

Colloque

ADOLESCENCE

VIVRE ET SE CONSTRUIRE AU-DELÀ DU CORPS ABÎMÉ ET DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

8 FÉVRIER 2019

 **PARIS**

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
AMPHITHÉÂTRE LAROQUE - 14 Avenue Duquesne - 75007 PARIS

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

INSCRIPTION OBLIGATOIRE/ SUR PRÉSENTATION PIÈCE D'IDENTITÉ CONTRÔLE À L'ENTRÉE

CONTACT

Pour tous renseignements, contactez Marina MAGNAN au 01 45 89 43 39 de 9h à 17h
ou sur l'adresse mail : marina.magnan@fsef.net

Réponse souhaitée avant le 20 décembre 2018.

 **ACCÈS**  **8** Ecole militaire |  **13** St François Xavier |  **10** Ségur |  **28** **87**

www.fsef.net

SUIVEZ-NOUS



FONDATION SANTÉ
DES **ÉTUDIANTS**
DE FRANCE 

ADOLESCENCE

Vivre et se construire au-delà du corps abîmé et de la souffrance psychique

Sommaire

DISCOURS D'OUVERTURE	2
Vincent BEAUGRAND Pr. Jérôme SALOMON	
CONFERENCES	5
« Le décrochage, un symptôme et un défi pour l'école »	5
Frédérique WEIXLER Aziz JELLAB	
Echanges avec la salle	10
La vicariance	12
Alain BERTHOZ	
LES ESPACES VIRTUELS : S'Y ÉPANOUIR OU S'Y PERDRE ?	17
Les jeunes face à Internet et aux mondes virtuels. Quelles mutations identitaires ?	17
Stéphane BLOQUAUX	
Jouer, sur-jouer et déjouer : le normal, le pathologique, l'aide	20
Olivier PHAN	
Echanges avec la salle	22

QUAND L'ESPRIT S'ATTAQUE AU CORPS ?	24
S'attaquer pour se défendre : les automutilations au risque de la compréhension et des soins	24
Ludovic GICQUEL	
Approche transdisciplinaire des tentatives de suicide par précipitations	27
Philippe LESIEUR	
COMMENT FAIRE AVEC DE TELLES DOULEURS ?	30
Douleurs et scolarisation	30
David Le BRETON	
Adolescents douloureux chroniques déscolarisés : les réponses du soins-études	33
Anne TONELLI Nicolas GIRARDON	
OBESITE-ANOREXIE : LE POIDS DES MAUX	<u>3839</u>
Le parcours de vie idéal des personnes ayant eu une problématique de poids	<u>3839</u>
Anne Sophie JOLY	
Les deux facettes d'une même médaille ?	<u>4041</u>
Nathalie GODART	
Une approche globale en soins-études : les prises en charge transdisciplinaires de Lucas et Jessica	<u>4344</u>
Catherine LACOSTE Solenne ARNULF	<u>4344</u>
CONCLUSION	<u>4647</u>
Françoise LALOUA	

Discours d'ouverture

Vincent BEAUGRAND

Directeur général Fondation Santé des Etudiants de France

La Fondation est très heureuse de vous accueillir dans cette très belle salle du Ministère des Solidarités et de la Santé.

Ce colloque de la Fondation Santé des Etudiants de France a été organisé pour répondre à vos nombreuses demandes : professeurs, médecins scolaires, infirmiers, professionnels de santé, etc. Vous nous avez fait part de votre envie de bénéficier de nos expériences en vue de les intégrer dans vos pratiques quotidiennes.

Depuis toujours, nous privilégions une approche globale : un adolescent n'est pas qu'un corps, un esprit, un élève ou des symptômes : c'est un être humain. Seule une approche globale peut permettre à chaque adolescent de retrouver sa réussite dans le monde d'aujourd'hui.

C'est notre quotidien de travailler sur l'interaction entre ces différents mondes : les lycées et les équipes soignantes s'efforcent de se rencontrer pour prendre en charge les adolescents.

La Fondation Santé des Etudiants de France a décidé de porter sa parole au niveau des politiques publiques. En tant qu'institution de référence, nous souhaitons porter cette parole plus haut et plus fort, d'où l'organisation de ce colloque pour mettre en avant nos actions et poser des débats publics.

Ce colloque a été construit à partir du croisement de plusieurs regards : les sujets doivent être abordés sous tous les angles pour construire une réponse globale. Comme vous avez pu le constater à la lecture du programme de cette journée, les thèmes de référence sont nombreux.

Ces thèmes sont également lourds et ils illustrent les pathologies prises en charge au sein de notre établissement. Toutefois, il ne faut pas oublier qu'au-delà de la pathologie, il y a de la vie et de la joie... On arrive à vivre et à se construire au-delà de ces pathologies et des souffrances. Nous sommes en mesure de le constater dans nos centres.

Pour ouvrir le colloque, nous avons l'honneur et le plaisir d'accueillir le professeur Jérôme Salomon, directeur général de la santé.

Pr. Jérôme SALOMON

Directeur général de la Santé

Je vous remercie. C'est un plaisir pour moi d'ouvrir ce colloque car je connais bien la Fondation Santé des Etudiants de France et j'en profite pour saluer la qualité des équipes et des réalisations qui y sont menées.

La Fondation, dont la création remonte presque à un siècle, prône une approche originale, jugée trop moderne il y a quelques décennies. La Fondation a aujourd'hui la satisfaction de constater qu'elle suivait la bonne voie.

La nouvelle démarche nationale intégrée associe la démarche d'accompagnement psychique, d'accompagnement somatique et d'accompagnement social, ce que vous mettez en œuvre depuis de nombreuses années.

La stratégie nationale de santé 2018-2022 constitue aujourd'hui le cadre de la politique de santé en France à l'heure actuelle. Elle réaffirme le principe porté par l'OMS selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques. Le plan national rebaptisé « plan priorité prévention » correspond à la déclinaison de l'axe 1 de cette stratégie et constitue désormais un cadre de référence pour les actions de prévention et de promotion de la santé. Nous avons souhaité un plan basé sur une approche populationnelle, transversale et horizontale, qui concerne tous les âges de la vie et tous les milieux.

Le plan a été lancé en mars 2018 avec la tenue d'un comité interministériel à la santé, présidé par le premier ministre et réunissant l'ensemble du gouvernement. Il est disponible sur internet et comprend 160 mesures dont un grand nombre concerne l'enfant, avec un focus particulier sur ce que les pédiatres appellent « les mille premiers jours », période-clé de l'enfant car c'est au cours de cette période que les inégalités se creusent. Le plan promeut une approche populationnelle des jeunes jusqu'à 25 ans, dans tous les territoires.

Les inégalités entre les territoires sont une réalité. Une différence d'espérance de vie de 13 années a été établie entre des jeunes adultes du nord de la France vivant dans des conditions économiques défavorisées et des jeunes adultes vivant dans des conditions favorisées dans le sud de la France.

L'inégalité d'accès à l'information en santé est également prégnante. Il convient d'atteindre tous les milieux, y compris les populations qui ne viennent pas forcément vers les soignants.

L'adolescence est une période complexe, de grande vulnérabilité, de déracinement, d'opposition, de changements personnels, où le corps et le psychisme sont interrogés. C'est également un âge où la santé n'est pas forcément la première préoccupation.

Je souhaite rappeler la volonté du président de la République et du gouvernement consistant à réussir la révolution de la prévention et à porter la santé dans toutes politiques publiques. Un partenariat très fort est établi avec le ministère de l'Education nationale et le ministère de l'Enseignement supérieur dans le plan priorité prévention.

Je souhaite évoquer des exemples concrets portés par le ministère, en lien avec d'autres ministères, et notamment :

- l'extension des missions des services de santé universitaire (santé sexuelle, prise en charge des addictions, vaccination, etc.) ;
- le programme de formation aux premiers secours en santé mentale, lancé dans quatre universités en France en vue de favoriser un repérage précoce et l'accès à des soins susceptibles de prévenir une évolution vers la maladie mentale ;
- la prévention par les pairs en milieu scolaire et étudiant avec la mise en place des « ambassadeurs élèves de prévention » et des « étudiants relais » ;
- le service sanitaire : 48 000 étudiants futurs médecins, infirmiers, sages-femmes, dentistes, pharmaciens et kinésithérapeutes vont chaque année sortir de l'école pour mener des actions de promotion de la santé et de prévention auprès des populations vulnérables, et notamment auprès des jeunes. Le défi est double : il s'agit d'aborder le sujet de la promotion de la santé et les enjeux de la prévention avec des jeunes, mais aussi de faire de ces futurs professionnels de santé des « chevaliers de la prévention » en vue d'opérer un virage du curatif vers le préventif ;
- l'expérimentation « écoutez-moi » menée dans trois régions propose un parcours d'information, de repérage et de prise en charge de jeunes de 11 à 21 ans en situation de souffrance psychique. Il s'agit de procéder à une évaluation médicale et d'orienter la personne vers un psychologue, si besoin ;

- la saisine récente du Haut Conseil de la santé publique sur l'usage excessif des écrans, l'objectif étant de créer des repères d'usages car les parents sont en attente de recommandations, face à des enfants qui utilisent des écrans à tout âge.

Nous travaillons également en étroite concertation avec la MILDECA qui vient de publier le plan national de lutte contre les addictions. Comme vous pouvez le constater, nous sommes tous mobilisés pour améliorer la santé des jeunes, le plus en amont possible et de la façon la plus globale et transversale possible, dans une approche « *one-health* ». Nous favorisons les techniques *d'empowerment*, c'est-à-dire d'engagement collectif pour la santé des jeunes.

Je vous souhaite un colloque constructif et riche.

Vincent BEAUGRAND

Je vous remercie. Il s'avère satisfaisant de constater que nous intervenons déjà sur de nombreuses démarches qui ont été citées. Le travail commun doit se poursuivre.



Conférences

« Le décrochage, un symptôme et un défi pour l'école »

Frédérique WEIXLER

Inspection générale de l'Éducation nationale

Je suis inspectrice générale de l'Education nationale et j'ai également piloté l'évaluation de politiques publiques sur le décrochage en 2013-2014 qui a permis d'élaborer le plan décrochage « Il faut se mobiliser pour vaincre le décrochage » qui repose sur une approche partenariale. Je partage tous les principes mis en avant dans le discours d'ouverture, et notamment l'approche globale, la prévention, l'émancipation, etc. Privilégier une politique partenariale s'avère indispensable et je remercie la Fondation de nous avoir invités.

Au sein de l'Education nationale, le décrochage peut être considéré comme un symptôme pour l'individu mais aussi pour le système éducatif. Tous les systèmes éducatifs sont amenés à s'interroger sur les caractéristiques d'un système inégalitaire. Comment un système éducatif peut-il produire du décrochage ?

Intéressons-nous brièvement au contexte. Pendant longtemps, le système scolaire français a fonctionné sous forme de tri. L'élitisme « républicain » visait à trier les élèves progressivement et nous espérions que ce tri était opéré sur des critères méritocratiques. L'inégalité des « 1 000 premiers jours » se trouvait amplifiée au moment des devoirs à la maison.

La situation est devenue inacceptable dès lors qu'il s'est avéré que les jeunes sans qualification ne trouvaient pas d'emplois. Les jeunes non qualifiés sont devenus un sujet de société tant sous l'angle citoyen que sous l'angle des usagers et des contribuables.

Le décrochage est un sujet consensuel, car il touche toutes les catégories sociales, pas avec la même ampleur mais avec les mêmes conséquences. Nous connaissons tous un décrocheur.

Travailler sur la politique publique est possible sans être d'emblée dans l'affrontement idéologique. Considérer le décrochage comme un symptôme permet de se poser des questions et d'interroger le point de vue de l'individu et de l'école.

En 1978, 40 % des jeunes sortaient du système scolaire sans diplôme. Aujourd'hui, les non diplômés sont moins nombreux mais 60 % d'entre eux sont au chômage. Ces jeunes s'engagent dans des situations de précarité.

Pendant 10 ans, entre 2000 et 2010, la situation a stagné mais des résultats ont pu être obtenus en trois ans (2016) à partir du moment où nous nous sommes questionnés sur le paradigme de la prévention et du partenariat. Voilà un des effets extraordinaires de la politique publique : chaque acteur a compris qu'il avait le pouvoir d'agir.

Sur le plan des politiques éducatives, le décrochage est un indicateur qui est suivi avec attention. La France se positionne au-dessus de la moyenne européenne et elle doit rendre des comptes.

Le décrochage est un terme polysémique. Au départ, le terme vise l'abandon, au sens littéral, signifiant que l'individu ne souhaite pas mener le combat. Le moment où on décroche correspond à la volonté de sauver sa « peau ». Plus largement, le décrochage est un processus et un aboutissement. Lorsqu'on les interroge, les jeunes qui ont décroché affirment avoir subi la situation. Ils se considèrent rarement comme actifs. Ils ont le sentiment d'avoir été abandonnés par l'institution, voire par leur famille.

Paradoxalement, le décrochage a également des connotations positives (décrocher un emploi ou décrocher un diplôme par exemple). Nous avons joué sur ce terme dans le slogan : « Accroche-toi, décroche ton bac ! »

Il faut garder à l'esprit qu'un parcours n'est pas linéaire et que des temps d'accompagnement peuvent s'avérer nécessaires. Quoi qu'il en soit, le décrochage est une notion distincte de l'échec scolaire. 50 % des élèves qui ont décroché n'étaient pas en difficulté en sixième. Toutefois, l'échec scolaire est un facteur de risque.

La définition administrative du décrochage repose sur une norme de formation. D'après le code de l'éducation, « tout jeune qui quitte un système de formation initiale sans avoir le niveau de qualification minimum requis par la loi est un décrocheur ».

Certains chercheurs tels que Valérie Melin comparent le processus à une succession de déliaisons. Ces déliaisons s'étendent progressivement et produisent une déliaison avec les pairs et la famille.

Dominique Glasman aborde le sujet sous l'angle de l'interaction entre l'élève et l'institution. Le décrochage permet de penser en interaction dans l'éducation. Le processus repose sur une perte d'engagement, d'adhérence, de contact, de sens, d'où la pertinence du concept de persévérance.

Force est de constater que certaines raisons sont internes au système scolaire tandis que d'autres sont externes. Il convient de raisonner sur l'interaction entre les facteurs internes ou externes. Les jeunes doivent s'emparer de leur capacité d'agir dans un schéma de cohérence globale. Plus l'intervention est précoce, moins le coût (pour la personne, et pour l'institution) est élevé.

Certains facteurs sont plus prédominants que d'autres. Dans un contexte différent, certains facteurs prennent plus de poids. Il n'est pas nécessaire de connaître l'ensemble des facteurs pour être capable d'agir. Aucun facteur ou contexte de vie n'est en lui-même un déterminant au décrochage. C'est la combinaison des éléments qui est significative.

Corrélation n'est pas causalité. L'absentéisme peut être observé dans les parcours ayant conduit au décrochage mais il s'agit d'un indice et d'une cause à la fois.

Le mythe du parent démissionnaire mérite d'être pointé du doigt. Les parents peuvent être dépassés et ne pas savoir comment agir. En tout cas, les parents se préoccupent de cette problématique et sont atteints personnellement par le processus de décrochage.

Traiter le décrochage comme un symptôme a permis de pointer la « coïncidence » entre deux phénomènes. Cette notion de coïncidence nous intéresse parce qu'elle présente le symptôme comme une véritable interface entre le « dehors » et le « dedans » mais aussi entre le physique et le psychique ou entre l'individuel et le social.

Des interrogations autour de la motivation méritent d'être approfondies.

S'agissant de la manière d'intervenir, c'est une approche structurelle qui sera efficace et productive pour la plupart des jeunes. Faire évoluer les modalités d'évaluation, améliorer la relation entre le temps scolaire et le temps personnel, etc. constitue des pistes d'amélioration. Une intervention partenariale sera nécessaire si des difficultés persistent. Les frontières ne sont pas étanches mais il convient de rappeler l'importance du structurel pour éviter une lourde tendance à externaliser.

Se pose également la question du passage de la démocratisation de l'école à la démocratisation de la réussite.

Un autre écueil repose sur le risque de « psychologisation individuelle ». Il ne faut pas omettre de remettre en cause l'ensemble du système.

