



BILAN DE LA
FORMATION SAPAD 83
DU 19 MAI 2016



SOMMAIRE

PROGRAMME

EVALUATION QUANTITATIVE

EVALUATION QUALITATIVE

- A) Evaluation à partir des fiches des participants
- B) Evaluation des interventions
 - 1) Intervention du Dr Campredon et de P. Deldon
 - 2) Intervention du Dr Rocchi

PROSPECTIVES

Quelques observations relevées dans les fiches d'évaluation
... Des pistes pour de nouvelles formations

ANNEXES

Compte-rendu intervention Dr CAMPREDON

Compte-rendu intervention Dr ROCCHI

Article du journal Var- Matin du 3 juin 2016

**Demi-journée de formation et échanges autour de l'enfant malade dans le système éducatif - 19 mai 2016
au collège A. Malraux La Farlède**

☞ Responsable du projet : **Valérie TESTAGROSSA** *Coordinatrice du SAPAD 83*

☞ Intitulé de l'action :

« Les élèves en situation de Refus Scolaire Anxieux , ou avec d'autres troubles psychologiques dans le cadre du SAPAD »

☞ Objectif :

Apporter un accompagnement et des pistes de réflexion aux différents partenaires intervenant dans le cadre du SAPAD.

☞ Contenu :

Apports d'éléments théoriques et échanges pratiques autour des jeunes en situation de Refus Scolaire Anxieux

☞ Déroulement

13H30/14h: **Accueil**

14h/14h15: **Allocutions d'introduction**

- coordonnatrices SAPAD : mot d'accueil / Présentation programme de la demi-journée et des intervenants
- IEN ASH, Président des Pep83 : discours d'accueil

14h15/15h : **Les refus scolaires anxieux : définition / symptômes / réponses médicales /conséquences sur l'accompagnement pédagogique**

Intervention conjointe du Dr Sophie CAMPREDON, médecin psychiatre à l'hôpital Salvator à Marseille et de M. Patrick DELDON, Coordonnateur Éducation Nationale à l'Espace Méditerranée Adolescent Salvator.

15h/ 15h25: réactions /questions / échanges avec le public Modérateur M ROIG, administrateur des PEP 83

15h25/ 15h45: Pause

15H45/ 16h25: **Les troubles des conduites alimentaires : définition / symptômes / réponses médicales /conséquences sur le parcours de vie et le parcours scolaire.**

Intervention du ROCCHI Marie-Claude Médecin-Psychiatre du Centre d'Évaluation et d'Observation de l'Adolescence du CHITS de Toulon

16h25/16h50: réactions /questions / échanges avec le public Modérateur M ROIG, administrateur des PEP 83

16h50/17h : conclusion M ROIG modérateur et coordonnatrices SAPAD C. MORRONI et V TESTAGROSSA

Document élaboré par : C.MORRONI, Membre actif Groupe Fédéral SAPAD PEP
V.TETAGROSSA, Coordinatrice SAPAD 83

