

réalités

PÉDIATRIQUES



Cas cliniques en pédopsychiatrie

Olivier Revol

SOMMAIRE

Éditorial	03
L'enfant qui ne parle pas	04
L'enfant qui s'oppose	11
L'enfant collé à sa mère : l'exemple du refus scolaire anxieux	20
L'enfant qui ne dort pas	26

Réalités Pédiatriques – Numéro spécial – Novembre 2015

Éditeur : Performances Médicales – 91, avenue de la République – 75011 Paris

Numéro de commission paritaire : 0117 T 81118 – ISSN : 1266-3697

Directeur de la publication : Dr Richard Niddam

Tél. 01 47 00 67 14 – Fax : 01 47 00 69 99 – E-mail : info@performances-medicales.com

Image de couverture : © 2xamara.com/shutterstock.com.

Imprimerie Trulli – Vence

Tout a été dit et écrit sur les enfants du millénaire. Leurs inquiétudes face à un futur incertain sur le plan climatique, économique ou géopolitique. Leur regard incrédule sur un passé "périmé", sans ordinateur ni internet, mais aussi sans chômage ni sida. On comprend qu'ils soient juste suspendus dans l'instant présent, avec des profils et des comportements surprenants. Créatifs, connectés, lucides et malingers, ils sont également plus anxieux et recherchent avant tout sécurité, réassurance et confiance en l'autre, base de la confiance en soi.

Leurs parents ont grandi dans une société *solide* : des repères familiaux, religieux et politiques lisibles et structurés laissaient entrevoir un avenir prometteur. La paix et la démocratie étaient acquises, en Europe en tout cas. À l'inverse, les enfants du XXI^e siècle évoluent dans une société *liquide*¹, où l'individu, livré à lui-même, peut être emporté à tout instant dans le tourbillon de l'échec scolaire, familial ou social. Avec l'obligation d'inventer des stratégies pour surnager : bouger, crier, s'opposer, s'attacher...



O. REVOL

Pédopsychiatre,
chef du service de
Neuropsychopathologie
de l'Enfant et
de l'Adolescent,
Hôpital neurologique
Pierre-Wertheimer,
Hospices civils
de Lyon, BRON.

Le challenge médical est d'importance. Les troubles du sommeil, l'opposition, le refus de grandir ou de quitter la maison sont autant de signes d'appels. Comprendre le sens de ces symptômes permet d'accompagner et de rassurer des enfants qui ne sont plus tout à fait comme avant, mais qui, comme avant, restent des enfants...

"L'éducation est votre arme la plus puissante pour changer le monde".

~ Nelson Mandela

Dr. O. Revol

¹ Tabet S. Zygmunt Bauman et la société liquide. *Sciences humaines*, n° 254, décembre 2013, p. 50-55

L'enfant qui ne parle pas

“La fillette qui murmurait à l'oreille de sa mère”

Chloé a 4 ans et ne parle pas. Elle s'exprime parfois dans un jargon incompréhensible. En revanche, elle semble comprendre ce que ses parents lui demandent car elle obéit aux ordres simples. Lorsque les consignes sont plus complexes, elle scrute l'adulte qui la questionne avec un regard profond et interrogateur. Il n'existe pas d'antécédents familiaux médicaux, excepté un oncle *“qui a parlé tard”*, ce qui a rassuré les parents de Chloé dans un premier temps.

Son histoire personnelle est normale, avec une grossesse tranquille et un accouchement eutocique. Chloé laisse le souvenir d'un bébé facile, rapidement dans l'interaction avec ses parents. La marche a été acquise à 13 mois, et le babillage est décrit comme normal. L'autonomie est satisfaisante, voire précoce. Chloé s'habille seule, est propre jour et nuit, et tient ses couverts sans aide.

À l'entrée en maternelle, la maîtresse s'est tout d'abord inquiétée de son absence de langage, mais elle reconnaît que *“ça se passe bien”*. Lorsque le pédiatre de Chloé nous l'adresse pour avis diagnostique, il redoute un tableau autistique.

Première consultation

La consultation confirme le trouble massif de parole et de langage. La fillette ne prononce aucun mot correctement, mais elle est capable de désigner sur un imagier des animaux ou des objets qu'elle ne peut, en revanche, pas dénommer. Son stock lexical semble normal pour son âge, mais tout se passe comme si elle n'y avait pas accès. D'ailleurs, à chacune de mes questions, elle se tourne vers sa maman, et elle l'interroge du regard comme si elle sollicitait sa confirmation avant de répondre à ma demande en hochant la tête.

La normalité des acquisitions, la qualité de l'échange visuel, l'envie de communiquer et l'absence de troubles du comportement (pas de stéréotypies à type de battements d'ailes, pas d'intérêt restreint ni de fascination particulière pour ce qui brille ou ce qui tourne) nous permettent de rassurer les parents.

Le bilan ORL, l'examen clinique (absence de dysmorphies faciales ou d'anomalies cutanées évocatrices de maladie génétique) et l'EEG de veille et de sommeil sont normaux. Le QI (WPPSI) montre une efficacité intellectuelle non verbale normale, le QI verbal étant ininterprétable.

Le diagnostic le plus probable est celui de trouble spécifique du langage oral (TSLO)¹, appelé également dysphasie.

Le diagnostic différentiel entre un retard simple de langage et un TSLO sera établi sur le bilan orthophonique et l'évolution clinique. La rééducation orthophonique est le pivot de la prise en charge.

Ce diagnostic de dysphasie sera confirmé à l'entrée en CP, devant l'apparition de difficultés en orthographe avec, de façon pathognomonique, un décalage dans les compétences de Chloé pour retranscrire un texte. Elle échoue quand l'entrée est auditive (échec en dictée) et réussit quand l'information est visuelle (réussite parfaite en copie) (**fig. 1**).

C'était il y a 20 ans. Depuis, Chloé a pu effectuer une scolarité normale, grâce à deux séances hebdomadaires d'orthophonie et à la mise en place d'aménagements pédagogiques à l'école (**annexe 1**).