Les alliances éducatives, qui s'avèrent déterminantes, se développent à tous les niveaux. Il convient d'entrer par la prévention pour structurer des changements majeurs dans la politique éducative. Il convient de s'interroger sur l'exclusion scolaire et sur le concept de deuxième chance.

Je terminerai mon intervention sur ces mots empruntés à Proust : « Il n'y a pas de réussite facile ni d'échecs définitifs ».

Si chacun était convaincu du fait que l'éducabilité de tous les enfants est possible, nous aurions fait un grand pas en avant. Le concept de l'erreur est particulièrement traumatisant en France.

Aziz JELLAB

Inspection générale de l'Éducation nationale

J'interviens en complément de ma collègue, dans une perspective interrogeant le système éducatif. Le décrochage est un phénomène complexe qui met en jeu des variables scolaires et extrascolaires. A partir de ce constat général, je souhaite rappeler que le système éducatif français contribue à l'égalité des chances qui doit être analysée empiriquement. Quel est l'effet de l'école sur un parcours scolaire ? Nous avons été amenés à nous interroger sur la notion d'abandon. Il s'est avéré que les abandons étaient plus ou moins importants en fonction des établissements alors que ces établissements accueillent les mêmes publics, sociologiquement parlant.

Qu'est-il mis en place dans les écoles pour interroger la question du décrochage ?

Il n'est pas possible d'aborder la problématique des ruptures scolaires sans aborder le rapport des adolescents aux structures d'apprentissage. Nombre d'entre eux ne déclarent pas qu'ils sont contre l'école mais qu'ils sont contre un type d'école, ce qui interroge sur les modalités d'enseignement.

Mon exposé sera articulé autour de quatre parties. Je vous livrerai les observations que j'ai pu faire dans le cadre de mes recherches auprès d'élèves de lycées professionnels et auprès d'étudiants. Nous nous interrogerons également sur la justice scolaire et la justice sociale car les vulnérabilités se construisent sur un processus conduisant parfois à des impasses.

Pour commencer, il convient de noter que la thématique du colloque invite à replacer la question de l'adolescence et de la souffrance physique et psychologique dans le contexte d'une scolarisation de masse, de compétition scolaire et d'inégalités de réussite. Ce sont des facteurs spécifiquement scolaires mais il convient de les aborder pour envisager la vulnérabilité des jeunes.

Les ruptures scolaires ne sont pas uniquement liées à des facteurs scolaires. Toutefois, le rôle de l'école ne doit pas être minoré.

1) Vulnérabilités sociales et vulnérabilités scolaires

Il existe différentes jeunesse en France. Les modes d'entrée dans la vie d'adulte sont extrêmement variables d'un pays à l'autre. A titre d'exemple, les jeunes Danois ont la possibilité d'expérimenter une année de rupture scolaire puis de reprendre leur parcours alors qu'une telle interruption n'est pas si aisée en France.

Dans le cadre de recherches menées sur des jeunes fréquentant la mission locale, il m'est apparu que l'exposition au chômage des jeunes sortant sans diplôme était fortement dépendante des ressources dont ils disposaient. Le rapport au temps apparaît également comme un facteur discriminant.

Comme l'affirme Castel, la vulnérabilité des jeunes s'est installée en France par un processus de désaffiliation sociale. Les projets d'avenir chez une partie des jeunes ont du mal à émerger puisque les références symboliques à la classe ouvrière se sont affaiblies. L'urgence commande souvent le rapport à l'avenir.

Par ailleurs, la vulnérabilité sociale est une réalité qui procède d'une fragilisation des liens sociaux. Or ces liens se construisent sur la base du lien intergénérationnel. Interrogés sur leur projet professionnel, de nombreux élèves des filières professionnelles ne se projettent pas dans l'industrie. Comment construire des projets dans le contexte actuel ?

Le rapport de Bertrand Schwartz (1981) a mis en évidence la complexité des expériences de vulnérabilité engendrant une distance avec l'emploi. Il convient d'agir à différents niveaux et d'impliquer différents partenariats. Une approche horizontale, partant du terrain, doit être privilégiée. Les changements partent du terrain car le terrain est plus proche des réalités.

La question de l'action globale se retrouve également dans le rapport de Jean-Paul Delahaye qui souligne la dégradation des conditions de vie chez une partie de la population et la méconnaissance des droits sociaux.

L'héritage culturel et économique inégal des jeunes se conjugue avec l'existence d'opportunités inégales. La capacité à mobiliser des ressources constitue également une source d'inégalité.

Convient-il de conclure à une peur de l'avenir qui viendrait peser sur le rapport aux études universitaires et marquer les manières de se mobiliser ou non sur les savoirs ? Le système méritocratique pose question et il convient de travailler sur l'évaluation des élèves. Préférer ne pas répondre revient à ne pas prendre le risque de se tromper.

II) Forme scolaire et question du sens des études

A l'époque de Jules Ferry, l'objectif de l'école était de former les élèves à une « culture universelle ». Les apprentissages ne devaient pas servir au métier. Lorsque l'enseignant s'adressait aux élèves, il ne s'adressait pas aux personnes mais à l'oraison. Progressivement, la forme scolaire s'est ouverte au monde au travers des différentes massifications. L'école est de plus en plus interpellée par des questions socialement vides. L'idée selon laquelle l'école est indépendante et protégée du monde est fortement ancrée dans les esprits.

La parole des décrocheurs est riche en enseignement sur le fonctionnement de l'école. J'ai également beaucoup appris en interrogeant les adultes suivant des formations en cours du soir, après une rupture de leur parcours. Par ailleurs, la qualité de la relation pédagogique aux enseignants est d'autant plus déterminante dans la réussite scolaire que les élèves sont issus de milieux modestes.

Les massifications ont engendré une véritable interrogation : celle du sens des études.

Enseigner est devenu un métier éprouvant et exigeant car il convient de justifier et de donner du sens. Apprendre à l'école exige des efforts qui sont d'autant plus aisés à consentir que l'élève dispose de compétences, de codes culturels facilitateurs. Les inégalités culturelles sont partie prenante de l'accrochage scolaire. Apprendre à l'école dépend aussi de ce que les élèves apprennent par ailleurs. La socialisation est productrice de différences.

Les élèves de lycée professionnel affirment souvent ne pas avoir choisi leur orientation. Pourtant, ce n'est pas tant le choix initial qui conditionne la réussite que la manière dont ces élèves sont accueillis ou accompagnés. Dans les lycées professionnels, des initiatives

intéressantes sont menées. Certains enseignants distinguent le fait d'éduquer et celui d'instruire. Ils ont conscience de leur rôle dans la réhabilitation scolaire de ces élèves qui passe par l'exigence et la bienveillance. La relation pédagogique s'avère primordiale pour la mobilisation scolaire. En expérimentant, les élèves s'autorisent à imaginer un autre monde et un autre avenir.

J'insiste sur la nécessité de distinguer ce que le monde médiatique dit de l'école de ce qui est vécu par les élèves eux-mêmes dans l'école. Il existe un écart entre l'image véhiculée sur la voie professionnelle et le ressenti des élèves eux-mêmes.

En 2011, j'ai interrogé plus de 1 000 étudiants par le biais d'un questionnaire et d'entretiens. J'ai pu constater que les étudiants qui réussissaient leur parcours au sein de l'université parvenaient à concilier trois dimensions dans leur expérience : la socialisation aux conditions d'étude (compréhension des normes universitaires, gestion d'un emploi du temps, etc.), la construction de stratégies d'apprentissage (réécriture, recherches complémentaires, révisions de dernière minute, etc.) et l'élaboration de projets professionnels d'avenir (certains jeunes n'ont plus une idée aussi précise de ce qu'ils veulent faire lorsqu'ils progressent dans leur parcours).

III) Ce que l'école et l'université « font » à leurs publics : le cas des élèves de lycée professionnel et des étudiants de licence

Il existe des facteurs spécifiquement scolaires qui créent ou amplifient les vulnérabilités, ainsi en est-il du harcèlement, des faits de violence, mais aussi de l'évaluation, des appréciations et du jugement porté sur une partie des élèves. La question des modalités d'évaluation pose question. Nous savons qu'une forme d'évaluation régulière et légèrement indulgente fait progresser les élèves et leur donne confiance. La pertinence de l'autoévaluation est également reconnue.

L'institution scolaire comporte des paradoxes. L'orientation des élèves contribue parfois à encourager l'émergence de l'ambition mais elle peut également générer un certain découragement. Il convient de s'interroger sur ce que l'école fait aux individus de manière durable. Lorsqu'il est demandé à des jeunes finissant leurs études de se décrire, il n'est pas anodin de constater que les jeunes qui rencontrent des difficultés se décrivent scolairement alors que les jeunes qui réussissent se décrivent par d'autres critères.

A l'université, le paradoxe réside dans le fait que les étudiants les plus vulnérables socialement et scolairement sont aussi ceux qui bénéficient du plus faible encadrement. L'échec en licence 1 est très important même si des efforts sont consentis. La notion d'échec doit toutefois être analysée de manière dynamique car certains parviennent à en tirer profit en deuxième année.

IV) La mobilisation scolaire, une question de pédagogie, d'appuis institutionnels mais aussi de justice sociale

Un principe préalable doit guider toute réflexion sur la vulnérabilité : celle-ci n'existe pas en tant que telle. Elle est le résultat d'une multitude de facteurs qui invitent à une rupture épistémologique. Par exemple, des élèves en grande difficulté sociale et économique parviennent à se mobiliser « malgré tout » sur les savoirs.

Certains élèves en situation difficile trouvent dans l'école, dans l'adulte, dans l'accompagnement, le courage de se reprendre en main.

Fondamentalement, la question de la reconnaissance s'avère déterminante car tous les individus sont en quête de reconnaissance. Les jeunes ne devraient pas être vus de manière strictement scolaire et devraient être considérés pour ce qu'ils sont. Une société est d'autant plus démocratique que toutes ses institutions publiques et ses associations se soucient du bien-être des plus faibles.

Il faut réinventer de nouvelles manières de « faire société ». Il faut recréer le lien social, mobiliser des moyens en partant du « principe de différence » tel que défini par John Rawls et il s'agit également de donner une assise empirique à la notion de parcours jusqu'à l'aide à l'entrée dans la vie active dont on sait qu'elle doit beaucoup aux ressources, aux réseaux relationnels et aux compétences informelles.

Pour conclure, la société du « care » peut engendrer le délitement du lien social et naturaliser les vulnérabilités. Or ce sont aussi les conditions sociales et économiques ainsi que le travail des institutions qui peuvent soit renforcer, soit réduire les vulnérabilités.

Echanges avec la salle

Nathalie GODART, enseignante à la faculté de médecine

Comment pouvons-nous accompagner les plus faibles ? Seriez-vous prêt à monter des recherches en partenariat avec la FSEF sur la question du savoir-faire pour accompagner les plus faibles et recueillir leur témoignage ?

Aziz JELLAB

Je suis toujours intéressé par les recherches mais une contrainte de temps se pose. Nous pouvons échanger sur le sujet après le colloque si vous le souhaitez.

Ceux qui partent de l'école se lancent dans une quête de réparation de ce qu'ils ont vécu. Malgré leurs difficultés, ils ne sont pas contre l'école. Ils reviennent même parfois à l'école, après avoir vécu d'autres expériences, pour compléter leur parcours.

Les savoirs ne sont pas toujours des savoirs scolaires. La notion de situation financière s'avère déterminante. La notion de savoir-être apparaît de plus en plus et implique des compétences implicites.

Il faudrait s'interroger sur la manière dont les élèves se construisent des compétences qui servent à entrer dans la vie active, à prendre des initiatives et à s'engager. Dans le champ de la sociologie, les travaux s'avèrent insuffisants sur ces sujets.

De la salle

Quelle est la place des parents ? Qu'est-ce que l'enfant cherche à réparer ? Ce sujet me semble fondamental.

Frédérique WEIXLER

Ce sujet est majeur. Cet axe fort a été développé dans la politique publique mise en œuvre.

L'école de Jules Ferry était fermée aux parents et le modèle a longtemps écarté les parents du système.

J'ai travaillé pendant deux ans dans un cabinet ministériel. A l'occasion d'un déplacement sur le terrain, nous avons rencontré un élève de 18-19 ans qui était revenu à l'école après une rupture. Le jeune était fier de ramener de bonnes notes à la maison. Nous avons également rencontré la mère qui a pris la parole pour indiquer que c'était la première fois que l'école lui disait du bien de son fils. L'école n'avait eu aucune interaction positive avec cette famille depuis son entrée à l'école. Nous avons construit quelque chose à partir de ce moment. Le pire dans tout ça, c'est qu'il n'y avait aucune volonté de malveillance.

Le trépied école-famille-élève s'avère incontournable. Si le lien n'est pas construit de manière sécurisée et en confiance, la relation sera facilement rompue ou distendue en cas

de turbulences. La tâche à accomplir s'avère considérable mais la prise de conscience est réelle.

Aziz JELLAB

S'agissant des relations école-famille, le rapport au savoir se construit au travers de l'histoire familiale. Pour une partie des élèves, le fait de réussir peut être vécu comme une forme de fierté mais certains le vivent comme une manière de trahir leur milieu familial.

Je vous invite à prendre connaissance de la documentation de l'IFE (Institut français de l'éducation) qui a développé des ressources très complètes sur le sujet.

De la salle

Vous avez parlé des compétences sociales. Nous les intégrons dans les compétences psychosociales. Le développement de ces compétences permet d'améliorer le bien-être, l'empathie, etc. Comment développer ce sujet au sein de l'éducation nationale ?

Frédérique WEIXLER

A l'origine, enseignants et élèves étaient considérés comme des êtres désincarnés. Nous sommes entrés dans le sujet par le biais de la bienveillance, de manière partenariale. Nous ne pouvons pas mettre en avant les compétences psychosociales car les enseignants ne se sentent pas formés.

Nous avons besoin de compétences croisées pour progresser.

De la salle

Comment distinguer déscolarisation et décrochage ?

De la salle

J'évolue dans un milieu où l'accompagnement à la scolarité est assuré par des acteurs associatifs et bénévoles. Ils sont généreux, disponibles et empathiques mais ils témoignent de leur impossibilité à travailler en lien avec l'Education nationale. Cette réalité peut-elle évoluer ?

Frédérique WEIXLER

Nous avons défini les différents objets dans le rapport concernant le décrochage. Le fait de considérer le décrochage comme une politique publique a été source de transformation pour l'école.

Le décrochage est un processus. Il y a souvent des prémices dans le parcours de l'élève avant 16 ans. Sur le plan administratif, il y a décrochage si l'élève n'obtient pas un diplôme de niveau IV ou de niveau V. Je suis disposée à vous communiquer des références précises.

Pour le grand public, le terme de « décrochage » ou de « décrocheur » est largement utilisé dans un sens extensif, mais dans un sens mobilisateur. Tous les pays qui ont réussi à faire baisser le nombre de décrocheurs sont parvenus à mobiliser toute la société sur ce sujet.

S'agissant de la deuxième question, je connais les difficultés évoquées car je suis également impliquée depuis très longtemps dans le milieu associatif. Tout n'est pas résolu. Il faut être capable de se mobiliser collectivement sur un objet de travail pour dépasser ces difficultés. Il ne faut pas se fixer sur la contractualisation et se mettre autour de la table pour déployer des projets.

La vicariance

Alain BERTHOZ

Neurophysiologiste français, membre de l'Académie des sciences, de l'Académie des technologies et professeur honoraire au Collège de France

Je remercie la Fondation d'avoir pris le risque d'inviter la seule personne incompétente en matière d'adolescents. J'ai toutefois sept petits-enfants et une fille, chercheuse à l'INSERM, spécialiste de l'adolescence.

Les organisateurs m'ont demandé d'aborder le concept de la vicariance. En guise d'introduction, je souhaite rappeler que, face à la complexité du cerveau, les organismes vivants ont mis au point des solutions pour aller vite et être performants. Ces solutions sont des principes simplificateurs qui ne sont pas simples. Le principe de diversité a été nommé vicariance.

