

grer, plus il aura besoin d'en rajouter. La surenchère des tatouages et surtout des piercings par le même enfant, qui le transforment peu à peu en hérisson menaçant, confirme sans doute cette incertitude fondamentale, en apportant la preuve que les premières tentatives d'apaisement se sont vite révélées insuffisantes...

Enfin, piercings et tatouages permettent de rassurer les adolescents sur la reprise du contrôle et de la maîtrise d'un corps qui semblait leur échapper.

Alors ces adolescents percés et tatoués, vont-ils bien ou mal ? Dans la plupart des cas, ces marquages doivent être relus comme une simple stratégie visant à apaiser une période critique, comme d'autres surinvestiront le sport, l'école ou les passages à l'acte. Dans ce sens, ils ne peuvent être considérés comme pathologiques, ce qui n'est pas le cas des scarifications.

Scarifications : se faire mal pour moins souffrir

Le problème des plaies que l'adolescent s'inflige est d'un autre ordre. Ici, pas de recherche esthétique. Ce que l'adolescent revendique est avant tout l'expression d'une douleur "exhibable". On retrouve à minima toutes les composantes symboliques des autres marquages, mais avec un "plus" qui en signe l'aspect pathologique : plus profond, plus archaïque, plus violent...

Beaucoup de choses ont été écrites sur le sens de ces comportements assimilés à tort par les parents à des automutilations (alors qu'il n'y a ni perte d'un membre ni d'une fonction, et que c'est plutôt l'équilibre familial qui se sent mutilé...)? [6]... La cause profonde de ces entailles, localisées en général en haut des avant-bras, est sans doute à rechercher dans le besoin de reprise du contrôle par l'adolescent de sa douleur. En choisissant où et quand il se fait mal, il oublie et/ou maîtrise sa souffrance psychique.

En apaisant la souffrance psychologique, la douleur physique permet d'éviter de penser à des choses plus graves, et de protéger l'appareil psychique, comme un disjoncteur protège le système électrique de la maison.

Cette fois, l'adolescent a su utiliser sa peau comme un message douloureux, à entendre et à respecter comme tel.

Conclusion

Avant de larguer les amarres, il vaut mieux être sûr de son embarcation [7]. Il est plus facile d'entrer dans l'adolescence lorsque l'on bénéficie d'une solide estime de soi, véritable assurance de pouvoir affronter le gros temps qui s'annonce. Dans sa lente traversée vers l'autonomie, chaque adolescent doit trouver en lui les stratégies nécessaires pour se maintenir à flot, malgré les courants souvent contraires.

Les marquages cutanés permettent à certains adolescents d'éprouver leurs propres limites, de vérifier leur étanchéité et de se rassurer sur leur capacité à intégrer le groupe social tout en manifestant leur opposition aux goûts des adultes.

Pour d'autres, tatouages et piercings ne sont que des artifices esthétiques sans signes inquiétants. Dans tous les cas, en dehors d'excès vite repérés, ils n'ont pas de valeur pathologique.

À l'inverse, les scarifications doivent être considérées comme des signaux de détresse, à interpréter comme un appel maladroit qui incite à ouvrir le dialogue. En somme, tous les marquages de la peau doivent être relus par les adultes comme des moyens adaptatifs, rappelant que nos jeunes loups de mer sont bien le fruit d'une alchimie complexe, faite de "chair et d'âme" [8].

Dans une société où les embûches s'annoncent et où l'ultra-libéralisme est de

règle, comment leur reprocher de tout essayer... pour sauver leur peau ?

BIBLIOGRAPHIE

1. REVOL O. Tatouages, piercing et scarifications à l'adolescence. *Réalités Pédiatriques*, 2009.
2. REVOL O. *J'ai un ado mais je me soigne*, 2010.
3. REVOL O. L'adolescence, nouveaux repères pour le pédiatre. *Réalités Pédiatriques*, 2009.
4. ANZIEU D. *Le Moi-Peau*, 1985.
5. www.santé.canada.ca
6. POMMERAU X. *Ado à fleur de peau*, 2006;265.
7. REVOL O. *L'attachement à l'adolescence. L'attachement*, 2009.
8. CYRULNIK B. *De chair et d'âme*, 2006.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Le refus scolaire anxieux : que faire ?

→ O. REVOL

Psychiatre, Service de Neuropsychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Neurologique Pierre Wertheimer, Hospices Civils de Lyon, BRON.

Le refus scolaire anxieux (RSA), appelé jusqu'alors "phobie scolaire", concerne des enfants qui, pour des raisons irrationnelles, refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions très vives de panique quand on essaye de les y forcer [1]. Il ne doit pas être confondu avec l'absentéisme scolaire, qui répond à une définition précise : déscolarisation au moins 4 demi-journées/mois, que la raison soit scolaire, somatique ou sociale (maladie, accidents, handicap, difficultés d'apprentissage, démotivation, erreur d'orientation, problème environnemental ou psychologique). L'absentéisme

I Questions flash - Préadolescence et adolescence

scolaire a concerné 4,5 % des élèves de secondaire français en 2015-2016. Le RSA n'est donc qu'une des causes d'absentéisme scolaire [2].