Les enfants dysphasiques bénéficient actuellement d'une reconnaissance de ce handicap par la MDPH, qui permet l'octroi d'une aide humaine (10 à 20 heures par semaine d'auxiliaire de vie scolaire, AVS). Des aménagements sont également prévus pour les examens (1/3 temps supplémentaire pour les épreuves orales et écrites, secrétaire-lecteur pour reformuler les consignes...).

Une démarche diagnostique nécessairement médico-psychologique

Le retentissement psychologique, cognitif et social, du trouble du langage impose un diagnostic rapide, sans *a priori* théorique qui retarde la prise en charge et culpabilise l'entourage.

La démarche doit être rigoureuse et médicale, allant du somatique au psychologique, du plus grave au plus simple. Comme dans le cas de Chloé, plusieurs pathologies doivent être envisagées et explorées soigneusement avant d'aboutir au diagnostic de dysphasie qui, comme tous les troubles "dys", est un

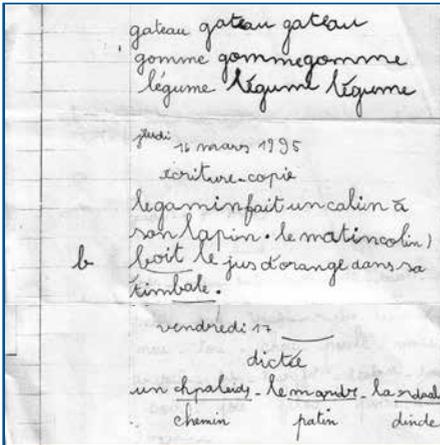


Fig. 1.

¹ Classé parmi les troubles neurodéveloppementaux dans le DSM-5.

diagnostic d'élimination ("ni-ni", c'est-à-dire un trouble isolé, sans trouble de personnalité ni déficience intellectuelle ou sensorielle).

1. Causes somatiques

Il peut s'agir :

- d'un trouble de l'audition ;
- d'une cause neurologique rare : le syndrome de Landau² ;
- d'une déficience intellectuelle ;
- d'un trouble du spectre autistique (TSA) : diagnostic facile dans la forme typique, plus complexe dans les formes légères... ;
- d'une maladie génétique (syndrome d'Angelman³ +++, syndrome de l'X Fragile⁴...).

L'origine somatique du trouble du langage impose un bilan complet : **ORL** (acoumétrie voire PEA), **EEG** de veille et toujours de sommeil, **QI**, **avis neuropédiatrique**, voire enquête génétique et **avis pédopsychiatrique** avec, le cas échéant, échelles d'évaluation des troubles autistiques⁵.

2. Causes psychologiques

>>> **Dépression de l'enfant** : elle sera évoquée devant la coexistence de signes spécifiques à chaque tranche d'âge :

- nourrisson : régression des acquisitions psychomotrices, arrêt du babillage, troubles alimentaires, troubles du sommeil, refus récent de communiquer ;
- l'enfant en maternelle : refus scolaire anxieux, tristesse apparente, agressivité ;
- l'enfant en primaire : dévalorisation ("*je suis nul*"), hyperactivité motrice, colères, mythomanie, fugues.

D'une manière générale, on évoquera la dépression dès qu'il existe un changement dans le comportement ou une rupture dans les acquisitions. On peut également s'appuyer sur des échelles validées dès 5 ans (CDI, CDRS), mais l'évaluation clinique reste l'outil le plus fiable.

>>> **Trouble anxieux sévère** : mutisme sélectif (l'enfant qui ne parle qu'à la maison et jamais en dehors). Son origine est clairement psychologique, sans doute l'équivalent de la phobie sociale de l'adulte. L'existence d'un secret de famille est fréquente. Il justifierait que l'enfant s'interdise de parler à l'extérieur ("*ce petit quelque chose qu'il ne faut surtout pas dire m'oblige à ne rien dire du tout à l'extérieur de la famille*"). L'entretien clinique avec la famille, l'observation de l'enfant seul et la conduite rigoureuse de l'anamnèse orientent ou éliminent une origine affective.

² Trouble neurologique rare caractérisé par une aphasie acquise, liée à des anomalies neurologiques objectivées par la découverte de pointes-ondes sur l'EEG de sommeil.

³ Trouble du développement neurologique lié à une anomalie du chromosome 15. Il se manifeste par un retard global du développement, un comportement joyeux et une absence de langage.

⁴ Maladie génétique qui associe un déficit intellectuel léger à sévère, des troubles du comportement (hyperactivité) et des signes physiques caractéristiques (visage étroit et allongé, front proéminent).

⁵ *Child Attitude Rating Scale* (CARS).

3. Le diagnostic de dysphasie

Il repose sur les résultats suivants :

- normalité du QI non verbal ;
- normalité du bilan ORL ;
- normalité des échelles d'autisme (CARS) ;
- normalité de l'EEG de sommeil ;
- caractéristiques de la dysphasie mises en évidence sur le bilan orthophonique.

Conduite à tenir

La conduite à tenir peut être schématisée de la manière suivante :

>>> **Hypoacousie** : traitement du trouble ORL, appareillage.

>>> **Syndrome de Landau** : traitement anticomitial.

>>> **Déficience intellectuelle globale** : école adaptée (CLIS, IME), utilisation de stratégies de communication alternatives (langage des signes, Makaton, pictogrammes).

>>> **Troubles du spectre autistique** : hôpital de jour, groupes d'habiletés sociales.

>>> **Retard simple de parole et de langage** : rééducation orthophonique.

>>> **Dysphasie** : rééducation orthophonique intensive, aménagements pédagogiques, adaptations pour les examens, reconnaissance MDPH pour bénéficier d'une AVS, voire de l'AEEH...

Le “truc maison”

S'il n'existe pas de traitement médicamenteux des troubles “dys” – une ligne du Vidal a depuis toujours attiré mon attention – les médicaments à base de piracétam sont “proposés” dans la dyslexie. Je les institue systématiquement dans la dysphasie, avec l'impression, subjective mais partagée par les parents, que l'enfant réagit et répond plus vite sous traitement. Au point que de nombreux enfants dysphasiques l'ont poursuivi jusqu'à la fin de leurs études.

