Tous à l'école

Anorexie mentale et boulimie : BEP

Présentation

On parle de trouble du comportement alimentaire lorsque les habitudes alimentaires d'un individu diffèrent nettement, en quantité ou en qualité, de celles du reste de la population avec des conséquences néfastes pour sa santé physique (dénutrition, carences, obésité...), et/ou psychologique.
L'anorexie mentale et la boulimie constituent les troubles du comportement alimentaire les plus fréquents à l'adolescence. L'anorexie mentale est caractérisée par une réduction progressive de la prise de nourriture alors même que l'anorexique a faim. Elle s'installe en deux à trois mois, entraîne ensuite un amaigrissement très important (perte de poids de 30 % dans les formes graves - et quand elle atteint 50 % la vie est menacée), s'accompagne chez l'adolescente de l'arrêt des menstruations. Malgré sa maigreur parfois impressionnante, l'anorexique continue à se trouver trop grosse (déni de la maigreur) et conserve une peur intense de prendre du poids. Mais la nourriture occupe son esprit, sa faim persiste et il lui arrive de céder à ce besoin et de manger beaucoup - à la suite de ces fringales, elle se fait régulièrement vomir.
La boulimie, dont la prépondérance féminine est moins importante que pour l'anorexie, se définit par la consommation rapide d'une grande quantité de nourriture en une courte période - en général moins de deux heures - l'impression de ne pas avoir le contrôle des quantités ingérées ni de la possibilité de s'arrêter. L'adolescent(e) met en œuvre des comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (seulement 15 % des boulimiques sont obèses) : vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, suractivité physique.
Les formes graves d'anorexie et de boulimie concernent en France 1 % des adolescentes, c'est-à-dire environ trente mille jeunes. Les formes atténuées des mêmes troubles en concernent près de dix fois plus. Mais les adolescents concernés passent souvent inaperçus dans le cadre de l'école, leur comportement restant le plus souvent socialement et scolairement adapté. L'action des enseignants est donc

d'abord préventive : repérage des manifestations de souffrance psychique ou de malaise (chez l'anorexique il y a fréquemment difficulté à accepter le corps sexué et surinvestissement de l'activité volontaire), repérage des changements brusques de comportement, attention bienveillante manifestée à l'adolescent(e), travail en partenariat avec les parents et le médecin scolaire.

BEP (Besoins éducatifs Particuliers)

Les répercussions des maladies sur la scolarisation peuvent entraîner des besoins éducatifs particuliers (BEP). Pour l'école, il s'agit en premier lieu de favoriser au mieux l'accès aux apprentissages pour tous, en mettant en oeuvre des pratiques bénéfiques aux élèves quels qu'ils soient, malades ou non (Voir les fiches de la rubrique jaune "Rendre l'école accessible"). Mais concernant certains jeunes malades, des aménagements spécifiques doivent être mis en place concernant la vie scolaire et/ou les temps de classe. Il s’agit de leur permettre d'apprendre au mieux de leurs capacités, grâce à des adaptations pédagogiques individuelles ou au sein de petits groupes.

Besoins spécifiques et aménagements pédagogiques

Les jeunes filles présentant une anorexie mentale ou une boulimie se comportent habituellement comme des élèves studieuses, fières de pouvoir mettre en avant leurs performances scolaires. Elles passent alors souvent inaperçues dans le cadre scolaire, notamment, évidemment, lorsqu'elles ne sont pas en traitement. Pourtant, chez certaines, les bons résultats scolaires contrastent avec une relative pauvreté de l'élaboration psychique. Et pour d'autres les intérêts intellectuels s'avèrent rigides, ou ne portent que sur certains domaines. Certains auteurs ont tenté d'établir un lien entre le refus du corps sexué par ces adolescentes, leur surinvestissement de l'activité volontaire et leur difficulté à s'engager dans les nouveaux processus de pensée émergeant normalement à l'adolescence, ceux de l'intelligence hypothético-déductive : certaines jeunes anorexiques manifesteraient des difficultés à accéder à la pensée abstraite, continuant à utiliser de façon

