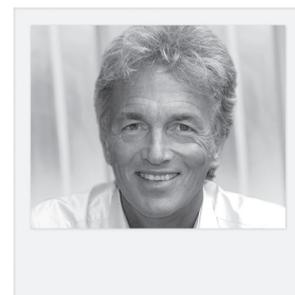


Quoi de neuf en pédopsychiatrie ?



→ **O. REVOL¹, E. HIRSCH¹, D. MORFIN², M. VIORRAIN¹**

¹ Service de Neuropsychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital neurologique Pierre-Wertheimer, Hospices civils de LYON.

² Centre pour les Troubles du Comportement Alimentaire, Hôpital Femme Mère Enfant Hospices Civils de Lyon.

Malgré les tensions économiques et familiales, les enfants du millénaire allaient plutôt bien. En 2012, une enquête de l'OMS rapporte que 85 % d'entre eux s'estimaient heureux¹.

Mais ça, c'était avant. Les attentats en Europe et l'instabilité géopolitique rendent l'avenir particulièrement incertain. Les enfants et les adolescents du millénaire sont logiquement inquiets et incrédules. Violence et intolérance sont à l'opposé des valeurs de cette génération Z, décrite comme sensible et en quête de sécurité et de justice².

Le fossé intergénérationnel est profond comme jamais dans l'histoire contemporaine. Des parents élevés dans un monde d'après-guerre serein, avec des repères lisibles, doivent éduquer des enfants dans un environnement violent et hautement technologique dont ils n'ont pas les codes. Nous sommes passés en 40 ans d'une société *solide*, donc rassurante, à une société *liquide*, dans laquelle enfants et adolescents sont sommés de trouver, souvent seuls, des stratégies pour surnager. La plupart s'en sortent plutôt bien. D'autres inventent des astuces pour éviter d'être emportés dans un torrent imprévisible. Bouger, s'agglutiner, s'attacher à ce qui paraît flotter (parents, amis), ou à ce qui pourrait les apaiser (écrans et autres addictions, licites ou non).

Les plus vulnérables peuvent être contraints à l'évitement. Faute de trouver les ressources nécessaires à la confrontation avec une réalité trop violente, ils risquent de développer des troubles psychopathologiques sévères, comme l'anorexie mentale ou le refus scolaire. Deux pathologies apparemment différentes mais très proches par leurs représentations symboliques, qui, au-delà de l'évitement (de l'alimentation, de l'école), s'expriment avant tout par une tentative d'hypercontrôle et par des troubles de l'attachement.

L'anorexie mentale, une histoire sans faim³ ?

Avec la réforme de la loi santé, l'anorexie mentale (AM) revient sur le devant de la scène. Un décret pour la prévention de l'anorexie et la lutte contre l'incitation à la maigreur excessive doit entrer en application en 2016 (projet de loi adopté le 17 décembre 2015 par l'Assemblée nationale) [1]. Il est logique que les pouvoirs publics se penchent sur cette problématique grave et fréquente. Avec son taux de mortalité important (6 fois celui des sujets sains) [2], l'AM reste la maladie psychiatrique la plus létale [3] et une priorité dans le domaine de la recherche. Nous verrons que les causes demeurent mal définies. L'influence de l'environnement médiatique sur l'apparition des troubles alimentaires

fait encore débat. Si l'insatisfaction corporelle a bien été identifiée comme un facteur de risque des troubles alimentaires [4], le rôle de la pression socio-culturelle et l'internalisation de l'idéal de minceur dans l'installation de l'anorexie n'ont pas été confirmés [5].

1. Des anorexiques plus jeunes et atypiques

La prévalence de l'AM est estimée entre 1,2 et 2,2 % sur la vie entière [6, 7]. Une récente étude portant sur les 12-17 ans en France retrouvait 0,5 % des jeunes filles et 0,06 % des garçons déjà touchés [8].

Dans les dernières années, nous avons assisté à l'émergence de l'AM prépubère, mais la prévalence des troubles alimentaires chez les jeunes enfants est encore mal connue du fait de leur

¹ Enquête *Health Behaviour School-age Children* (OMS, 2012)

² *Quoi de neuf en pédopsychiatrie*, 2014

³ Jacques Maillet, Desclée de Brouwer, 1995, 109 p.