>>> **Mutisme sélectif** : psychothérapie, thérapies familiales, hospitalisation séquentielle (pour réamorcer la communication), psychotropes en deuxième recours.

>>> **Dépression** : psychothérapie, psychotropes en deuxième recours.

Dans tous les cas, un accompagnement psychologique est nécessaire pour évaluer et minimiser le retentissement du trouble du langage sur l'équilibre affectif de l'enfant et de sa famille.

Un diagnostic de dysphasie invite à désigner un professionnel référent (médecin scolaire, pédiatre, pédopsychiatre), chargé de coordonner les prises en charge, intervenir à l'école en lien avec l'enseignant référent et éviter ainsi de “balkaniser” la prise en charge.

ANNEXE 1

Conseils pour la scolarité des enfants présentant une dysphasie



Hôpitaux de Lyon

Madame, Monsieur,

Vous accueillez au sein de votre classe un/des enfant(s) souffrant de dysphasie. Afin de comprendre cette particularité et de favoriser leur prise en charge, nous avons essayé de vous donner quelques pistes d'aménagements pédagogiques.

1/ Qu'est-ce que la dysphasie ?

Il s'agit d'un trouble sévère et durable de la structure du langage, issu d'un développement déficient du langage oral chez des enfants d'intelligence tout à fait normale, qui n'ont pas de trouble auditif. Ils ont des difficultés plus ou moins importantes d'élaboration et de construction de leur langage oral. Ils sont en revanche tout à fait compréhensibles dans leurs mimiques, leurs attitudes et postures (leur langage non verbal).

Ce trouble peut atteindre leurs capacités d'expression (ils sont en grande difficulté pour se faire comprendre de quelqu'un) ou également leurs capacités de compréhension du langage des autres. Ils conservent de bonnes capacités de raisonnement abstrait.

Cliniquement : déjà en maternelle l'enfant a un langage limité, sa syntaxe est mauvaise voire absente. Il a peu de vocabulaire, est très peu spontané ou alors jargonne de façon incompréhensible. Il discrimine mal les phonèmes, a du mal à exprimer ce qu'il souhaite, ne trouve pas ses mots.

2/ Aménagements pédagogiques spécifiques possibles

● Redoublement

Le passage au CP est préconisé, cela ne sert à rien de le maintenir en grande section. Il faudra lui faire travailler l'écrit de façon anticipée, car cela lui permet de matérialiser le langage et notamment entraîner la conscience phonologique.

Choisir en partenariat avec l'orthophoniste la méthode d'apprentissage de la lecture.

● Dispositifs administratifs

PPRE si les parents ne font pas de dossier MDPH ; PPS si reconnaissance par la MDPH du handicap (compensation humaine par la présence d'une AVS et/ou compensation matérielle par attribution d'un ordinateur).

● Que faire à chaque rentrée ?

Réviser le projet et informer tous les partenaires de chaque changement de situation.

● *S'il manque la classe pour aller en rééducation*

Importance des partenariats : collaborer avec les professionnels travaillant avec l'enfant (l'orthophoniste par exemple, la psychomotricienne, l'ergothérapeute...) et avec ses parents. Ne pas sanctionner lorsque l'enfant doit s'absenter sur son temps scolaire pour sa rééducation.

● *Dans tous les cas*

- Informer dans la mesure du possible l'ensemble de la classe, si l'élève et ses parents sont d'accord. Cela permettra d'éviter les moqueries de ses camarades et de créer une ambiance bienveillante.
 - Placer l'enfant près du professeur, loin des fenêtres et des portes.
 - Éviter les changements de situations et le trop plein de nouveautés qui le déstabiliseraient → repères stables, environnement calme et rassurant.
 - Utiliser les gestes facilitateurs pour l'apprentissage de la lecture (type gestes Borel-Maisonny, les Alphas...).
 - Le mettre en confiance et le valoriser. Porter une attention particulière à ses efforts et progrès pour maintenir son estime de lui.
- L'encourager à demander de l'aide s'il en ressent le besoin.
 - Repérer ses points forts pour lui permettre de "briller".
 - Ne pas freiner l'expression spontanée par des remarques ou des corrections.
 - Attirer l'attention de l'enfant lorsque l'on s'adresse à lui, se positionner en face de lui, parler lentement.
 - Utiliser au maximum des supports visuels (images, frises, pictogrammes...) et notamment pour étayer ses repères dans le temps et dans l'espace.
 - Indiquer aux parents les thèmes qui seront traités dans les jours suivants, pour qu'ils puissent aborder le vocabulaire en rapport.
 - Proposer des exercices ciblés sur une compétence, varier ensuite les contextes mettant en jeu cette compétence et complexifier progressivement les exercices.
 - Les activités doivent être de courte durée, car cela représente un coût cognitif important et engendre une grande fatigabilité. Lui permettre de faire des pauses.

CAS CLINIQUE 1

Conclusion

L'enfant qui ne parle pas mérite d'être évalué soigneusement, à travers une approche globale résolument neuropsychopathologique. L'enjeu est d'importance. L'intrication profonde entre le développement du langage et le développement affectif incite à proposer rapidement un diagnostic à ces enfants qui n'ont souvent que les yeux pour parler.

Pour en savoir plus

- REVOL O. L'enfant dysphasique et l'école. *ANAE*, 2001;61:29-36.
- REVOL O. La dysphasie : les yeux pour parler, In *Même pas grave !* Lattès, 2006;61-68.
- BILLARD C et al. Troubles spécifiques du langage oral et électroencéphalogramme : quelles indications ? *Arch Ped*, 2010;17:305-358.
- Diagnostic and Statistical Manual, of Mental Disorders, 5^e édition. Washington DC, American Psychiatric Association, 2013.

L'enfant qui s'oppose

“Mais qu'est-ce qu'on a fait au Bon Dieu ?”

