



HAL
open science

Manger à l'hôpital et en famille avec les adolescentes anorexiques : une lecture anthropologique du repas familial thérapeutique

M.-A. Podlipski, M. Lasfar, J. Sibeoni, B. Mirkovic, A. Raynal, P. Gerardin

► To cite this version:

M.-A. Podlipski, M. Lasfar, J. Sibeoni, B. Mirkovic, A. Raynal, et al.. Manger à l'hôpital et en famille avec les adolescentes anorexiques : une lecture anthropologique du repas familial thérapeutique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2019, 67, pp.213 - 218. 10.1016/j.neurenf.2019.03.001 . hal-03484478

HAL Id: hal-03484478

<https://hal.science/hal-03484478v1>

Submitted on 20 Dec 2021

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Manger à l'hôpital et en famille avec les adolescentes anorexiques :
Une lecture anthropologique du repas familial thérapeutique

Family meal in the hospital for anorexic teenagers: An anthropological approach

Dr Podlipski Marc-Antoine ⁽¹⁻³⁾ *, Psychiatre d'enfants et d'adolescents (1-3)

Dr Lasfar Malaïka ⁽²⁾, Psychiatre d'enfants et d'adolescents

Dr Sibeoni Jordan ⁽⁴⁾, Psychiatre d'enfants et d'adolescents

Dr Mirkovic Bojan ⁽⁵⁾, Psychiatre d'enfants et d'adolescents

Dr Raynal Agathe ^(1,2), Psychiatre d'enfants et d'adolescents

Pr Gerardin Priscille ⁽¹⁻³⁾, Responsable des unités universitaires de Psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent – CHU de Rouen/CH Rouvray, Chef de pôle de Psychiatrie Enfants et Adolescents CH Rouvray

(1) Pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Centre Hospitalier du Rouvray – 4, Rue Paul Eluard BP 45 - 76301 Sotteville-Lès-Rouen

(2) Fédération Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent – Pr P. Gerardin, CH du Rouvray - CHU de Rouen, 1 rue de Germont, 76031 Rouen Cedex

(3) CRFDP, UFR des Sciences de l'Homme et de la Société, Université de Rouen, 1 rue Lavoisier 76821 Mont-Saint-Aignan cedex

(4) Service Universitaire de Psychiatrie de l'Adolescent - Pr A. Révah-Lévy, Pôle Psychiatrie et Santé Mentale, Centre Hospitalier Victor Dupouy, 95107 Argenteuil

(5) Psychiatre-Pédopsychiatre, Attaché à la Pitié-Salpêtrière, 21 avenue de La Motte-Picquet 75007 Paris

* Auteur correspondant :

Marc-Antoine PODLIPSKI,

02.32.95.11.31 (Télécopie : 02.32.95.11.29)

marc-antoine.podlipski@ch-lerouvray.fr

Manger à l'hôpital et en famille avec les adolescentes anorexiques :
Une lecture anthropologique du repas familial thérapeutique

Résumé :

L'hospitalisation des adolescentes anorexiques est fréquemment longue et vient elle-même s'articuler à une prise en charge qui a pu mobiliser plusieurs modalités de soins en amont. L'accompagnement de la famille dans le traitement de l'anorexie mentale à l'adolescence est un axe de travail fondamental dans le contexte de l'hospitalisation. Comme transition en fin de cette hospitalisation, la mise en place d'un repas familial thérapeutique associant familles et soignants vient s'inscrire dans un rite de passage que l'hospitalisation va incarner pour l'adolescente malade et sa famille. Cet abord rituel, une réflexion socio-anthropologique, la question du statut de l'adolescent malade, en hospitalisation et dans sa famille, la transition entre l'hôpital et la maison, la nature de la relation soignants-soignés, sont autant de thèmes permettant de comprendre l'intérêt singulier du repas familial thérapeutique.

Mots clés :

Repas Familial, Repas Familial Thérapeutique, Anorexie Mentale, Rites de passage, Adolescence, Hospitalisation

Family meal in the hospital for anorexic teenagers: An anthropological approach

Abstract

The hospitalization of anorexic teenagers is usually long and comes, most of the time, after different kinds of care. Family support in the treatment of mental anorexia among teenagers is a fundamental focus in the context of hospitalization. As a transition at the end of the hospitalization, the implementation of a therapeutic family meal with families and care-givers become part of the rite of passage that hospitalization embodies for the suffering teenagers and for their family. The ritual approach, socio-anthropological considerations, the question of the status of the teenager, the transition between the hospitalization and the house, the nature of the relationship between care-givers and care-receivers, are so many themes that allow to understand the peculiar interest of the therapeutic family meal.

