

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.

I Questions flash - Préadolescence et adolescence

directe, mais dédramatisée, sans complexe pourrait-on dire. Il reste un amoureux transi de Nadia, une camarade de classe. Il ressemble aux enfants de son âge, avec leurs aspirations et leurs faiblesses. Tout se passe comme s'ils étaient adolescents avant d'être pubères, ce qui perturbe les parents et vient compliquer les interactions familiales.

Une BD plus récente, Pico Bogue², illustre cette évolution du concept de préadolescence. Pico, 10 ans, et sa petite sœur Ana Ana, sont des enfants typiques de leur époque, avec déjà une jolie expérience de la vie, une grande lucidité et un humour (im) pertinent.

■ Des émotions en “jachère” ?

La préadolescence est située classiquement entre 8 et 13 ans, c'est-à-dire avant l'orage hormonal et les modifications physiologiques de la puberté. L'entrée au collège lui sert de cadre. L'enfant n'accède pas encore à l'autonomie, mais pour la première fois il fait un certain nombre d'activités seul. Entre l'enfance, où le parent est censé exercer encore une maîtrise totale sur l'enfant, et l'adolescence où tout contrôle finit par lui échapper, se trouve une étape délicate, un entre-deux, que le médecin généraliste, le pédiatre et le psychiatre apprennent à redécouvrir.

Au moment où la notion de préadolescence a émergé, la psychanalyse dominait la psychopathologie. Selon celle-ci, il existe une période de latence qui va du déclin du complexe de la sexualité infantile (vers 5 ou 6 ans) jusqu'au début de la puberté. L'évolution de la sexualité marquerait un temps d'arrêt, et permettrait à l'enfant de réserver son énergie aux apprentissages scolaires. L'enfant prépubère, débarrassé des préoccupations hostiles et sexuelles de la petite enfance, serait particulièrement bien dans sa peau. Il est vrai que son développement physique, intellectuel et affectif

est intense et harmonieux. Vif, créatif, joueur, il est sensible aux règles et à l'ordre moral. En particulier les préados de la génération Z (nés après 2000), particulièrement attachés à la recherche de stabilité et de sécurité [1].

Sur le plan affectif, la préadolescence serait “l'âge rêvé pour la colo” !

Au niveau cognitif, Piaget avait établi que l'intellect se modifie à cet âge, et que le jeune passe d'une pensée intuitive à une pensée plus abstraite. Cette perspective s'est élargie lorsque l'on a montré, grâce à l'imagerie médicale, que la neurogénèse se poursuivait activement pendant l'adolescence. C'est la période de l'élagage neuronal, justifiant de stimuler les fonctions que l'on souhaite conserver, voire enrichir. Sous peine de perdre les neurones inutilisés ! (“ *use it or lose it*”) [2].

■ Une période de plus en plus courte

La nouveauté de cette période est d'abord la réduction de sa durée. Prématurément aspirés par l'adolescence, les préados paraissent très (trop ?) vite absorbés par des préoccupations autour de l'autonomie et de la sexualité. Ils exigent des adultes qu'ils reconnaissent leur nouveau statut, tandis qu'ils empruntent les codes adolescents dès le primaire : intérêt pour les vêtements de marque, revendications de téléphone portable et à l'accès aux réseaux sociaux (Facebook). Les sociologues ont renommé “*tweens*” ces enfants très courtisés par le marketing et la publicité. L'accès aux écrans et à Internet les surexpose à des découvertes prématurées, notamment en matière de sexualité et de toxiques. Et tout cela pendant que leurs parents tentent de rester jeunes, que les familles se recomposent et que la menace du chômage se fait plus forte.

Sur le plan clinique, la période est importante car le clinicien peut repérer certaines affections passées inaperçues dans l'enfance.

