New directions in treatment research of anorexia and bulimia nervosa. *Biological psychiatry*. 1999 ; 45: 1285-1292.
- 108.** Kaye W. H., Fudge J. L. et Paulus M. New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nature Reviews Neuroscience*. 2009 ; 10 (8) : 573-584.

- 109.** Keel P. K. et Klump K. L. Are eating disorders culture-bound syndromes ? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological bulletin*. 2003 ; 129 (5) : 747-769.
- 110.** Kermarrec S. Le devenir de l'anorexie mentale de l'adolescence : à propos de 144 cas. Thèse d'exercice médical. France : Université de Nancy. UFR Santé. 2005.
- 111.** Keski-Rahkonen A., Hoek H. W., Susser E.S., Linna M. S., Sihvola E., Raevuori A., Bulik C.M., Kaprio J. et Rissanen A. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*. 2007 ; 164 (8) : 1259-1265.
- 112.** Keski-Rahkonen A. et Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe : prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*. 2016 ; 29 (6) : 340-345.
- 113.** Kestemberg E., Kestemberg J. et Decobert S. La faim et le corps : une étude psychanalytique de l'anorexie mentale. Paris : Presses universitaires de France. 1977.
- 114.** Keys A. Human starvation and its consequences. *Journal American Dietetic Association*. 1946 ; 22 : 582-587.
- 115.** Killen J. D., Taylor C. B., Hammer L. D., Litt I., Wilson D. M., Rich T., Hayward C., Simmonds B., Kraemer H. et Varady A. An attempt to modify unhealthful eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*. 1993 ; 13 (4) : 369-384.
- 116.** Koyama K. I., Asakawa A., Nakahara T., Amitani H., Amitani M., Saito M. et al. Intelligence quotient and cognitive functions in severe restricting-type anorexia nervosa before and after weight gain. *Nutrition*. 2012 ; 28 (11) : 1132-1136.
- 117.** Lang K., Stahl D., Espie J., Treasure J. et Tchanturia K. Set shifting in children and adolescents with anorexia nervosa : An exploratory systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2014 ; 47 (4) : 394-399.
- 118.** Lantz E. L., Gillberg C., Råstam M., Wentz E. et Lowe M. R. Premorbid BMI predicts binge-purge symptomatology among individuals with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2017 ; 50 (7) : 852-855.
- 119.** Lee K. S. et Vaillancourt T. Longitudinal associations among bullying by peers, disordered eating behavior, and symptoms of depression during adolescence. *JAMA psychiatry*. 2018 ; 75 (6) : 605-612.
- 120.** Leppanen J., Sedgewick F., Treasure J. et Tchanturia K. Differences in the Theory of Mind profiles of patients with anorexia nervosa and individuals on the autism spectrum : A meta-analytic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2018 ; 90 : 146-163.
- 121.** Levine R. Endocrine aspects of eating disorders in adolescents. *Adolescent Medicine Clinics*. 2002 ; 13 (1) : 129-143.

- 122.** Liechty J. M. et Lee M. J. Longitudinal predictors of dieting and disordered eating among young adults in the U.S. *International Journal of Eating Disorders*. 2013 ; 46 (8) : 790-800.
- 123.** Lopez C., Stahl D. et Tchanturia K. Estimated intelligence quotient in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Annals of General Psychiatry*. 2010 ; 9 (1) : 40.
- 124.** Lopez C., Tchanturia K., Stahl D., Booth R., Holliday J. et Treasure J. An examination of the concept of central coherence in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2008 ; 41 (2) : 143-152.
- 125.** M'Chakleb F. Autismes et Cognitions. Comment "pense" une personne avec autisme ? Centre de Ressource pour l'Autisme. Nord-Pas-De-Calais. 2011.
- 126.** Mallet P. et Bami F. La conformité entre pairs à l'adolescence, comment l'évaluer ? Quelle évolution avec l'âge. In D. Jacquet, M. Zabalia, H. Lehalle (Eds). *Adolescence d'aujourd'hui*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes. 2006.
- 127.** Marcelli D. L'adolescence : une épreuve psychique particulière. *Epilepsies*. 1995 ; 7 (3): 299-307.
- 128.** Marcelli D. Qu'y a-t-il de nouveau dans la relation parents-adolescents aujourd'hui ? Conférence du 20 juin 2017. *DU adolescents difficiles* Paris. 2017.
- 129.** Marcelli D. et Braconnier A. *Adolescence et psychopathologie*. 6e édition. Paris : Masson. 2004.
- 130.** Martin Monzon B., Henderson L.A., Madden S., Macefield V. G., Touyz S., Kohn M. R., Clarke S., Foroughi N. et Hay P. Grey matter volume in adolescents with anorexia nervosa and associated eating disorder symptoms. *European Journal of Neuroscience*. 2017 ; 46 (7) : 2297-2307.
- 131.** Martinez G., Cook-Darzens S., Chaste P., Mouren M. C. et Doyen C. (2014). L'anorexie mentale à la lumière du fonctionnement neurocognitif : nouvelles perspectives théoriques et thérapeutiques. *L'Encéphale*. 2014 ; 40 (2) : 160-167.
- 132.** Martinussen M., Friborg O., Schmierer P., Kaiser S., Øvergård K. T., Neunhoffer A. L., et al. The comorbidity of personality disorders in eating disorders : a meta-analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2017 ; 22 (2) : 201-209.
- 133.** Marty F. Penser la latence dans l'adolescence avec André Green : Dire. *Adolescence*. 1999 ; 33 : 101-110.
- 134.** Masi G., Poli P. et Marcheschi M. Cognitive functioning in adolescent depression. *Minerva psichiatrica*. 1994 ; 35 (4) : 221-229.