Ce concept s'avère fondamental en paléontologie. Il a également été utilisé en psychologie différentielle (Reuchlin). Il s'agit de considérer que chaque individu disposerait de plusieurs processus vicariants pour remplir une fonction donnée et s'adapter à la situation dans laquelle il se trouve. Toutefois, l'école de psychologie différentielle a disparu. En tant que spécialiste en psychologie expérimentale et en neuroscience cognitive, pendant près de 40 ans, j'ai constaté que le modèle principal de toutes nos publications a été le sujet moyen. Mes ouvrages sur la vicariance et la simplicité intéressent aujourd'hui une dizaine d'universités en Italie qui souhaitent totalement refonder la pédagogie et la didactique. Il s'avère qu'en Italie, l'enseignement est normé. Chaque discipline a ses théories. Toutefois, l'étudiant a été oublié. Nous assistons à un renouveau des publications qui tiennent compte du fait que chacun d'entre nous peut faire une même tâche en ayant recours à des processus différents. C'est ce que l'on appelle la vicariance fonctionnelle.

La pédagogie vicariante a été développée par Bandura. On parle également de vicariance sensorielle. Il est par exemple possible de substituer la peau à la vision. S'agissant de la vicariance d'usage, il faut retenir qu'un même objet peut servir à divers usages. Von Uexküll l'illustre par ce magnifique exemple : « La tige de la fleur se métamorphose dans les quatre milieux de la jeune fille, de la fourmi, de la larve, de la cigale et de la vache. Elle est une parure, un chemin, un matériau de construction, une nourriture. » La notion de vicariance est universellement reconnue dans de nombreuses disciplines pour expliciter le fondement du vivant, c'est-à-dire la diversité. Un enjeu majeur se présente pour refonder une méthodologie sur ces questions.

Le concept a donné lieu à de nombreux usages car il reflète une propriété fondamentale du cerveau humain et du vivant, ainsi que de sa flexibilité et de sa plasticité. Il faut comprendre les bases neurales du processus. Comment refonder une théorie de la vicariance basée sur le fonctionnement cérébral et les propriétés du vivant ?

Intéressons-nous à une étude menée par Olivier Houdé en 2008 sur la vicariance fonctionnelle. Il a été demandé à un sujet de réaliser une tâche logique et perceptile. Au début de l'expérience, le sujet fait des erreurs. L'IRM de son cerveau révèle alors qu'il utilise la partie postérieure du cerveau, c'est-à-dire qu'il accomplit cette tâche avec des stratégies perceptives. Vient un moment où des activités apparaissent dans le préfrontal, c'est-à-dire dans les structures qui sont impliquées dans le raisonnement logique. On observe un basculement, une vicariance fonctionnelle, qui traduit le remplacement des stratégies perceptives par des stratégies logiques accompagnant la perception.

Prenons un cas particulier de vicariance : un grand nombre de déficits apparemment perceptifs ou sociaux sont dus en partie à des déficits de la manipulation des référentiels spatiaux et des changements de point de vue. Je vais vous entraîner dans une relation entre le raisonnement, l'accès au réel et la notion de référentiel spatial.

J'ai proposé aux neurologues et psychiatres avec qui je travaille l'idée selon laquelle cette difficulté à manipuler des référentiels spatiaux est liée à un trait transnosographique (anxiété spatiale, troubles vidéospatiaux, déficit de l'attention, autisme, schizophrénie, anorexie mentale).

Je m'intéresse aussi à une question plus large. Au cours de l'Histoire, on a utilisé des enfants pour les endoctriner, enfermer leur cerveau dans des schémas mentaux rigides qui engendrent l'intolérance, la haine, le fanatisme ou la dépendance cognitive. En général, on endoctrine les enfants entre 7-8 ans et 14-15 ans (fanatisme religieux, enfants soldats, enfants cybernétiques, etc.). Il faut s'interroger sur la vicariance comme une capacité à appréhender divers moyens pour comprendre le monde. Apprendre ne suffit pas, il s'avère plus important de comprendre.

Dans l'ontogenèse de l'enfant, nous constatons une progression dans la capacité à changer de point de vue, à changer de stratégie cognitive. La littérature s'avère particulièrement riche sur la capacité à interagir avec autrui. Les psychologues affirment qu'il faut attendre l'âge de 4 ans pour que l'enfant ait la capacité de relier les événements personnels avec ceux du monde extérieur. Aux alentours de quatre ans, l'enfant prend conscience qu'il existe un monde extérieur qui a son histoire. Toutefois, l'enfant reste égocentré car il perçoit de son point de vue le fait qu'il a son monde et son histoire et qu'il y en a une autre. Il n'a pas encore acquis la possibilité de changer son point de vue.

Piaget considère qu'il faut attendre 7-8 ans pour que l'enfant puisse imaginer les différents points de vue de façon différenciée (expérience des trois montagnes).

Je souhaite illustrer ce que j'entends comme référentiel. Chacun est en mesure de visualiser le chemin qu'il a parcouru pour venir à ce colloque, entre la sortie du métro et cette salle. Vous faites appel à une stratégie cognitive égocentrée basée sur vos mouvements. Les femmes apprécient cette stratégie.

Une autre stratégie consisterait à utiliser une carte de cet endroit : on parle alors de stratégie allocentrée qui permet de retourner à son point de départ par un autre chemin.

Enfin, il existe également une stratégie hétérocentrée dans laquelle autrui peut servir de référentiel. Je sais par exemple que le directeur général surveille sa montre pour savoir si je vais tenir le délai imparti pour ma présentation.

Notre cerveau utilise en permanence des référentiels multiples. Une littérature très vaste montre que des réseaux différents dans notre cerveau opèrent ces différents espaces et ces différents référentiels. Il convient de manipuler les référentiels spatiaux pour comprendre ces notions.

Pour revenir à la question du développement, nous avons opéré, avec des spécialistes de l'enfant, et notamment Jessie Bullens, des travaux sur la navigation spatiale pour déterminer à quel âge les enfants sont capables de passer de la perception égocentrée à une représentation allocentrée (cartographique et globale) du monde.

Dans une tâche de navigation, des enfants très jeunes peuvent adopter une stratégie allocentrée après 4 ans, mais ils deviennent plus efficaces après 5 ans et s'en sortent encore mieux après 10 ans. Les aptitudes à utiliser une multiplicité de stratégies cognitives sont disponibles mais elles s'élaborent dans le temps.

Pour changer de point de vue, il faut être capable d'inhiber le point de vue égocentré perceptif initial et de construire une autre stratégie cognitive. C'est ce que nous avons déjà vu avec l'expérience d'Olivier Houdé sur la logique. Nous avons reconduit ce type d'expérience en utilisant une tâche de Piaget dans laquelle il s'agit de demander au sujet quel chemin est le plus long. Les erreurs faites dans la tâche allocentrée diminuent dans le

créneau d'âge compris entre 5 ans et 12-13 ans. Progressivement, la capacité de changer de point de vue s'élabore avant les bouleversements chimiques de l'adolescence.

Il faut construire des paradigmes nouveaux dès lors qu'on s'intéresse à la relation avec autrui. Dans ces paradigmes, il n'y aura pas seulement des objets et des espaces. Il convient de reprendre les notions de référentiels égocentré, allocentré et hétérocentré – en sachant que d'autres référentiels sont possibles.

Intéressons-nous à cette expérience qui consiste à travailler sur les changements de référentiels spatiaux. Un palais virtuel est soumis à un sujet et deux poubelles y sont positionnées. Pour déterminer la poubelle la plus proche de lui, le sujet va utiliser le référentiel égocentré car il met son corps en rapport avec la poubelle. Pour identifier la poubelle la plus proche du mur le plus long du palais, le sujet doit reconstruire la totalité de l'image du palais car seule une partie de l'image lui est présentée. Un changement de référentiel s'impose et nous opérons ce type de changement en permanence. Les structures du cerveau impliquées diffèrent selon les questions posées au patient, selon qu'elles impliquent une approche égocentrée ou allocentrée. Les patients schizophrènes rencontrent des difficultés pour changer de point de vue. Cela pourrait expliquer leurs difficultés à interagir avec le monde, à comprendre le monde, etc. en appliquant cette vicariance de point de vue.

Je peux vous citer une autre étude dans laquelle les questions posées au sujet l'amenaient à « se mettre à la place du personnage représenté ». Il s'avère que les patients ayant des lésions de l'hippocampe ont des difficultés à opérer ces changements de point de vue.

J'en arrive à la question suivante : quels sont les impacts sur la relation avec autrui ? Nous sommes amenés à aborder la question de l'empathie. Dans la relation avec autrui, le cerveau des émotions est impliqué. Une analyse du monde dans ses détails est réalisée dans le cortex temporal. L'évaluation par le système limbique de la valeur du monde s'avère fondamentale car elle va se combiner avec l'évaluation cognitive au niveau du cortex préfrontal.

Pour se mettre à la place d'autrui, il faut constituer un corps propre et assurer la cohérence du soi mais aussi être capable de manipuler les points de vue et les référentiels spatiaux. En d'autres termes, pour être capable d'être vicariant, il faut savoir exister.

S'agissant du problème de cohérence et de l'unité du corps propre, nous savons que certaines aires du cerveau sont cruciales pour la construction de l'unité du corps propre et des relations avec l'espace. Les dysfonctionnements de ces aires peuvent introduire un trouble de la capacité à changer de point de vue – et donc d'empathie. Le cerveau contient une partie cruciale pour la construction du schéma corporel (le double) : c'est la jonction temporo-pariétale. Dans cette partie du cerveau, il y a *body awareness and special relationship*. En anglais, deux termes sont utilisés : *awareness* et *consciousness* alors qu'en français, nous n'avons qu'un seul terme, la conscience. Selon moi, ce terme devrait être au pluriel.

L'aire corticale de projection vestibulaire est le référentiel spatial fondamental pour la construction du soi. Il ne suffit pas de parler des cinq sens. Dans l'oreille interne, nous avons des capteurs vestibulaires qui constituent la base du référentiel spatial fondamental, y compris pour la construction du soi. Les dissociations du soi (autoscopie, héautoscopie, etc.) sont en partie dues à des lésions intervenant dans cette zone. Des travaux remarquables de l'équipe d'Olaf Blanke (2004) ont mis en évidence que c'est bien dans cette zone que le schéma corporel est construit.

Tous les cauchemars et les rêves sont opérés dans une simulation mentale du cerveau en utilisant les modèles internes du monde.

Le double de nous-mêmes peut être implémenté expérimentalement à l'instar de ce qui a été mis en œuvre au travers de l'expérience « de la main de caoutchouc ». La main du sujet est cachée derrière un écran et une main artificielle en caoutchouc est placée devant lui. L'expérimentateur touche en même temps la main de caoutchouc et la vraie main. En très

peu de temps, le sujet a l'impression que la main de caoutchouc est sa propre main. Le dédoublement est une notion fondamentale, avec des conséquences multiples.

Les jeux vidéo sont problématiques car l'individu se projette complètement dans les avatars. Le soi est profondément impacté en retour.

Je travaille actuellement sur la coaction dans des mondes virtuels avec François Garnier à l'école des arts décoratifs. L'académie des sciences, l'académie de technologie et l'académie de médecine ont constitué un groupe de travail et devraient également rendre un rapport sur le sujet.

Je terminerai mon exposé sur la différence entre sympathie et empathie dans les relations avec autrui. Il est trop largement question d'empathie dans la société actuelle. On parle de machine à laver empathique, de voiture empathique, etc. : il s'agit d'une imposture scientifique.

Les philosophes allemands distinguent la sympathie et l'empathie.

- La sympathie est un processus spatial et temporel par lequel nous ressentons la même chose qu'autrui et au même moment.
- L'empathie est un processus spatial et temporel par lequel nous nous projetons mentalement dans le corps d'autrui. On éprouve les choses de son point de vue.

Le système miroir n'est pas de l'empathie mais de la sympathie. Si la maman fait une grimace, le bébé grimace. Si la maman sourit, le bébé sourit. Dès qu'un contact est établi avec le regard, le système des émotions est activé.

L'empathie n'est pas la « théorie de l'esprit ». L'empathie consiste à se mettre à la place de l'autre, avec un changement de point de vue (de référentiel spatial) et en utilisant son corps virtuel, son double.

Je vous propose une manipulation.

Alain Berthoz demande à l'assemblée de l'imiter. Il lève les bras comme s'il tenait une barre de funambule imaginaire. Soudainement, il oriente ses bras vers la gauche. La salle s'exclame.

Vous n'avez pas changé de point de vue. Vous avez fait de la sympathie au travers du système miroir. Au bout de 600 ms, vous avez changé de système dans votre cerveau. Les réseaux activés ne sont pas les mêmes, ce qui explique la différence entre autoscopie (le double sans changer de perspective) et héautoscopie.

Nous coopérons sur le sujet avec David Cohen, Jean Xavier et François Villa. Nous avons modélisé un enfant funambule. Nous recherchons des paradigmes nouveaux pour travailler sur ces questions.

Pour analyser la capacité à changer de référentiels spatiaux, nous développons des paradigmes s'inspirant du « tapis magique » qui est un test de mémoire spatiale. Les Italiens ont développé un test de marche. Ainsi, nous pouvons étudier la mémoire des trajets, le changement de points de vue, etc., ce qui nous permet de travailler dans le vrai monde, et pas uniquement sur papier ou en réalité virtuelle.

Le dernier paradigme que je souhaite vous montrer est celui de l'alter ego. C'est le paradigme de double miroir. C'est un jeu sur l'identité, la capacité de sortir de son corps. Sylvie Tordjman s'en est servie pour des patients schizophrènes. A Brest, ce test du double miroir est utilisé actuellement dans l'étude de la reconnaissance du soi dans l'anorexie mentale prépubère. Il s'avère que le sujet anorexique reconnaît plus tardivement sa propre image. Des coopérations seront indispensables pour approfondir ces recherches. Il faut impliquer des jeunes et des praticiens pour progresser.

Vincent BEAUGRAND

Pouvez-vous nous en dire davantage sur les différences de perception spatiale qui existent entre les hommes et les femmes ?

Alain BERTHOZ

Comme vous le savez, nous avons deux cerveaux : le cerveau gauche, qui le cerveau du langage, de la séquence, du détail et de la mémoire des trajets égocentrés et le cerveau droit, qui est le cerveau global, le cerveau de la cartographie, des « pensées magiques », des associations libres. Ces deux modes de simulation mentale du monde dialoguent entre eux.

Il n'est pas étonnant que le cerveau gauche soit impliqué dans des aspects séquentiels de l'action et de la perception car le langage est lui-même descriptif et séquentiel. Les différences entre les hommes et les femmes s'expliquent vraisemblablement par une différence de stratégie.

La question de la différence entre les hommes et les femmes, dans toutes les tâches spatiales, est une question scientifique et clinique déterminante. L'anorexie mentale touche essentiellement les filles alors que l'autisme concerne davantage les garçons. Dans toutes les questions qui concernent l'espace et les relations avec autrui, la littérature établit une nette différence. Je vous renvoie à deux livres incontournables : *Sex and Cognition* de Doreen Kimura et *Brain Gender* de Melissa Hines.

Les hommes et les femmes n'ont pas le même cerveau. Il faut l'accepter. Les manipulations de point de vue montrent une importante différence entre les hommes et les femmes. Les femmes préfèrent les stratégies égocentrées séquentielles liées à des repères verbaux plutôt que les stratégies allocentrées.

Quoi qu'il en soit, chacun d'entre nous est différent. C'est la vicariance. Je pense que certaines matières, telles que les maths et la géométrie enseignées à l'heure actuelle, sont davantage « faites » pour les hommes.

De la salle

Vous parlez de la capacité à changer de point de vue. J'ai travaillé avec des enfants jouissant d'un QI supérieur à la norme. Ceux-ci privilégient des stratégies qui désarçonnent leurs parents et leurs enseignants, notamment en calcul.

Je souhaite partager cette réflexion avec vous : « Ce n'est pas le doute qui rend fou mais la certitude. »

Alain BERTHOZ

Je suis sollicité pour intervenir dans tous les milieux : entreprises, artistes, etc. Je peux vous affirmer que tous les modèles sont à revoir.

LES ESPACES VIRTUELS : S'Y ÉPANOUIR OU S'Y PERDRE ?

Georges PICHEROT, pédiatre, médecin de l'adolescent, CHU Nantes et MDA 44

Je remercie les organisateurs de m'avoir confié la mission de modérateur. En articulation avec la précédente conférence, nous allons aborder les espaces virtuels. Il y a bien vicariance dans ce domaine.