Le RSA touche 1 % des enfants d'âge scolaire. Plus fréquent chez le garçon (3 garçons pour 2 filles), il apparaît entre 5 et 13 ans, avec 3 pics qui correspondent aux changements d'établissement : CP, entrée au collège et au lycée.

L'enjeu est d'importance. 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 [3].

Des signes cliniques stéréotypés : la détresse de l'aube

La forme classique démarre par des plaintes somatiques (maux de ventre, céphalées, vomissements, pâleur, tachycardie, dyspnée, aggravation d'un asthme, diabète préexistant...) survenant exclusivement les veilles d'école.

Le début est souvent brutal, avec un événement intercurrent considéré comme le déclencheur (colle, conflit avec un copain, racket, déménagement, deuil...). Le cœur du problème est un refus de se lever, puis de se rendre à l'école ou de pénétrer dans la classe. Tout forçage entraîne des manifestations d'angoisse intense. L'enfant s'agite, manifeste une grande panique, pleure, supplie ses parents, et semble inaccessible à tout raisonnement. S'il parvient à rentrer en cours, il risque de faire de nombreux séjours à l'infirmerie scolaire, avant d'être rapatrié chez lui. Le calme revient quand l'enfant est assuré de rester à la maison. Il rationalise son comportement (prof sévère, copains méchants...) et promet de retourner à l'école le lendemain. Malgré ses promesses, il en sera incapable. Au contraire, il s'isole de plus en plus, et restreint toutes ses sorties.

L'obsession de rentrer à la maison est pathognomonique. Lorsqu'il s'enfuit de l'école, ce n'est jamais pour faire l'école buissonnière, mais toujours pour retrouver son domicile. Quel que soit le prix à payer ! Comme Jade, 8 ans, qui a volé des ciseaux en cours d'art plastique pour découper le grillage pendant la récréation, et s'évader...

Un coup de tonnerre dans un ciel pas si serein

Le choc pour la famille est d'autant plus sévère que l'évitement scolaire survient chez un enfant sans antécédents, sans problèmes apparents, avec une intelligence normale ou supérieure. La poursuite de l'entretien révèle des particularités pas forcément visibles au premier abord. Derrière une apparente docilité, on retrouve un enfant anxieux, intolérant aux changements, très dépendant de l'entourage, avec un curieux manque de confiance en lui, malgré de bons résultats scolaires [4].

Les parents présentent fréquemment des profils anxieux, responsables d'une éducation marquée par une idéologie sécuritaire. Les mamans sont souvent plus inquiètes que la moyenne (peur des maladies, crainte des rechutes...), et le monde extérieur est vécu comme dangereux. Quant aux papas, ils sont décrits comme des "pères-copains", sans doute pas assez rassurants dans les moments difficiles.

Des causes variées

Plusieurs raisons doivent être envisagées et évaluées tour à tour [5] : anxiété de séparation, phobie sociale, troubles cognitifs, refus de l'autorité.

Sur le plan diagnostique, une stratégie simple permet de n'oublier aucune de ces dimensions. Il suffit de refaire le parcours nécessaire pour se rendre à l'école : d'abord, il faut pouvoir quitter la maison,

puis se confronter au regard des autres, ensuite utiliser ses capacités cognitives et accepter les règles et la discipline. Chaque étape peut être impactée par un problème différent : difficulté à s'éloigner des figures d'attachement, évitement des stimuli scolaires qui provoquent des émotions négatives de craintes, d'anxiété ou de dépression, évitement des situations sociales pénibles notamment lors des évaluations (contrôles, exposés, confrontations aux pairs, cours de sport), enfin, refus de l'autorité.

Des complications préoccupantes

Non traité, le refus scolaire anxieux s'enkyste et s'auto-entretient. Si le but inconscient est de se rassurer, et de rassurer toute la famille, le maintien à la maison arrange tout le monde. Pas de raison que cela évolue. Et c'est tout le processus d'autonomisation qui est mis à mal. Avec des conséquences sévères, comme un évitement de toutes situations sociales (école, amis, activité extra-scolaires, colonies et éloignement des parents). Il est fréquent que les plaintes somatiques réapparaissent, réclamant une attention médicale soutenue. Enfin, à long terme, on constate un risque accru de dépression, d'abus de substance toxique (haschich, alcool), d'addiction aux jeux vidéo en ligne, avec au minimum une perturbation du fonctionnement familial et social.

La sévérité de ce tableau évolutif impose une prise en charge structurée, mais compliquée.

- Se faire accompagner par un poisson pilote ("À deux, c'est mieux")
- Utiliser le dépose-minute ("Kiss and fly")
- Préférer une reprise progressive ("Faire trempe...")
- Organiser un accueil personnalisé ("You're welcome...!")