Key words :

Family meal, anorexia nervosa, therapeutic family meal, rites of passage, adolescence, inpatient

Introduction

Le repas familial est un objet d'étude méconnu faisant l'objet de développement dans différents champs scientifiques comme la santé publique, la sociologie ou l'anthropologie [1]. De façon générale, il est relevé que les enfants partageant régulièrement et quotidiennement au moins un repas en famille est un facteur participant à un devenir meilleur sur le plan de la santé générale et du poids, du comportement alimentaire et du bien-être psychosocial [2 – 3]. Concernant les troubles du comportement alimentaire, la fréquence hebdomadaire du nombre de repas partagé en famille est inversement proportionnelle à l'émergence de tels troubles ainsi que d'autres troubles psychiatriques à l'adolescence comme les troubles violents du comportement, la dépression et les idées suicidaires [4 – 6]. Au-delà de sa fréquence, le repas est un temps essentiel du développement y compris sur un plan psychique. Familialement, c'est un temps de partage et de rencontre rassemblant l'enfant et ceux qui sont ses proches au quotidien. Le repas est un moment d'échanges privilégiés riche de comportements et d'interactions, venant traduire le rapport d'une famille à l'alimentation mais venant rendre également compte du lien entre les individus composant cette famille.

Plusieurs études ont montré comment le repas familial permettait de soutenir la prise en charge des enfants et des adolescents souffrant de maladies chroniques comme le diabète ou la mucoviscidose : concernant le diabète de type 1, les familles prenant des repas en famille régulièrement présentent de façon significative une meilleure qualité du régime alimentaire et une meilleure adhésion vis-à-vis de celui-ci [7]. Après des familles dont un des enfants présente une mucoviscidose, le temps des repas est décrit comme particulièrement stressant [8] ce qui a amené certaines équipes de soins à proposer une séance d'éducation thérapeutique spécifique autour des repas [9].

L'anorexie mentale est une pathologie qui, entre autres signes, se traduit par une altération majeure du temps des repas. Devenant stéréotypé, réduit à sa portion congrue ou absent chez la patiente, le repas familial devient inévitablement et durablement troublé au cours de la pathologie. Lors de la

prise en charge, il est également un temps particulier. En ambulatoire ou dans le cadre d'une hospitalisation, un des axes de travail de l'équipe soignante est de redynamiser les ressources et les compétences parentales, notamment celles appliquées aux différentes tâches structurant le fonctionnement familial [10]. L'objectif de cet article est de décrire la pratique du repas familial thérapeutique telle que nous l'avons développée auprès des adolescentes hospitalisées pour une anorexie mentale.

Actualité pratique du repas familial thérapeutique

Dans un cadre thérapeutique, on retrouve la pratique du repas familial dans différents contextes et différentes formes de thérapies familiales [1] : le modèle de la famille psychosomatique au cours des années 1970 propose une séquence d'un repas familial en présence d'un thérapeute. Ce dernier devra tenter de provoquer une crise au sein du système familial pour permettre l'expression de conflits intrafamiliaux [11] ; L'équipe du Maudsley Hospital, en 1980, adopte une position plus observationnelle avec l'objectif d'étayer et d'accompagner concrètement les familles au quotidien [12] ; Actuellement, c'est dans le cadre de thérapies multifamiliales que l'on retrouve des repas familiaux associant plusieurs familles et un thérapeute [13]. Cependant, le caractère fortement interventionniste que symbolise un repas en présence d'un thérapeute est souligné et va conduire certaines équipes à exclure du programme thérapeutique ce temps de repas partagé [14].

Depuis 2001, le traitement de l'anorexie mentale « basée sur la famille » (Family-Based Treatment, FBT) s'est développé dans les suites du modèle de thérapie familiale développé par le Maudsley Hospital [15]. Cette approche vise à mettre les parents au centre du traitement et de redonner le pouvoir à la famille afin d'aider leur propre enfant. L'accent est mis sur le travail collaboratif du thérapeute et de la famille, le thérapeute n'étant plus celui qui contrôle et impose la conduite à tenir. Le traitement basé sur la famille est une thérapie intensive se déroulant habituellement sur un an selon trois séquences : la reprise de poids ; redonner le contrôle de l'alimentation à l'adolescent ;