I. EVALUATION QUANTITATIVE

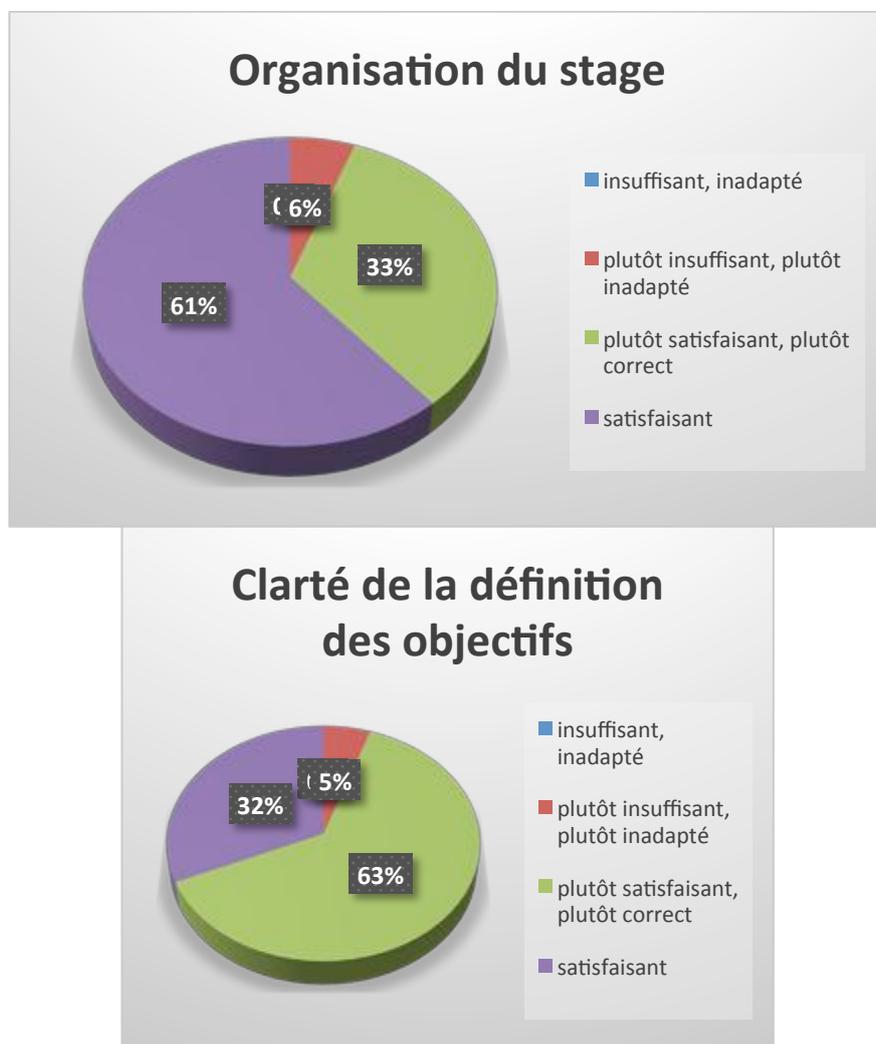
Cette formation inscrite au Plan Académique de Formation a permis la convocation de 66 personnes dont :

- 42 enseignants dont 27 présents
- 5 chefs d'établissement dont 3 présents et 2 absents excusés
- 14 médecins scolaires dont 2 présents, 3 absents excusés et 9 absents non excusés
- 6 infirmières scolaires dont 5 présentes et 1 absente excusée

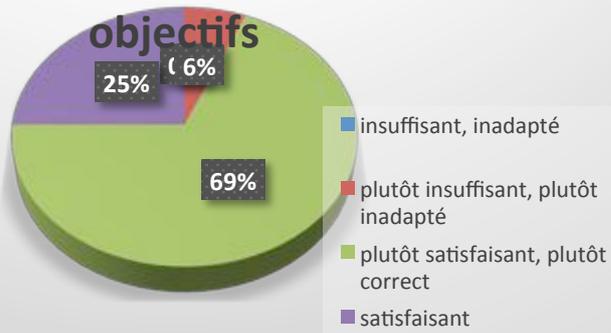
Ont effectivement participé 37 personnes convoquées et 5 invités extérieurs à l'Education Nationale.

II. EVALUATION QUALITATIVE

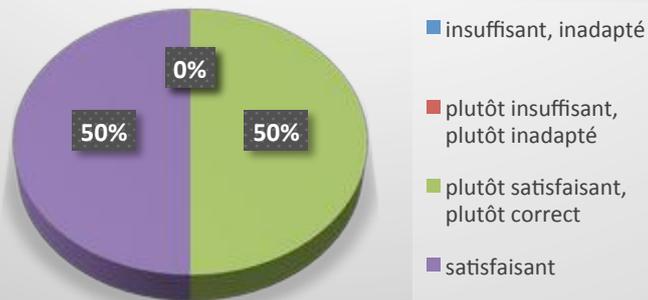
A) *Evaluation à partir des fiches d'évaluation remplies par les participants*



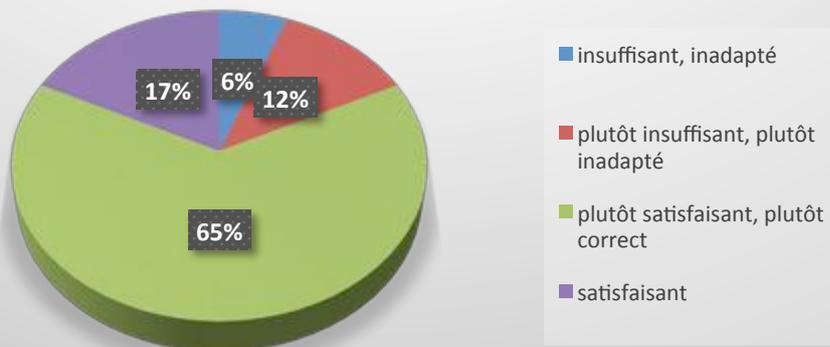
adaptation des contenus aux objectifs



Intérêt de la formation



Pertinence, intérêt des documents fournis



B) Evaluation des interventions

- 1) **Intervention du Dr CAMPREDON et de M DELDON** coordonnateur pédagogique à l'espace Salvator de Marseille (service du Professeur RUFO)
Interventions du Médecin pédo-psychiatre et du coordonnateur pédagogique.
Voir compte-rendu en annexe