- 135.** Measelle J., Stice E. et Hogansen J. M. Developmental trajectories of co-occurring depressive, eating, antisocial, and substance abuse problems in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*. 2006 ; 115 : 524-538.
- 136.** Meier S. M., Bulik C.M., Thornton L. M., Mattheisen M., Mortensen P. B. et Petersen L. Diagnosed anxiety disorders and the risk of subsequent anorexia nervosa : A Danish population register study. *European Eating Disorders Review*. 2015 ; 23 (6) : 524-530.
- 137.** Meirieu P. Entre compassion et stigmatisation : éduquer à la responsabilité. Conférence du 18 octobre 2016, DU adolescents difficiles Paris. 2016.
- 138.** Meirieu P. Le partenariat : usine à gaz ou levier pour l'action. Le Café pédagogique du 6 mai 2016.
- 139.** Meltzer D. Les structures sexuelles de la vie psychique. Traduction de l'anglais par Jean et Florence Begoin. Payot. 1977.
- 140.** Micheli-Rechtman V. L'anorexie, un symptôme contemporain ? La clinique lacanienne. 2003 ; 1 : 139-144.
- 141.** Michinov E. L'influence des relations entre élèves. *Sciences humaines*. 2004 ; 45 (hors-série) : 52-55.
- 142.** Mijolla-Mellor S. Plaisir et inhibition de pensée. *Revue des amis du centre Claude-Bernard*. Communication au IXe Journées des amis du centre Claude-Bernard. 1998 ; 9 : 1-6.
- 143.** Milos G., Spindler A., Schnyder U. et Fairburn C.G. Instability of eating disorder diagnoses : prospective study. *The British Journal of Psychiatry*. 2005 ; 187 : 573-578.
- 144.** Ministère de l'Éducation Nationale. Périodicité et contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation. *Bulletin officiel de l'Éducation Nationale*. 2015. Disponible sur le site du ministère de l'Éducation Nationale : http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=91594.
- 145.** Ministère de l'Éducation Nationale. Le ministère de l'Éducation Nationale, de 1789 à nos jours. 2017. Disponible sur le site du Ministère de l'Éducation Nationale : <http://www.education.gouv.fr/pid289/le-ministere-de-l-education-nationale-de-1789-a-nos-jours.html#de-l-instruction-publique-a-l-education-nationale> .
- 146.** Ministère de l'Éducation Nationale (2018). L'accueil des élèves à besoins spécifiques : la mise en place d'un projet d'accueil individualisé. 2018. Disponible sur le site du Ministère de l'Éducation Nationale : <http://www.education.gouv.fr/cid115587/l-accueil-des-eleves-a-besoins-specifiques-la-mise-en-place-d-un-projet-d-accueil-personnalise.html>.
- 147.** Ministère de l'Éducation Nationale. La scolarisation des élèves en situation de handicap. Site du Ministère de l'Éducation Nationale. 2018. Disponible sur : <http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation-des-eleves-handicapes.html>.