retour au développement normal à l'adolescence. Pendant la première séquence, la deuxième séance est consacrée au repas familial en présence du thérapeute. Pour cette séance, les parents doivent apporter un repas que leur enfant « doit manger pour guérir de l'anorexie mentale ». L'objectif de cette séance est d'évaluer les points à améliorer et d'aider les parents à faire manger leurs enfants « une bouchée de plus » (« one more bite ») par rapport à ce qu'il est de lui-même prêt à ingérer. Concernant la réponse au traitement, l'observation des comportements familiaux au cours du repas est particulièrement informative avec des familles dont la réponse au traitement pour l'adolescente anorexique va être d'autant plus rapide qu'il y aura moins de commentaires négatifs et de critique de la part des parents envers les enfants. Du côté de l'adolescent, le groupe associé à une moins bonne réponse au traitement se caractérise par plus de comportements de refus alimentaire ainsi que par plus de verbalisations familiales négatives. Suite à ces observations, certaines équipes propose des séances additionnelles incluant une séance de repas supplémentaire auprès des familles avec une adolescente ayant une réponse pondérale moindre. Ces séances supplémentaires permettraient de travailler spécifiquement les difficultés observées pendant le premier repas et d'induire une reprise de poids plus rapide et donc plus de guérison. Une évaluation de ce nouveau protocole confirme une meilleure récupération pondérale, comparable aux adolescents qui ont une réponse rapide. [16]

Le repas familial est également un élément central de la thérapie multifamiliale. (MFT ou Multifamily therapy) [17]. Cette thérapie réunit 5-7 familles avec un adolescent atteint d'anorexie mentale. La phase initiale centrée sur le symptôme comporte 7 jours. Chaque jour, les 5 à 7 familles se réunissent en présence du thérapeute et déjeunent et prennent des gouters ensemble pendant une semaine. Ces repas pris ensemble sont une occasion unique pour un soutien mutuel, pour servir de modèle à d'autres parents, pour avoir des interventions directes sur des points problématiques du repas et pour l'apprentissage et la pratique des nouvelles manières de gérer le processus de renutrition. De plus, cette semaine comporte la possibilité pour les adolescents de prendre des repas avec une autre famille, créant habituellement un sentiment d'efficacité chez les parents qui les

accueillent et une nécessité moindre pour l'adolescent de contrôler son environnement. Des jeux de rôles autour du repas avec inversion des rôles ou des groupes de parole sont également utilisés. [18]

Le repas familial thérapeutique dans l'unité de psychopathologie et médecine de l'adolescent sur le CHU de Rouen

Pour les adolescentes présentant un épisode d'anorexie mentale et nécessitant une hospitalisation, entre l'admission de la patiente et l'atteinte d'un poids de sortie, la prise en charge dans l'unité de psychopathologie et médecine de l'adolescent¹ est *pluridisciplinaire* car elle associe une prise en charge somatique, pédiatrique et nutritionnelle à une prise en charge pédopsychiatrique associant des accompagnements individuel, groupal et familial. Individuellement, il est proposé à la patiente un suivi psychothérapeutique personnel ou encore des activités psychocorporelles. Collectivement, les patientes participent à des temps de médiation en groupes associant les autres patients hospitalisés ou suivis en ambulatoire (groupe de paroles à destination des adolescentes présentant ou ayant présenté un épisode d'anorexie mentale). Associé à ces axes de travail individuel et groupal, un travail familial est proposé au cours de l'hospitalisation à travers des consultations familiales psychothérapeutiques, des groupes de parole à l'attention des parents et des entretiens psychothérapeutiques à l'attention des frères et sœurs de patientes.

Structurant l'hospitalisation, le parcours de la patiente est ponctué par des objectifs motivationnels balisant son hospitalisation, de son admission à sa sortie. Avant la sortie et une reprise du suivi ambulatoire, chacune des hospitalisations se conclue par un repas familial thérapeutique.

Le repas familial thérapeutique est une séquence de trois temps de préparation à la sortie associant la patiente, la famille de cette patiente et un binôme de soignant [19]. Le binôme de soignants est

¹ Unité de psychopathologie et de médecine de l'adolescent, (Pr. GERARDIN, Fédération Hospitalo-universitaire de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Centre Hospitalo-Universitaire de Rouen et Centre Hospitalier du Rouvray – Pr. MARGUET, Service de Pédiatrie Médicale, CHU de Rouen)

composé d'une infirmière connaissant la famille et la patiente, travaillant dans l'unité d'hospitalisation et d'un médecin « naïf », extérieur à la prise en charge de la jeune.