préférentielle des formes de pensée plutôt concrètes.
Reste qu'elles se montrent en général très actives face aux tâches scolaires proposées, notamment face à celles qui supposent, sur le plan mnésique, d'emmagasiner un nombre important de connaissances.
En phase aiguë de la maladie, nécessitant une hospitalisation, des troubles cognitifs (difficultés de mémorisation, trouble de l'attention) peuvent être dus aux effets de la dénutrition ou à l'anxiété de ces jeunes.

Pendant le traitement
C'est généralement au moment où l'anorexie est traitée que s'aménage le cadre scolaire. Dans ce contexte, les jeunes anorexiques ou boulimiques ont une prise en charge multidisciplinaire : un suivi nutritionnel et diététique, une psychothérapie individuelle et/ou familiale et souvent une prise de médicaments.
À long terme, les objectifs du traitement sont de prévenir les rechutes, d'éviter l'alternance d'épisodes d'anorexie-boulimie et de limiter l'isolement affectif, relationnel et social qui contribue à la sévérité du pronostic.

Outre la nécessité d'une écoute de qualité avec le jeune lors du travail en classe et des rencontres avec les parents, la mise en place d'un Projet d’Accueil Individualisé (PAI) formalise les conditions d'accueil optimales de l'élève : possibilité de prises de médicaments sur le temps scolaire, aménagements si nécessaire de l'emploi du temps pour favoriser l'accès aux consultations de suivi médical et psychothérapeutique, éventuelles adaptations en EPS. Ce PAI ne peut être établi avec le chef d'établissement que sur demande de la famille et avec la collaboration du médecin scolaire.

Quelques adaptations pédagogiques (EPS et éducation à la santé)

EPS
Se pose d'abord le problème du repérage du trouble anorectique. En effet, les performances scolaires sont conservées et souvent même excellentes jusqu'à un stade avancé de la maladie. Il n'est pas rare que ces élèves ne soient pas connues comme anorexiques dans l'établissement scolaire, du fait du déni de leur pathologie

et du fréquent « camouflage » de la maigreur réalisé par la superposition de vêtements amples. Il arrive que ce soit l'enseignant d'EPS qui, le premier, constate la maigreur, si l'élève accepte d'adopter une tenue de sport qui découvre la réalité de son physique. Un refus (qui peut avoir d'autres causes) doit alerter l'enseignant.
En EPS, pour les jeunes anorexiques, il faut considérer, d'une part, leur hyperactivité physique qui peut les conduire à « surinvestir » toutes les activités physiques, dans un objectif de contrôle du poids ; d'autre part les carences dues à la dénutrition, qui entraînent une moindre résistance à l'effort malgré l'apparente hyperactivité.
En cas de doute, il convient de signaler ces élèves à l'attention de l'infirmière et/ou du médecin scolaire.
L'élève anorexique dispose généralement de ressources motrices pour agir à son rythme comme les autres élèves. Mais du fait de sa fragilité musculaire, articulaire et tendineuse, il (elle) devrait éviter tout effort violent, avec charge et sur une durée trop importante. De nombreuses activités doivent être adaptées. Confronté au refus d'adaptation, il est souhaitable que l'enseignant se tourne vers le service de santé scolaire et les parents. Il s'agit par ailleurs de réfréner une volonté fréquente de dépasser ses limites. Dans tous les cas où le dispositif a été mis en place, il faudra se reporter aux indications contenues dans le PAI.