- 148.** Minuchin S., Rosman B. L. et Baker L. Psychosomatic families : anorexia nervosa in context. Havard University Press. 1978.
- 149.** Mitzman S. F., Slade P. et Dewey M. E. Preliminary development of a questionnaire designed to measure neurotic perfectionism in the eating disorders. *Journal of clinical psychology*. 1994 ; 50 (4) : 516-522.
- 150.** Mora M., Penelo E., Gutiérrez T., Espinoza P., M. González M. L. et Raich R. M. Assessment of two school-based programs to prevent universal eating disorders: media literacy and theatre-based methodology in Spanish adolescent boys and girls. *The Scientific World Journal*. 2015 ; 2015 : 328753.
- 151.** Nandrino J. L. L'anorexie mentale : Des théories aux prises en charge. Dunod. 2015.
- 152.** Narring C. Chamay-Weber. F. La prévention des troubles du comportement alimentaire : l'école a-t-elle un rôle à jouer ? *Revue Médicale Suisse*. 2006 ; 2 : 31411.
- 153.** Neumark-Sztainer D., Butler R. et Palti H. Eating disturbances among adolescent girls : Evaluation of a school-based primary prevention program. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 1995 ; 27 (1) : 24-31.
- 154.** NICE. National Institute for health and Clinical Excellence. Clinical Guidelines. *Recommandations* 2004.
- 155.** Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 2001 ; 24 (2) : 201-214.
- 156.** Nilsson K., Abrahamsson E., Torbiornsson A. et Hägglöf B. Causes of adolescent onset anorexia nervosa : patient perspectives. *Eating Disorders*. 2007 ; 15(2): 125-133.
- 157.** Nogueira J. P., Maraninchi M., Lorec A. M., Bégu-Le Corroller A., Portugal H., Vialettes B. et Valero R. P261 Profils d'adipocytokines spécifiques dans les formes hyperactive et/ou boulimique d'anorexie mentale. *Diabetes & Metabolism*. 2010 ; 36 : A100.
- 158.** Olweus D. Harcèlements et brutalités entre élèves. Paris : ESF éditeurs. 1999.
- 159.** Papadopoulos F. C., Ekbom A., Brandt L. et Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*. 2009 ; 194 (1) : 10-17.
- 160.** Perdereau F., Faucher S., Wallier J., Vibert S. et Godart N. Family history of anxiety and mood disorders in anorexia nervosa: review of the literature. *Eating and Weight Disorders*. 2008 ; 13 : 1-13.
- 161.** Piaget J. Six études de psychologie. Paris : Gonthier. 1964.
- 162.** Piaget J. La psychologie de l'intelligence. Paris : Armand Colin. 2012.
- 163.** Pinell P. et Zafiropoulos M. La médicalisation de l'échec scolaire [De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile]. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 1978 ; 24 (1): 23-49.

- 164.** Pinheiro A., Bulik C. M., Thornton L. M., Sullivan P. F., Root T. L., Bloss C. et al. Association study of 182 candidate genes in anorexia nervosa. *American Journal of Medical Genetics Part B : Neuropsychiatric Genetics*. 2010 ; 153 (5) : 1070-1080.
- 165.** Pinheiro A., Root T. et Bulik C. M. The Genetics of Anorexia Nervosa : Current Findings and Future Perspectives. *International Journal of Child and Adolescent Health*. 2009 ; 2 : 153-164.
- 166.** Pitt S., Lewis R., Morgan S. et Woodward D. Cognitive remediation therapy in an outpatient setting: A case series. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2010 ; 15 (4) : e281-e286.
- 167.** Poinso F., Da Fonseca D., Camera E., Zarro C., Guelfi J., Duverger H. et Vialettes B. Étude du développement cognitif et de la pensée logique dans l'anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2006 ; 54 (5) : 289-296.
- 168.** Pourtois J. P., Desmet H. *Le parent éducateur*. Paris : Presses universitaires de France. 2000.
- 169.** Prairat E. Qu'est ce qu'une sanction éducative ? *Revue française de pédagogie* avril-mai-juin 1999 ; 127.
- 170.** Prairat E. Qu'est-ce qu'une sanction éducative ? Conférence du 13 décembre 2016. *DU adolescents difficiles*. Paris. 2016.
- 171.** Pull C. B. *Classification internationale des troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. OMS. 1993.
- 172.** Ramoz N., Clarke J. et Gorwood P. Génétique et épigénétique des troubles des conduites alimentaires. *Biologie Aujourd'hui*. 2017 ; 211 (1) : 97-102.
- 173.** Raynault A., Rousselet M., Acier D. et Grall-Bronnec M. Caractéristiques associées à l'attachement insecure dans l'anorexie mentale. *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique*. Elsevier Masson. 2016 ; 174 (6) : 431-435
- 174.** Rigby K. Consequences of bullying in schools. *The Canadian journal of psychiatry*. 2003 ; 48 (9) : 583-590.
- 175.** Roberts M. E., Tchanturia K. et Treasure J. L. Is attention to detail a similarly strong candidate endophenotype for anorexia nervosa and bulimia nervosa ? *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2013 ; 14 (6) : 452-463.
- 176.** Robin A., M. Gilroy M. et A. M. Dennis A. M. Treatment of eating disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*. 1998 ; 18 : 421-446.
- 177.** Robin M. *Ado désemparé cherche société vivante*. Paris : Odile Jacob. 2017.