L'ANNÉE PÉDIATRIQUE

présentation atypique. Les particularités de cette forme d'AM sont désormais mieux connues [9-13]. Chez les moins de 14 ans, la proportion d'AM masculine est plus importante que chez l'adulte (1/5 contre 1/10), la peur de grossir est moins exprimée et les conduites de purge sont moins fréquentes (vomissements, usages de laxatifs). Les patients prépubères présentent plus de symptômes physiques non spécifiques et plus de difficultés à reconnaître leur trouble. La restriction est surtout quantitative – les restrictions qualitatives ne sont pas forcément guidées par l'apport calorique des aliments – et souvent accompagnée d'une restriction hydrique. Les complications somatiques et développementales de la dénutrition sont volontiers plus graves chez l'enfant, rendant indispensable un suivi pédiatrique régulier.

La révision du DSM-V (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e édition) (**tableau I**) devrait permettre de mieux évaluer l'épidémiologie de ces troubles avec l'éviction du

critère *aménorrhée* dans le diagnostic d'AM et l'apparition d'une nouvelle entité diagnostique nommée *trouble évitement/restriction de la prise alimentaire*.

2. Mieux les comprendre...

L'anorexie mentale est définie dans le DSM-V par trois critères seulement : restriction alimentaire, peur de prendre du poids et altération de la perception du corps (manque de reconnaissance de la gravité de la maigreur) avec une influence sur l'estime de soi [14]. Les termes connotés négativement du DSM-IV ont disparu. Le "refus de prendre du poids" devient *restriction*, qui n'implique pas un acte d'opposition du patient, le "dénû de la maigreur" devient un *manque de reconnaissance*, sans préjuger de sa cause. En cela, le DSM-V se montre plus objectif et en accord avec les réalités du fonctionnement de l'AM. Car, du côté de la recherche, même s'il reste encore beaucoup d'inconnues, différents travaux récents ont permis de mieux connaître les mécanismes en jeu dans

l'anorexie, ce qui permet d'adapter nos prises en charge.

>>> **Sur le plan neurobiologique**, l'imagerie fonctionnelle [15] a mis en évidence une perturbation du système de récompense. Ces études explorent les réponses à des images de corps en surpoids, normopondéraux et en sous-poids. La différence la plus significative entre malades et témoins portait non pas sur la perception d'un corps en surpoids mais bien sur les corps dénutris : les patients anorexiques montrent plus de signes de perception positive à la vue d'un corps maigre que de perception négative devant un corps obèse, preuve d'une préférence pour la maigreur plutôt que d'un dégoût vis-à-vis d'un corps trop gros. Ces données ont permis de valider, pour partie, des théories existantes sur un fonctionnement addictif dans l'AM [16], plutôt que phobique (or la "peur de grossir" est toujours présente dans le DSM-V).

>>> **Sur le plan neuropsychologique**, un profil cognitif associé à l'AM a pu être mis en évidence. En effet, à l'instar d'autres maladies psychiatriques (schizophrénie, trouble bipolaire) et des troubles neuro-développementaux (autisme), l'AM a, elle aussi, sa signature cognitive. Elle est fortement associée à une fragilité en flexibilité mentale [17] (passer d'une tâche à une autre) et en cohérence centrale [18] (attention excessive aux détails). Ce profil est cohérent avec les présentations cliniques stéréotypées de ces patients. Le défaut de flexibilité se traduit par leur rigidité psychique et la persévération dans certains comportements sans pouvoir s'adapter. Le défaut de cohérence centrale est visible dans leur perfectionnisme ainsi que dans la focalisation sur un détail (grosseur d'une partie du corps) au détriment d'une vision globale (l'harmonie d'une silhouette). Ces traits sont reconnus comme endophénotypiques de l'AM [19-21], c'est-à-dire des caractéristiques fortement

Critères DSM-V du trouble de la prise alimentaire évitant/restrictif

A - Une perturbation de l'alimentation ou des conduites alimentaires (par exemple, une perte d'intérêt à manger ou pour la nourriture, un évitement basé sur les caractéristiques sensorielles des aliments, une préoccupation à l'égard des conséquences aversives de manger) qui se manifeste par un échec continu de combler les besoins nutritionnels et/ou énergétiques appropriés et associés avec au moins une des caractéristiques suivantes :

1. Une perte de poids significative (ou l'échec à parvenir à un gain de poids attendu ou encore un retard de croissance chez les enfants).
2. Une carence nutritionnelle significative.
3. Une dépendance à l'alimentation entérale ou à des suppléments nutritionnels oraux.
4. Une perturbation marquée dans le fonctionnement psychosocial de l'individu.