Éducation à la santé

L'éducation à la santé qui s'appuie sur différentes disciplines et différents domaines de compétences et revêt une importance particulière pour la prévention des troubles du comportement alimentaire et pour l'épanouissement et le développement de compétences essentielles chez les jeunes atteints d'anorexie ou de boulimie. L'éducation à la santé comprend différents volets parmi lesquels :
1. Les activités liées à la connaissance et la maîtrise du corps, abordées en SVT et EPS permettent de travailler sur les représentations et la prise de conscience du fonctionnement du corps. L'adolescent anorexique ou boulimique a du mal à mettre des mots sur ce qu'il ressent au niveau corporel. Il est intéressant pour lui de développer des compétences lui permettant de caractériser ses sensations quant à la faim, aux efforts physiques. Une phase visant à faire émerger les représentations des élèves concernant la faim ou la satiété - de préférence au début d'une séance consacrée à l'alimentation ou à la digestion - ainsi qu'un échange collectif après une activité d'EPS sont des situations propices à ces apprentissages et bénéfiques à l'ensemble des élèves. En EPS, l'apprentissage des principes de l'échauffement et la gymnastique d'entretien, le stretching et la relaxation dans un but de bien être, de valorisation de l'image de soi et de prévention de la santé. sont de bons moyens

pour mieux accepter son corps et l'image qu'il renvoie aux autres. Ce support peut être proposé dans le cadre collectif du groupe classe (lycée) ou dans le cadre d'un projet individualisé de substitution à un cycle non recommandé et inadapté à certains élèves anorexiques (Ex : rugby).
2. La sexualité et la reproduction : à travers les questions sur les vêtements, les représentations du corps, progressivement la notion de « corps nouveau », la puberté et la sexualité peuvent être abordées et ne concernent pas uniquement les cours de biologie. L'émergence de problématiques personnelles des élèves et de questions touchant à l'intime amènera l'enseignant à travailler avec des professionnels de santé (médecins et infirmières scolaires ou de PMI).
3. L'éducation à la santé et à la vie sociale permet d'interroger la question de la mode, du culte de la minceur et du culte de la performance, de l'influence des médias, de la pression sociale. Ces contenus peuvent être abordés selon des situations d'apprentissage diverses et dans différentes disciplines. Il est aussi intéressant de travailler sur les modalités des repas, leur fonction de lien social, les conditions de leur convivialité. Des comparaisons historiques ou géographiques constituent une porte d'entrée. Il ne s'agit pas de parler uniquement de diététique, contrairement aux représentations les plus courantes de l'éducation à la santé.

Quelques aspects psychosociologiques

Contrairement à ce que l'on croyait avant les années 1980, les travaux scientifiques ont montré qu'il existe une grande diversité de fonctionnements, souvent non pathologiques dans les familles des jeunes anorexiques, même si elles éprouvent souvent plus d'insatisfaction et de détresse que les autres. La qualité du fonctionnement familial et la manière dont la famille réagit à l'anorexie après sa survenue influencent beaucoup l'évolution de la maladie et la guérison. À la notion de cause familiale, il faut substituer celle, plus nuancée, de facteurs familiaux de risque ou de protection. Ce sont les ressources que l'accompagnement familial doit chercher à mobiliser, en aidant simultanément les familles à résoudre les dysfonctionnements risquant de pérenniser ou d'aggraver les troubles. Il s'agit de construire un partenariat solide avec la famille, pour qu'elle retrouve un sentiment de compétence et d'efficacité, souvent mis à mal par les symptômes alimentaires et les conflits qu'ils engendrent. L'ensemble des professionnels de l'éducation, de la santé et du social doivent participer à cet accompagnement. Dans cette optique,