Les jeunes face à internet et aux mondes virtuels. Quelles mutations identitaires ?

Stéphane BLOCQUAUX

Docteur en sciences de l'information et de la communication

Je travaille depuis 15 ans sur la question brûlante des *digital natives*, ceux qui sont nés avec le numérique. On a épuisé les générations X, Y et Z, alors les chercheurs parlent d'*alpha* depuis 2010. Il a fallu qualifier et nommer ces générations. On a longtemps parlé de fracture économique, numérique, mais aujourd'hui il est davantage question de fracture générationnelle.

Ces générations vivent avec le numérique « depuis le berceau ». Je dirais même avant puisque certaines mamans participent à des concours d'échographies en ligne pour élire le plus beau bébé avant même qu'il soit né. Pire encore, sur internet, certaines sociétés proposent de créer un cube contenant la représentation 3D de votre bébé à partir de l'échographie du cinquième mois. La technologie vient, en quelque sorte, vous « saisir » in utero. Vous vous faites *twitter*, *follower*, *hashtager*, *forwarder* avant même d'avoir poussé votre premier cri.

La précocité du numérique nous passionne et nous questionne. Au laboratoire des Arts et Métiers, nous travaillons sur la question de la réalité virtuelle. Le plus souvent, dans les lieux communs, on oppose le réel et le virtuel. Cette proposition mérite d'être brisée. Le virtuel n'est pas un espace contraire au réel.

Les mondes virtuels immersifs sont prégnants et précoces aujourd'hui. La précocité de l'immersif a été testée auprès de très jeunes enfants, âgés de 5 ans. J'ai rencontré 150 000 jeunes ces quinze dernières années.

1) Réel ou virtuel ?

Qui a déjà mis un casque de réalité virtuelle immersif tridimensionnel ?...Moins de la moitié d'entre vous. Il s'agit d'une expérience inoubliable. Avec un casque, vous êtes pris dans un monde virtuel. C'est la première technologie numérique « enfermante », la tablette et le portable étant ouverts sur l'extérieur, même si ces outils accaparent l'attention. Avec un casque sur les yeux, l'individu se coupe du monde réel. Les seules interactions possibles avec d'autres humains se font par le truchement d'avatars.

Dans ces moments virtuels immersifs, il est possible de structurer de nouveaux gestes. Les premiers rapports à l'outil sont féériques : il est possible de créer avec de la peinture qui « tient en l'air », de lancer des flocons de neige artificiels, etc. Il s'agit d'un espace de créativité et d'innovation. Malheureusement, quand cela s'arrête, vous réalisez que vous êtes dans votre cuisine, face à votre mère, avec des nouilles ! Ce casque magique ne permet pas d'éliminer le réel. Pour certains, la réalité peut donner envie de refermer le casque pour repartir dans un endroit magique.

Il existe même des harnais virtuels immersifs tridimensionnels. Ils donnent la possibilité de conduire des engins incroyables. Dans un bassin, il est même possible de nager avec des dauphins virtuels. Nous avons testé ces développements extraordinaires. De nouvelles formes de réalité vont s'imposer rapidement.

Nous avons rencontré des petits de cinq ans et nous les avons immergés. Les petits sont très à l'aise et parviennent à se déplacer avec le casque. Ils ont eu l'illusion de se promener sur la montagne et de jouer avec un chien robot. Ils savent utiliser les manettes de manière intuitive lorsqu'il s'agit de lancer un bâton au chien. Ensuite, ils ont eu l'occasion de toucher à tous les éléments présents dans une cuisine. Je me souviens d'un petit qui avait été dans la cuisine et qui s'est souvenu qu'il avait oublié de refermer le robinet. Il voulait remettre son casque pour y retourner car il était persuadé que sa bêtise était réelle.

La Fondation pour l'Enfance a sponsorisé ces projets. L'objectif est de pouvoir déterminer à quel âge l'enfant comprend qu'il s'agit d'une simulation. A partir de quel moment le casque de réalité virtuelle sera-t-il sans conséquence sur le psyché de l'enfant, en termes de confusion entre le réel et le virtuel ? Ces questions sont également liées à la manière dont on est immergé ainsi qu'à la durée d'immersion.

II) Cyber-outils, cyberdépendance ? Le netaholisme en question

Le contact direct avec les jeunes me permet de me saisir de cette question. Allons-nous vers les 35 heures numériques dès la quatrième ?

Lorsque je rencontre des jeunes, j'ai pour habitude de leur soumettre deux termes intrigants : « netaholique » et « nomophobe ». Si le premier est lié aux réseaux et traduit le fait d'être accro aux autres, à la connectivité, le deuxième concerne tous ceux qui ne peuvent plus se passer de leur téléphone portable.

Je vous soumetts le questionnaire que je propose aux jeunes. Ils doivent compter le nombre de fois où ils répondent « oui » à ces questions. Avec les jeunes, cette méthode nous permet de partager sur la question du virtuel. Il n'est pas envisageable d'aller à la rencontre des jeunes en leur affirmant « Nous allons parler des dangers d'internet. ». Le test permet d'envisager la question sous un angle ludique avant d'aborder la notion d'addiction. Nous essayons également de quantifier le temps passé sur internet en demandant aux jeunes de s'autoévaluer à partir d'un tableau. Les jeunes sont choqués du nombre d'heures total qu'ils passent sur internet, d'autant plus si le test leur est proposé pendant les vacances scolaires (certains atteignent des records de 60 à 70 heures par semaine).

En 2010, lorsque nous avons organisé les premiers tests, un élève sur trois en quatrième comptabilisait 30 heures par semaine d'activité connectée. En 2018, un élève sur deux atteint un total de 40 heures. Ces chiffres sont alarmants mais, en parallèle, nous pouvons nous réjouir de l'arrivée d'outils très pratiques (sur iPhone) qui permettent de calculer le temps passé sur les réseaux. Nous constatons que les jeunes passent de plus en plus de temps sur internet et que la majorité de ce temps est consacré aux réseaux sociaux.

III) Génération exhibition : quel impact identitaire ?

Qui a un compte Facebook dans la salle ? Je cherche un volontaire pour faire une expérience.

Une personne rejoint Stéphane Blocquaux sur l'estrade, derrière l'ordinateur.

Nous allons nous rendre sur votre page d'accueil Facebook. Je vous invite à entrer votre email et votre mot de passe. Je vous demande de taper un faux mot de passe, une couleur par exemple.

Je me connecte sur une plateforme sécurisée OVH. Je cherche à présent un fichier que je télécharge en quelques secondes. Et maintenant je suis en mesure de vous dire que le mot de passe utilisé pour cet exemple était « vert ». Vous avez pris la place du jeune qui, au cours de mes séances pédagogiques, découvre ce qu'il risque. Il m'a fallu moins de 10 secondes pour intercepter votre mot de passe Facebook. Et maintenant, ceux qui ont piraté votre compte sont en mesure de prendre votre identité.

Votre identité numérique sera immédiatement impactée. Il est possible d'entrer dans votre intimité, de connaître vos hobbies, d'activer vos réseaux, etc. voire de découvrir des photos déplacées, qui n'ont pas à tomber entre les mains d'un employeur par exemple. Les DRH ont d'ailleurs l'habitude d'activer des outils tels que WebMii qui fouille la réputation de la personne recherchée en vue de savoir à qui ils ont affaire.

Je souhaite également souligner que la réputation des jeunes est mise à mal dans des espaces qui posent problème, et notamment des espaces de téléchargement illégaux car ceux-ci s'avèrent incontrôlables. A titre d'exemple, j'ai trouvé un jeu vidéo japonais de simulateur de viol.

Pour terminer, je vous dirai que nous prônons trois pistes pour remédier aux mésusages du numérique.

- Développer et encourager la veille parentale numérique : il s'agit d'aider les parents à connaître les outils numériques et les usages juvéniles. Les parents doivent aller à la rencontre du virtuel.
- Définir un contrat parental numérique et mettre en place des dispositifs simples pour exercer une « vigilance numérique à distance » (chronométrer le temps d'usage par exemple).
- Savoir dire « non » et savoir s'ouvrir au dialogue. Certains philosophes travaillent sur l'autorité numérique. Si les enfants ne savent pas quoi faire sans outil numérique, il faut que les parents s'en occupent au lieu d'utiliser l'outil numérique comme une nounou.

La question de l'éducation virtuelle est, pour moi, bien plus vaste que celle de l'éducation numérique. Eduquer au virtuel, c'est prendre la mesure de l'immatériel et de ses conséquences.

Jouer, sur-jouer et déjouer : le normal, le pathologique, l'aide

Olivier PHAN

Psychiatre, Clinique Dupré, [FSEF](#)

De par mes fonctions, je suis en contact avec les joueurs, l'univers du jeu et les industriels. Avant tout, je souhaite rappeler qu'il faut éviter les diabolisations faute de quoi le risque d'être discrédité existe.

Mon propos vise à distinguer, derrière l'explosion de la technologie, ce qui relève de la normalité et du pathologique. Depuis 2005, dans les consultations en addictologie en pédiopsychiatrie ainsi que dans les consultations jeunes consommateurs, nous sommes uniquement confrontés aux joueurs de jeux vidéo. Les victimes de cyber-harcèlement et d'e-réputation ne nous contactent pas.

De nombreuses études ont été réalisées. La CIM11 qui date de juillet 2018 reconnaît deux types d'addiction : le *gaming* (jeux de hasard et d'argent) et l'*internet gaming disorder* (lié aux jeux vidéo). En d'autres termes, ce n'est pas internet qui est en cause mais ce qui en est fait, notamment au travers de l'interaction entre l'homme et la machine.

Les industriels mettent en avant les effets positifs du jeu vidéo. Les publications sont nombreuses sur le sujet. Il faut savoir que le joueur recherche le *flow*. Après avoir « picoré » quelques parties, le joueur s'accroche, s'implique dans le jeu et recherche à progresser. Le *flow* représente ce qui est recherché à travers les jeux. Il peut s'agir d'un accès à un monde imaginaire sans limites (*open world*), de la compétition, de la reconnaissance des pairs (gilde et team), des confrontations à d'autres joueurs ou d'un moyen de se détendre. A l'adolescence, l'appartenance aux guildes implique une responsabilité d'équipe, ce qui « oblige » à jouer.

S'agissant de l'acquisition de compétences à travers les jeux, la capacité d'avoir une représentation 3D à partir d'un texte a été reconnue en laboratoire. Cette compétence ne sert pas nécessairement à l'éducation nationale. Les études in vivo sont très peu nombreuses. Certes ces jeux développent des capacités mais celles-ci ne sont pas reconnues par l'éducation nationale.

C'est sur les *Massively Multiplayer Online* (jeux en ligne multi-joueurs) que les temps moyens de jeu sont les plus élevés. Les personnes que nous voyons en consultation sont majoritairement dépendantes à ces MMO. Parmi les usagers quasi quotidiens, la moyenne atteint 5,4 heures par jour le week-end et 2,9 heures par jour en semaine.

Les jeux les plus connus sont *World of Warcraft*, *League of Legends* et *Fortnite*. Certains psychologues ont même aidé les éditeurs de *Fortnite* à accrocher le jeune joueur. Il s'agit d'un MMO. Ce jeu gratuit attire les jeunes puis il les conduit à acheter du « skin », c'est-à-dire des tenues.

Deux types de paradigme industriel existent. Le premier consiste à vendre le plus de jeux possibles ; le deuxième consiste à proposer un jeu gratuitement et à gagner de l'argent en fonction du temps de connexion. Le temps de l'adolescent devient un enjeu industriel, ce qui engendre un système pervers.

S'agissant des liens entre les jeux vidéo et l'agressivité, aucune étude sérieuse n'a révélé que des actes délictueux ou criminels aient été réalisés à cause des jeux vidéo. La littérature est nombreuse sur le sujet mais aucun lien n'a pu être établi entre jeux violents et

actes de violence. Toutefois, une agressivité à la fin du jeu peut être observée. Ce n'est pas la violence du jeu qui rend violent mais la frustration de perdre qui entraîne une augmentation de l'agressivité.

Les collégiens sont la principale cible de Fortnite (9-12 ans). Certains jouent entre 4 et 7 heures par jour et nous les retrouvons en consultation car les conséquences de cette addiction ne sont pas inexistantes.

Certains mettent en avant l'acquisition de compétences au travers du jeu. Les joueurs pathologiques ne se voient d'ailleurs pas comme un « addict » mais comme un « pro-gamer », c'est-à-dire un professionnel du jeu. Nous sommes en train de monter une étude sur la différence entre le joueur professionnel et l'addict. Un joueur professionnel a des compétences exceptionnelles et une intelligence supérieure qui le positionnent en première place dans n'importe quel jeu. Les jeunes ont l'illusion d'être des champions alors que la réalité est différente.

Un autre problème de l'addiction des jeux réside dans le temps passé à jouer. Une journée n'a que 24 heures. Le temps passé sur cette activité fait perdre du temps pour d'autres activités. Tous les moyens sont utilisés pour capter l'attention du jeune vers des activités ludiques qui ne peuvent se faire qu'au détriment d'autres activités (famille, école, loisirs). Au-delà des études en laboratoire, des études in vivo seraient riches en enseignement en la matière.

Quel est le rapport avec la pathologie psychiatrique ? Les acteurs du jeu vidéo considèrent que le jeu n'est qu'un révélateur de la pathologie psychiatrique. Une comorbidité importante a effectivement été observée pour la dépression et l'anxiété sociale. Le jeu vidéo a d'ailleurs tendance à aggraver la phobie sociale.

Un adolescent bien dans sa peau, dans sa famille, dans son environnement n'est pas à risque. Le risque existe en présence d'un terrain de vulnérabilité qui peut être de trois ordres : une vulnérabilité personnelle, une vulnérabilité familiale et une vulnérabilité environnementale. A partir de cette vulnérabilité, un jeune est susceptible de s'engouffrer dans le jeu et la dépendance. Typiquement, il s'agit d'un adolescent qui ne se sent pas à l'aise en cours, qui développe des attitudes phobiques et qui se retrouve dans le jeu dans un personnage fort. Or, plus il s'enferme dans le jeu, moins sa scolarisation devient satisfaisante et un cercle vicieux commence.

Nous avons identifié différentes phases pour distinguer les types de joueur. Si certains joueurs sont parfaitement insérés, nous rencontrons en consultation des joueurs dont l'addiction produit des conséquences à court terme, et notamment sur l'atmosphère familiale. Or c'est justement l'atmosphère familiale qui est souvent à l'origine de l'addiction. Les parents achètent le jeu, considérant qu'il s'agit d'un excellent baby-sitter. Cette stratégie finit malheureusement par se retourner contre eux. Pire encore, ils sont impuissants face à l'addiction de leur enfant qu'ils voient s'aggraver sous leurs yeux, au quotidien. A partir d'un certain stade, débrancher le câble ne sert plus à rien. L'enfant trouvera toujours un moyen d'arriver à ses fins, en actionnant des moyens de pression. Nous sommes également de plus en plus confrontés aux joueurs « no life », qui ne sortent plus de leur chambre, que nous sommes contraints d'hospitaliser. Il s'est avéré qu'ils ne souffraient pas d'un trouble psychotique mais d'un enfermement.

Que pouvons-nous proposer à ces joueurs ?

Premièrement, le programme ARCADE (action pour la réduction des consommations abusives des écrans) est présenté dans les collèges pour travailler sur la représentation des jeunes sur les jeux. Cette démarche doit leur permettre d'acquérir des compétences psychosociales sur la problématique des écrans. Les jeunes doivent être en mesure de s'autoévaluer et de se forger leur propre jugement. Nous nous efforçons de leur proposer des instruments validés.

Deuxièmement, l'approche familiale s'avère déterminante. Les thérapies individuelles ne donnent pas suffisamment de résultats concernant les jeux vidéo. L'interaction avec les

parents s'avère incontournable. Nous sommes sur le point de valider un modèle d'approche familiale systémique stratégique, basé sur le modèle utilisé pour le cannabis que nous adaptons aux écrans. Nous finissons une étude pilote (MDFTe) pour identifier quelles mesures peuvent être envisagées dans la famille et dans le contexte extrafamilial. Pour faire évoluer l'adolescent, il faut que le système bouge.