Débat et échanges qui ont suivi cette intervention

Le débat a porté sur la façon d'enseigner qui n'est peut-être plus adaptée à l'évolution de notre société par rapport aux apports technologiques.

Les questions posées par les enseignants :

Est-ce que les nouvelles technologies ne favorisent pas les troubles de l'attention ?

Comment les savoirs acquis sur internet peuvent-ils être exploités en classe ?

Les enseignants ont davantage parlé de leur pratique quotidienne en classe que de leur posture d'enseignant face à un élève de SAPAD.

Il est dommage que le débat n'ait pas été recentré sur le positionnement de l'enseignant face à un élève atteint de troubles psychologique.

- 2) **Intervention du Dr ROCCHI**

Intervention intéressante par les informations médicales et psycho-sociales.

Voir compte-rendu en annexe.

Débats et échanges qui ont suivi cette intervention

Par manque de temps il n'y a eu qu'un très court débat ce qui est dommage.

III. PROSPECTIVES

Quelques observations relevées dans les fiches d'évaluation

- « Le retour à l'école pour les élèves en refus scolaire anxieux et les moyens à développer »
- « Comment l'enseignant est-il en lien avec le soin »
- « Demande d'étude de cas concrets »
- « Comment se positionner face à la maladie de l'élève ? »

... Des pistes pour de nouvelles formations

🌈 ***Notion de secret médical / secret partagé***

🌈 ***Projet pédagogique et projet thérapeutique***

🌈 ***Procédure pour la prise en charge d'un élève atteint de trouble psy***

ANNEXES

Document élaboré par : C.MORRONI, Membre actif Groupe Fédéral SAPAD PEP
V.TETAGROSSA, Coordinatrice SAPAD 83

LES ELEVES EN SITUATION DE REFUS SCOLAIRE ET ANXIEUX

Intervention du Dr CAMPREDON

Médecin psychiatre à l'hôpital Salvator à Marseille

Une première observation : 30% des enfants suivis en SAPAD présentent des difficultés psychologiques.

Parmi ces difficultés, certaines se traduisent par des refus scolaires anxieux correspondant au terme de « phobie scolaire ».

C'est l'augmentation exponentielle des demandes de consultations pour refus scolaire qui interroge les praticiens et les enseignants.

Les plaintes sont en effets d'ordres essentiellement somatiques au début (céphalées, maux de ventre, nausées, trouble du sommeil...), peu à peu ces plaintes se transforment en retard scolaire, évitement, passages répétés à l'infirmerie, puis elles progressent, avec l'impossibilité de franchir la grille du collège, et s'installe une insomnie quasi-totale, la veille des cours. Ces symptômes surviennent chez des enfants qui veulent aller à l'école, qui préparent leur cartable la veille...

La majeure partie des élèves concernés disposent d'un bon fonctionnement intellectuel ...mais expriment tous, une grande souffrance, une anxiété qui affecte le niveau de compréhension et d'attention.

Le bilan neurocognitif permet d'évaluer les compétences cognitives de l'enfant et de repérer des troubles des apprentissages, des retards, ou une précocité qui peuvent être une explication à la souffrance de l'enfant à l'école. Il est essentiel afin d'aiguiller la prise en charge.

Il faut distinguer le refus scolaire anxieux de l'absentéisme scolaire pur, ce dernier pouvant être en lien avec un défaut d'orientation, « l'école buissonnière », des troubles de la conduite...

Les raisons du refus scolaire anxieux sont souvent difficiles à repérer, les plus fréquents sont : anxiété de séparation, anxiété de performance, harcèlement...

Le harcèlement est devenu un problème majeur de santé publique, difficile à repérer, l'enfant éprouve des difficultés à en parler, car trop souvent culpabilisé et honteux de sa situation de victime, voire de proie.