Philéas est âgé de 7 ans, l'âge de raison, mais il n'obéit toujours pas. Son pédiatre nous l'avait adressé une première fois à l'âge de 5 ans pour trouver des solutions face à son agitation¹. Ce petit garçon intelligent et joyeux désespère son entourage du fait de son impulsivité et d'un comportement opposant, apparus depuis l'acquisition de la marche. La permanence des symptômes quel que soit le lieu (école, maison, loisirs), l'absence de troubles de l'humeur et le bon contact de Philéas avec la réalité étaient plus évocateurs d'un trouble constitutionnel que d'une hyperactivité réactionnelle. Un diagnostic plus précis est difficile à poser avant la scolarité primaire, et nous avons proposé de démarrer une prise en charge en psychomotricité, associée à une guidance familiale au Centre médico-psychologique.

Son médecin et sa famille nous recontactent 2 ans plus tard. L'année de CP est particulièrement conflictuelle du fait de l'impulsivité et de l'intolérance aux frustrations.

Première consultation

C'est une famille épuisée qui fait irruption dans mon bureau. Je reconnais le petit garçon bougeon rencontré il y a quelques années. Il est un peu plus grand, donc plus difficile à contrôler. En présence de sa maman, Philéas est opposant et ne supporte aucune limite. Il coupe la parole, touche à tout ce qu'il trouve sur le bureau et envahit l'espace. Vu seul, il est un peu plus calme, fait des efforts évidents pour répondre à mes attentes, mais ne peut s'empêcher de “zapper” sans cesse d'une activité à l'autre.

La normalité du QI² (exceptée une chute aux épreuves évaluant la mémoire de travail), les regrets affichés par Philéas (“*J'en ai marre... J'aimerais arriver à me contrôler mais je n'y arrive pas*”) et l'anamnèse (avec des symptômes retrouvés “*de partout et depuis toujours*”) nous orientent vers le diagnostic de TDAH³ et incitent à mettre en route un traitement psychostimulant, uniquement les jours d'école.

¹ “On se calme”, JC Lattès, 2013.

² WISC IV : Compréhension Verbale : 122, Raisonnement Perceptif : 110, Mémoire de Travail : 82, Vitesse de Traitement : 96.

³ Trouble Déficit d'Attention avec Hyperactivité.

CAS CLINIQUE 2

La situation s'améliore nettement sur le plan scolaire, mais Philéas continue à s'opposer dans le milieu familial. Une réévaluation ultérieure conduira à proposer le maintien du traitement le week-end, en association avec des conseils d'aménagements pédagogiques et l'inclusion des parents dans un groupe d'entraînement (Méthode Barkley)⁴.

L'enfant qui s'oppose nous invite à une exploration médico-psychologique rigoureuse. Une information parentale objective est toujours nécessaire dans un premier temps. La discussion autour de l'agitation est trop souvent réduite à celle d'un enfant "mal élevé" ou, pire, d'un enfant "malade" qui relèverait d'un éventuel traitement médicamenteux, deux raccourcis dangereux. L'opposition de l'enfant est, avant tout, un symptôme dont les origines sont multiples, comme la fièvre ou les céphalées. Mais, à la différence des autres symptômes qui peuvent affecter le développement de l'enfant, l'opposition est particulièrement invalidante car elle se situe dans l'interaction. L'entourage lui attribue souvent une intention hostile, et l'enfant suscite alors un rejet d'autant plus blessant pour lui qu'il n'a pas conscience de ses excès.

Les parents d'enfants opposants arrivent chez le pédopsychiatre après une errance médicale épuisante et surtout déconcertante. Ils ont tout entendu, y compris le pire ("vous l'élevez mal"). Une prise en compte médicale et

dépassionnée est toujours apaisante. Elle permet de décontaminer la relation parent-enfant et rassure la famille qui établit une relation de confiance avec le médecin. Cette bienveillance médicale légitimise toutes les interventions ultérieures de l'équipe soignante, y compris sur le plan éducatif "Ce médecin a pris le temps d'observer, d'explorer, de réfléchir à la situation de notre fils sans nous culpabiliser d'emblée. Il a répondu à son impulsivité par de la réflexion. Son discours est donc crédible." Il reste alors à décrypter les causes de l'opposition.

L'enfant opposant : démarche diagnostique

L'opposition de l'enfant est un symptôme transnosographique, comme le cœur d'une marguerite dont chaque pétale représente une cause potentielle (fig. 2). Médecins et psychologues doivent aborder l'enfant oppo-

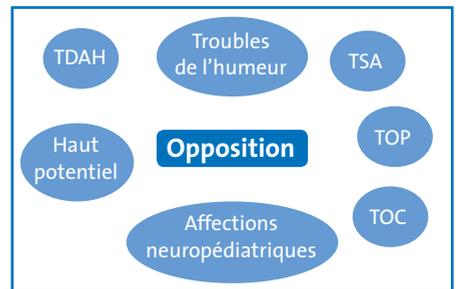


Fig. 2.

⁴ Groupe d'entraînement pour les parents d'enfants hyperactifs. dix séances de 1 h 30 proposées à une dizaine de parents avec trois objectifs : informer, guider, entraîner.

sant sans *a priori* théorique, et explorer tour à tour les causes susceptibles de déclencher cette opposition.

1. Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP)

Le TOP est un ensemble de comportements hostiles et provocateurs dont l'enfant a conscience et qu'il ne critique pas. Il arrive même qu'il les

revendique avec un aplomb agaçant. Les critères diagnostiques sont très précis (**tableau I**). Le TOP est sans doute la résultante d'un tempérament impulsif (**tableau II**), d'origine vraisemblablement génétique et d'erreurs éducatives. Il requiert donc une prise en charge associant l'enfant et sa famille.

2. Le trouble déficit d'attention avec hyperactivité (TDAH)

L'enfant porteur de TDAH n'a pas la volonté de s'opposer, mais il présente un trouble neurologique qui ne lui permet ni d'obéir ni de tolérer les frustrations. Le plus souvent, comme dans le cas de Philéas, l'enfant déplore ses débordements, qui seraient liés à un dysfonctionnement du cortex préfrontal, responsable d'un trouble des fonctions exécutives⁵.