l'école, la communauté éducative a donc un rôle important à jouer.
Les troubles anorexiques-boulimiques révèlent généralement des difficultés liées à des fragilités anciennes, notamment de confiance et de sécurité personnelle. Ces fragilités contribuent à rendre difficiles les processus de séparation et d'individuation propres à l'adolescence.
Notre société célèbre la sveltesse en tant que performance, contrôle de soi, maîtrise de l'image qu'on offre aux autres. Il s'agit donc de maîtriser ses formes. Pourtant, malgré ce qu'elles disent et souvent ce qu'elles croient elles-mêmes, les jeunes anorexiques ne sont pas simplement influencées par des sites Internet vantant la minceur ou par la mode véhiculée par les publicités.
Il ne faut pas oublier que dans l'intentionnalité, il y a toujours une part consciente qu'il est possible d'argumenter et une part inconsciente. Or, c'est bien d'une intentionnalité inconsciente que relève le comportement à l'origine de l'anorexie, alors que les motivations de l'adolescente qui veut simplement perdre un peu de poids restent mesurées et identifiables. Une autre question se pose : les adolescentes anorexiques imitent-elles des modèles ? Se conformer aux comportements de groupe est une revendication adolescente. Mais différents cas de figure existent : adolescents allant plutôt bien et s'inspirant de modèles sans pour autant les copier ; jeunes qui vont mal, qui cherchent un miroir d'eux-mêmes davantage qu'un exemple à reproduire, qui veulent trouver « de l'identique ». Ces éléments peuvent être travaillés dans le cadre psychothérapeutique (individuel et/ou familial).
La difficulté pour les professionnels de l'éducation est de ne pas se focaliser sur le refus de manger et sur l'amaigrissement du jeune. En effet, il ne faut pas oublier que ces signes ont une signification pour le groupe familial. Il serait illusoire de croire qu'il suffirait de mettre hors de vue les « mauvais exemples » (Internet, pubs) pour éradiquer les troubles des conduites alimentaires.
Par ailleurs, les attitudes pédagogiques favorisant l'explicitation, la prise d'initiative, la prise de parole au sein du groupe de pairs, l'écoute mutuelle, le retour réflexif sur ses actions contribuent chez ces élèves à développer le sentiment de compétence personnelle et sociale. Elles peuvent aider les adolescents anorexiques et boulimiques à prendre conscience de leurs possibilités et de leurs limites ; à mieux exprimer leurs émotions et leurs sentiments ; à manifester leur esprit critique pour résister à la pression des autres. Cette approche globale permet de développer des comportements favorables à leur santé pour l'ensemble des élèves et évite de focaliser l'attention sur les troubles du comportement alimentaire.

Éléments favorisant le projet scolaire

Entrent donc en jeu des facteurs de vulnérabilité personnelle et des déterminants environnementaux. C'est pourquoi il est indispensable pour l'équipe pédagogique de prendre le temps de l'écoute des proches et de s'intéresser à l'environnement de l'adolescent concerné : famille, proches, soignants, éducateurs, etc. Chacun, dans cet environnement, doit recueillir et échanger des informations utiles pour l'accompagnement du jeune adolescent qui dénie le plus souvent ses troubles.
C'est parfois à l'école que sont repérés les signes avant-coureurs du trouble. Les éléments sont à apporter aux parents avec respect et bienveillance, dans un espace respectant la confidentialité et permettant l'échange. Il ne s'agit pas de disqualifier la famille ni de prendre sa place mais de rechercher à instaurer une alliance de travail avec elle. Il faut garder à l'esprit que l'anorexie, maladie grave d'évolution souvent longue perturbe toujours la famille, quelle que soit la qualité de vie familiale avant l'anorexie. L'accompagnement familial par l'ensemble des professionnels côtoyant l'adolescent(e) est une nécessité.
Quand la jeune fille a été hospitalisée pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, le retour à une vie normale génère souvent de nombreuses angoisses. Une bonne collaboration entre la famille, l'équipe soignante et la communauté scolaire permettra d'anticiper et d'aménager le retour à l'école. Il aidera le jeune à gérer ou dissiper des craintes à l'égard du regard d'autrui. Il s'agit d'accompagner l'adolescent dans un processus de réintégration scolaire et sociale et d'envisager avec lui, si nécessaire, les modalités de son retour à la cantine. Par ailleurs, le chemin vers la guérison passe souvent par une diminution des tendances perfectionnistes, en particulier dans le travail scolaire.
Selon les cas, des liens seront à établir entre les enseignants de l'établissement d'origine et ceux de l'hôpital et/ou du Sapad.