Le refus scolaire anxieux évolue s'il n'est pas repéré vers un isolement, une phobie scolaire et/ou un épisode dépressif ; de plus, les parents sont aussi en grande souffrance, ne comprenant pas la situation.

L'ordinateur devient souvent un »refuge paradoxal » de relation !!

Les situations à risque repérées sont : l'entrée en collège, la classe de 4ème, le passage du bac (arrêt brutal, avec l'objectif de retenir le temps, la crainte de l'avenir).

Pour le refus scolaire anxieux, le ratio filles/garçons est à peu près équivalent même s'il est constaté par L'intervenante, une hospitalisation plus fréquente de garçons, indiquant une plus grande fragilité sur ce symptôme et une évolution plus péjorative.

Tous les milieux sont concernés !!

Les signaux d'alerte : valables pour tous les troubles de l'ado et non spécifiques au RSA

1. Chute des résultats scolaires (brutale souvent)
2. Tristesse, repli, isolement.
3. Irritabilité, trouble du comportement.
4. Trouble du sommeil, hypersomnie par exemple ;
5. Radicalisation du « look ».
6. Plaintes somatiques récurrentes, recours à des séjours à l'infirmierie.

Pour le refus scolaire, plus le diagnostic est tardif, plus la prise en charge est difficile et le diagnostic péjoratif..

Plus l'absence est longue, plus difficile est la reprise, l'évolution vers les troubles psychiatriques est importante (30%) et les difficultés socioprofessionnelles sont prévisibles.

Qui peut évaluer ?

- Les personnels soignants (en nombre limité) et scolaires
- Les psychologues scolaires (en disparition)
- Les intervenants extérieurs : pédiatre, psychiatre, psychologues...

Les démarches consistent, en cas de refus scolaire :

A ne pas désocialiser plus (poursuivre des pratiques sportives, relationnelles) ;

Il va falloir « apprivoiser » les enfants, sans disposer de protocole modèle, en individualisant l'accompagnement et en impliquant la famille.

La vulnérabilité psychologique découle :

- Des échecs scolaires
- De facteurs familiaux (séparation douloureuse des parents, déménagements brutaux. ;)
- Facteurs génétiques
- Perturbation mère-enfant
- Contexte social et sociétal (chômage, violences..)
- Les migrations

Chez les enfants « Quand on déprime, on ne peut apprendre »

Chez les adultes « quand on déprime, on ne peut plus travailler »

En conclusion

L'augmentation exponentielle des refus scolaires anxieux doit interroger sur la pertinence actuelle de l'institution scolaire, sur l'intérêt à réfléchir sur son évolution, celle des nouvelles technologies, leur intégration dans l'école.

Il faut prendre acte d'une révolution de la pensée en cours d'installation à laquelle nul ne pourra échapper, parents, enseignants, praticiens en premier lieu

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Intervention du Dr ROCCHI -

Médecin psychiatre au CEOA du CHITS de Toulon Ste Musse

- 1) Augmentation des besoins physiologiques
- 2) Sexualisations des conduites et des pensées qui attribue à la faim (à l'oralité) une tonalité excitante et inquiétante.
- 3) Recherche d'identification, d'expérimentations et de rencontres permettant de se différencier (de ses parents). Avidité perçue comme une menace "toutes ces choses qui me tentent" ou comme une aliénation " plus j'en ai envie, plus je perds ma liberté". Liquidation du conflit l'adolescent recourt à la régression et à la maîtrise d'ou les alternances entre fringale/boulimie et restriction alimentaire qui illustrent les oscillations en régression et maîtrise.
- 4) Interactions familiales : l'adolescent veut s'approprier son corps. Ce besoin psychique va s'opposer pour certains aux besoins physiques en refusant de prendre certains repas.
- 5) Le symbolique du repas familial: les relations intrafamiliales sont attaquées par l'adolescent. Connotation trop sexuelle des repas dont l'adolescent doit s'éloigner.
- 6) la dimension sociale et culturelle : règles paradoxales de réalisation de soi , de satisfaction de ses désirs et ses besoins avec en même temps la règle de la minceur.

DEFINITION des Troubles du Comportement alimentaires (TCA)

Trouble du comportement visant à contrôler son poids, altérant de façon significative la santé physique. L'adaptation psychosociale, sans être secondaire à une affection médicale ou psychiatrique, qui se caractérise par la gravité potentielle de son pronostic (5 à 10% de DC), par les complications somatiques (ostéoporose, défaillance cardiaque, aménorrhée) et psychiques.