Le diagnostic repose sur la mise en perspective de l'anamnèse (*symptômes présents partout, depuis toujours*), de l'observation (*agitation, impulsivité*), du QI (*normal mais souvent hétérogène, avec chute de la mémoire de travail et/ou de la vitesse de traitement*) et des échelles de Conners⁶ (**fig. 3**), remplies par la famille et les enseignants.

Cette particularité constitutionnelle mérite d'être expliquée à l'enfant et à l'entourage afin de mettre en place les aménagements éducatifs et pédagogiques nécessaires.

Trouble opposition-provocation

- Se met souvent en colère si contrarié.
- Conteste ce que disent les adultes.
- S'oppose activement ou passivement aux demandes et règles des adultes.
- Embête les autres délibérément.
- Fait porter à autrui la responsabilité de ses propres erreurs.
- Susceptible, rancunier, vindicatif.

Tableau I.

Le tempérament difficile

- Qualité négative de l'humeur.
- Faible persévérance.
- Faible adaptabilité.
- Forte distractibilité.
- Réactions émotionnelles intenses.
- Hyperactivité.
- Agressivité.
- Retrait social.

Tableau II.

⁵ Les fonctions exécutives permettent de filtrer les distracteurs, contrôler l'impulsivité, tenir compte des conséquences de nos actes, résister à la tentation.

⁶ Un score supérieur à 15 sur les échelles abrégées de Conners remplies par des observateurs différents est évocateur de TDAH.

CAS CLINIQUE 2

Questionnaire abrégé de Conner pour les parents [2]

Nom de l'enfant : Prénom : Date de naissance :

Questionnaire complété par: la mère le père les deux

Placer une croix dans la colonne qui décrit le mieux cet enfant

Observation	Pas du tout 0	Un petit peu 1	Beaucoup 2	Énormément 3
1. Agité ou très actif.				
2. Nerveux, impulsif.				
3. Ne finit pas ce qu'il commence, attention de courte durée.				
4. Toujours remuant.				
5. Perturbe les autres enfants				
6. Inattentif, facilement distrait.				
7. Ses demandes doivent être immédiatement satisfaites : facilement frustré.				
8. Pleure souvent et facilement.				
9. Changement d'humeur rapides et marquées.				
10. Accès de colère, comportement explosif et imprévisible.				

Fig. 3.

3. La dépression de l'enfant

L'enfant en primaire manifeste fréquemment sa tristesse par des colères et un manque de

contrôle de ses émotions⁷. L'opposition prend alors le sens d'un appel à l'aide, maladroit et désespéré. Il est urgent de faire le bon diagnostic car les conséquences de la dépression de

⁷ Voir cas clinique "L'enfant qui ne parle pas".

l'enfant l'aggravent : les sanctions inappropriées dépriment plus encore l'enfant, et l'entraînent dans une spirale péjorative.

La confirmation de la dépression est facilitée par un entretien psychologique bienveillant, l'analyse des dessins, l'utilisation d'échelles spécifiques, remplies soit par l'enfant seul⁸, soit par le médecin⁹, voire le passage de tests de personnalité (test de Patte Noire).

4. L'enfant à haut potentiel (HP)¹⁰

L'enfant à haut potentiel intellectuel désempare très tôt ses parents par sa tendance à ne pas respecter les consignes.

Cette attitude, repérable dès les premières années de vie (difficultés d'endormissement, refus de porter les vêtements imposés, avec une horreur des coutures et des étiquettes, alimentation sélective...), s'explique par un besoin farouche de contrôle et de maîtrise, classique chez l'enfant surdoué. Et comme son aisance verbale lui permet d'argumenter ses propos de façon pertinente, l'enfant HP est rapidement vécu comme insolent. À la maison d'abord, puis à l'école ensuite, où il manifeste bruyamment son désintérêt et son ennui face à des tâches trop faciles ou répétitives. Mais l'opposition à l'école ne concerne pas que les enfants HP...

5. Les troubles d'apprentissage

D'autres enfants peuvent s'agiter lorsqu'ils se retrouvent dans l'incapacité de suivre un enseignement qui ne leur est pas adapté. On devra savoir repérer les enfants porteurs de déficience globale et les différencier des syndromes "dys". L'anamnèse est évocatrice. L'enfant dysphasique est en difficulté dès la maternelle, alors que l'enfant dyslexique, dyspraxique ou dyscalculique s'agite au CP. Dans tous les cas, un trouble spécifique des apprentissages (ou un haut potentiel) sont évoqués lorsque l'opposition est clairement majorée pendant les temps scolaires. Des bilans psychométriques (QI), orthophoniques et psychomoteurs confirment le diagnostic.

6. L'enfant anxieux

L'anxiété de l'enfant peut être responsable de comportements opposants, sortes de stratégies inconscientes et maladroites pour masquer l'inquiétude. Ces débordements peuvent même prendre l'apparence de "crises de rage", en particulier en présence de TOC. Les enfants qui présentent des obsessions et des compulsions peuvent "exploser", avec des colères paroxystiques lorsque la situation ne leur permet pas de pratiquer leurs rituels anxiolytiques. Si certains rituels sont visibles et repérés aisément (lavage, vérifications), d'autres passent volon-

⁸ *Child Depression Inventory* (CDI).

⁹ *Child Depression Rating Scale* (CDRS).

¹⁰ Haut potentiel (HP) : terme actuellement retenu pour évoquer les enfants intellectuellement précoces, dont le QI est supérieur à 130.

tiers inaperçus, comme par exemple les rituels idéiques (comptage, répétition de mots). Il importe de questionner un enfant opposant, surtout s'il paraît préoccupé : *"T'arrive-t-il de penser ou de faire des choses absurdes, ridicules ou gênantes, et de ne pas pouvoir t'en empêcher?"*. On peut également utiliser des échelles spécifiques à l'enfant¹¹. La révélation des TOC est souvent apaisante.