Dans un premier temps, dit « séquence du repas », il s'agit d'organiser un repas en y associant la préparation (composition d'un menu, achat de provisions pour sa réalisation, confection du repas par la famille) et le partage de ce repas par l'ensemble des participants (patiente, parents, fratrie, soignants). A l'issue de ce premier temps, soit quelques jours après, une séquence dite « de supervision » est organisée avec le duo de soignants, le diététicien de la patiente, plusieurs membres de l'équipe soignante, et un superviseur. Cette synthèse est l'objet d'une reprise clinique du repas et de la préparation, sous une forme jouée et mise en scène, de la séquence de restitution. Nous avons souhaité que le superviseur de ces repas soit un thérapeute familial d'approche systémique et, afin de porter un regard institutionnellement naïf, extérieur au service. Le troisième temps est nommé séquence de restitution : Animé par le duo de soignants, il rassemble durant une heure la famille dans son ensemble et reprend les événements marquants de la séquence du repas mise en perspective par le temps de synthèse. Les soignants reprennent quelques points clés et offrent à la famille des pistes de réflexion pour les repas à venir hors de l'hospitalisation. Ces échanges servent de point d'ancrage pour amorcer des modifications qui pourront être mises en œuvre dans les semaines à venir ou encore être l'occasion d'une proposition d'orientation en thérapie familiale. Ce dispositif offre, à la sortie de l'hospitalisation, autant de nouvelles pistes de travail après un temps long d'hospitalisation ; temps long pouvant donner l'illusion que « tout y a déjà été dit », finalisant un processus qui doit se réouvrir à l'occasion de la sortie et du retour au quotidien, notamment familial.

Le cas de Marie

Marie est une adolescente de 15 ans. Habitant à près de 120 kilomètres de l'hôpital, les premières consultations à la maison des adolescents ont permis de poser le diagnostic d'anorexie mentale et de mettre en place un suivi régulier et plusieurs médiations thérapeutiques durant deux mois. Malheureusement, les conduites alimentaires de Marie ont amené à un amaigrissement qui s'est

accentué avec des manifestations cardiaques qui ont imposées son hospitalisation en urgence sur l'unité de psychopathologie et médecine de l'adolescent. Auparavant elle avait pu participer aux deux derniers groupes de paroles pour adolescentes présentant un épisode d'anorexie mentale accompagnée par ses parents, qui, eux-mêmes, participaient au groupe de paroles destiné aux parents d'adolescentes malades. Aussi, Marie et sa famille avaient été doublement informés, par les médecins et par les autres familles, des modalités de prise en charge : accueil durant une à deux semaines sur l'unité d'hospitalisation, proposition d'un contrat de poids, hospitalisation et préparation à la sortie perlée de permission et se concluant par le repas familial thérapeutique. Naturellement, les inquiétudes de Marie et ses parents ont porté initialement sur ce temps de séparation qui fut acté lors de la signature, forte en symbole, du contrat de poids. Rapidement l'hospitalisation s'orchestra au rythme de Marie et d'une reprise pondérale régulière. Parallèlement, Marie investit positivement les médiations thérapeutiques et les entretiens thérapeutiques. Un mois et demi après son admission, Marie pu revoir ses parents et la préparation à la sortie put s'envisager. Après trois mois d'hospitalisation, le repas familial thérapeutique s'organisa un jeudi : Mathilde, l'infirmière qui participera en binôme avec le médecin au repas familial thérapeutique, est déjà présente et a mis la table. La famille de Marie aura quelques minutes de retard, ces derniers venant de loin. Leur accueil se déroulera dans des conditions assez standardisées, tout comme le déroulé du repas : après un café d'accueil partagé ensemble, en petite assemblée nous quitterons l'hôpital pour aller vers un quartier commerçant afin de rassembler des victuailles ; victuailles réglées sur les deniers d'une association² pour réaliser un repas que nous partagerons ensemble. Les courses faites, nous revenons, toujours en marchant vers l'hôpital, traversant le sas et ses quatre portes automatiques et nous retournons dans la salle de médiation de la maison des adolescents. La famille préparera un repas que nous dégusterons puis nous nous quitterons autour d'un café. Nous nous saluons en programmant une date pour nous revoir (la séquence de restitution) et, quelques minutes après, la table débarrassée.

² Nous remercions la Fondation de France qui a subventionné initialement ce projet

Lors de la séquence de supervision, il sera évoqué les propos de Marie qui a décrit à ses parents, au cours du repas, son hospitalisation comme un voyage en dehors de chez elle, dont le départ serait la signature du contrat, le séjour le long temps de l'hospitalisation. Le retour est naturellement symbolisé par ce moment à la tonalité joyeuse et conviviale que nous vivons ensemble, soignants et famille. Elle peut revenir sur « ce qui a changé pour elle » et « comment elle a changé » ; changements que ses parents ont constatés et dont ils s'amusent, étonnés de découvrir chez leur fille tel ou tel trait de tempérament qu'ils ne soupçonnaient pas. Sa mère parle de son soulagement d'observer moins de comportement alimentaire problématique mais admet être déstabilisée par Marie et l'émergence chez sa fille de certaines conduites adolescentes.