B - La perturbation n'est pas associée à un manque de nourriture disponible ou à une pratique culturelle particulière.

C - Le comportement alimentaire ne survient pas exclusivement pendant une anorexie ou une boulimie et aucune perturbation associée au poids corporel ou à l'image corporelle n'est relevée.

D - Le comportement alimentaire n'est pas attribuable à une condition médicale déjà présente ou ne peut être expliqué par un autre problème de santé mentale. Lorsque le comportement alimentaire survient dans un contexte d'une autre condition médicale, la sévérité de la perturbation décrite dépasse celle associée à l'affection médicale nécessitant alors une attention clinique additionnelle.

TABLEAU I.

L'ANNÉE PÉDIATRIQUE

associées à la maladie, présentes aux différents stades de son évolution, et hérissables et retrouvées *a minima* chez les apparentés des malades. Ils sont intéressants car mesurables et représentent des cibles thérapeutiques potentielles (cf. *Perspectives thérapeutiques*).

3.... pour mieux les soigner

La psychothérapie est toujours un pilier du traitement de l'AM, mais il est encore aujourd'hui difficile de déterminer la supériorité d'une méthode sur une autre. Seule la thérapie familiale dans le traitement de l'AM de l'adolescent a été validée [22-23]. Les autres approches – thérapies comportementales et cognitives (TCC), thérapies interpersonnelles – peinent à faire consensus [5]. Cela s'explique probablement par le fait que toutes les thérapies ne sont pas élaborées pour produire des effets mesurables (comment mesurer la qualité de la relation, l'intersubjectivité?), mais aussi par la difficulté à conduire des essais cliniques randomisés pour des psychothérapies.

La prise en charge multidisciplinaire reste également la règle, avec la collaboration au moins d'un pédopsychiatre et d'un pédiatre. En outre, si les critères d'hospitalisation restent inchangés (urgence somatique ou psychiatrique, impossibilité ou échec des soins ambulatoires) [22], des séjours plus courts sont à présent encouragés, en mettant au premier plan des recommandations les soins ambulatoires qui maintiennent une intégration sociale et sont moins coûteux. De récents travaux ont d'ailleurs montré qu'il n'y avait pas de différence d'efficacité entre des soins intensifs spécialisés en hôpital de jour après une courte hospitalisation et une hospitalisation de longue durée [24]. On sait aussi maintenant que la prise en charge par une équipe spécialisée donne de meilleurs résultats [25]. Ainsi, si une prise en charge entièrement ambulatoire semble encore lointaine,

on se dirige vers des hospitalisations plus courtes, puis des soins plus spécialisés et plus intensifs au décours des séjours hospitaliers. Cependant, les dispositifs de soins ambulatoires structurés intensifs (TCC, thérapie familiale) sont encore malheureusement peu développés en France. Les hospitalisations restent donc fréquentes, mais doivent se faire sans isolement strict ni rupture complète avec la famille.

Le lien avec les familles de malades reste, en effet, central par le biais d'entretiens familiaux, de thérapie familiale ou de groupes de psychoéducation à destination des parents. Car si la responsabilité d'un fonctionnement familial pathologique est maintenant écartée [26], l'AM n'est pas sans conséquence sur la famille et l'implication des parents est précieuse dans les soins.

4. Avec de nouvelles perspectives thérapeutiques

On constate qu'en l'absence de consensus en matière de psychothérapie, les équipes spécialisées s'ouvrent à des thérapies novatrices qui se veulent complémentaires (*tableau II*). L'hypothèse d'un fonctionnement addictif et la découverte d'un profil cognitif caractéristique ont, par exemple, conduit à une approche par remédiation cognitive, technique mobilisant la motivation et ciblant ces difficultés cognitives. Les approches sensorielles et la méditation en pleine conscience (*mindfulness*) semblent aussi représenter des alternatives prometteuses.