7. L'enfant porteur de troubles du spectre autistique (TSA)

L'opposition de l'enfant autiste est classique et paraît le plus souvent incohérente. Les formes mineures de cette nouvelle classification (DSM-5¹²) sont subtiles et d'autant plus compliquées à diagnostiquer que la prévalence des TSA est plus importante qu'on ne l'imagine (1 sur 150). Un avis psychologique est requis pour poser un diagnostic qui est d'abord clinique (*évitement du regard, intérêts restreints, difficultés dans les interactions sociales...*) avant d'être confirmé par des évaluations spécifiques (CARS¹³).

L'enfant opposant : conduite à tenir

Les stratégies thérapeutiques sont adaptées à chaque situation. Elles sont forcément pluri-modales, associant à des degrés variables

en fonction des diagnostics, des approches psychologiques, éducatives pédagogiques et parfois médicamenteuses.

1. Le TOP

La mise en évidence d'un TOP invite à proposer une guidance parentale, voire une thérapie familiale lorsque l'enfant et sa famille paraissent "coincés" dans des liens complexes. Les formes sévères justifient rapidement un traitement médicamenteux, dans le but d'éviter le rejet de l'enfant par le groupe social ou familial. Le traitement de choix est la rispéridone qui dispose d'une AMM dès l'âge de 5 ans. On démarre avec une dose de 0,0125 mg/kg en gouttes, soit 0,25 mL le matin pour un enfant de 20 kg. Le bilan préalable consiste en une NFS, un bilan hépatique et surtout un ECG (risque de troubles de conduction). Les résultats, souvent spectaculaires, ne doivent pas conduire à faire l'économie d'une remise en question du système éducatif, souvent défaillant.

2. Les troubles de l'humeur

Identifier l'origine dépressive d'un comportement opposant est un vrai challenge pour le clinicien. L'obstacle principal est l'absence de diagnostic. Repérer, et surtout expliquer la dépression au jeune patient et à son entourage, est un début de prise en charge. Il reste à en rechercher la cause ; un deuil est toujours

¹¹ Child Y-BOCS, Echelle de Leyton.

¹² DSM-5 : Diagnostic and Statistic Manuel, 5^e édition, 2013.

¹³ Child Autism Rating Scale.

responsable, mais n'apparaît pas forcément en première intention. Une anamnèse bien conduite va rechercher un décès (y compris d'un animal), un changement de classe ou d'enseignant, le départ d'un ami, la séparation des parents, la perte d'une illusion, le départ d'un aîné... L'idée est de proposer rapidement des stratégies de compensation : intervention du parent qui s'est éloigné, achat d'un nouvel animal, contact par mail avec le meilleur ami parti outre-mer...

La mise en place d'un soutien psychothérapique est indispensable. Les psychotropes peuvent être une indication de seconde intention. Parmi les antidépresseurs de nouvelle génération, seule la fluoxétine bénéficie de l'AMM à partir de 8 ans (5 mg le matin pendant 2 mois minimum). L'amélioration du comportement après 15 jours de traitement confirme l'origine thymique des débordements.

3. L'enfant HP

Lorsque l'opposition est dédiée au milieu scolaire, un dialogue avec l'école est nécessaire. Aménagements pédagogiques (*tableau III*), accélération scolaire, décroisement dans certaines matières sont souvent apaisants.

On peut également discuter le passage dans un collège ayant mis en place un dispositif spécialisé (classes adaptées, collège en 3 ans). Si

Aménagements pédagogiques pour enfants HP

- Éviter les "routines" et les répétitions.
- Proposer des questions "ouvertes".
- Favoriser la pensée créative.
- Ne pas le pénaliser en lui donnant plus de travail.
- Utiliser l'humour pour dédramatiser une situation.
- Lui apprendre à décomposer son raisonnement : l'aider à remonter le chemin depuis la réponse jusqu'à l'énoncé.
- Accepter que son rythme ne soit pas celui de la classe : trouver ce qu'il peut faire en attendant les autres.
- Laisser une marge de manœuvre dans une activité proposée pour qu'il puisse se l'approprier et s'investir dans son travail.
- Comprendre qu'un HP doit voir le "pourquoi" de chaque tâche : donner du sens aux apprentissages...

Tableau III.

l'opposition est omniprésente, nous préconisons une guidance familiale et une thérapie avec un psychologue ou pédopsychiatre concerné par le haut potentiel. Les parents peuvent contacter les associations d'enfants à haut potentiel qui les orienteront au mieux¹⁴.

4. L'enfant TDAH

Trouble neurodéveloppemental, le TDAH doit être compris et expliqué comme tel à l'enfant

¹⁴ AFEP, ANPEIP, AE-HPI.

Stratégies éducatives adaptées au TDAH	Conseils aux enseignants...
<ul style="list-style-type: none">● Encourager (valoriser les progrès).● Maintenir un environnement ordonné et organisé.● Adopter la fermeté bienveillante +++.● Proposer des exigences simples et claires.● Afficher un règlement.● Éviter les distracteurs.● Tolérer les débordements mineurs : bouger en travaillant, pendant les repas.● Anticiper les situations à risque : groupe, habillage.	<ul style="list-style-type: none">● Tolérer les débordements mineurs.● Relecture fractionnée des dictées :<ul style="list-style-type: none">– 1^e pour majuscules ;– 2^e pour ponctuation ;– 3^e pour orthographe.● Préférer les épreuves à trous.● Permettre d’effacer (favorise l’autocorrection).● Ne pas pénaliser les oublis de matériel.● Autoriser l’enfant à se lever.● Solliciter l’attention visuelle.● Communiquer avec les parents.

Tableau IV.

et à l’entourage. Des mesures éducatives et pédagogiques (**tableau IV**) seront les premiers temps de la prise en charge, associées ou non à un soutien psychothérapeutique en fonction de l’impact du trouble sur l’humeur de l’enfant. Chez les enfants plus jeunes, la psychomotricité est un outil intéressant.

Dans tous les cas, les groupes de parents (méthode Barkley) permettent, de façon plus formalisée, d’informer, de guider puis d’entraîner les familles. En seconde intention, un traitement médicamenteux pourra être discuté, en association avec les accompagnements précédents. On débute généralement avec du méthylphénidate à libération immédiate, avant de prendre rapidement le relais par les formes à libération prolongée.