3 formes :

- Anorexie Mentale (AM)
- Boulimie Nerveuse (BN)
- TCA NS

Classification DSM V ou Manuel Diagnostique Statistique des maladies Mentales

ANOREXIE MENTALE

- A. Restriction des apports alimentaires conduisant à un poids significativement insuffisant compte tenu de l'âge, du sexe et du stade de développement. Poids inférieur à la norme minimale et pour les enfants inférieur au poids minimal attendu.
- B. Peur intense de prendre du poids de devenir gros alors que le poids est insuffisant
- C. Altération de la perception de son poids, de la forme de son corps, influence excessive de son poids et de sa forme sur l'estime de soi, manque de reconnaissance de la gravité de la maigreur.

2 types :

- type restrictif
- type hyperphagique/purgatif

Seuil de sévérité chez l'adulte : $IMC : Pds (kg) / T_2 (m)$

IMC limite inférieure à 18,5 ou poids inférieur à 85% du poids minimal.

- *$IMC > 17$ AM légère*
- *$16 < IMC < 17$ AM moyenne*
- *$15 < IMC < 16$ AM grave*
- *$IMC > 15$ AM extrême*

Chez les enfants on évoque l'anorexie devant une absence de prise de poids, une rupture de la courbe pondérale on utilise les percentiles de l'IMC en fonction de l'âge.

Document élaboré par : C.MORRONI, Membre actif Groupe Fédéral SAPAD PEP
V.TETAGROSSA, Coordonnatrice SAPAD 83

BOULIMIE NERVEUSE

- A. Crise d'hyperphagie ou Binge Eating absorption d'une grande quantité de nourriture en une durée de temps limité
Sentiment de perdre le contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents (vomissements, purgatifs, exercice physique, jeûne..) pour diminuer l'inconfort physique et diminuer la prise de poids.
- C. Crise d'hyperphagie et de comportements compensatoires au moins une fois par semaine.
- D. Estime de soi excessivement lié au poids et à la forme corporelle.
- E. Les troubles ne surviennent pas au cours d'une AM.

L'IMC varie entre 18,5 et 30.

Entre les crises les personnes réduisent la consommation calorique pour en pas déclencher les crises.

TCA NS

Binge Eating Disorder (pas de comportement compensatoire) et Night Eating

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

_Syndrome dépressif, TOC, Syndrome d'Asperger, Affection médicale chronique, Tumeur cérébrale, pathologie digestive (Crohn, RCH)

COMORBIDITE :

Pour l'AM on retrouve des syndromes dépressifs, des troubles anxieux, des troubles bipolaires des TOC.

Pour la BN on retrouve un plus large éventail de pathologie psy avec des prises d'alcool de toxiques, de vol pathologique, de comportement auto agressifs.

Document élaboré par : C.MORRONI, Membre actif Groupe Fédéral SAPAD PEP
V.TETAGROSSA, Coordonnatrice SAPAD 83

FACTEURS DE RISQUE

Pour l'AM :

- troubles dépressifs et traits obsessionnels pendant l'enfance
- facteurs socio-environnementaux plus chez les formes subsyndromiques génétiques

Pour la BN :

- troubles anxieux,
- syndrome dépressif,
- faible estime de soi,
- préoccupation excessive pour son poids pendant l'enfance
- maltraitance,
- abus sexuels.
- facteurs génétiques.

QUELQUES CHIFFRES

L'AM débute entre 12 et 19 ans avec 2 pics à 14 et 18 ans mais apparition de plus en plus précoce à partir de 10 ans.

Le mode d'entrée peut être un régime, de restrictions ou de grignotages entraînant un léger surpoids.

BN débute à tout âge de a vie, après un régime, des vomissements provoqués, même après une ingestion de quantités alimentaires peu importantes.

Pour l' AM

1 garçon pour 10 filles. Prévalence de 0,9 à 2,2 % pour les filles contre 0,2 à 0,3%chez les garçons

Pour la BN

1 garçon pour 18 filles Prévalence de 1 à 1,5% pour les filles contre 0,5 % pour les garçons

Pour le Binge Eating Disorder

3,5% chez les filles contre 2% chez les garçons. Rare chez les pré ado et les adolescents. Agrégation familiale importante.

Formes su syndromiques 60% des CS.

Evolution stable actuellement après une augmentation en Europe entre 1950 et 1970. Idem pour la BN.