Récapitulatif des mesures à privilégier

- Les processus impliqués dans l'anorexie et sa guérison sont complexes et plurifactoriels. Ils nécessitent la mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire (professionnels de l'éducation, de la santé et du secteur social) pour y faire face, et

la famille doit faire partie de cette équipe.
- L'accueil à l'école peut être optimisé par l'élaboration d'un PAI.
- Les enseignants d'EPS peuvent être les premiers à suspecter les troubles anorexiques et doivent collaborer avec le médecin ou l'infirmière scolaire.
- L'éducation à la santé permet de développer des compétences utiles à la prévention et à la prise en charge des difficultés liées aux troubles du comportement alimentaire.

Pour avoir des pistes pédagogiques plus détaillées, voir la rubrique jaune.

Pour travailler en partenariat, voir la rubrique rouge.

Pour connaître le point de vue des personnes concernées, voir la rubrique verte : témoignages ou associations.

Pour voir d'autres documents complémentaires, cliquer sur les liens ci-dessous.

S'informer sur les maladies et leurs conséquences

Anorexie mentale et boulimie

Rendre l'école accessible

Examens : aménagements
Education à la santé
Aspects invisibles de la maladie

Associations

Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire (AFDAS-TCA)

Travailler ensemble

Projet d'Accueil Individualisé (PAI)
Accompagnement Pédagogique A Domicile à l'Hôpital ou à l'École (APADHE)
Parents : relations de l'Ecole avec les parents des élèves malades

Liens

Le Projet d'Accueil Individualisé

Bulletin Officiel du 18 septembre 2003 concernant les enfants et adolescents atteints de troubles de santé et le Projet d'accueil individualisé PAI.

Service d'assistance pédagogique à domicile (Sapad)

Service d'assistance pédagogique à domicile, permet d'aider tout élève dont la scolarité est interrompue momentanément pour une période supérieure à 2 semaines.

Pour connaître les coordonnées du service de votre département, utiliser le lien Sapad ci-dessus.

Annuaire des Centres médico-psycho-pédagogique (CMPP)

sur le site Action-sociale

Anorexie mentale

Dossier de l'Institut Médical de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm)

Anorexie et boulimie

Il s'agit d'un article du professeur Jean-Luc Vénisse, spécialiste de la prise en charge des personnes atteintes de troubles du comportement alimentaire. Il souligne la nécessité de faire " plus et mieux " pour prévenir, accompagner, soigner les anorexiques et les boulimiques. Pour ce faire, il faut bousculer les idées reçues, travailler en réseau et épauler les professionnels. Enfin, il est temps d'admettre que l'anorexie et la boulimie sont de véritables addictions, souligne ce spécialiste, qui en appelle à une véritable mobilisation.

La santé vient en mangeant et en bougeant : guide nutrition des enfants et ado pour tous les parents

Ce guide a été élaboré dans le cadre du Programme National Nutrition Santé. Très concret, il donne de bons repères sur les besoins alimentaires de l'enfant et l'adolescent. Les troubles du comportement alimentaire y sont brièvement abordés.

Glossaire

Aménorrhée

Grec *a*= privatif, *mên* = mois et *rhein* = couler.

Il s'agit de l'absence d'apparition des premières menstruations (règles) avant l'âge de 16 ans (aménorrhée dite primaire) ou de la disparition des menstruations pendant plus de 3 mois chez une femme antérieurement réglée (aménorrhée secondaire).

Hyperphagie

Grec : *hyper* = excès ; *phagos* = manger.
Désigne le fait de manger de grosses quantités de nourriture

Enquête et partage

Enquête
Enquête de satisfaction et d'audience
Partage
Envoyer par mail

Tous à l'école