- 178.** Rojo-Moreno L., Arribas P., Plumed J., Gimeno N., García-Blanco A., Vaz-Leal F. et al. Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents : 2-year follow-up. *Psychiatry Research*. 2015 ; 227 (1) : 52-57.
- 179.** Rothenberg A. Creativity in adolescence. *Psychiatric Clinics*. 1990 ; 13 (3) : 415-434.
- 180.** Roux H., Chapelon E. et Godart N. Épidémiologie de l'anorexie mentale: revue de la littérature. *L'Encéphale*. 2013 ; 39 (2) : 85-93.
- 181.** Schmidt U. et Treasure J. Anorexia nervosa : valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*. 2006 ; 45 (3) : 343-366.
- 182.** Seitz J., Herpertz-Dahlmann B. et Konrad K. Brain morphological changes in adolescent and adult patients with anorexia nervosa. *Journal of Neural Transmission*. 2016 ; 123 (8) : 949-959.
- 183.** Shafran R., Cooper Z. et Fairburn C.G. (2002). Clinical perfectionism : A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*. 2002 ; 40 (7) : 773-791.
- 184.** Silén Y., A. Raevuori A., E. Jüriloo E., V. M. Tainio V. M., M. Marttunen M. et A. Keski-Rahkonen A. Typical Versus Atypical Anorexia Nervosa Among Adolescents: Clinical Characteristics and Implications for ICD-11. *European eating disorders review*. 2015 ; 23 (5) : 345-351.
- 185.** Simon Y. Épidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'anorexie mentale. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 2007 ; 21 (4) : 137-142.
- 186.** Smith J. A. et Osborn M. Interpretative Phenomenological Analysis. *Doing social psychology research*. 2004 ; 229-254.
- 187.** Southgate, L., Tchanturia K. et Treasure J. Information processing bias in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*. 2008 ; 160 (2) : 221-227.
- 188.** Srinivasagam, N. M., Kaye W. H., Plotnicov K. H., Greeno C., Weltzin T. E. et Rao R. Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 1995 ; 152 (11) : 1630-1634.
- 189.** Steinglass, J. E., Walsh B. T. et Stern Y. Set shifting deficit in anorexia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2006 ; 12 (3) : 431-435.
- 190.** Steinhausen H. C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American journal of Psychiatry*. 2002 ; 159 (8) : 1284-1293.
- 191.** Strober M. Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *Journal of psychosomatic Research*. 1980 ; 24 (6) : 353-359.
- 192.** Strober M. Personality factors in anorexia nervosa. *Pediatrician*. 1983 ; 12 (2-3) : 134-138.