Document élaboré par : C.MORRONI, Membre actif Groupe Fédéral SAPAD PEP
V.TETAGROSSA, Coordonnatrice SAPAD 83

Evolution

Peu de données en population générale

Selon HC STEINHAUSEN synthèse de 119 études sur 5590 patients suivis de 2 à 29 ans pour AM

- 43 % de guérison
- 34 % d'amélioration
- 21% TCA chronique
- 5 % décès

Pour la BN durée plus longue que l'AM 8,3 ans en population générale en population clinique à 7 ans de suivi: 73 % sont en rémission 35 % ont rechuté à 12 ans de suivi 67 % sont guéris.

Mortalité de l'AM

Meta analyse de 42 études de 1980 à 1993 sur 3006 sujets : **0,5% par an et 5,6% par décade** au milieu des années 1990, soit **9,6 fois la mortalité en population générale** pour 6 à 12 ans de suivi.

La mortalité baisse si suivi avant 20 ans.

Les complications somatiques de l'AM devançant le suicide (12 pour 100000) comme cause principale de décès chez les 13-19 ans.

Mortalité de la BN

Mortalité considérée comme faible mais 2 études récentes montrent le contraire

TCA NS mortalité importante

Composante culturelle ; maladie des populations occidentales modèle de vie reposant sur les performances, la maîtrise des émotions et de la sculpture du corps, responsable des TCA.

- 1ère Hypothèse ; diffusion du modèle occidental (minceur signe d'intégration)
- 2ème Hypothèse : expression des TCA est différente entre les différentes cultures pas de phobie de graisse en Asie.
- 3ème Hypothèse : existe dans toutes les cultures mais différence de capacité de diagnostic.

QUESTIONNAIRE DE SCOFF-F

2 réponses sont fortement prédictives d'un TCA :

"Vous faites vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé?"

"Vous inquiétez vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez?"

"Avez vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois?"

"Pensez vous que vous êtes grosse alors que d'autres vous trouvent trop mince?"

"Diriez- vous que la nourriture domine votre vie?"

SIGNES CLINIQUES de l'AM

- 1) Modes d'entrée ; régime, restriction alimentaire ou grignotage avec prise de poids.
- 2) Comportements associés à la perte de poids :
 - Lecture et recopiage de recettes
 - Faire les courses et surveiller les étiquettes
 - Faire la cuisine pour tout le monde et manger autre chose
 - Hyperactivité physique : maintien d'une posture rigide, contractions isotoniques station debout exagérée.
 - Hyper investissement scolaire
 - Potomanie compulsive: pour se purifier mais également pour masquer la perte de poids.
 - Mérycisme dans 20 à 30 % des TCA
 - Absence de volonté de reprendre du poids et déni de la pathologie et de la gravité de l'état de maigreur

Restriction alimentaire quantitative et qualitative. : maigrir, ne pas regrossir mais aussi distorsions cognitives au sujet des propriétés des aliments

Chez l'enfant : les préoccupations corporelles sont douloureuses : nausées, douleur abdominales, musculaires, articulaires.

La réduction alimentaire est quantitative mais pas de tri calorique, pas de vomissement, pas de purgatif. Hyper- investissement scolaire. Perfectionnisme et rigidité affective et relationnelle.

Chez le garçon : 10% des cas traitée. 0,2% chez les garçons, en phase pré pubère entre 12 et 19 ans et souvent ATCD d'obésité morbide dans l'enfance.

Les formes restrictives pures sont rares.

- Hyper- investissement physique IMC plus élevé au départ sera encore plus chuté.
- Perte libido, érection par diminution de la Testostérone
- Plus grande comorbidité psychiatrique
- Syndrome d'Adonis ou anorexie inversée trouble de l'image du corps avec impression douloureuse de ne jamais être assez musclé, d'être trop maigre d'ou l'utilisation d'anabolisants.