5. Les TSA

La mise en évidence d’un trouble du spectre autistique relève d’une prise en charge spé-

cialisée : hôpital de jour, CATTP et groupes d’habiletés sociales pour les enfants qui présentent un autisme de haut niveau. Les comportements d’opposition et les stéréotypies réagissent bien aux neuroleptiques de nouvelle génération type rispéridone (0,025 mg/kg/j) qui dispose d’une AMM dès l’âge de 5 ans.

Conclusion

Les attitudes d’opposition sont normales au cours de la petite enfance. Premières manifestations du désir d’autonomie, elles permettent à l’enfant de tester la cohérence du cadre éducatif. Lorsque le comportement opposant perdure ou s’exporte hors du milieu familial, il importe d’en comprendre rapidement le sens.

Les stratégies thérapeutiques sont adaptées à chaque cas, et doivent permettre de réconcilier l’enfant avec son environnement, et avec lui-même

TDAH : le “truc maison”

L'enfant porteur de TDAH a besoin d'être acteur de sa vie, de ses études et de sa prise en charge.

Après lui avoir expliqué – images du cerveau à l'appui – la cause de son problème, on lui remet un schéma illustré rappelant les stratégies à mettre en place pour vivre avec son défaut d'inhibition (“Stop, Think and Go”).

Selon l'âge, il lui est conseillé de colorier et d'afficher ce document dans sa chambre ou de le garder dans ses affaires de travail, afin de finir par l'automatiser.

Que ce soit dans ses actes ou dans ses paroles, la reprise du contrôle de ses propres actions par l'enfant lui-même diminue sensiblement les risques d'excès et donc de rejet.



Je m'arrête



Je réfléchis



J'y vais

L'enfant collé à sa mère : l'exemple du refus scolaire anxieux

“Détache-moi !”

Noé a 10 ans et n'a pas pu reprendre l'école après les vacances de la Toussaint. Cet enfant intelligent a toujours éprouvé des difficultés à se lever les jours de semaine, mais cette fois c'est plus grave. Il est amené chez son pédiatre qui le trouve livide, les yeux cernés, avec des maux de ventre qui le plient en deux.

L'examen clinique est normal. Les parents décrivent un enfant joyeux pendant le week-end et les vacances, mais dont l'état se dégrade le dimanche soir. L'anamnèse rapporte une grossesse précieuse (après deux fausses couches et des années de stimulation de l'ovulation) et éprouvante (une suspicion d'anomalie cérébrale à l'échographie, infirmée par la suite, a aggravé l'anxiété parentale).

Après une naissance acrobatique, Noé a passé 48 heures en néonatalogie. Sa maman se souvient de cette attente insupportable (*“surtout que l'on ne me disait rien”*) qui a perturbé leurs premières relations. D'ailleurs, elle a interrompu son activité professionnelle

pour s'occuper de cet enfant unique qui n'acceptait aucun autre mode de garde. En fait, il n'a jamais cessé de l'inquiéter, bien que son développement psychomoteur ait été satisfaisant (tenue assise à 6 mois, marche à 18 mois en même temps que l'apparition du langage).

L'entrée en maternelle a été difficile. Noé a pleuré tous les matins jusqu'en grande section. Malgré une scolarité primaire brillante, il n'a jamais aimé l'école, et les départs matinaux ont toujours été une épreuve. L'entrée en 6^e n'a pas dérogé à la règle. Pour la première fois, Noé incrimine l'attitude d'un professeur *“qui ne le comprend pas”* et des élèves *“qui ne l'aiment pas”*.

On apprend qu'il ne se rend jamais aux centres aérés et que, lorsqu'il est invité aux goûters d'anniversaire, sa maman est obligée de rester avec lui.

Après un mois d'absentéisme scolaire, la situation paraît bloquée.

Le "refus scolaire anxieux" (RSA), appelé jusque-là "phobie scolaire", fait état d'enfants qui, pour des raisons irrationnelles, refusent de se rendre à l'école et résistent avec des réactions de panique, parfois extrêmement violentes, quand on insiste. Pas si rare (1 % des enfants d'âge scolaire et 5 % des consultations de pédopsychiatrie), plus fréquent chez le garçon (3 garçons pour 2 filles), le RSA apparaît entre 5 et 13 ans, avec trois pics qui correspondent aux changements d'établissement : CP, entrée au collège et lycée.

Nous verrons que les termes "phobie scolaire" et "refus scolaire anxieux" ne reflètent pas la réalité du problème. L'enfant aimerait aller à l'école mais il n'y arrive pas, pour une raison qui reste à définir [1].

Des signes cliniques stéréotypés

1. Un coup de tonnerre, dans un ciel pas si serein

Le début est souvent brutal, déclenché par un événement traumatisant : punition jugée injuste, conflit avec un copain, harcèlement, déménagement, deuil... Le tableau initial s'installe autour de plaintes somatiques survenant de façon pathognomonique exclusivement les veilles d'école (maux de ventre, céphalées, vomissements...).

L'examen clinique peut retrouver une pâleur, une tachycardie, voire une dyspnée, sans

substratum organique. Ce tableau inaugural peut être plus insidieux, lorsque le refus scolaire avance masqué derrière l'aggravation d'une maladie chronique préexistante (asthme, diabète, épilepsie).

2. La détresse de l'aube

La forme d'état est rapidement sévère. La journée commence toujours mal, avec un refus de se lever, puis de se rendre à l'école ou de pénétrer dans la salle de classe. Tout forçage provoque une angoisse intense. L'enfant s'agite, pleure, supplie ses parents, et semble inaccessible à tout raisonnement. S'il parvient à rentrer en cours, il se retrouve fréquemment 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 (professeur sévère, copains méchants), et jure de retourner à l'école le lendemain. Malgré ses promesses, il en sera incapable. Au contraire, il s'isole de plus en plus, et finit par restreindre toutes ses sorties.