5. Et peu d'indications médicamenteuses

Il n'existe toujours aucune preuve de l'efficacité d'un traitement chimique de l'AM. Une récente méta-analyse des essais cliniques randomisés de la littérature ne montre pas d'effet significatif des antidépresseurs, des antipsychotiques ou des traitements hormonaux sur le gain de poids, le comportement alimentaire ou l'état psychique pendant la phase de renutrition [27]. Ainsi, les recommandations actuelles [28-31] restent prudentes quant à l'utilisation d'antidépresseurs en phase de dénutrition, y compris devant une comorbidité de dépression, et préconisent de s'assurer de la persistance des symptômes dépressifs après la reprise pondérale avant d'introduire un traitement antidépresseur. Cependant, devant le fossé constaté entre recommandations et pratique clinique, des stratégies de prescription raisonnée de traitements antidépresseurs ont été proposées [32]. Ces prescriptions doivent être initiées et surveillées par un pédopsychiatre.

Conclusion

Les dernières découvertes en matière d'AM modifient notre regard sur cette maladie. On doit à présent penser l'AM non plus comme une organisation psychique défaillante avec des conséquences somatiques (comme dans le modèle psychanalytique classique), mais plutôt comme une tentative d'adaptation à des dysfonctionnements

Anorexie mentale : nouveautés

Épidémiologiques : augmentation des formes prépubères.

Étiologiques : profils cognitifs spécifiques, intrications génétiques et environnementales.

Thérapeutiques :

- maintien du contact avec la famille ;
- thérapies nouvelles : *mindfulness*, thérapies familiales, vidéothérapie...

TABLEAU II.

L'ANNÉE PÉDIATRIQUE

neurobiologiques [33]. Si la prise en charge multidisciplinaire somatique et psychique incluant un soin familial reste une priorité, de nouvelles perspectives thérapeutiques s'ouvrent à la lumière des découvertes scientifiques. Mieux connaître ces patients nous aide déjà à mieux les traiter et la priorité actuelle est de privilégier un diagnostic précoce et l'accès aux soins, de préférence avec des thérapeutes spécialisés.

Le refus scolaire anxieux : quand l'école fait peur

Ce n'est pas sans raison que l'anorexie mentale et le refus scolaire sont associés dans cet article. Refuser d'aller à l'école ou de s'alimenter sont deux conduites sous-tendues par des mécanismes psychopathologiques complexes, où s'entremêlent des facteurs individuels, familiaux et sociétaux, tant dans l'apparition que dans le maintien des symptômes. Leurs prises en charge sont longues, intensives, et longtemps parasitées par une intrication délicate entre somatique et psychologique.

1. Aimer l'école, une idée de plus en plus folle ?

Auparavant appelé "phobie scolaire", le refus scolaire anxieux (RSA) désigne "ces enfants qui pour des raisons irrationnelles refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer" [34].

Cette année, en France et selon les données de l'Éducation nationale [35], 4,4 % des élèves de secondaire ont présenté un absentéisme, soit au moins 4 demi-journées d'absence non justifiées par mois, toutes causes confondues : maladie, handicap, deuil, causes psychologiques, dont le refus scolaire anxieux. Si le taux d'absentéisme global reste stable, la prévalence du RSA est en augmentation (1 % des élèves),

et continue d'être un sujet d'étude en France et à l'étranger [36]. Il interroge notre efficacité à repérer et prendre en charge ces profils psychopathologiques complexes, et engendre un sentiment d'impuissance, surtout lorsque l'on connaît la sévérité du retentissement à long terme.

Une absence prolongée compromet les tâches fondamentales d'apprentissage, de socialisation et de renforcement de l'estime de soi, et affecte les stades de développement ultérieur [37]. Cela se traduit à long terme par un risque accru de pathologies psychiatriques, une moins bonne intégration psychosociale, des difficultés d'accès à une éducation supérieure et des problèmes d'intégration professionnelle [38]. À un moment où le chômage des jeunes est une réelle problématique, le repérage précoce de ces situations de refus scolaire anxieux est donc primordial dans une perspective de prévention secondaire.

2. Le pédiatre en première ligne

Les prodromes du RSA sont le plus souvent somatiques, et placent le médecin de premiers recours en position de sentinelle. Ils présentent des réactions émotionnelles intenses (pleurs, colère...) pouvant parfois aller jusqu'à une véritable attaque de panique. Cette anxiété est fréquemment associée à des symptômes physiques [36] qui peuvent même être au premier plan. Ces plaintes peuvent être le motif de consultation en mimant des pathologies somatiques : cardiaques (douleurs dans la poitrine, palpitations, malaises ou étourdissements), digestifs (maux de ventre répétés, vomissements), neurologiques (céphalées, vision floue, troubles de la marche), respiratoires (dyspnée), ORL (extinction de voix) et même rhumatologiques (douleurs dorsales, douleurs articulaires) [37]. Les troubles du sommeil à type d'insomnie, de cauchemars, de terreurs nocturnes ou de somnolence

diurne sont également fréquemment rapportés [39].