- 193.** Sullivan P. F. Mortality in anorexia nervosa. *The American journal of psychiatry* 1995 ; 152 (7) : 1073-1074.
- 194.** Tchanturia K., Davies H. et Campbell I. C. Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa : preliminary findings. *Annals of General Psychiatry*. 2007 ; 6 (1) : 14.
- 195.** Tchanturia K., Davies H., Lopez C., Schmidt U., Treasure J. et Wykes T. Neuropsychological task performance before and after cognitive remediation in anorexia nervosa : A pilot case-series. *Psychological Medicine*. 2008 ; 38 : 1371-1373.
- 196.** Tchanturia K., Larsson E. et Adamson J. How anorexia nervosa patients with high and low autistic traits respond to group Cognitive Remediation Therapy. *BMC Psychiatry*. 2016 ; 16 (1) : 334.
- 197.** Tchanturia K., Lounes N. et Holtum S. Cognitive remediation in anorexia nervosa and related conditions : a systematic review. *European Eating Disorders Review*. 2014 ; 22 (6) : 454-462.
- 198.** Tchanturia K., Morris R. G., Surguladze S. et Treasure J. An examination of perceptual and cognitive set shifting tasks in acute anorexia nervosa and following recovery. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2002 ; 7 (4) : 312-315.
- 199.** Telléus G. K., Fagerlund B. , Jepsen J. R., Bentz M., Christiansen E., Valentin J. B. et Thomsen P. H. Are Weight Status and Cognition Associated ? An Examination of Cognitive Development in Children and Adolescents with Anorexia Nervosa 1 Year after First Hospitalisation. *European Eating Disorders Review*. 2016 ; 24 (5): 366.
- 200.** Telléus G. K., Jepsen J.R., Bentz M., Christiansen E., Jensen S. O., Fagerlund B. et Thomsen P. H. Cognitive profile of children and adolescents with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2015 ; 23 (1) : 34-42.
- 201.** Thibault I., Pauz   R., Lavoie E., Mercier M., Pesant C., Monthuy-Blanc J. et Gagnon-Girouard M. P. Identification des pratiques prometteuses dans le traitement de l'anorexie mentale. *Santé mentale au Québec*. 2017 ; 42 (1) : 379-390.
- 202.** Thornton L., Mazzeo S. E. et Bulik C. M. The heritability of eating disorders : methods and current findings. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. 2011 ; 6 : 141-156.
- 203.** Tozzi F., Thornton L. M., Klump K. L., Fichter M. M., Halmi K. A., Kaplan A. S., Strober M. et al. (2005). Symptom fluctuation in eating disorders : correlates of diagnostic crossover. *American Journal of Psychiatry*. 2005 ; 162 (4) : 732-740.
- 204.** Treasure J., Claudino A. et Zucker N. Eating disorders. *Lancet*. 2010 ; 375 : 583-593.
- 205.** Tubaro P. et Casilli A. A. Le phénomène «pro-ana» : Troubles alimentaires et réseaux sociaux. Presses des Mines via OpenEdition. 2016.

- 206.** Turrell S. L., Davis R., Graham H. et Weiss I. Adolescents with anorexia nervosa : multiple perspectives of discharge readiness. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2005 ; 18 (3) : 116-126.
- 207.** Ulfvebrand S., Birgegård A., Norring C., Högdahl L. et Von Hausswolff-Juhlin Y. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry research*. 2015 ; 230 (2) : 294-299.
- 208.** Vénisse J. L. Pertinence du concept d'addiction dans les troubles du comportement alimentaire. *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences. 2006 ; 650-654.
- 209.** Vierling, V., Etori S., Valenti L., Lesage M., Pigeyre M., Dodin V., Cottencin O. et Guardia D. Prévalence et impact de l'état de stress post-traumatique chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire. *La Presse Médicale*. 2015 ; 44 (11) : e341-e352.
- 210.** Wagner A., Aizenstein H., Venkatraman V. K., Fudge J., May J. C., Mazurkewicz L. et al. Altered reward processing in women recovered from anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 2007 ; 164 (12) : 1842-1849.
- 211.** Wallon H. *L'évolution psychologique de l'enfant*. Paris : Armand Colin. 1941.
- 212.** Weider S., Indredavik M. S., Lydersen S. et Hestad K. Neuropsychological function in patients with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2015 ; 48 (4) : 397-405.
- 213.** Whitney J., Easter A. et Tchanturia K. Service user's feedback on cognitive training in the treatment of anorexia nervosa : a qualitative study. *International Journal of Eating Disorders*. 2008 ; 41 (6) : 542-550.
- 214.** Winnicott D. W. La préoccupation maternelle primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot : Paris. 1956. (vol. 1969) : 285-291.
- 215.** Wonderlich S. A., Lilenfeld L. R., Riso L. P., Engel S. et Mitchell J. E. Personality and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2005 ; 37 Suppl : S68-71.
- 216.** Zucker N. L., Losh M., Bulik C. M., La Bar K. S., Piven J. et Pelphrey K. A. Anorexia nervosa and autism spectrum disorders : guided investigation of social cognitive endophenotypes. *Psychological bulletin*. 2007 ; 133 (6) : 976-1006.