La transition

A l'instar de Marie qui décrit différentes étapes au cours de son hospitalisation, les soignants expliquent comment le repas familial thérapeutique permet d'accompagner ce qui est nommé à plusieurs reprises comme une **transition** entre le temps de l'hospitalisation et celui du retour à la vie familiale. Du côté du soin, cette transition est perçue comme fondamentale pour la prise en charge ambulatoire à venir tandis que du côté de la famille, c'est le fait de *renouer avec le quotidien* qui est important. Le repas familial thérapeutique est un temps long (plusieurs heures pour chaque repas) permettant une transition progressive afin de conforter l'alliance thérapeutique et de rassurer la patiente et sa famille. Il a également une charge symbolique forte réunissant les adultes qui ont principalement accompagnés l'adolescente au cours des derniers mois : sa famille mais également les soignants. Ce temps d'échanges privilégiés permet de transmettre ce qu'a été l'hospitalisation de leur adolescente en s'appuyant sur le concret de ce repas. Au même titre qu'il y a un avant et un après la signature du contrat de poids au début de l'hospitalisation, il y a l'avant et l'après en fin d'hospitalisation tel que symbolise le repas familial thérapeutique.

Une approche anthropologique de la transition : les rites de passages

L'anthropologue Arnold Van Gennep³ a popularisé, au début du 20^{ème} siècle, l'expression « rites de passage » en présentant des transitions d'un état social à un autre qui s'organisent en une séquence constante de trois temps distinguant, au sein d'un même rituel, une phase de séparation vis-à-vis du groupe, une phase de mise en marge dite liminale et une phase de réintégration du groupe dite d'agrégation. Dans de nombreuses cultures, l'adolescence est un âge propice à l'observation de rituels de passage qui vont marquer l'entrée dans l'âge adulte [20] et vont remplir trois fonctions : sociologique où les rites de passages ont une fonction de détermination des statuts ; psychologique où les rites de passage ont une fonction d'aide et de soutien des jeunes lors des différents moments cruciaux du processus adolescent ; enfin religieux où les rites répondent au besoin universel de rendre le monde signifiant à travers une renaissance [21]. Selon les cultures, les formes de rites de passage à l'adolescence sont diverses mais, systématiquement à ce temps de la vie, on relève les thèmes de la séparation, de la participation d'un aîné, de la transition, et de la question d'un changement de statut [22]. Ainsi, si les rites de passage peuvent participer activement et explicitement au passage de l'enfance à l'âge adulte dans de nombreuses cultures, ils peuvent également permettre une lecture originale de certaines conduites (sexualité, consommation de substances) des adolescents, dans des cultures occidentales où la dimension rituelle est aujourd'hui moins affirmée [23 – 24].

La vie d'une adolescente souffrant d'anorexie avant, durant et après son hospitalisation est une succession de changement d'état suscitant, lors de chacune de ces séquences, de nombreuses émotions contradictoires et créant le besoin d'une nouvelle définition sociale de l'individu sur un temps donné : d'adolescente souffrant d'un trouble psychiatrique avec une forte expression somatique, l'adolescente devient une adolescente hospitalisée dans le cadre d'un contrat de poids avec séparation pour, quelques semaines ou quelques mois après, devenir une adolescente en cours de guérison pouvant sortir de l'hôpital. Composer avec des sentiments contradictoires et les intégrer

³ Arnold van Gennep, *Étude systématique des rites*. Réimpression de l'édition de 1909 Émile Nourry, augmentée en 1969, Mouton and Co et Maison des Sciences de l'homme. Paris : Éditions A. et J. Picard, 1981.

à son parcours de vie implique de gérer de multiples crises existentielles dont l'enjeu principal est l'intégration de tendances opposées et paradoxales en soi. En ce sens, les rituels de transition permettent une représentation de ces changements d'état à partir de leur structuration en trois niveaux : la phase de séparation liée à la tristesse de quitter le rôle précédant, la phase intermédiaire représentant une confusion et un certain chaos, tandis que la troisième phase peut être comprise comme une acceptation des exigences de ce nouveau rôle [25].

Rites de passage et soin des adolescentes anorexiques

L'hospitalisation des adolescents pourrait être interprétée comme un rite moderne au service du soin. Une de ses fonctions serait de proposer une dynamique nouvelle à des situations figées en reprenant les grandes problématiques de l'adolescence et en les inscrivant dans un espace social qui dépasse le seul cadre de la technicité du soin [26]. A certains égards, la prise en charge des adolescentes présentant un épisode d'anorexie mentale peut prendre cette dimension rituelle. Ainsi dans le cadre de la prise en charge en thérapie multifamiliale des adolescentes anorexiques, Gelin et al. ont mis en évidence comment, au sein d'un groupe rassemblant plusieurs familles, un processus double s'opère pour chacune des familles : Premièrement ce groupe de familles agit comme un système autonome qui parcourt son propre rite, en miroir de celui de la famille (effet miroir) et, deuxièmement, comme renforçateur du processus de rite familial (effet de serre) [27]. Ainsi, étayé par une lecture rituelle et anthropologique de la thérapie multifamiliale, c'est à travers le groupe et non dans le rapport d'autorité « soignants-familles » qu'émergent les ressources familiales, vectrices de changement.