Encadré 1 : Quelques astuces pour amorcer le retour à l'école.

Quand ?
<ul style="list-style-type: none"> – Inefficacité des consultations – Situation familiale compliquée – Enkystement de la situation d'évitement
Comment ?
<ul style="list-style-type: none"> – Équipe rodée et cohérente – Activités variées – Psychothérapies – Retour progressif

Encadré II : Critères d'hospitalisation.

■ Il est urgent d'intervenir

L'objectif prioritaire est le retour à l'école [6,7]. Plusieurs étapes sont nécessaires :

- instaurer une alliance thérapeutique ;

Après avoir expliqué à la famille qu'il n'y a pas de pathologie somatique (et en avoir fait la preuve) [8], il importe de fournir des informations claires, fermes et bienveillantes sur la problématique sous-jacente (“ *il ne s'agit pas d'un caprice, ni d'une faute éducative, mais d'une vraie maladie mentale qui s'articule autour de l'anxiété de séparation...*”).

- préparer le retour par une guidance familiale et pédagogique ;

On commence par redéfinir les rôles familiaux (adopter une attitude ferme et cohérente entre les deux parents, collaborer avec les enseignants...), avant de rappeler que le retour à l'école n'est pas négociable (“ *comme la ceinture de sécurité en voiture...*”).

- rescolariser progressivement par contrats, avec des stratégies empiriques, qui ont pour objectif de rendre l'école plus accessible (**encadré I**) ;

- soutenir l'enfant et ses parents, sans jamais sous-estimer le “mur infranchissable” que représente le retour à l'école, valoriser ses efforts (+++).

En cas d'impossibilité de rescolarisation, une hospitalisation peut être proposée, selon des critères précis (**encadré II**).

■ Conclusion

Le RSA est une organisation psychologique complexe, invalidante et volon-

tiers résistante. Si l'anxiété de séparation est la cause la plus fréquente, on doit rechercher des indices évocateurs de phobie sociale, ou des particularités cognitives qui rendent l'école insupportable. Les enfants à Haut Potentiel sont souvent concernés. Le rôle du médecin de famille est essentiel. Il est garant de l'évaluation et de l'intervention précoce, est en première ligne pour “éviter l'évitement”, et doit rapidement adresser la famille à une structure médico-psychologique, ambulatoire voire hospitalière, dès que la situation devient chronique.

BIBLIOGRAPHIE

1. REVOL O, HIRSCH E, MEYSSAT D *et al.* Quoi de neuf en pédopsychiatrie. *Réalités Pédiatriques*, 2016.
2. 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* [Internet]. [cité 26 juillet 2016]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1269176316000225>
3. HOLZER L, HALFON O. Le refus scolaire. *Archives de Pédiatrie*, 2006;13: 1252-1258.
4. REVOL O. *Même pas grave, l'échec scolaire, ça se soigne*. 2006,183.
5. KEARNEY CA, PURSELL C, ALVAREZ K. Treatment of School Refusal Behavior in Children with Mixed Functional Profiles. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2001;3:11.
6. BENRIKA S. Le refus anxieux scolaire : A propos de 40 patients hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy. *Faculté de médecine de Nancy*, 2010.
7. GASPARD J-L, 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.
8. 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.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

La préadolescence, phase de latence ou période clef ?

→ O. REVOL

Psychiatre, Service de Neuropsychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Neurologique Pierre Wertheimer, Hospices Civils de Lyon, BRON.

Longtemps considérée comme calme et tranquille, la préadolescence se révèle être en fait une période riche et informative pour les médecins d'enfant¹. Elle offre l'opportunité de repérer, voire de prévenir des troubles psychologiques que l'on pensait réservés à l'adulte. Le sujet est difficile parce que cette période évolue et reflète les changements sociaux et culturels.

■ Un concept récent

Si la notion d'“adolescence” existe depuis la fin du XIII^e siècle, le mot “préadolescence” est apparu à la fin des années 1950. Comme souvent, les références culturelles ont anticipé les observations des scientifiques. En 1955, l'écrivain Nabokov crée le “buzz” avec son roman “*Lolita*”. Sulfureux et fort critiqué à l'époque, cet ouvrage augurait des profonds changements à venir dans les mentalités, comme cette accélération sociétale qui pousse les enfants très tôt vers l'adolescence. Un nouvel espace de transition s'est ouvert pour une catégorie de la population qui ne peut plus être considérée comme des enfants, mais pas encore comme des adolescents.

Les héros de BD reflètent les intérêts des nouvelles générations. Le modèle du préado a été longtemps représenté par Titeuf, qui est venu rafraîchir la notion de préadolescence et attester de sa sexualisation. Âgé de huit ans au début de la série, Titeuf parle de sexualité de façon

¹ “La préadolescence: période de latence ou adolescence précoce?” Colloque organisé le 11 mars 2011 à Paris par l'Afar.