Annexes

Annexe 1

Critères CIM-10 de l'anorexie mentale F50.0

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

- A. Poids corporel inférieur à la normale de 15 % (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou index de masse corporelle de Quetelet inférieur ou égal à 17,5). Chez les patients prépubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.**
- B. La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associée 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. Une 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-hypophyso-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormone 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 la 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 normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.**

Diagnostic différentiel : Le trouble peut s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que de traits de personnalité faisant évoquer un trouble de la personnalité ; dans ce cas, il est parfois difficile de décider s'il convient de porter un ou plusieurs diagnostics. On doit exclure toutes les maladies somatiques pouvant être à l'origine d'une perte de poids chez le sujet jeune, en particulier une maladie chronique

invalidante, une tumeur cérébrale et certaines maladies intestinales comme la maladie de Crohn et les syndromes de malabsorption.

Annexe 2

Critères DSM-5 de la boulimie (ou boulimie nerveuse)

Le diagnostic repose sur la présence des critères diagnostiques suivants :

- A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de gloutonnerie) (« *binge-eating* »). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :**
 - 1. Absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberait en une période de temps similaire dans les mêmes circonstances.**
 - 2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger, ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).**
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.**
- C. Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.**
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.**
- E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale (*anorexia nervosa*).**

La sévérité du trouble est basée sur la fréquence des épisodes : trouble léger : 1-3 épisodes par semaine ; modéré : 4-7 épisodes par semaine ; grave : 8-13 épisodes par semaine ; extrêmement grave : 14 épisodes ou plus par semaine.

Annexe 3

Critères DSM-5 d l'hyperphagie boulimique (ou « Binge Eating Disorder »)

Le diagnostic repose sur la présence des critères diagnostiques suivants :

- A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de gloutonnerie) (binge-eating). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :**
- 1. Absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberait en une période de temps similaire dans les mêmes circonstances.**
 - 2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger, ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).**
- B. Les épisodes d'accès hyperphagiques sont associés à trois des caractéristiques suivantes (ou plus) :**
- 1. Manger beaucoup plus rapidement que la normale.**
 - 2. Manger jusqu'à se sentir inconfortablement plein.**
 - 3. Manger de grandes quantités de nourriture sans ressentir la faim physiquement.**
 - 4. Manger seul parce qu'on se sent gêné par la quantité de nourriture que l'on absorbe.**
 - 5. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé.**
- C. Le comportement est la source d'une souffrance marquée.**
- D. Le comportement survient, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.**
- E. Le comportement n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie avec purge et ne survient pas exclusivement au cours d'une boulimie avec purge ou d'une anorexie mentale (« Anorexia nervosa »).**

La sévérité du trouble est basée sur la fréquence des épisodes : trouble léger : 1-3 épisodes par semaine ; modéré : 4-7 épisodes par semaine ; grave : 8-13 épisodes par semaine ; extrêmement grave : 14 épisodes ou plus par semaine.

Annexe 4

Critères DSM-5 du trouble de l'alimentation avec restriction ou évitement

Le diagnostic repose sur la présence des critères diagnostiques suivants :

- A. Un trouble de l'alimentation de l'ingestion d'aliments (par exemple manque d'intérêt manifeste pour l'alimentation ou la nourriture ; évitement fondé sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture ; préoccupation concernant un dégoût pour le fait de manger) qui se manifeste par une incapacité persistante à atteindre les besoins nutritionnels et/ou énergétiques appropriés, associé à un (ou plusieurs) des éléments suivants :**
- 1. Perte de poids significative (ou incapacité d'atteindre le poids attendu, ou fléchissement de la courbe de croissance chez l'enfant).**
 - 2. Déficit nutritionnel significatif.**
 - 3. Nécessité d'une nutrition entérale par sonde ou de compléments alimentaires oraux.**
 - 4. Altération nette du fonctionnement psychosocial.**
- B. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un manque de nourriture disponible ou par une pratique culturellement admise.**
- C. Le comportement alimentaire ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale, d'une boulimie, et il n'y a pas d'argument en faveur d'une perturbation de l'image du corps (perception du poids ou de la forme).**
- D. Le trouble de l'alimentation n'est pas dû à une affection médicale concomitante ou n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental. Lorsque le trouble de l'alimentation survient dans le contexte d'un autre trouble ou d'une autre affection, la sévérité du trouble de l'alimentation dépasse ce qui est habituellement observé dans ce contexte et justifie, à elle seule, une prise en charge clinique.**

Spécifier si :

En rémission : A répondu aux critères de la restriction ou de l'évitement de l'ingestion d'aliments par le passé mais n'y répond plus depuis une période prolongée.