De manière plus flagrante, l'hospitalisation de l'adolescente souffrant d'anorexie mentale peut se comprendre comme une « mise en scène » des trois temps d'un rite de passage : le controversé contrat de séparation (phase de séparation) qui vient, pour certaines équipes, proposer un temps initial de rupture entre l'adolescent malade et sa famille [28 – 29]. Dans les suites de la signature de ce contrat, la phase de mise en marge au cours de l'hospitalisation prend la forme d'un

parcours long et progressif ; enfin, au sortir de cette hospitalisation, la phase de réintégration auprès de la famille et du groupe de pairs. Avec ou sans séparation, la dimension rituelle autour des soins à l'attention des adolescentes souffrant d'anorexie mentale mérite d'être explorée tant la question de l'adolescence l'implique inévitablement, tout comme la question de l'alimentation et du partage de cette alimentation, la commensalité, qui sont naturellement troublés dans l'anorexie mentale.

La commensalité et le soin : un rite dans le rite

Le fait humain de partager un repas, la commensalité, peut se définir comme un partage de pratiques en situation agissant comme un vecteur de transmission de normes ; *Manger correctement*, c'est acquérir, maîtriser, incorporer les savoir-faire et les normes de commensalité en vigueur dans le groupe socio-culturel dans lequel ce repas s'inscrit. Chez les adolescents en particuliers, les situations commensales sont très diverses (repas à la cantine dans le cadre scolaire, repas au fast-food avec des amis...) et le repas famille ne saurait être paradigmatique de la commensalité adolescente [30]. Ce repas de famille peut être d'ailleurs l'occasion de se différencier par de nouveaux régimes alimentaires, des pratiques familiales dans un processus d'opposition classique à l'adolescence. Sur un plan anthropologique, Boutaud et Lardellier distingue la dramaturgie de la table comme espace symbolique et l'esthétique de la commensalité comme un espace complexe et avec une communication multimodale. Cette dernière résulte de différents modes de communication gérant le partage de la table dans ses aspects verbaux, non-verbaux et spatio-temporels. Aussi la table se définit à un triple niveau : comme espace se présentant à la fois comme scène, polarisée sur une action et comme décor encadrant l'action ; comme structure matérielle et, troisième niveau, comme espace d'interactions. La scène de table propose toujours le support d'une narration, d'un récit avec ses valeurs de bases et ses valeurs d'usage [31]. Dans une approche anthropologique, les rituels de table se soumettent au principe de prévisibilité qui se définit à partir de l'exploration du comportement compris à travers les termes de codes et de contexte rendant possible le comportement individuel et collectif. Cette dimension rituelle est plus

ou moins marquée par l'évènement auquel le repas est associé mais ce rituel de table se situe dans l'ordre de l'interaction et de la mise en sens émergeant du lien social ; lien social qui associe partage du repas mais également une « exposition » de la part des participants, exposition de leur identité selon des proportions variables dans un degré d'intimité définissant un « cercle de commensalité » entre eux [32].

Le repas familial thérapeutique, tel qu'il avait été conçu initialement, se voulait un temps de *réassurance* auprès des familles et de soutien ; aujourd'hui, après avoir ponctué plusieurs dizaines d'hospitalisations d'adolescentes ayant présenté un épisode d'anorexie mentale, nous pouvons l'envisager comme un véritable rite de réintégration selon une lecture anthropologique de l'hospitalisation des adolescents. Ce rite de réintégration se conçoit comme une cristallisation de rites d'interactions avec leur double problématique, relationnelle et identitaire. A partir des interactions entre les soignants, les familles et les adolescentes, le repas familial thérapeutique opère une véritable fonction rituelle symbolique. En s'appuyant sur une dramaturgie de la table dans un contexte thérapeutique, il délimite un fait social à la croisée des rites de passage et du psychodrame. Il espère pouvoir mettre en scène, dans un cadre déterminé et à un moment spécifique de la prise en charge, les différents changements nécessairement induits par l'hospitalisation, tout en ouvrant à de nouvelles pistes de travail.