■ Une période clef pour dépister des troubles neuro-psychopathologiques

Le Trouble Déficit d'Attention avec Hyperactivité (TDAH) combine de façon variable une hyperactivité, une impulsivité et un déficit de l'attention. Le diagnostic est posé en général vers l'âge de 7 ans, après que le trouble ait entraîné des difficultés d'apprentissage à l'école et/ou des troubles du comportement à la maison [3]. Il arrive que le diagnostic ne soit établi qu'à la préadolescence parce que le TDAH était jusque-là bien contenu par les règles éducatives ou parce qu'il a été compensé par une éventuelle avance intellectuelle. La coexistence d'un Haut Potentiel Intellectuel et d'un déficit d'attention est un piège classique. Les bonnes capacités intellectuelles ont pu longtemps masquer les déficits cognitifs, et vice versa. L'apparition au collège de premières difficultés scolaires, chez un enfant jusque là bon élève, incite à faire pratiquer une évaluation du QI, avant de parler de paresse ou de démotivation [4]. C'est le modèle classique d'un trouble révélé à la préadolescence alors qu'il existait dès l'origine.

Les troubles de l'humeur apparaissent plutôt à l'adolescence où ils prennent souvent l'allure de débordements comportementaux. Ils peuvent avoir été précédés par des manifestations passées inaperçues du fait de leur atypicité. Le préado déprimé est volontiers impulsif, agressif, voire instable sur le plan moteur. Les recherches actuelles s'orientent sur le décryptage d'un éventuel trouble bipolaire, masqué derrière l'irritabilité et l'instabilité psychomotrice. L'agitation pourrait en effet s'imposer comme un équivalent hypomaniaque chez l'enfant, compliquant le diagnostic différentiel avec un authentique TDAH. C'est durant la préadolescence qu'une enquête anamnétique bien conduite amène de solides arguments en faveur d'un des deux syndromes [5].

² Créé par la scénariste Dominique Rogue, et illustré par son fils, Alexis Dormal.

Les Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) apparaissent vers l'âge de 10 ans. Les obsessions portent sur la propreté, la sexualité, la religion ou la peur des catastrophes. Les compulsions prennent la forme de rituels de lavage ou de vérification, surtout à certains moments de la journée (coucher, toilette ou repas). Le challenge consiste à ne pas rater les rituels idéiques (comptage, répétitions de mots...), invisibles alors que très fréquents à cette période. Ils imposent de poser à l'enfant qui nous paraît préoccupé des questions simples : *“t'arrive-t-il d'avoir des pensées bizarres qui reviennent tout le temps dans ta tête, qui t'empêchent de réfléchir et dont tu ne peux pas te débarrasser ?”* [6].

L'anxiété généralisée se manifeste vers 8 ou 9 ans. Elle prend la forme de soucis excessifs concernant les performances scolaires par exemple. Elle va de pair avec des troubles du sommeil, une asthénie ou une agitation fébrile. Si les *attaques de panique* s'installent plutôt à l'adolescence, les *phobies sociales* s'expriment au cours de la préadolescence. Malheureusement, ces troubles anxieux ne sont souvent reconnus qu'après la survenue de complications (refus scolaire, troubles du comportement, tentative de suicide).

Des demandes de consultations variées

C'est toujours l'environnement du préado qui est à l'origine de la consultation. L'initiative peut venir de l'école, alertée par le retard de certains apprentissages (langage, lecture, écriture), des difficultés d'interaction sociale ou des troubles du comportement [6]. Le plus souvent, elle vient des parents, lorsque le préado évolue différemment de ses frères et sœurs par exemple, ou devant la survenue de difficultés symptomatiques : agitation, irritabilité, plaintes somatiques, surcharge pondérale, insomnies ou parasomnies

(somnambulisme, terreurs nocturnes), persistance de l'énurésie nocturne ou de l'encoprésie, isolement social, rejet par ses pairs, voire victimisation, addictions aux jeux vidéos +++ (joue la nuit en cachette), tabac, conduites à risque, soit licites (VTT, trottinette...) soit illicites (alcool, haschich). Certains comportements sont liés à la personnalité de l'enfant et existent depuis toujours. Par contre, tout changement brutal chez un enfant prépubère (donc non imputable à l'adolescence) est à prendre en compte.