Marqueurs diagnostiques

- *Leucopénie, anémie modérée*
- *Déshydratation*
- *Hypercholestérolémie*
- *Élévation dans enzymes hépatiques*
- *Hypo Cl, hypo K*
- *Perturbation du bilan thyroïdien*
- *Acidose métabolique due aux vomissements*
- *Baisse des œstrogènes et de la Testostérone*
- *Ostéoporose, hypocalcémie.*
- *Aménorrhée primaire ou secondaire, trouble de la fertilité*
- *Bradycardie, hypotension*
- *Hypothermie, frilosité*
- *constipation, douleur abdominale*
- *léthargie*
- *réapparition d'un fin duvet ou lanugo, acrocyanose, troubles des phanères*
- *Œdème des membres inf.*

CLINIQUE DE LA BOULIMIE NERVEUSE

Modes d'entrée ; à tout âge, après un régime, à la suite de vomissements provoqués

Le sujet parle de perte de contrôle au moment des accès, le plaisir étant présent au début puis le dégoût de soi et enfin la honte. La crise s'arrête par un vomissement provoqué ou spontané par simple flexion du corps sur l'avant, à cause de la sensation douloureuse de réplétion gastrique et parfois une fatigue intense.

Les aliments absorbés varient d'une personne à l'autre mais à chaque crise pour la même personne. Les sujets choisissent alors des aliments qu'ils ont tendance à éviter le reste du temps.

Marqueurs diagnostiques

- Troubles hydro électrolytiques
- déshydratation,
- douleurs œsophagiennes et gastriques
- douleurs abdominales avec pseudo occlusion
- mélanose colique en lien avec les laxatifs.
- érosions dentaires
- augmentation des glandes salivaires (parotides en particulier)
- Aménorrhée ou spanioménorrhée
- ostéoporose

MODELE MULTIFACTORIEL DES TCA

Des facteurs prédisposant individuels (biologique, anomalies sérotoninergiques et de l'axe corticostérone, psychologique attachement sinécure, gde fragilité narcissique, un perfectionnisme, une rigidité, pseudo maturité), familiaux (milieu peu favorable aux émotions négatives et encourageant les émotions positives via le développement d'une alexythymie, la préoccupation familiale pour le poids et les régimes, des conflits familiaux), et culturels.

Des facteurs précipitant ; insatisfaction concernant son poids et sa silhouette d'où les régimes pour augmenter son estime de soi et la maîtrise de soi.

Des facteurs pérennisant ; syndromes de dénutrition (perturbations biologiques renforcent les TCA en majorant la perte d'appétit, douleurs abdominales à la reprise alimentaire) et réaction des autres.

Dans une perspective systémique, l'AM serait un symptôme traduisant un dysfonctionnement familial. L'adolescence annoncerait le départ de l'enfant et menacerait l'équilibre familial surtout s'il ya des difficultés sous jacentes. .

L'AM aurait comme fonction le maintien de l'homéostasie familiale, en prévenant ou réduisant la crise familiale. Par sa conduite, la patiente permet de maintenir ou de retrouver l'état familial antérieur, légitimant que ses parents doivent s'occuper d'elle comme d'une enfant.

Pour la BN elle aussi stigmaté du dysfonctionnement familial mais dans ses modalités relationnelles : chaotiques, les limites et les règles alternent entre trop grande permissivité et de la rigidité inadaptée.

PRISE EN CHARGE ET CRITERES D'HOSPITALISATION :

Document élaboré par : C.MORRONI, Membre actif Groupe Fédéral SAPAD PEP
V.TETAGROSSA, Coordonnatrice SAPAD 83

Selon les recommandations de l'HAS de 2010, les prises en charge doivent être individuelles et familiales (TCC ou psychanalytiques) prioritairement en ambulatoire.

- Entretien motivationnel : lettres écrites, grilles d'évaluation de la motivation.
- Cercles relationnels; trouver quelles sont les relations qui pourraient lui venir en aide, ce qui est actuellement, ce qu'elles seraient dans l'idéal sans l'AM.
- Travailler sur l'alimentation : auto évaluation par un carnet alimentaire et modification des comportements pathologiques en structurant les repas 3 repas, 2 collations de 20 à 25 min, en misant sur le repas plaisir
- Avec la diététicienne : prise en charge des distorsions cognitives, retrouver un volume de repas satisfaisant en acceptant la sensation post prandiale douloureuse, modifier les rituels comme les découpages, l'ordre des aliments, repérer les aliments tabous les noter de 1 à 100 et les réintroduire progressivement
- Relaxation dynamique
- Réduction progressive de l'hyper investissement physique (sangle dans le lit parfois nécessaire), exposition à la chaleur(le froid fait maigrir)
- Réduction de l'investissement intellectuel avec repos intellectuel si IMC <14.
- Réduction des comportements compensatoires progressivement car sensation de violation de la règle.
- Prise en charge des restrictions cognitives : remplacer un repas de 500 cal par un repas composé d'un aliment anxigène par ex une tablette de chocolat équivalent à 500 cal, manger en pleine conscience jusqu'à la sensation de satiété et jeter le reste.
- Travail sur les représentations de soi et sur l'estime de soi : travailler devant un miroir en confiance.