Le pédiatre peut être amené à rencontrer des enfants présentant un refus scolaire soit du fait de sa place privilégiée d'acteur de premier soin, soit au travers de consultations de spécialiste.

Il est indispensable d'éliminer une cause organique [40], tout en limitant cette recherche dans le temps et dans la quantité des examens complémentaires prescrits. Il n'est pas rare qu'une quête sans fin d'une pathologie organique mobilise les médecins, à la demande insistante des familles [37], au risque d'entretenir les comportements d'absentéisme et de maintenir le trouble. Il faut donc garder à l'esprit la part essentielle de l'anxiété dans la manifestation de ces troubles [36, 37] et leur **rythmicité**. Ces symptômes se manifestent essentiellement lors de la confrontation de l'enfant avec l'école et s'apaisent lorsqu'il reste chez lui, notamment le week-end et lors des vacances scolaires. On peut parfois noter une réapparition des manifestations cliniques la veille de la reprise. La tâche du pédiatre est de faire reconnaître au patient et à sa famille les causes psychologiques de la plainte somatique.

3. Analyser les causes pour ajuster la prise en charge

L'évaluation symptomatique doit être complétée par un entretien approfondi permettant une analyse fonctionnelle du trouble afin de dégager des hypothèses sur les facteurs d'apparition ou de maintien du refus scolaire anxieux.

Des facteurs précipitants sont fréquemment retrouvés [37, 40], notamment des incidents à l'école (moqueries voire harcèlement, remarques d'un enseignant, changement de professeur, de classe ou d'établissement, en particulier avec l'entrée au CP, en 6^e ou en seconde). On recherche également l'existence d'événements familiaux (maladie d'un

L'ANNÉE PÉDIATRIQUE

parent, naissance, séparation, déménagement, situation conflictuelle). Il est possible, après accord des parents, de s'appuyer sur l'observation faite par les enseignants, l'infirmière ou le médecin scolaire. Cette analyse fonctionnelle peut aussi se faire avec l'aide d'une échelle: la *School Refusal Assessment Scale*. Cette échelle est constituée de trois questionnaires (enfant, parents, enseignants). Elle s'adresse à des enfants déscolarisés et propose quatre dimensions au comportement de refus scolaire [41, 42, 36, 43]:

1. Évitement des stimuli scolaires qui provoquent des émotions négatives de craintes, d'anxiété ou de dépressions.
2. Évitement des situations sociales pénibles notamment d'évaluations (contrôles, exposés, confrontations aux pairs, cours de sport...).
3. Comportement permettant d'attirer l'attention des figures d'attachement en restant à la maison avec elles.
4. La recherche de renforcements positifs tangibles en dehors de l'école (par exemple dormir tard, regarder la télévision, traîner avec les amis, consommer des toxiques).

Une version française de la partie destinée aux enfants a été traduite et validée [42].

Il n'est pas rare que des éléments dépressifs soient associés. Ils peuvent être recherchés et validés à l'aide de la *Children's Depression Inventory* (CDI).

Ces outils ont un intérêt pour la mise en place d'un soin adapté et peuvent aider le pédiatre à adresser plus facilement le patient et sa famille vers des soins pédopsychiatriques.

4. Une prise en charge à deux vitesses

Les situations "simples" (c'est-à-dire d'apparition récente avec un facteur déclenchant évident chez un patient sans antécédent psychiatrique dans un environnement familial adapté)

peuvent être traitées par le pédiatre ou le médecin traitant avec le soutien de l'équipe pédagogique [41].

Dans les situations plus complexes ou devant un échec des tentatives de rescolarisation [44], il est important de faire le relais auprès d'un pédopsychiatre. La prise en charge doit alors être globale, multimodale et pluridisciplinaire [36] avec un travail de réseau important entre le médecin traitant, le pédiatre, le médecin scolaire et le pédopsychiatre. L'objectif du soin est de permettre à la fois une rescolarisation la plus rapide possible et une prise en charge adaptée au profil psychopathologique.