Enfin, nous proposons un programme d'hospitalisation en soins-études sur deux sites (Dupré et Neufmoutiers) pour les patients qui présentent des conduites addictives. La durée du séjour est de six mois renouvelables. Nous avons constaté que les joueurs avaient de gros défauts cognitifs avec des troubles de l'attention. Pour eux, la lecture n'est pas un plaisir, ce qui rend la scolarité pénible. La thérapie familiale, la remédiation cognitive (donner le goût aux études par le résultat) et les médiations sont des piliers sur lesquels nous nous appuyons.

Echanges avec la salle

De la salle

Où peut-on adresser les adolescents suspectés d'être addicts aux jeux vidéo ?

Olivier PHAN

Il existe 500 consultations jeunes consommateurs (CJC) qui sont susceptibles d'accueillir ce public en France à l'heure actuelle. Le personnel s'avère toutefois insuffisant, ce qui s'avère problématique.

Je vous invite également à vous tourner vers les maisons des adolescents et les services de pédopsychiatrie.

Nous misons fortement sur la formation. Les internes ne doivent pas uniquement être formés à la médication. Il faut que les spécialistes soient habitués aux troubles du comportement et formés aux techniques de psychothérapie.

La liste des CJC est disponible sur le site de la MILDECA.

De la salle

Comment contacter ARCADE ?

Vincent BEAUGRAND

Nous devons nous mettre en capacité de déployer les études et les travaux qui sont réalisés afin qu'ils puissent être déployés largement.

Olivier PHAN

A ce stade, le programme a été écrit et le manuel de formation des intervenants a été rédigé.

De la salle

L'addiction aux jeux pourrait-elle être retournée de façon positive sur la prévention à la santé ?

Olivier PHAN

Lorsque je rencontre un joueur, je m'efforce d'analyser ses qualités sur le jeu en vue de les développer dans le monde extérieur. Un joueur phobique parvenait à contrôler ses émotions lorsqu'il jouait. Nous avons travaillé sur cet aspect.

Stéphane BLOCQUAUX

Il n'y a pas d'information sur les jeux vidéo auprès des parents. Ces derniers considèrent tous les jeux comme « débiles ». Je tiens à rappeler le principe du jeu « le Cochon qui rit ». Je me demande comment les parents font pour y percevoir un aspect éducatif, et non « débile ». La fracture générationnelle mérite d'être prise en considération. Je pense que les parents doivent s'impliquer dans la finalité des jeux.

De la salle

Des jeux sont-ils développés pour être bienveillants ?

Olivier PHAN

J'ai une vision négative des *serious games*. Il s'agit d'un argument commercial avant tout.

Georges PICHEROT

Le CSA étend son action et se charge d'assurer une surveillance des jeux vidéo.

De la salle

Vous parlez des parents. Je m'interroge sur la génération future des parents qui sont des *gamers* d'aujourd'hui.

Olivier PHAN

Certains parents sont joueurs mais voient la différence entre jeu normal et jeu pathologique. Il ne faut pas diaboliser. Les recherches doivent se poursuivre.

Georges PICHEROT

Le rapport ELF s'intéresse au temps d'utilisation des écrans. Les recommandations sont davantage ciblées sur le temps d'inactivité que sur les écrans eux-mêmes.

Stéphane BLOCQUAUX

J'ai un ami qui mène des recherches sur le divorce numérique. Je vous donne l'exemple du couple dans lequel chacun passe sa soirée derrière son ordinateur, referme son ordinateur et se couche sans se dire un mot comme si c'était normal. Je pense que le taux de natalité risque de s'en trouver impacté.

QUAND L'ESPRIT S'ATTAQUE AU CORPS ?

Pr Philippe AZOUVI, Médecin MPR, Hôpital Raymond-Poincaré Garches, UVSQ

Nous allons aborder des problèmes à la frontière entre la psychiatrie et la réadaptation, sujet qui me tient à cœur.

S'attaquer pour se défendre : les automutilations au risque de la compréhension et des soins

Ludovic GICQUEL

Psychiatre

Pour commencer, je souhaite vous communiquer un point d'actualité : Instagram a décidé d'interdire les images d'automutilation sur son site, ce qui révèle une certaine prise de conscience.

Les automutilations s'intègrent dans le cadre des comportements autoagressifs (accidents à répétition, conduites à risque, tentatives de suicide, etc.). Ces comportements peuvent être fédérés autour de quatre caractéristiques majeures : unique ou multiple, avec ou sans dommages corporels, avec une létalité variable, directe ou indirecte.

Les automutilations ont eu beaucoup de dénominations. Au début des années 2000, le terme anglo-saxon NSSI (Non-Suicidal Self-Injury) a remporté le plus large consensus. Les Anglo-saxons utilisent deux dénominations : « self-mutilation » et « automutilation ». La deuxième s'utilise pour les animaux tandis que la première concerne les humains.

Les automutilations sont des conduites intentionnelles, autoeffectuées, à faible atteinte vitale corporelle, d'une nature socialement inacceptable et réalisées afin de réduire une détresse psychologique. Il y a quelques années, les piercings étaient perçus comme une automutilation. Comme ils sont devenus socialement acceptables, la perception de la société a évolué.

Il convient de souligner la continuité normale, pathogène, pathologique. Il convient de resituer les comportements autoagressifs fédérés par le développement de tout un chacun et de pointer qu'il ne s'agit pas d'un comportement qui vient de nulle part. Il accompagne un développement. Les automutilations doivent être replacées dans un processus développemental. Avoir recours à ce type de comportement fait partie de notre potentiel. La dimension « culturellement signifiante » est également déterminante (tatouages, etc.).

Jusqu'à deux ans, on peut se blesser, s'agresser. On ne peut pas parler d'automutilations pathologiques. Il s'agit d'explorations du développement proprioceptif, sensoriel, etc. qui finissent par disparaître. Dans certains cas, ces comportements

ressurgissent à l'adolescence. Ils peuvent également aller de pair avec les fonctionnements limites ou les troubles borderline.

En termes de données, ce phénomène est nettement plus répandu que ce que l'on peut croire. 14 % des lycéens et 12 % à 17 % des étudiants sont concernés.

L'étude HBSC (2012) a permis d'interroger 1 800 adolescents de 15 ans en Alsace et en Poitou-Charentes sur cette question : « au cours de votre vie, vous est-il déjà arrivé de vous blesser volontairement, sans vouloir vous tuer ? » 42,7 % de filles et 22,4 % de garçons ont répondu positivement, en population non clinique de jeunes de 15 ans.

Une extrapolation du clinique vers le non clinique a longtemps été opérée. Toutefois, les caractéristiques des populations cliniques ne sont pas nécessairement transposables aux populations non cliniques. Les troubles borderline sont massivement féminins en population clinique parce que les femmes consultent davantage les psychiatres. En population générale, autant d'hommes que de femmes sont concernés.

Sur la population générale, une hausse de 250 % a été enregistrée en 20 ans, soit 1 % à 4 % de la population. Chez les patients borderline, la part concernée est très élevée. Les automutilations sont également répandues dans les services de psychiatrie et en prison.

Le passage d'un rituel sociétal à une pathologie de société mérite d'être questionné. La massivité de ce comportement pose la question de la fonction de ce comportement.

Une analyse de l'évolution de 24 symptômes sur dix ans a été réalisée. Il en ressort que les automutilations et les tentatives de suicide durent généralement de deux à quatre ans. Cette étude a également permis de distinguer les symptômes aigus (borderline-like) et les symptômes tempéramentaux. Il en ressort également que ce n'est pas le trouble qui n'est pas stable. Cependant, la manière de diagnostiquer le trouble n'est pas nécessairement adaptée.

S'agissant des aspects cliniques, les automutilations sont souvent un symptôme de dysrégulation émotionnelle. Les soignants sont désemparés face à de tels agissements et ne peuvent pas être émotionnellement neutres face à une adolescente qui montre ses poignets ensanglantés.

Les automutilations commencent classiquement à la puberté. En population clinique, une surreprésentation féminine peut être notée alors que la parité est observée en population non-clinique. Les jeunes hommes favorisent davantage les coups tandis que les jeunes filles ont tendance à s'automutiler. Il s'agit souvent de comportements transitoires.

La séquence est souvent la même : un élément déclenchant qui s'accompagne d'un malaise sous fond d'humeur dysphorique. Un enfermement se produit sans permettre une autre issue que l'automutilation. Un laps de temps très court s'écoule entre le moment où la patiente pense à s'automutiler et le moment où le passage à l'acte est opéré.

Les automutilations ont été catégorisées (classification de Favazza) mais cette classification n'est plus utilisée car elle tendait à enfermer les automutilés dans une catégorie donnée en fonction de la technique privilégiée (se couper, se brûler, etc.). Or des comportements automutilateurs peuvent apparaître pour des mêmes raisons ou pour des raisons diamétralement opposées.

En fonction du type d'antécédent traumatique, on ne s'automutile pas pour les mêmes raisons. L'acte d'automutilation ne passe pas par le même « tuyau » selon le traumatisme vécu. En cas d'abus physique sexuel, c'est plutôt l'impulsivité qui va médier le recours à l'automutilation alors que, si le traumatisme relève du registre émotionnel ou physique, c'est la distribution émotionnelle qui sera le moteur poussant à l'automutilation. A comportement identique, on s'aperçoit que ce qui est sous-jacent peut varier.

Nous travaillons sur un modèle visant à déterminer s'il s'agit d'une automutilation épisodique, transitoire prononcée ou chronique. Le produit des interactions traumatiques d'un individu génère un certain nombre de dimensions qui, ensemble, vont provoquer des symptômes ou des structurations de personnalité.

L'automutilation a une fonction de révélateur. L'adolescent cherche à communiquer en signifiant qu'il a un passé traumatique. C'est également sa manière de signaler qu'il tient encore, mais qu'il ne sait pas combien de temps il pourra lutter contre la tentative de suicide. Les automutilés ont un risque de tentative de suicide multiplié par 10. Il s'agit souvent de la dernière marche à franchir avant le passage à l'acte. Il faut toutefois retenir que s'automutiler n'est pas se suicider.

La dimension collective est également déterminante. Les élèves témoignent souvent de leur première expérience. En groupe, au fond de la classe, elles ont commencé à s'automutiler pour faire comme leurs copines, en se griffant l'avant-bras avec un compas. La contagion est un autre aspect du phénomène à ne pas négliger. Ce phénomène doit être pris en compte au niveau institutionnel.

Il convient de déterminer s'il s'agit d'une crise ou d'une stabilité. Nous bataillons avec les généralistes afin que ceux-ci s'efforcent de rechercher les automutilations. Il faut interroger les étudiants sur ces « nouveaux symptômes ». Il convient de distinguer le fond et la forme.

En outre, l'utilisation des compas favorise la transmission des maladies. Explorer avec attention le premier épisode (contexte, cadre) de passage à l'acte s'avère incontournable. L'automutilation est une fausse solution pour un vrai problème. On entend souvent que ces agissements constituent un moyen d'apaiser une souffrance psychique par un médium corporel.

Pour conclure, je souhaite attirer l'attention sur les médiations corporelles. Les infirmières, les psychomotriciens, etc. sont mobilisés pour intervenir auprès des adolescents. Le médium pour véhiculer la souffrance étant un médium corporel, il s'avère pertinent d'y répondre avec un soin corporel.

Pr Philippe AZOUVI

Ces conduites à risque sont-elles un facteur prédictif qui doit faire craindre une tentative de suicide ?

Ludovic GICQUEL

Il faut se demander ce qui va engendrer le passage d'un stade à l'autre. L'effondrement dépressif peut s'incarner par des scarifications et se poursuivre par une tentative de suicide. Nous avons observé le même phénomène chez les étudiants touchés par le binge-drinking. Pour un certain nombre d'entre eux, la bascule entre le phénomène de binge-drinking et l'alcoolodépendance était médiée par des hauts niveaux d'alexithymie. Plus nous allons les connaître, plus nous allons pouvoir anticiper les dimensions d'intérêt, c'est-à-dire les facteurs qui contribuent à l'émergence ou à l'entretien du phénomène.

Nous sommes souvent interpellés par l'apparition d'un symptôme mais pas par sa disparition. Or l'automutilation est un symptôme transitoire. Pourquoi l'adolescent a-t-il eu recours à cette stratégie de régulation émotionnelle ? Il conviendrait de se pencher sur l'aménagement qui a été opéré et qui a permis de mettre un terme à ce comportement.

Approche transdisciplinaire des tentatives de suicide par précipitations

Philippe LESIEUR

Psychiatre chef du service transdisciplinaire CMPJA Bouffémont et une équipe soignante

Je suis présent avec deux infirmières et je leur passerai la parole pour qu'elles abordent des cas pratiques.

Je souhaite introduire mon propos avec une chanson de Félix Leclerc, le Train du Nord. Il y est question d'une personne qui « voulait débarquer » du train alors qu'elle y était seule puisqu'elle en était « le conducteur ». « Imaginez pour voyager, si c'est pas la vraie p'tite douleur... »

Je souhaite utiliser une autre image issue de la mythologie grecque : « les Destinées humaines ». Les Moires étaient les divinités maîtresses de la destinée humaine. Elles occupaient une position supérieure à celle des dieux. Je souhaite effectuer un parallèle avec les patients ayant fait un acte grave qui se réveillent et qui sont toujours vivants. Les jeunes s'interrogent souvent sur cette question : « c'est quoi, mon destin ? »

Avant de poursuivre, il convient de noter la différence entre une approche transdisciplinaire et une approche pluridisciplinaire. La première repose sur une association de disciplines ayant vocation à aborder un objet complexe, non appréhendable par une discipline seule, tandis que la seconde est une juxtaposition de disciplines dans une optique de complémentarité.

Penchons-nous sur les polytraumatismes faisant suite à une TS par précipitation (d'une hauteur ou devant un objet en mouvement). En moyenne, les patients ont six traumatismes importants (fractures ou lésions). Le pronostic vital est systématiquement en jeu. La TS les conduit dans une succession de temps de soins multiples (SMUR, MCO, SSM, MPR), avec des enjeux différents.

Les TS par précipitation représentent 10 % des décès par suicide. Cette modalité est un peu plus féminine que masculine. En France, environ 5 personnes sont hospitalisées dans un service de MCO suite à une tentative de suicide par précipitation. Dans 1 cas sur 5, il s'agit d'un adolescent-jeune adulte.

1000 patients ont été reçus au sein de notre service transdisciplinaire depuis qu'il a été ouvert en 1993. Nous sommes sollicités après la tentative de suicide, au sortir de la chirurgie, pour des patients nécessitant une rééducation fonctionnelle intensive. La durée d'hospitalisation est dictée par la MPR, avec une moyenne de 5 mois et une médiane de 3,5 mois. Ce délai qui s'inscrit dans la durée permet au psychiatre de « monter dans le train », pour reprendre l'image de Félix Leclerc.

L'équipe du service transdisciplinaire se divise en différentes catégories : certains professionnels sont spécialisés en psychiatrie, d'autres en rééducation, tandis que certains personnels (IDE, ergothérapeute, assistante sociale, secrétaire) sont impliqués à la fois dans les soins psychiatriques et somatiques.

Je passe la parole aux infirmières pour qu'elles illustrent mon propos en vous détaillant leur manière de travailler.

Une infirmière du service transdisciplinaire

Les soins infirmiers consistent en une prise en charge globale du patient, avec un accompagnement permanent dans tous ses déplacements en dehors du service. Nous participons également à la transmission des informations aux personnels médicaux.

A l'entrée, l'état somatique est souvent au premier plan puis, progressivement, l'état psychique revient au premier plan.

Nous prenons en charge le patient dès son arrivée. Ces premiers échanges permettent au patient d'avoir un repère dans le service. Nous favorisons un premier temps d'écoute puis viennent les soins (nursing, somatique). Les soins nous font entrer dans l'intimité du patient et les barrières tombent au fur et à mesure. Nous continuons à écouter et à échanger ; les patients évaluent nos réactions face à leurs corps ou leur propos. Le patient commence à verbaliser ses inquiétudes et à parler de son histoire. Nous amorçons un soin psychologique de manière informelle.

Une infirmière de nuit du service transdisciplinaire

La dimension relationnelle prend tout son sens la nuit. Nous ne réalisons pas le même accompagnement compte tenu de cette période qui est propice aux remontées des angoisses.