Conclusion

Le processus de transition selon l'approche historique de Van Gennep se perçoit comme linéaire et unidirectionnelle suggérant trois phases distinctes et facilement observable séparément. Plus récemment, différents travaux dans le champ de la santé suggèrent de concevoir le processus de transition en lien avec une problématique de santé comme un processus à la dynamique cyclique et récurrent, « en spirale », consistant en une « recherche de sens » lorsque le sujet parcourt un chemin où il souhaite retrouver une forme d'équilibre [33].

Si plusieurs auteurs posent la rencontre thérapeutique comme un rituel en soi [34], d'autres auteurs ont déjà suggéré que certaines formes de psychothérapie étaient efficaces parce qu'elles ressemblaient à des rites de passage [35]. A l'extrême et dans cette perspective, certains envisagent que la thérapie pourrait être vue comme une institution intermédiaire entre les individus et les institutions de base de la société (famille, économie, politique, système éducatif, etc.). Les individus présentent des problèmes que les institutions de base ne peuvent pas résoudre alors qu'elles-mêmes les créent avec leurs contradictions et leurs conflits [36], la thérapie s'offrant de proposer séparation, phase liminaire et réintégration.

Au cours du repas familial thérapeutique, les soignants poursuivent une tâche que l'on peut définir comme l'accompagnement d'une transition individuelle et familiale, avec une histoire qui est fortement perturbée par la maladie. Cette transition au sortir de l'hôpital s'enracine dans une hospitalisation qui a consisté en de multiples désengagements, notamment vis-à-vis des conduites alimentaires pathologiques chez le jeune, avec une nécessaire redéfinition pour chacun des membres de la famille et une remise en cause de leurs propres compétences.

Lors du repas familial thérapeutique, la question du désengagement et du réengagement, de la dimension identitaire qui y est associée se pense du côté des familles mais s'agit symboliquement du côté des soignants. En quittant la blouse et en s'engageant dans une proximité inhabituelle, ce dispositif met à l'épreuve et induit une nouvelle modalité de la relation soignants-soignés parfaitement perçue par les familles et mise en exergue par les soignants. Le changement de statut vécu en apparence par les soignants entre en résonance avec le changement statutaire qui s'est opéré chez la patiente en regard de sa maladie ; de même, un changement de statut va s'opérer pour chacun des membres de la famille au décours de la sortie. Aussi, le repas familial thérapeutique est caractérisé par une situation nouvelle engageant un nouveau statut qui offre une proximité singulière avec l'ensemble de la famille au cours d'une expérience originale dans un cadre rare sur un plan thérapeutique [37]. Le travail induit par cette *nouvelle situation* engage un statut de soignant

transitoirement renouvelé et que nous espérons propice à l'émergence de nouvelles ressources familiales.

Références bibliographiques

1. Cook-Darzens S. The role of family meals in the treatment of eating disorders. *Eat Weight Disord* 2016 ;21 (3) :383-93
2. Franko DL, Thompson D, Affenito SG, Barton BA, Striegel-Moore RH. What mediates the relationship between family meals and adolescent health issues? *Health Psychol* 2008; 27 (Suppl 2):S109-17
3. Fulkerson JA, Story M, Mellin A, Leffert N, Neumark-Sztainer D, French SA. Family dinner meal frequency and adolescent development: relationships with developmental assets and high-risk behaviors. *J Adolesc Health* 2006; 39 (3):337-45.
4. Haines J, Gillman MW, Rifas-Shiman S, Field AE, Austin SB. Family dinner and disordered eating behaviors in a large cohort of adolescents. *Eat Disord* 2010; 18 (1):10-24
5. Sen B. The relationship between frequency of family dinner and adolescent problem behaviors after adjusting for other family characteristics. *J Adolesc* 2010; 33 (1):187-96
6. Eisenberg ME, Olson RE, Neumark-Sztainer D, Story M, Bearinger LH. Correlations between family meals and psychosocial well-being among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158 (8):792-6
7. Kornides ML, Nansel TR, Quick V, Haynie DL, Lipsky LM, Laffel LMB, et al. Associations of family meal frequency with family meal habits and meal preparation characteristics among families of youth with type 1 diabetes. *Child Care Health Dev.* 2014 mai;40(3):405-411
8. Powers SW, Patton SR, Byars KC, Mitchell MJ, Jelalian E, Mulvihill MM, et al. Caloric Intake and Eating Behavior in Infants and Toddlers With Cystic Fibrosis. *Pediatrics.* 2002 mai 1;109(5):e75-e75