Les différentes modalités de prise en charge, qui ont déjà été évoquées l'an dernier dans ces mêmes colonnes (cf. *Réalités pédiatriques* n° 196), doivent être proposées dans une approche fonctionnelle.

Par exemple, il est plutôt proposé, dans les situations de renforcement négatif, en plus de la psychothérapie, une prise en charge psychoéducative autour de l'anxiété, l'apprentissage des techniques de relaxation et de gestion du stress [43]. Dans les cas d'évitement des situations sociales pénibles, un travail autour des habilités sociales est tout à fait intéressant, ainsi que les prises en charge groupales.

Dans les cas d'anxiété de séparation, une guidance parentale, voire même une thérapie familiale, prend tout son sens. Par ailleurs, la prescription de psychotrope n'est pas un traitement de première intention et doit se faire avec une grande prudence, après une évaluation pédopsychiatrique.

Conclusion

L'anorexie mentale et le refus scolaire anxieux sont revisités par les codes des enfants du XXI^e siècle. Ils en modifient

l'expressivité (précocité d'apparition, intensité des symptômes, résistance aux interventions thérapeutiques...) et obligent les soignants à adapter leurs prises en charge.

En psychopathologie comme ailleurs, la génération Z fait bouger toutes les lignes. À l'instar du monde du travail, l'École et la Santé doivent se préoccuper des signaux envoyés par nos jeunes patients. Rien ne sera plus comme avant. Parents, éducateurs et soignants doivent évoluer et respecter une génération qui impose ses valeurs et sa créativité.

"Leur manière d'être, à la fois connectée, horizontale et créative, innerve tout dans notre société..."

Ils sont en train de changer la manière de travailler, de voyager, d'apprendre, de consommer.

Est-ce que ça les rend meilleurs? Je l'ignore. Mais ils sont différents.

Les comprendre est crucial: notre monde est en train de glisser vers le leur..."

Michel Serres, *Petite Poucette*, 2012.

Bibliographie

1. Projet de loi de modernisation de notre système de santé (texte définitif).
2. ARCELUS J, MITCHELL AJ, WALES J *et al.* Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*, 2011;68:724-731.
3. SMINK FRE, VAN HOEKEN D, HOEK HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*, 2012;14:406-414.
4. STICE E, MARTI CN, DURANT S. Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behav Res Ther*, 2011; 49:622-627.
5. ZIFFEL S, GIEL KE, BULIK CM *et al.* Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry*, 2015;2:1099-1111.
6. KESKI-RAHKONEN A, HOEK HW, SUSSER ES *et al.* Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. *Am J Psychiatry*, 2007;164:1259-1265.
7. WADE TD, BERGIN JL, TIGGEMANN M *et al.* Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Aust N Z J Psychiatry*, 2006;40:121-128.