Une infirmière du service transdisciplinaire

Nous réalisons également les accompagnements des patients (kiné, etc.). Progressivement, le patient pourra se rendre seul à ses activités.

Le repas thérapeutique est un soin qui évolue en fonction de la prescription médicale et de l'équipe thérapeutique. C'est également une occasion d'évaluer les interactions entre les patients.

Les entretiens médicaux constituent également un temps important. Vient enfin le temps de la réadaptation. Ce processus est long, douloureux et intense avec des périodes de progression et de stagnation. L'infirmière est là pour encourager le patient. Ce temps mène à l'autonomie et au détachement progressif du soignant. Ces interactions permettent d'évaluer en temps réel l'état psychique du patient. La prise en charge des infirmiers permet d'évaluer l'influence du somatique et du psychique.

Les échanges relationnels entre tous les acteurs de la prise en charge du patient sont très importants. Quand vient le moment de la sortie, le patient a souvent du mal à franchir le cap. Il a du mal à sortir du cocon créé au sein du service.

Philippe LESIEUR

Je vous remercie. Vous pouvez constater que nous favorisons de nombreuses interactions au sein du service.

Je souhaite illustrer mon intervention avec des *verbatim* de patient.

« *Mon corps...c'est avec lui...pour lui...que je vis* ».

Le psychique attaque le corps. Une dissociation peut intervenir entre le corps et l'esprit. Dans le long parcours du patient chaque temps aura un enjeu particulier, mais l'un demeurera du début à la fin, celui de la réunification du corps et de l'esprit.

Dans les premiers temps, le corps est au-devant de la scène, tous les soins se tournent vers la survie : "la réanimation du corps". Tout le monde y voit une évidence : c'est la part objective des soins.

Pourtant les soins ne peuvent se résumer au seul corps cassé : le retour à la vie n'est pas qu'une histoire physique. Au trauma physique s'ajoute le trauma psychique marqué par la certitude d'avoir échappé à une mort auto-infligée et par l'ampleur d'une souffrance jusqu'alors non perçue à l'origine l'abandon de soi.

Le clivage corps/esprit engendre un risque et le déni de la tentative de suicide mérite également une attention particulière.

L'enjeu principal vise à allier les soins psychiques et les soins somatiques, dans une continuité permanente des temps de soins.

Les soins transdisciplinaires ont pour objet de s'appuyer sur ces mouvements parallèles qu'il s'agit de rendre synchrones et que Philippe Jeammet décrivait en ces termes de "médiation fonctionnelle forte". Ici, les soins de MPR sont à la fois l'image de la mobilisation que le psychisme opère et celle de son amélioration possible.

« Il fallait peut-être que j'en passe par là pour aller bien ».

Certains pensent qu'ils auraient dû agir plus tôt.

Et après la sortie ? La question de la reconstruction est déterminante.

« Entre nous...on se comprend...on ne se juge pas ».

Les patients se parlent même si, pour commencer, ils cherchent à se différencier des autres, ne se considérant « pas comme les autres ». Progressivement, leur différence devient un élément fédérateur.

Ce qui restera, c'est la cicatrice. Une cicatrice est une image du traumatisme, mais aussi de sa réparation (soin) et de la relation à l'autre qui a apporté le soin.

La question du suicide, c'est aussi celle du rapport à l'autre : l'autre, c'est celui à qui on tente de parler jusqu'à avoir la certitude d'être tout seul.

Pr Philippe AZOUVI

Les patients qui ont un traumatisme crânien n'ont pas de souvenir de la chute. Cela constitue-t-il une différence fondamentale ?

Philippe LESIEUR

Je ne pense pas. Lorsque les patients ne se souviennent plus de leur chute, ils se demandent si c'était bien un suicide. Pour eux, ce qui compte, c'est la souffrance qui les a amenés à passer à l'acte. Les patients souffrant de traumatisme crânien avec d'importants troubles cognitifs sont toutefois plus difficiles à gérer.



COMMENT FAIRE AVEC DE TELLES DOULEURS ?

Barbara TOURNAIRE, pédiatre, chef de service du Centre de la douleur et de la migraine de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Trousseau Paris

Nous avons beaucoup parlé de douleur et de souffrance. Existe-t-il une réelle différence entre les deux notions ? Commençons avec l'intervention de David Le BRETON qui a beaucoup écrit sur la douleur chronique et l'adolescence.

Douleurs et scolarisation

David Le BRETON

Sociologue et anthropologue

La douleur chronique imprègne d'autant plus l'existence qu'elle est durable. Elle participe de l'expérience du jeune, qui finit par se sentir l'intrus de sa propre existence, chassé de sa personne par une puissance négative qui s'est emparée de lui et d'autant plus destructrice qu'il échoue à s'en détourner.

Le pouvoir d'agir de l'adolescent se dérobe à lui. Paradoxalement, cette étrangeté absolue est logée en soi et entraîne toujours la rupture des frontières de soi sous la forme d'une violation, d'une commotion. Le jeune perd le contrôle d'une large part de son emploi du temps, de sa vie familiale, sociale, scolaire. Il bascule dans une autre dimension du réel. La douleur est une puissance disruptive qui désorganise totalement la subjectivité. Elle impose souvent le sentiment d'une vie brisée, d'autant qu'elle est souvent associée à une maladie que la médecine continue en vain à chercher, à identifier.

La douleur est une lame de fond qui emporte tout sur son passage. Rien n'est plus comme avant et tout souvenir antérieur à l'installation de la douleur est emplie de la nostalgie d'un « jamais plus ».

La douleur induit une cassure de l'évidence d'être soi. Elle s'immisce dans toutes les dimensions de l'existence du jeune. Sa douleur l'ampute de mille actions autrefois à sa portée et dont il rêve aujourd'hui, mais aussi de son avenir, car il ne sait s'il doit nourrir des projets dans l'état qui est le sien. La douleur est au cœur de toute décision, de toute parole, comme une sorte de fantôme qui ne cesserait de le hanter.

La douleur est dépossession de soi, expérience d'une perte de contrôle. Le jeune est dirigé par sa douleur, éjecté d'une part de ses décisions. La douleur l'émerge dans une vie inédite et incertaine et le retire de son ancien paradis perdu.

Se déplacer, monter un escalier, marcher dans la rue, nager, faire du vélo, se rendre à l'école sont des activités qui se retrouvent abimées par cette douleur. Toute l'existence du jeune se trouve contrariée ou soumise à la dépendance des proches ou des auxiliaires médicaux.

Le risque est que le jeune soit totalement absorbé par cette douleur, qu'il n'investisse plus qu'elle, en redoublant donc l'intensité de sa douleur par l'impuissance à investir d'autres

éléments de son existence. Plus le jeune se concentre sur sa douleur, plus il lui donne de l'énergie et plus il a mal.

La douleur isole et rend dépendant de l'entourage. Elle redéfinit en profondeur les relations avec les autres. Elle aboutit souvent à l'isolement, à une forme de réclusion. Le jeune se sent coupé des autres, à l'écart du monde, qu'il voit désormais seulement à distance. Un repli narcissique l'écrase encore davantage.

L'irruption de la douleur et son installation dans la durée marque donc une cassure d'existence entre l'avant et l'après, une radicale redéfinition de soi. L'unité de soi est fragmentée et plonge le jeune en porte-à-faux avec son existence antérieure. Soudain, son propre corps devient son ennemi intérieur. Pour le jeune, en pleine transformation du fait de son âge, il s'agit d'une difficulté supplémentaire à affronter.

L'étrangeté de la douleur et l'étrangeté d'un corps qui change accentuent son désarroi. Le jeune a le sentiment d'être une créature de sa douleur. Dépouillé de ses anciens repères, il devient méconnaissable à ses propres yeux, mais aussi à ceux des autres, d'autant plus si cette expérience est relativement récente.

Il lui est impossible d'être soi tout en étant impossible de ne pas l'être. La douleur chronique implique un temps ralenti. Le temps n'est plus partagé avec les autres, avec les pairs, dans les rythmes sociaux ordinaires.

La douleur enferme dans l'immédiat de la souffrance ou crée une circulaire enfermante. La douleur invente sa temporalité propre. Les projets du jeune sont liés aux rendez-vous avec les médecins, aux épisodes de traitement et à l'attente éperdue d'un soulagement. La douleur chronique est une pathologie de la temporalité : elle dure, elle brise la projection du jeune dans la durée et elle ne cesse de bouleverser ses prévisions d'emploi du temps.

La douleur arrête le temps sur la seule souffrance qui n'en finit plus. Le mouvement habituel des significations qui alimentent la relation au monde est rompu. L'existence du jeune lui échappe. Il n'est pas le seul à voir son existence désorganisée. Celle de ses parents est également perturbée. Les relations avec la fratrie sont impactées. La maladie est un séisme pour tous les membres de la famille et une épreuve pour le couple qui peut finir par se séparer ou subir des incidences sur ses engagements professionnels. Le jeune s'interroge sur sa place dans cette communauté mise à mal. Le jeune peut se sentir coupable de sa maladie et des conséquences pour sa famille.

Certains jeunes prennent le pouvoir dans leur famille en jouant intuitivement sur la culpabilité de leurs parents. Les parents se retrouvent instrumentalisés car la douleur est un instrument de domination sur les autres. D'autres vont adopter une position de victime, de déploration, de lamentation, qui les satisfait au plan narcissique mais les fragilisera pour l'avenir. D'autres encore sont lucides sur ce que la douleur leur fait perdre et ils vont se battre pour s'en sortir. La douleur est une stratégie provisoire dont ils espèrent se sortir au plus vite.

Le jeune n'est plus le même qu'avant. Il est emporté dans un maelström d'émotions qu'il peine à dominer. Le jeune a des difficultés à partager avec un ou une autre qui ne soit pas dans la plainte. Il peut avoir des ressentiments car il a conscience de ne pas avoir les mêmes chances que les autres jeunes de son âge.

Chacun réagit à la douleur selon son style personnel. Pour certains, le mutisme est un refuge, d'autres sont sidérés et d'autres encore ne cessent pas de poser des questions et deviennent acteurs de leurs soins. Les adolescents douloureux ont tendance à se réfugier dans une attitude humoristique qui les protège d'une confrontation trop brutale à la situation. Ils rient pour éviter de penser et de faire penser les autres avec soi.

Les adolescents mettent à l'épreuve la patience des adultes qui en ont la charge. Le pire serait de les enfermer dans la déploration et de céder à la victimisation. Se pose alors la question de la bonne distance à privilégier pour se sentir soutenu, sans se sentir dévoré par les autres.

Le jeune ne doit pas être réduit à sa maladie mais cette maladie ne peut pas être oubliée car elle le mine. Toute complaisance serait nuisible dans le rapport à l'école, le rapport aux autres.

Il ne doit pas subir une double peine, celle de la douleur et celle de la carence de diplômes. Le jeune doit poursuivre sa scolarisation malgré ses craintes vis-à-vis de la maladie, malgré le poids des traitements. Si le jeune continue à se battre pour sa scolarisation, cela lui permet également de mobiliser des forces pour lutter contre sa maladie. L'accompagnement est un instrument thérapeutique formidable. L'école est un endroit préservé où les relations sociales sont préservées, avec des pairs. Le jeune continue à développer le désir de savoir et le désir de se confronter à l'infinie complexité du monde. Le jeune doit mobiliser en lui les ressources d'une résistance à la maladie ou à la douleur pour qu'elle ne se renferme pas sur lui.

Les adultes ont la responsabilité de lui donner le goût de grandir. Nous devons leur donner la force de traverser cette épreuve avec pugnacité. Ce malheur provisoire doit être utilisé comme une chance pour apprendre l'ambivalence du monde. L'expérience de la maladie et de la douleur peut donner des adultes lucides et sensibles à la souffrance des autres. Cette expérience doit leur apprendre à grandir.

Il convient de noter une surreprésentation des femmes dans la douleur chronique. Les conduites à risque des jeunes sont liées au genre. Les garçons se lancent souvent dans une surenchère de défis, dans des comportements de virilisation (violence, délinquance, toxicomanie, violence sur la route). Les filles se détruisent davantage toute seule, sans faire de vague et leur comportement ne déborde pas sur les autres (troubles au corps, anorexie, etc.). Les filles sont mal dans leur peau, ce qui se traduit par des somatisations (mal à la tête, mal au ventre, etc.). Les filles ont du mal à habiter ce corps de femme. La somatisation, sorte de sémantisation, est une mise en sens du corps. Cette souffrance de vie va s'exprimer plus facilement par des douleurs que les médecins ne parviennent pas à s'expliquer.

Adolescents douloureux chroniques déscolarisés : les réponses du soins-études

Anne TONELLI

Médecin chef de service Clinique E. Rist, Paris

La Fondation Santé des Etudiants de France a toujours su, son histoire le montre, répondre aux besoins de la santé des jeunes (tuberculose, santé mentale, accidentologie et handicap, SIDA...). La Fondation répond maintenant à une demande de soins concernant la douleur chronique à l'adolescence.

La prise en compte de la douleur est une notion assez récente en médecine. Les progrès de la médecine et la mise en place de structures dédiées à la prise en charge de la douleur ont fait évoluer les mentalités.

Depuis les années 1990, en France, trois plans nationaux accompagnés de recommandations officielles ont fait de la lutte contre la douleur l'un des enjeux majeurs de la santé, notamment en pédiatrie. L'Unité Douleur de l'hôpital Trousseau s'est ouverte en 1993. L'hospitalisation des premiers adolescents douloureux chroniques a eu lieu en 2000 à Varennes-Jarcy, établissement de la FSEF.

Depuis, cette offre de soins à la FSEF s'est développée avec 4 établissements qui proposent ce type de prise en charge en Ile-de-France : Varennes-Jarcy (5 lits), Neufmoutiers-en-Brie (5 lits), Bouffémont (5 lits) et Edouard Rist (15 lits). Depuis 2003, 190 adolescents ont bénéficié d'une hospitalisation à la Clinique Edouard Rist.

I) Qui sont ces adolescents douloureux chroniques ?

Nous considérons trois critères d'admission indispensables : la chronicité de la douleur, la déscolarisation, l'échec du suivi ambulatoire en Unité Douleur.

Chez l'adolescent, on parle de douleur chronique quand celle-ci perdure au-delà de la durée habituelle de rémission. Il n'y a pas de définition consensuelle sur la durée de la douleur chronique.

Si l'on étudie une cohorte de cent adolescents douloureux chroniques déscolarisés hospitalisés entre septembre 2011 et mars 2016 dans le service de médecine interne pour adolescents à la Clinique Edouard Rist dans le cadre d'un projet Soins/Études « douleur », on constate que cette population est âgée de 11 à 21 ans et compte 63 % de filles. L'âge moyen est de 15 ans et 2 mois.

L'intensité de la douleur, évaluée sur une échelle numérique simple, était à l'entrée supérieure ou égale à 8 sur 10 chez 11 % des patients et supérieure ou égale à 6 sur 10 chez 47 % des patients. L'ancienneté de la douleur était de 25 mois en moyenne (de 10 semaines à 8 ans). La déscolarisation, quantifiée chez 96 patients, était supérieure ou égale à deux mois chez 70 patients et supérieure ou égale à un an chez 11 patients.

Les antécédents familiaux de douleur ont été analysés : 43 % des patients avaient des antécédents familiaux de douleur dont 23 % de migraine, 21 % de douleur chronique et 1 % à la fois de migraines et de douleur chronique.

Si on brosse un portrait-type de l'adolescent douloureux chronique, on peut dire qu'il s'agit d'une fille, (deux tiers des cas), âgée de 15 ans et deux mois en moyenne (de 11 à 21 ans), qui est douloureuse depuis 25 mois en moyenne (de 10 semaines à 8 ans), qui est

déscolarisée depuis plus de deux mois (supérieure ou égale à 2 mois dans 70 % des cas et supérieure ou égale à 1 an dans 11 % des cas) et qui a des antécédents familiaux de douleur chronique dans 20 % des cas. Dans 50 % des cas il y a une pathologie organique qui est à l'origine des douleurs mais qui ne peut absolument pas expliquer l'importance et le retentissement de celles-ci avec une résistance aux traitements habituels, un envahissement de la vie de l'adolescent et de la famille qui est centrée sur la douleur.