Abréviations

AAB Ouest : Association Anorexie Boulimie Ouest

ABELA : Anorexie et Boulimie En Loire-Atlantique

AJPP : Allocation Journalière de Présence Parentale

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CESC : Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPE : Conseiller Principal d'Éducation

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

EPE : Entretien Parents-Enfant ou Entretien Parents-Entourage

ESPT : État de Stress Post Traumatique

FSEF : Fondation Santé des Étudiants de France

HAS : Haute Autorité de Santé

HBSC : Health Behaviour in School-aged Children

HDJ : Hôpital de jour

ICD : International Classification of Diseases

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (aujourd'hui : Santé Publique France)

MDA : Maison Des Adolescents

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PAI : Projet d'Accueil Individualisé

PAP : Plan d'accompagnement personnalisé

PACES : Première Année Commune aux Études de Santé

PEP : Pupilles de l'Enseignement Public

Abréviations

PES : Parcours Éducatif de Santé

PPRE : Programme Personnalisé de Réussite Éducative

PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation

QI : Quotient intellectuel

SAPAD : Service d'Assistance Pédagogique À Domicile

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Professeur Olivier BONNOT

N° RPPS 10001364859

UPEA - UNITÉ UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT

ADOLESCENT

30 boulevard Jean Monnet - 44093 NANTES CEDEX 1

Tél. du secrétariat 02 53 48 26 53

N° Finess du CHU : 440000271

Vu, le Président du Jury,

Professeur Olivier BONNOT

Docteur Laurence DRENO

Pédopsychiatre

Hôpital de Jour des Adolescents

CHU de NANTES

02 53 48 24 00

RPPS 10002581867

Vu, la Directrice de Thèse,

Docteur Laurence DRENO

PHUB - Psychiatrie et Santé Mentale
Service d'Addictologie

Docteur E. EYZOP

Accueil Rabelais - Bât Louis Philippe

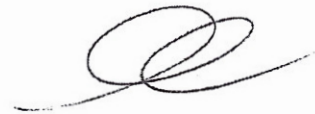
Hôpital Saint Jacques

85 Rue Saint Jacques

44093 NANTES Cedex 1

Tél. 02 40 84 61 16

Vu, la Directrice de Thèse



Docteur Emeline EYZOP

Vu, la Doyenne de la Faculté,

Professeur Pascale JOLLIET

Titre de Thèse

Place du scolaire à l'adolescence : cas particulier des jeunes souffrant d'anorexie mentale et modalités de coordination entre le soin et l'école.

Exemple du partenariat nantais en pédiatrie et en addictologie.

Résumé

La scolarité accompagne le développement du sujet humain au moment de l'adolescence. Différentes difficultés peuvent donc s'exprimer à l'école et sont des renseignements cliniques précieux pour la compréhension de la psychopathologie du sujet par le pédopsychiatre. Nous nous sommes centrée sur le cas particulier de l'anorexie mentale et la singularité de la psychopathologie scolaire qui la caractérise. Notre travail a consisté à définir la place de la scolarité dans le « *parcours de soin* » des adolescents souffrant d'anorexie mentale en étudiant l'exemple du partenariat entre le soin et l'école au CHU de Nantes en pédiatrie et en addictologie. Nous avons complété ces observations et réflexions par une étude qualitative du vécu de la scolarité en analysant l'expérience de trois adolescents rencontrés en individuel et de plusieurs adolescents rencontrés lors de deux groupes de parole thérapeutiques que nous avons co-animés. Le travail en partenariat entre l'école et le soin semble être essentiel pour que ces jeunes se réapproprient un rapport à la scolarité plus « *sain* » et un projet d'avenir. Plus largement, on voit bien l'importance de mener des actions de prévention et d'information à l'école sur les troubles alimentaires, le harcèlement, la souffrance psychique. Les deux institutions doivent trouver un juste accordage pour que les sujets souffrant de troubles psychiques ou organiques chroniques trouvent leur place à l'école.

Mots-clefs

Adolescence, scolarité, école, anorexie mentale, psychopathologie scolaire, parcours de soin, partenariat soin et école, prévention à l'école, inclusion scolaire.