Quels que soient les signes d'appels, il revient au médecin de famille d'en déterminer le caractère morbide ou pré-morbide. Un questionnement simple aide à répondre à cette question : le symptôme incriminé a-t-il un retentissement péjoratif sur la vie familiale, scolaire ou sociale de l'enfant ? Lorsque la réponse est négative, on doit rester vigilant, mais on ne peut parler de trouble mental.

Enfin, la préadolescence est le moment idéal pour proposer des évaluations psychométriques qui pourraient révéler des décalages spécifiques, voire une avance intellectuelle [7]. Dans tous les cas, le challenge consiste à ne pas rater la rencontre avec le préado.

Un contact particulier

L'entretien avec un préadolescent est le plus souvent facile, bien qu'il puisse varier selon le degré de maturité. Il est préférable d'éviter les techniques habituellement utilisées avec les enfants (dessin ou jeu). Le préadolescent n'a aucune envie de revenir à l'enfance dont il cherche à s'éloigner à marche forcée. Il est préférable d'aborder le préado comme un adolescent : le recevoir un moment seul, sans ses parents, et privilégier une approche périphérique en discutant à bâtons rompus et en s'intéressant en premier lieu à ses loisirs, avant d'aborder le problème pour lequel il est amené à la consultation.

La préadolescence, une période à redécouvrir

Classiquement réputée tranquille, la préadolescence est certainement plus mouvementée qu'elle n'y paraît. Les jeunes n'attendent plus la "crise d'adolescence" pour s'affirmer. Ils le font avant même l'entrée au collège [8]. Cette période devient un observatoire intéressant pour le clinicien. Le bain hormonal pré-pubertaire fait apparaître progressivement des traits de caractère, inaperçus jusqu'alors, bien que présents depuis l'origine dans la trame de la personnalité de l'enfant. La préadolescence s'impose ainsi comme un puissant révélateur, qui offre au clinicien averti une photographie intéressante du profil psycho-comportemental de l'enfant [9].

Le repérage de signes précurseurs d'affections psychiques va permettre d'agir avant l'explosion provoquée par l'adolescence. La proposition d'une approche psychothérapique est plus facilement acceptée lorsque l'enfant n'est pas encore totalement engagé dans le processus d'indépendance qui l'amènera tôt ou tard à s'opposer aux injonctions des adultes.

Ce qui est nouveau à la préadolescence :

- réduction de la durée et remodelage de la période ;
- débuts anticipés de certaines pathologies de l'adolescence ;
- révélation de troubles infantiles masqués.

Pour la pratique :

- aborder les préados comme de jeunes adolescents ;
- encourager les stimulations artistiques et sportives ;
- repérer les signes évocateurs de troubles de l'humeur ;
- rechercher des troubles anxieux ;
- penser à l'éventualité d'une avance intellectuelle ;
- analyser la gravité des symptômes en évaluant leur impact dans les 3 domaines importants à cette période : familial, social et scolaire.

Questions flash - Préadolescence et adolescence

BIBLIOGRAPHIE

1. REVOL O. Quoi de neuf en pédopsychiatrie. *Réalités Pédiatriques*, 2016.
2. REVOL O. *J'ai un ado mais je me soigne*, 2010.
3. REVOL O. *On se calme, enfants agités, parents débordés*, 2013.
4. REVOL O, BLÉANDONU G. Précocité, talents et troubles d'apprentissage. *Approche Neuropsychologique des troubles d'apprentissage* (sous la direction de Chokron S. et Démonet J-F), 2010.
5. DA FONSECA D, FAKRA E. Phase pré-morbide du trouble bipolaire. *L'Encéphale*, 2010;1,S3-S7
6. REVOL O. Même pas grave, l'échec scolaire ça se soigne, 2006.
7. REVOL O. 100 idées pour aider les enfants à Haut Potentiel, 2015.
8. DE SINGLY F. Les adonaissants, 2006.
9. REVOL O, BLÉANDONU G. Les consultations à la préadolescence. *La revue du praticien*, 2011;61.

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



19^{es} JOURNÉES INTERACTIVES DE RÉALITÉS PÉDIATRIQUES



JEUDI 22 MARS ET VENDREDI 23 MARS 2018

PALAIS DES CONGRÈS – VERSAILLES