Les activités diminuent, l'invalidité augmente, l'adaptation diminue. Ces adolescents restent à leur domicile, perdent le lien avec la scolarité et se désocialisent. Quand ils viennent en consultation en vue d'une admission, leur seul langage est la douleur, nous leur parlons donc de douleur. Même si certains acceptent l'idée de liens entre psychisme et douleur chronique et ont entamé un travail psychologique, ils ne sont pas prêts à entendre la part de souffrance psychique cachée derrière la douleur physique. Pendant ce temps-là, la déscolarisation se poursuit et il est urgent de proposer une alternative pour, au moins, éviter la rupture scolaire.

L'histoire clinique de ces patients présente des similitudes (histoire familiale compliquée, même cercle infernal associant douleur, absence scolaire, retard difficile à rattraper, source de stress qui génère des douleurs, d'où des absences etc..) qu'il y ait une anomalie du bilan somatique ou non.

II) Quelle est la spécificité de notre projet soins-études « douleur » ?

Le service de médecine interne pour adolescents de la Clinique Edouard Rist dispose de 30 lits d'hospitalisation traditionnelle et de 4 places d'hôpital de jour. Les patients accueillis sont âgés de 11 à 19 ans. Ils sont atteints de maladies invalidantes chroniques : diabète, maladies métaboliques, suites de greffe d'organe, drépanocytose, pathologies rhumatologiques, immunodéficience acquise.

L'inobservance thérapeutique et la non acceptation de la maladie, souvent associée à une baisse de l'estime de soi, sont des indications classiques d'orientation dans le service.

Nous pensons que la réussite du projet soins-études s'appuie sur quelques notions simples :

- l'effet cadrant et rassurant du service ;
- le regard neutre et bienveillant des soignants ;
- le fait de « croire » à la douleur du patient ;
- le contact avec les pairs douloureux malades atteints de la même pathologie ou non ;
- la mise à distance de la problématique familiale assortie du travail avec la famille.

Ce programme de soins-études comporte des soins psychocorporels en groupe (relaxation de type sophrologie, relaxation profonde proche de l'hypnose, psychomotricité, arthérapie, Music Care, kinésithérapie à sec et en balnéothérapie), des soins en individuel, un suivi psychologique, une consultation avec l'infirmière du service (travail hebdomadaire autour de la grille d'évaluation douleur et gêne fonctionnelle), une consultation algologue hebdomadaire et une consultation avec le psychiatre le cas échéant et des entretiens familiaux avec le psychiatre. Au niveau des études, une scolarité adaptée à la profondeur de l'absentéisme scolaire et avec un emploi du temps allégé en classe en petit effectif est privilégiée.

Ces hospitalisations permettent de casser le cercle infernal dans lequel se trouve l'adolescent, en lui proposant :

- de se remettre en mouvement doucement tout en apprenant « à faire malgré et avec » la douleur, puis en gérant la douleur ;
- de reprendre confiance en son corps douloureux et d'arriver à percevoir les sensations autres que la douleur. Mettre un peu d'air, de distance, entre lui et sa douleur.

Les soins proposés sont une aide précieuse et leur diversité permet d'obtenir l'adhésion d'un maximum d'adolescents.

Ces hospitalisations permettent aussi, le cas échéant, d'arrêter la course incessante aux examens complémentaires pour trouver une cause organique qui permettrait de tout expliquer, de faire disparaître cette douleur et par là même de faire l'économie d'un travail psychique. La scolarité allégée est un des leviers pour reprendre confiance en soi, repenser une orientation scolaire, se resocialiser et retrouver des problématiques adolescentes.

La similitude des histoires cliniques, l'importance des antécédents familiaux de douleur chronique donnent à penser que la douleur chronique ne survient pas chez n'importe quel adolescent ni dans n'importe quelle famille

Les résultats du traitement réalisé par le projet soins-études associant travail avec l'adolescent et travail avec la famille, la mise à distance de celle-ci et scolarité sans pression me confortent dans l'idée que problématique familiale et difficultés scolaires s'imbriquent pour faire le lit de ces douleurs.

Au terme de plus de 190 hospitalisations, il m'apparaît, sans que je puisse encore en apporter la preuve scientifique, que ce modèle de prise en charge est bénéfique pour ces patients. L'augmentation du nombre de demandes d'admission chaque année, la satisfaction des patients, des parents ainsi que le retour positif apporté par des anciens patients au fil du temps m'encouragent à continuer ces hospitalisations.

III) Paroles de patients, paroles de parents

Alexandra a 16 ans quand elle est hospitalisée dans le service dans le cadre de douleur en lien avec un Syndrome d'Elhers Danlos hypermobile diagnostiqué par le Centre de référence. Alexandra a de très nombreuses luxations et subluxations qui la handicapent terriblement. Elle est déscolarisée. Elle a bénéficié d'une hospitalisation dans le service et en est maintenant sortie. Elle est actuellement en Terminale S en milieu ordinaire.

Elle fait un retour sur son hospitalisation en quatre points.

- Elle souligne l'intérêt d'avoir pu combiner accès aux soins et aux cours.
- Elle s'est sentie bien entourée dès son arrivée, par les soignants mais aussi par les patients.
- Le Tai Chi, l'hypnose et la psychomotricité lui ont appris à se détendre et à mieux identifier les points douloureux lors de forts pics. Elle peut plus facilement gérer sa douleur, garder son calme et ne pas se laisser submerger par celle-ci.
- Grâce à un emploi du temps allégé, elle a pu se focaliser sur son bien-être tout en continuant ses études.

Les parents de Clémence, 14 ans, qui a été hospitalisée 3 mois dans le service pour des douleurs en lien avec une pathologie rhumatologique avaient très peur que la douleur chronique envahisse à nouveau leur fille après sa sortie. Ils considèrent que cette hospitalisation a été une « parenthèse enchantée » dans leur vie de parents d'adolescente douloureuse.

J'ai reçu un courrier des parents six mois plus tard : « Cette hospitalisation lui a donné l'occasion d'apprendre à être enfin elle-même et de sortir de son corps prison. »

Bien sûr, les hospitalisations ne sont pas toutes aussi réussies. Mais il est rare que la prise en charge soit un échec. La grande majorité des patients gagnent en assurance et en maturité. Nous les accompagnons dans ce moment déterminant de leur existence où tout peut encore basculer du bon côté.

Nicolas GIRARDON

Médecin, chef de service, Neufmoutiers, FSEF

Je vais rendre compte de l'hospitalisation des adolescents douloureux chroniques en médecine physique.

Je souhaite rendre hommage aux équipes infirmières qui réalisent un travail considérable compte tenu de la complexité des cas. Je rends également hommage aux familles qui nous permettent de soigner leur enfant sur une année scolaire, voire plus. Ce que j'ai observé, je ne l'ai pas appris dans les livres. J'ai tout appris grâce à mes patients.

Tous nos patients présentent des douleurs du système musculo-squelettique. Leurs articulations ne fonctionnent plus, ce qui génère une impotence fonctionnelle. Certains ne bougent plus de leur lit pendant plusieurs mois, ce qui implique quelques aménagements (fauteuil roulant, béquille, baby phone, chien d'assistance).

Un évènement corporel est systématiquement à l'origine de la situation (évènement médical, accident, agression, anesthésie). Les patients continuent d'avoir mal et il convient d'agir pour éviter que la douleur perdure plusieurs années.

Une désadaptation à l'effort est souvent observée. Les douleurs sont exacerbées et rythmées par la scolarisation. Les douleurs sont réactivées par la reprise scolaire, notamment lorsqu'il y a des contrôles.

Le stress peut découler de l'absence de diagnostic médical posé. Les douleurs sont inexplicables. Les parents sont confrontés à un parcours du combattant avant de conduire leur enfant dans le service.

Les comportements autour de la douleur chronique méritent une attention particulière. L'influence de l'état émotionnel et de la nature des relations interindividuelles sur l'expression de la douleur est établie.

En parallèle à l'évènement corporel initial, des antécédents médico-psychiatriques d'un ou des parents sont observés.

Différentes modalités d'expression de la douleur peuvent être notées : des dimensions passives (sous-utilisation du corps, négligence, ralentissement psychomoteur, indifférence à l'absentéisme scolaire) et des dimensions actives (blessure auto-infligées, plaintes et sursimulations, etc.).

Les jeunes sont hospitalisés en cas de mauvaise évolution clinique (décrochage scolaire), de désorganisation et d'épuisement familial ou en cas de risque iatrogène (stupéfiants, chirurgical). Dans de rares cas, l'adolescent demande l'hospitalisation.

Je souhaite aborder la perspective « attachementiste ». Les adolescents ont souvent été élevés dans un environnement fragile, même si les parents sont toujours bienveillants vis-à-vis de leurs enfants et réclament des soins. Ces jeunes se sont construits sur un style d'attachement « contrôlant de type protecteur ». Très soucieux de leur santé, les enfants cherchent à entretenir leur fragilité. La puberté, l'anxiété sociale et un évènement corporel (douleur aiguë et médicalisation) sont des facteurs précipitants.

La douleur chronique vient moduler l'activation du système d'attachement par l'expression douloureuse. Le non renoncement à une étiologie organique par les parents mérite également d'être noté.

Le corps met tout le monde d'accord quand l'enfant affirme avoir mal. Le dispositif de soins-études a vocation à créer une nouvelle base de sécurité qui permet de baisser l'activation du système d'attachement. L'adolescent va progressivement se détacher de son symptôme car il n'aura plus besoin d'avoir des comportements douloureux pour être entendu.

Il convient de médiatiser les relations entre pairs. Souvent, les adolescents que nous accueillons ont été harcelés. Dans notre institution, ils retrouvent la possibilité de s'ouvrir aux autres.

Nous pouvons mettre en avant différents facteurs de bon pronostic : une disparition totale de la douleur, l'acceptation par l'adolescent de prendre soin de lui, etc.

En conclusion, il serait intéressant de mener des recherches standardisées sur les comportements de santé et l'insécurité de l'attachement pour ces adolescents douloureux chroniques. Par ailleurs, le lien entre les comportements de douleur chronique et les comportements de dépendance en général mérite d'être étudié. Enfin, je ne peux m'empêcher de m'interroger sur l'épidémie de « faux » diagnostics du syndrome d'Ehlers Danlos et d'établir un parallèle avec l'épidémie de personnalités multiples que l'Amérique du Nord a connue dans les années 80. Dans les deux situations, l'hypnose a été utilisée de façon évidente pour soigner ces patients. Dans les deux cas, la responsabilité du corps médical dans la construction du diagnostic était très importante.

Barbara TOURNIAIRE

Plusieurs messages importants ont été délivrés. Le danger consisterait à vouloir répondre à la demande de certains adolescents douloureux chroniques à composante émotionnelle importante en prescrivant des médicaments puissants, voire des morphiniques.

De la salle

La problématique de l'accès à ce type de soins est prégnante. Les médecins de ville ont peu de solutions à proposer aux patients.

Barbara TOURNIAIRE

La première étape pourrait consister à les orienter vers une consultation « douleur chronique », dans un service qui prend en charge les enfants et les adolescents en ambulatoire.

Anne TONELLI

Notre institut accueille les patients suite à un échec de suivi ambulatoire d'unité douleur.

De la salle

Existe-t-il un lien entre la pensée opératoire et les maladies psychosomatiques ? Pourrait-il s'agir d'une nouvelle forme de symptômes d'hystérie ?

Nicolas GIRARDON

Le terme d'hystérie me choque de plus en plus car c'est transnosographique. Les pédopsychiatres les plus sérieux ont montré qu'il n'y avait aucune corrélation entre un symptôme de conversion chez l'enfant et l'adolescent et le diagnostic d'hystérie.

Il est tout à fait envisageable, sur le plan des maladies psychosomatiques, d'approfondir les recherches. Il peut arriver que le somatique produise des impacts sur le psychique. A titre d'exemple, certaines techniques de kinésithérapie produisent un impact très positif sur les mécanismes du stress.

Obésité-anorexie : le poids des maux

Sébastien ROUGET, Chef de service de médecine de l'adolescent à Corbeil, Président de la SFSA, membre de la SFP

Je passe immédiatement la parole à Anne-Sophie JOLY pour cette partie consacrée à l'obésité et à l'anorexie, le poids des maux.

Le parcours de vie idéal des personnes ayant eu une problématique de poids

Anne Sophie JOLY

Présidente du Collectif National des Associations d'Obèses

Pour rappel, la moitié de la population en France est en surpoids. Je tiens à souligner que je suis patiente et non soignante. Je suis bénévole depuis 20 ans et j'ai créé le Collectif National des Associations d'Obèses il y a 16 ans. Le collectif regroupe 50 associations et il est agréé par le ministère de la Santé et la CAF America. Nous travaillons également avec le groupe de travail EASO et nous intervenons au sein de deux commissions présidentielles.

Intéressons-nous au parcours de soin idéal pour les personnes ayant eu une problématique de poids. Je pense qu'il est inutile de souligner que les patients ne poursuivent pas les mêmes objectifs que les soignants et que ces deux mondes sont souvent fort éloignés. Le langage des uns peut ne pas être compris par les autres.

Nous avons besoin des médecins, des psychiatres et psychologues, des diététiciens, des IDE, de l'ETP, des APA, des associations et des patients experts. Les professionnels de la promotion de la santé jouent également un rôle déterminant : associations, éducateurs, services sociaux. Plus largement, les villes, les transports, les hébergements, etc. doivent être adaptés aux patients. Nous avons mené des recherches avec le CHRU de Lille. Un bassin d'obésité plus important a été observé dans le Nord. Le positionnement du garde-manger, de la table, de la télévision, du plan de travail, etc. a été analysé. Le défaut de transmission intergénérationnelle entre les parents (qui cuisinent) et les enfants a pu être mis en évidence. Impliquer les enfants dans la conception des repas leur permet de manger différemment, avec plus de plaisir.

Pour progresser sur la problématique de l'obésité, l'Education nationale et le secteur agro-alimentaire doivent être impliqués dans la démarche. Il en est de même pour le ministère de la Jeunesse et des Sports en vue de promouvoir l'activité physique – et c'est volontairement que je ne parle pas de sport pour les obèses.

Les obèses subissent d'importantes discriminations de la part de la population car ils représentent ce que certains ne veulent absolument pas être.

Les patients souhaitent connaître les raisons pour lesquelles il faut se soigner. Ecrasés par leur souffrance, ils ne se projettent pas dans l'avenir. Toute forme de bienveillance est salvatrice.

Le patient recherche la prise en charge de la douleur (physique et psychologique), la prise en compte de la discrimination, la prise en compte des souffrances physiques et morales. Je travaille actuellement avec une chercheuse anorexique et elle me dit : « Je ne sais pas ce qui est le plus discriminant : être anorexique, inspirer la pitié et faire pleurer dans les chaumières ou être obèse et être jugé comme le « gros de service ». Nous ressentons le regard des autres et il n'y a rien de pire que les dégâts causés par les réseaux sociaux. Nous préférons que les gens aient la franchise de nous dire en face le malaise qu'ils éprouvent à nous regarder.

Pour le patient, repérer les bons praticiens et les bonnes pratiques constitue un enjeu et s'avère particulièrement difficile. Qui est en capacité de comprendre mes problèmes, de prendre en charge mes souffrances et ma vie ? Comment le patient peut-il rester dans une motivation positive ? Le patient a besoin de transparence et d'informations. Il ne faut pas oublier d'impliquer les aidants.

Les patients doivent être en mesure de participer activement aux évaluations des établissements de soins et de leurs services. Ils doivent avoir la possibilité de s'informer et de comparer les établissements de soins entre eux. Enfin, pour les patients, il est satisfaisant de pouvoir se référer à une publication annuelle d'un classement des établissements de santé dans la presse publique et par les sous-tutelles de l'Etat. Les indicateurs utilisés par la presse ne sont toutefois pas nécessairement les indicateurs les plus importants aux yeux des patients.

Les personnes qui consultent ont une histoire. Il convient d'en tenir compte. La prise en charge porte sur un processus qui va évoluer dans le temps.

Outre la prévention, les patients doivent être actifs dans leur santé et dans le système de santé. Les patients doivent jouir d'une bonne visibilité sur les bons parcours de soins.

Les deux facettes d'une même médaille ?