9. Stark LJ, Opipari LC, Spieth LE, Jelalian E, Quittner AL, Higgins L, et al. Contribution of behavior therapy to dietary treatment in cystic fibrosis: A randomized controlled study with 2-year follow-up. *Behav. Ther.* 2003;34(2):237-258
10. Epstein NB, Bishop DS, Levin S. The McMaster Model of Family Functioning. *J. Marital Fam. Ther.* 1978 oct 1;4(4):19-31.
11. Minuchin S, Rosman B. L. et Baker L, *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context.* London : Harvard University Press (1978).
12. Eisler I. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *J. Fam. Ther.* 2005
13. Gelin Z, Cook-Darzens S, et al. Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review. *Eat. Weight Disord.* (2016)
14. Knatz S, Murray SB, Matheson B, et al. A Brief, Intensive Application of Multi-Family-Based Treatment for Eating Disorders. *Eat. Disord.* (2015)
15. Lock J, Grange DL. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach.* New Ed edition. New York; London: Guilford Press; 2002.
16. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Fitzpatrick KK, Jo B, Accurso E, et al. Can adaptive treatment improve outcomes in family-based therapy for adolescents with anorexia nervosa? Feasibility and treatment effects of a multi-site treatment study. *Behav. Res. Ther.* 2015 oct;73:90-95
17. Scholz M, Asen, E. Multiple family therapy with eating disordered adolescents: Concepts and preliminary results. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 2001, vol. 9, no 1, p. 33-42.
18. Asen, E. Multiple family therapy: An overview. *Journal of family Therapy*, 2002, vol. 24, no 1, p. 3-16.
19. Podlipski M-A, Laviolle J, Gonzales B, et al. Le repas familial thérapeutique : un outil de soin pour les adolescentes anorexiques hospitalisées et leurs familles, *Perspectives Psy* 2015 ; vol. 54, 1 : 20-29

20. Goguel d'Allondans T. Rites de passage, rites d'initiation. Lecture d'Arnold Van Gennep. Presses de l'Université Laval ; 2004
21. Ahovi J, Moro M-R. Rites de passage et adolescence, *Adolescence*, 2010 ; 4 (74) : 861-871.
22. Delaney C. H. Rites of passage in adolescence. *Adolescence*, 1995, vol. 30, no 120, p. 891.
23. Crawford L A, NOVAK K B. Alcohol abuse as a rite of passage: The effect of beliefs about alcohol and the college experience on undergraduates' drinking behaviors. *Journal of drug education*, 2006, vol. 36, no 3, p. 193-212.
24. Morgan S, Davies S, Palmer S, et al. Sex, drugs, and rock 'n'roll: caring for adolescents and young adults with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 2010, vol. 28, no 32, p. 4825-4830.
25. Janusz B, Walkiewicz M. The Rites of Passage Framework as a Matrix of Transgression Processes in the Life Course. *Journal of Adult Development*, 2018, p. 1-9.
26. Gérardin P. Liens et liaison en pédopsychiatrie. Préventions et soins dans la pathologie du lien. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 2009, 57, 6 : 452-455
27. Gelin, Z., Bzurovski, J., Simon, Y., & Hendrick, S. (2014). Thérapie multifamiliale et rite de passage : quand l'appartenance à une communauté sociale soigne le lien familial. *Thérapie familiale*, 35(4), 463-473
28. Jeammet P. Contrat et contraintes, dimension psychologique de l'hospitalisation dans le traitement de l'anorexie mentale. *Psychologie Française* 1984 ; 29 : 137-42.
29. Le Heuzey, M. F. Faut-il encore isoler les jeunes anorexiques mentales ? *Annales Médico-psychologiques*, 2002 Vol. 160, No. 4, pp. 327-331.
30. Julien, M-P. Des situations commensales adolescentes : entre pluralité normative, conflits et construction de soi. La juste mesure : une sociologie historique des normes alimentaires, 2010, Presses universitaires de Rennes, Rennes
31. Boutaud, J-J, Lardellier P. Pour une sémio-anthropologie des manières de table. *MEI médiation et informations*, 2001, vol. 15.

32. Parouty-David F, Boutaud J-J. Le sens gourmand. De la commensalité-du goût-des aliments. Jean-Paul Rocher éditeur, 2005. AS-Actes Sémiotiques, 2007
33. Kralik D, Visentin K, et Van Loon A. Transition: a literature review. Journal of advanced nursing, 2006, vol. 55, no 3, p. 320-329
34. Andolfi, M. La thérapie familiale multigénérationnelle, Louvain-La-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2018.
35. Beels CC. Psychotherapy as a rite of passage. Family process, 2007, vol. 46, no 4, p. 421-436.
36. Álvarez MP. Anatomía de la Psicoterapia: El Diablo no Está en los Detalles. Clínica Contemporánea Vol. 4, n.º 1, 2013 - Pages. 5-28
37. Goffman E. Les cadres de l'expérience (1974). Paris, Minuit ; 1991