L'ANNÉE PÉDIATRIQUE

8. GODART N, LEGLEYE S, HUAS C *et al.* Epidemiology of anorexia nervosa in a French community-based sample of 39,542 adolescents. *Open J Epidemiol*, 2013;03:53-61.
9. FISHER M, SCHNEIDER M, BURNS J *et al.* Differences between adolescents and young adults at presentation to an eating disorders program. *J Adolesc Health*, 2001;28:222-227.
10. MADDEN S, MORRIS A, ZURYNSKI YA *et al.* Burden of eating disorders in 5-13-year-old children in Australia. *Research Gate*, 2009;190:410-414.
11. MILLER CA, GOLDEN NH. An Introduction to Eating Disorders: Clinical Presentation, Epidemiology, and Prognosis. *Nutr Clin Pract*, 2010;25:110-115.
12. NICHOLLS D, BRYANT-WAUGH R. Eating Disorders of Infancy and Childhood: Definition, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2009;18:17-30.
13. NICHOLLS DE, LYNN R, VINER RM. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry*, 2011;198:295-301.
14. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. (American Psychiatric Pub, 2013).
15. CLARKE J *et al.* Higher reward value of starvation imagery in anorexia nervosa and association with the Val66Met BDNF polymorphism. *Transl Psychiatry*, 2016;6:e829.
16. CORCOS M. Approche psychosomatique des conduites addictives alimentaires. *Dialogue* n° 169, 2005;97-109.
17. ROBERTS ME, TCHANTURIA K, STAHL D *et al.* A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychol Med*, 2007;37:1075-1084.
18. LANG K, LOPEZ C, STAHL D *et al.* Central coherence in eating disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *World J Biol Psychiatry*, 2014;15:586-598.
19. BULIK CM, HEBEBRAND J, KESKI-RAHKONEN A *et al.* Genetic epidemiology, endophenotypes, and eating disorder classification. *Int J Eat Disord*, 2007;40:S52-S60.
20. HOLLIDAY J, TCHANTURIA K, LANDAU S *et al.* Is Impaired Set-Shifting an Endophenotype of Anorexia Nervosa? *Am J Psychiatry*, 2005;162:2269-2275.
21. LOPEZ C, TCHANTURIA K, STAHL D *et al.* Weak central coherence in eating disorders: a step towards looking for an endophenotype of eating disorders. *J Clin Exp Neuropsychol*, 2009;31:117-125.
22. Haute Autorité de Santé (HAS). Anorexie mentale : prise en charge, 2011.
23. LOCK J. An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2015;44:707-721.
24. HERPERTZ-DAHLMANN B, SCHWARTE R, KREI M *et al.* Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet Lond Engl*, 2014;383:1222-1229.
25. HOUSE J, SCHMIDT U, CRAIG M *et al.* Comparison of specialist and nonspecialist care pathways for adolescents with anorexia nervosa and related eating disorders. *Int J Eat Disord*, 2012;45:949-956.
26. HOLTOM-VIESEL A, ALLAN S. A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clin Psychol Rev*, 2014;34:29-43.
27. DE VOS J, HOUTZAGER L, KATSARAGAKI G *et al.* Meta-analysis on the efficacy of pharmacotherapy versus placebo on anorexia nervosa. *J Eat Disord*, 2014;2:27.
28. AIGNER M, TREASURE J, KAYE W *et al.* Task Force On Eating Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World J Biol Psychiatry*, 2011;12:400-443.
29. AP. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2006. *American Psychiatric Pub*, 2006.
30. HAY P, CHINN D, FORBES D *et al.* Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 2014;48:977-1008.
31. FAZELI PK, CALDER GL, MILLER KK *et al.* Psychotropic medication use in anorexia nervosa between 1997 and 2009. *Int J Eat Disord*, 2012;45:970-976.
32. LEBLÉ N, RADON L, RABOT M *et al.* Manifestations dépressives au cours de l'anorexie mentale : données de la littérature et implications pour une utilisation adaptée des antidépresseurs. *L'Encéphale* doi:10.1016/j.encep.2016.02.017.
33. ASKENAZY F. Anorexie à l'adolescence et séparation. *Ann Med Psychol Rev Psychiatr*, 2016;174:426-430.
34. AJURIAGUERRA J. *Manuel de Psychiatrie de l'enfant*. Paris: Masson, 1974.
35. www.education.gouv.fr
36. GALLÉ-TESSONNEAU M, DORON J, GRONDIN O. Des critères de repérage aux stratégies de prise en charge du refus scolaire : une revue de littérature internationale systématique. *Pratiques Psychologiques*. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1269176316000225>
37. HOLZER L, HALFON O. Le refus scolaire. *Archives de Pédiatrie*, 2006;13:1252-1258.
38. MILLIEZ N. Se séparer pour aller à l'école. A propos du cas de Nathan, frère jumeau de Mathis. [Mémoire DESC]. Université Claude Bernard Lyon 1, 2013.
39. HOCHADEL J, FRÖLICH J, WIATER A *et al.* Prevalence of sleep problems and relationship between sleep problems and school refusal behavior in school-aged children in children's and parents' ratings. *Psychopathology*, 2014;47:119-126.
40. KATZ F, LEITH E, PALIOKOSTA E. Fifteen-minute consultation for a child not attending school: a structured approach to school refusal. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*, 2016;101:21-25.
41. BENRIKA S. Le refus anxieux scolaire : À propos de 40 patients hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy. *Faculté de médecine de Nancy*, 2010.
42. BRANDIBAS G, JEUNIER B, GASPARD JL *et al.* Évaluation des modes de refus de l'école : validation française de la SRAS (School Refusal Assessment Scale). *Psychologie et psychométrie*, 2001;22:45.
43. KEARNEY CA, PURSELL C, ALVAREZ K. Treatment of School Refusal Behavior in Children with Mixed Functional Profiles. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2001;8:3-11.
44. GASPARD JL, BRANDIBAS G, FOURASTE R. Refus de l'école : les stratégies thérapeutiques en médecine générale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2007;55:367-373.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.