Nathalie GODART

Psychiatre, PUPH FSEF, UFR Simone Veil, UVSQ, CESP INSERM 1178

Je vais revenir sur la question du décloisonnement de nos systèmes de santé abordée ce matin. Les soins pour trouble des conduites alimentaires favorisent l'ontologie du décloisonnement car les professionnels amenés à travailler pour développer des projets pluri- et transdisciplinaires. Les problématiques posées par la prise en charge des patients qui souffrent d'un trouble des conduites alimentaires s'expriment à la fois dans le domaine somatique, psychique, nutritionnel et ont un retentissement social.

Il n'y a pas d'équivalence entre troubles des conduites alimentaires et obésité mais, pour une partie des patients, il y a bien chevauchement entre les deux affections. Nous en arrivons à cette question : anorexie mentale et obésité sont-elles les deux facettes d'une même médaille, c'est-à-dire peuvent-elles coexister au cours de la vie chez une même personne sans jamais être présentes en même temps ?

Le lien entre obésité et anorexie mentale est très peu abordé dans la littérature internationale. Longtemps ces deux affections ont été considérées comme des entités totalement distinctes et sans liens, s'exprimant par des extrêmes pondéraux radicalement opposés.

L'anorexie mentale est classifiée dans les maladies psychiatriques (avec des éléments somatiques et des éléments psychiques). A l'inverse, l'obésité est considérée comme une affection somatique et elle n'est définie que par un critère de corpulence. Dans ces définitions la trajectoire développementale de l'individu, la temporalité, l'histoire de la personne, etc. ne sont pas prises en compte. Il s'agit d'une vision réductrice à laquelle on ne peut se cantonner.

Intéressons-nous à ce qui a pu amener ces personnes à se retrouver dans cette situation.

Dans une première approche la littérature scientifique souligne que tous les éléments qui permettent de caractériser ces pathologies s'opposent : les profils génétique et biologique, les données d'imagerie cérébrale, sont généralement radicalement opposés. Ainsi, l'état antérieur, on dit souvent que les patientes souffrant d'anorexie mentale ont toujours été maigres et que les patientes en surpoids l'ont toujours été, même si cela n'est pas toujours vrai. Le regard de notre société est également très tranché : s'il est bien perçu d'être mince, voire maigre, il est mal vu d'être en surpoids. L'obésité est plus prégnante (4% des enfants et 17% des adultes) et l'anorexie mentale est plus rare en termes de fréquence dans la population (1 à 2 %). Les facteurs de risque sont à la fois environnementaux et individuels dans les deux troubles mais ils sont différents. Par exemple un niveau d'éducation élevé et une classe sociale moyenne ou supérieure semblent favoriser le développement de l'anorexie mentale mais ce trouble peut être rencontré dans toute la population, c'est l'inverse pour l'obésité. Ces deux troubles ne sont pas pris en charge de la même manière dans les lieux de soin et les parcours de soin. La psychiatrie accueille généralement les patients souffrant d'anorexie mentale alors que l'entrée dans les soins pour les personnes souffrant d'obésité se fait le plus souvent par les soins somatiques. Les équipes spécialisées dans les soins pour chacun de ces types de trouble ne sont pas les mêmes et elles ne se connaissent pas très bien et échangent peu.

L'analyse de la répartition de l'obésité sur la planète révèle que celle-ci est présente partout. Or une telle répartition n'est pas disponible pour l'anorexie mentale. Mais si on s'attache à

analyser les endroits où on publie des articles scientifiques sur l'anorexie mentale, on constate que les zones sont plus ou moins superposables avec celles de l'obésité.

Néanmoins, la littérature scientifique souligne aussi de nombreux facteurs de risque communs à ces deux troubles existents: stress, pratique des régimes restrictifs et attitude de restriction alimentaire, faible estime de soi, taquinerie sur le poids, comorbidités psychiatriques (dépression notamment), abus, négligence. Les idées reçues et la stigmatisation concernant ces deux troubles sont très fréquentes dans la population générale, mais ...également parmi les soignants. Ces troubles sont perçus comme des problèmes de manque de volonté, de lâcheté, ou comme 'un simple problème d'alimentation. Un autre point commun entre obésité et anorexie mentale réside dans la discrimination au quotidien qui s'avère très difficile à vivre pour les personnes qui en souffrent – et qui est souvent due à la méconnaissance de la nature de ces troubles. En outre, les points communs entre ces deux troubles sont nombreux : ils exposent à des complications somatiques liées aux troubles nutritionnels, des comorbidités psychiatriques, la désinsertion sociale et une surmortalité.

Que peut-on penser du lien entre obésité et anorexie mentale en pratique clinique. La première situation qui a attiré mon attention sur cette question est celle d'une jeune fille de 17 ans hospitalisée à 14 ans pour une anorexie mentale sévère avec un IMC à 11 et deux ans plus tard pour dépression en situation d'obésité. Elle avait été hospitalisée six mois nous l'avons perdue de vue. Elle est revenue dans notre service trois années plus tard et nous ne l'avons pas reconnue. Son IMC était passé à 33. Elle était passée d'une situation d'anorexie mentale à une situation d'obésité en très peu de temps. Aucune étude ne relatait de telle situation, et les collègues impliqués dans les soins somatiques pour surpoids affirmaient que cette situation n'existait quasi pas.

Cependant nous avons réalisé une étude de devenir sur les patientes hospitalisées pour anorexie mentale. Nous avons revu 100 patients hospitalisés dix années plus tard. A première vue, jeunes femmes semblent rester en moyenne très minces au long de leur vie. Toutefois, une analyse plus fine a permis de mettre en évidence que 30 % étaient toujours en situation de maigreur et 3 % étaient en situation de surpoids à un âge moyen de 30 ans.

En 2017, un premier article s'est penché sur le risque de se retrouver en situation de surpoids après avoir souffert de troubles alimentaires. Il rapporte que 17 % des patients ayant des troubles alimentaires se trouvent en situation de surpoids ou d'obésité 22 années plus tard et que 10 % des patients guéris d'une anorexie mentale sont également en situation de surpoids.

Les troubles anorexiques débutent généralement entre 14 et 17 ans. Le risque d'évoluer vers une situation de boulimie est important (environ 1/3). Or les patients qui souffrent de boulimie appliquent des stratégies de contrôle de poids (vomissements, hyperactivité physique). Quand ces stratégies disparaissent avec le temps et que les crises d'hyperphagie se maintiennent, ce qui occasionne une prise de poids, ceci explique comment des patients peuvent au cours de leur vie passer de l'anorexie mentale à l'hyperphagie boulimique et au surpoids voire l'obésité..

Le lien entre troubles des conduites alimentaires et obésité a également été mis en évidence. Ainsi, les garçons qui ont souffert d'anorexie mentale présentent généralement un surpoids antérieur. Sur les trois dernières années, trois articles soutiennent l'idée que près de 30 % des patients qui souffrent d'anorexie mentale ont été en surpoids antérieurement.

D'autres liens cliniques entre ces deux types de troubles ont été établis : les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires ont très fréquemment des antécédents familiaux d'obésité. Enfin, on observe de véritables situations d'anorexie mentale déclenchées après une chirurgie bariatrique.

Quelles sont les perspectives thérapeutiques communes à ces troubles que sont l'anorexie mentale et l'obésité? Nous sommes face à des affectations chroniques, impliquant des désordres nutritionnels, des complications somatiques, qui sont associés à des comorbidités psychiatriques, qui existent peuvent exister chez une même personne au cours

de la vie et qui nécessitent les mêmes compétences professionnelles : à savoir une approche multidisciplinaire somatique, nutritionnelle, psychiatrique et sociale car leur retentissement est important en termes de santé somatique, mentale et d'insertion sociale scolaire, familial, amicale.

Ces soins doivent se développer simultanément et de manière coordonnée. En outre ils doivent s'inscrire dans la durée car ces troubles sont chroniques. Dans des situations graves, une hospitalisation à temps plein peut s'avérer nécessaire en étant vigilant à préserver l'insertion sociale et en particulier tout en favorisant le maintien de la scolarité.

La Fondation Santé des Etudiants de France accueille des jeunes dans ces situations difficiles et propose un projet de soin basé sur une approche globale de la personne, qui allie tradition et modernité. L'approche s'appuie sur des soins institutionnels : elle permet de prendre le temps nécessaire à la reconstruction de l'équilibre de la personne et de la reprise du projet de vie. Le parcours est personnalisé, adapté dans ses modalités et son intensité aux besoins de chaque patient et il est ouvert sur l'extérieur.

L'intérêt de ces prises en charge en soins-études est établi à partir de l'expérience clinique acquise par la FSEF depuis de nombreuses années mais il est maintenant nécessaire d'en faire la preuve en évaluant l'efficacité d'un tel dispositif afin de mettre en avant son bienfondé à court et long terme.

Je laisse à présent la parole à deux collègues de Vence qui vont illustrer mon propos théorique au travers du parcours de deux jeunes gens dans leur établissement soins-études..

Une approche globale en soins-études : les prises en charge transdisciplinaires de Lucas et Jessica

Catherine LACOSTE

Endocrinologue, Clinique les Cadrons Solaires de Vence

Les deux cas cliniques que nous vous proposons sont des cas classiques et représentatifs de notre prise en charge.

La demande d'admission pour un adolescent souffrant d'obésité dépend du médecin traitant. Les troubles évoluent depuis plusieurs années, sans suivi spécialisé. La demande est centrée sur le poids et peu d'informations sont disponibles sur l'état psychique ou l'existence de troubles du comportement alimentaire.

Les anorexiques sont davantage adressés par des pédopsychiatres ou des pédiatres. Ils ont suivi diverses thérapies et ont connu une alternance entre des hospitalisations et un suivi ambulatoire sur plusieurs années. Des informations sont disponibles sur leur état psychique et leur TCA.

Nous réalisons une préadmission systématique. En cas de prise en charge, nous déroulons un dispositif complet : soins somatiques et relationnels, PEC diététique, activité physique adaptée, ateliers de médiation, scolarité adaptée, activité et sorties diverses. Nous ne parlons pas de régimes aux obèses et nous demandons aux anorexiques de s'engager à ne pas maigrir mais nous ne surveillons pas la prise des repas. La PEC a vocation à créer du lien et nous permet de les observer. La richesse clinique est réelle. Nous échangeons beaucoup dans l'équipe, ce qui est favorisé par l'approche transdisciplinaire (réunions, transmissions quotidiennes, supervisions mensuelles, etc.).

Nous cherchons à dégager la singularité du patient pour favoriser une prise en charge individualisée. Ces adolescents n'aiment pas leur corps et le maltraitent souvent. Nous identifions également leur manière de réagir (colère, tristesse) et leur façon de communiquer avec leurs pairs ou leur famille. Chaque professionnel s'inspire de ces informations pour adapter sa prise en charge.

Intéressons-nous au cas de Jessica.

Solenne ARNULF

Pédopsychiatre, Clinique les Cadrons Solaires de Vence

Jessica, âgée de 17 ans, est décrite comme une excellente élève, avec un fort intérêt pour le monde animal. Elle est végétarienne. Elle a deux sœurs aînées qui ne vivent plus au domicile parental. Elle met rapidement en avant une relation difficile avec son père et exprime un sentiment d'incompréhension par ce dernier. Il banalise les troubles de sa fille.

Jessica relate le début des troubles à l'été 2013. Alors qu'elle avait pris du poids, son père l'avait qualifié de « bouboule », ce qui l'a amenée à une restriction alimentaire

progressive. Elle perd 16 kg en deux ans. C'est lorsque sa mère découvre un carnet relatant des mensurations et des ingesta qu'un suivi médical est initié.

Des pulsions alimentaires boulimiques apparaissent alors. Jessica demande de l'aide et les professionnels lui proposent une PEC institutionnelle. La préadmission est réalisée en présence du médecin du service, une psy et la directrice des études. Jessica pèse alors 44 kg pour 1,69 m. au début de sa PEC. Elle est rencontrée par tous les professionnels et participe aux quatre temps de repas. Son comportement se caractérise par une alternance entre restrictions/boulimie/vomissements. Les repas sont des temps anxiogènes mais elle accepte la présence des soignants. Le service observe une hyperactivité physique quotidienne. Des conduites d'automutilation et des attaques du cadre surviennent en parallèle au comportement boulimique (sortie en secret, vols de nourriture).

La tristesse liée à la séparation laisse place à une labilité de l'humeur avec tristesse, colère et euphorie. Elle doit faire face à des idées noires et suicidaires fluctuantes non scénarisées. Ses relations aux autres se caractérisent par une compétition avec les autres adolescents suivis pour anorexie mentale.

La prise en charge personnalisée de Jessica passe par la nécessité de ne plus vomir, ne plus maigrir, ne plus cacher sa nourriture. Nous cherchons à réintroduire la notion de plaisir. L'équipe l'accompagne dans les moments anxiogènes. Un travail a été réalisé sur les sensations corporelles, de faim, d'envie de plaisir. Un traitement psychotrope a été introduit et nous poursuivons un travail avec la famille. Nous travaillons également sur la verbalisation, l'accompagnement dans les relations avec ses pairs, les soins du corps, l'accompagnement de la scolarité.

Après dix mois de PEC, Jessica a pris 5 kg et les crises de boulimie se raréfient. Une stabilisation de l'humeur et une meilleure gestion émotionnelle ont pu être notées. Les relations parents/fille se sont améliorées et un suivi ambulatoire est désormais assuré par le CMP.

Nous l'avons rencontré cinq mois après sa sortie. Elle est scolarisée à la faculté de sciences. Ses troubles sont moins envahissants et elle garde le lien avec sa famille.

Catherine LACOSTE

Nous ne disposons pas de temps suffisant pour détailler le cas de Lucas, 15 ans. Obèse, il était déscolarisé et il a rejoint notre service en septembre. Il est issu d'un milieu familial particulièrement difficile avec une mère dépressive et un père alcoolique.

Un temps d'hospitalisation suffisamment long s'avère nécessaire pour permettre aux soins de calmer les troubles anxieux et les débordements émotionnels, restaurer une bonne estime de soi et l'envie de se faire du bien, substituer les comportements défensifs à la parole et à la relation à l'autre, faire émerger un projet de vie.

De la salle

Je souhaite revenir sur le cas clinique de Jessica. Vous avez mentionné son végétarisme. Comment avez-vous perçu l'intrication de l'adoption de ce style alimentaire restrictif dans le cadre du développement de son TCA ?

Catherine LACOSTE

Elle était dans un lien d'exclusion alimentaire. La famille n'était pas végétarienne. Je ne suis pas sûre que nous puissions établir un lien de cause à effet.

Nathalie GODART

Le végétarisme est très fréquent chez nos patients. C'est surtout lorsqu'une rupture intervient dans leur parcours (changement de mode alimentaire) que nous travaillons sur les réintroductions alimentaires mais nous n'y parvenons pas toujours.

Sébastien ROUGET

Au-delà de l'intrication entre les aspects physiques, nutritionnels, psychiatriques et psychiques, vos interventions nous ont permis de cibler la demande de soins de l'adolescent, de ses parents et des soignants adresseurs. Il convient de gérer ces demandes qui peuvent parfois être contradictoires.



Conclusion

Françoise LALOUA

Médecin MPR, présidente CMC Fondation Santé des Etudiants de France

Je remercie l'ensemble des intervenants, des participants et des organisateurs. Je remercie les équipes de soins qui œuvrent auprès de nos patients ainsi que les équipes de l'Education nationale qui les accompagnent tout au long de leur hospitalisation.

Le bienfondé d'une prise en charge globale pluri- voire transdisciplinaire est évident. La prise en charge globale associe les soins psychiques, somatiques, l'éducation, la bienveillance, la socialisation dans la relation avec les pairs et le travail sur l'estime de soi.

Frédérique Weixler évoquait l'alliance éducative et la nécessité de croiser les regards entre professionnels autour du jeune pour proposer une solution personnalisée, élaborée collectivement afin de donner le maximum de chances à une insertion future.

Si un nouveau colloque est organisé, la famille, la place de la famille et la prise en charge des familles dans les pathologies que nous suivons pourraient être des thèmes intéressants.

Document rédigé par la société Ubiquis – Tél : 01.44.14.15.16 – <http://www.ubiquis.fr> – infofrance@ubiquis.com