Hospitalisation quand chez l'enfant et l'adolescent ?

- *si perte de poids de plus de 2 kg par semaine avec refus de s'alimenter, de boire, malaises, léthargie;*
- *si IMC <14 à 17 ans*
- *si IMC <13 à 15 ans*
- *si IMC <12 à 13 ans*

LA FARLÈDE

L'enfant malade, objet des soins de l'Éducation nationale

Organisée au collège André-Malraux à l'attention de professionnels scolaires et de la santé, une journée de formation sur les refus scolaires anxieux ou d'autres troubles psychologiques, a été présentée par le Service d'assistance pédagogique à domicile (SAPAD 83).

Cette structure de la direction des services départementaux de l'Éducation nationale du Var, est financée par l'Éducation nationale et l'association départementale des pupilles du Var (PEP 83). L'objectif est d'apporter un accompagnement et des pistes de réflexion aux différents partenaires confrontés à des pathologies particulières.

Cette structure assure aux élèves, atteints dans leur santé, la continuité du droit à l'éducation, à domicile ou au sein d'établissements médicaux ou scolaires. Il permet de favoriser aussi le maintien du lien social et le retour à la scolarisation pour les élèves malades ou accidentés, de la grande section de maternelle à la terminale des enseignements public et privé, après un constat de 15



Les intervenants professionnels de l'éducation et de la santé. (Photo M. M.)

jours d'absence minimum.

Une tâche ardue

En ouverture, l'intervention du Dr Sophie Campredon, médecin psychiatre, a dressé un bilan succinct des symptômes des refus scolaires anxieux qui doivent alerter l'entourage de l'enfant et le corps enseignant.

Rechercher les causes du refus scolaire, établir un pronostic, réduire l'absentéisme, sont des tâches très difficiles à remplir. L'aide de profes-

seurs, ailleurs qu'à la maison, est primordiale.

Toute intervention du SAPAD a pour mission de maintenir la qualité de l'enseignement et celle des relations entre l'établissement scolaire, le milieu familial et le corps médical, tout en assurant la prise en compte permanente de la maladie et de son évolution.

Au cours des nombreux échanges avec l'assistance, les réponses des intervenants ont particulièrement

ciblé la pression sociale et la vulnérabilité des jeunes face à une technologie très évoluée. Une véritable révolution de la pensée qui impose un apprentissage de nouveaux concepts du savoir. Un changement total où l'adulte doit se positionner.

Une rencontre riche d'échanges positifs pour une jeunesse fragile à protéger.

M. M.

Les intervenants :
-Dr Sophie Campredon, médecin

Côté pratique

La demande de prise en charge est formulée par les parents, le directeur, l'enseignant, le médecin scolaire. En bref, par toute personne concernée par la scolarité de l'enfant. Celle-ci est transmise pour accord au médecin scolaire. Le coordonnateur saisit l'équipe éducative qui examine les besoins spécifiques de l'enfant, détermine les modalités d'actions pédagogiques nécessaires, afin d'élaborer un projet d'aide individualisé.

Quelques chiffres :

- 2 000 adolescents pris en charge depuis 8 ans.

- 80 % de réussite au traitement de la pathologie.
- 100 % de succès aux examens.
- 10 à 12 % d'élèves anxieux souffrent de troubles psychologiques.

Contacts :

- SAPAD - coordonnatrice Valérie Testagrossa, quartier des Fourches, impasse Antoine-Lavoisier, 83160 La Laiterie, 04.94.24.90.33 (e-mail : sapad83@ac-nice.fr).
- Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public du Var (PEP 83), (e-mail pep83@wanadoo.fr).

psychiatre à l'hôpital Salvator à Marseille.

- Patrick Deldon, coordonnateur Éducation nationale à l'espace Méditerranée Adolescent Salvator.

- Marie-Claude Rocchi, médecin psychiatre au centre d'évaluation et d'observation de l'adolescence du centre hospitalier Toulon-La

Sejre (CHTS).

- M. Rigol, administrateur des pupilles de l'enseignement public du Var (PEP 83).

- Valérie Testagrossa, responsable du projet.

- C. Morroni, coordonnatrice du SAPAD, inspecteur Éducation nationale (INE), adaptation scolaire handicapé (ASH).