3. School break

Cette obsession de rentrer chez lui est la clef du problème. Lorsque l'enfant s'enfuit de l'école, ce n'est jamais pour faire l'école buissonnière, mais toujours pour retrouver son domicile.

À n'importe quel prix, avec des stratégies d'évitement scolaire parfois surréalistes ! Comme Jade, 8 ans, qui a volé des ciseaux

CAS CLINIQUE 3

en cours d'art plastique pour découper le grillage pendant la récréation, et s'évader.

Un enfant sans problèmes apparents

Le traumatisme familial est d'autant plus sévère que l'évitement scolaire survient chez un enfant sans antécédents, plutôt bon élève, doué d'une intelligence normale ou supérieure. La poursuite de l'entretien va pourtant révéler des traits de personnalité particuliers, pas forcément visibles dans un premier temps, mais évocateurs de troubles anxieux. Derrière son apparente docilité, on retrouve un enfant inquiet, intolérant aux changements, très dépendant de l'entourage, et qui manque cruellement de confiance en lui malgré ses bons résultats scolaires.

En fait, le refus scolaire anxieux est moins une peur de l'école qu'une difficulté à quitter le domicile [2]. L'enquête sémiologique révèle, dans la plupart des cas, une anxiété de séparation, c'est-à-dire la peur de ce qui pourrait survenir de grave lorsqu'il se sépare. Cette crainte le concerne personnellement (peur d'être kidnappé, de s'évanouir, de mourir), mais concerne aussi ceux qui lui sont chers (peur que ses parents se disputent ou qu'ils aient un accident en son absence...). D'ailleurs, il est fréquent que l'enfant se sente obligé de rentrer chez lui car il pense être indispensable pour soutenir quelqu'un qu'il sent fragile (un grand-

père ou une sœur malade, un parent déprimé, un couple en difficulté)

Une famille peu rassurante

Les parents présentent souvent des profils anxieux, responsables d'une éducation marquée par une idéologie sécuritaire. Les mamans sont en général plus inquiètes que la norme (peur des maladies, crainte des rechutes...). Elles transmettent sans doute l'idée que le monde extérieur est dangereux. Elles avouent être encore très attachées à leur propre mère (qui participe d'ailleurs souvent à la consultation !). Quant aux papas, ils sont décrits comme des "pères-copains", peu rassurants et surtout en difficulté pour s'immiscer dans la "dyade" mère-enfant, et ainsi jouer leur rôle de "séparateur"...

Si l'anxiété de séparation est la cause la plus fréquente de refus scolaire, elle est parfois aggravée par des éléments de phobie sociale¹. Dans tous les cas, le risque pour le développement affectif est majeur.

Des complications préoccupantes

Non traitée, la phobie scolaire s'enkyste et ses symptômes s'auto-entretiennent. Si l'objectif (inconscient) du retour à la maison est de rassurer toute la famille, le refus scolaire

¹ Peur du regard des autres.

arrange tout le monde, et il n'y a pas de raison que cela change.

Les conséquences sur le développement psychologique sont sévères, car le processus d'autonomisation psychologique de l'enfant est mis à mal, avec un évitement de toutes situations sociales (école, amis, activités extrascolaires, colonies...). Il est fréquent que les plaintes somatiques finissent par réapparaître et réclament une attention médicale soutenue. Enfin, à long terme, on constate un risque accru de dépression, abus de substances toxiques (haschich, alcool), addiction aux jeux vidéo en ligne, avec une perturbation du fonctionnement familial et social.

La sévérité de ce tableau évolutif nécessite une prise en charge urgente, toujours compliquée mais réellement efficace lorsqu'elle est structurée.

Des stratégies thérapeutiques formalisées

L'objectif prioritaire est le retour à l'école. Plusieurs étapes sont nécessaires :

1. Instauration d'une alliance thérapeutique : "Ensemble, on va plus loin "

Le rôle du médecin est d'expliquer à la famille qu'il n'y a pas de troubles somatiques objectifs (et d'en faire la preuve), puis de fournir des informations claires, fermes et bienveil-

lantes sur la problématique sous-jacente, en impliquant l'ensemble de la famille, sans culpabiliser personne (*"Il ne s'agit pas d'un caprice ni d'une faute éducative, mais d'une vraie pathologie mentale articulée autour de l'anxiété de séparation."*)

On ne doit pas hésiter à évoquer, sans détours, les risques à moyen et long terme, puis à redéfinir les rôles familiaux (avec une cohérence indispensable entre les deux parents). Il reste alors à collaborer avec l'école.

2. Préparation du retour à l'école

Après avoir rappelé que les changements de professeurs ou d'école n'ont fait que reporter le problème, il est important de résister à la tentation des cours par correspondance qui renforcent le problème sous-jacent.

Médecins et parents doivent affirmer de concert que le retour à l'école est obligatoire et non négociable (comme par exemple la ceinture de sécurité en voiture). En revanche, les modalités doivent être adaptées à chaque cas. L'objectif est de "réconcilier" l'enfant avec l'école, tout en lui permettant de quitter la maison sans angoisse.

Nous privilégions une reprise progressive, toujours avec l'aide des professeurs. Au collège, l'enfant peut commencer par certaines matières, avec un enseignant en qui il a confiance. L'idée est de réamorcer la pompe pour que la reprise scolaire soit tolérable pour tous... Chaque effort doit être valorisé.

CAS CLINIQUE 3

En cas d'échec, on peut utiliser les solutions alternatives proposées par l'établissement d'origine (SAPAD²) ou envoyer l'enfant dans des internats médicalisés (MECS³).

3. Soutien de l'enfant et des parents

Parallèlement, on doit proposer des interventions spécifiques, individuelles et familiales, pour régler le problème de fond : TCC⁴, psychothérapie individuelle ou familiale, guidance parentale, relaxation, groupe d'affirmation de soi, sont autant d'outils utiles pour traiter l'anxiété de séparation...

Parallèlement, on encourage toutes les démarches qui favorisent l'autonomisation (activités artistiques ou sportives, ouverture sur l'extérieur de la famille...).

On devra également traiter le trouble psychique sous-jacent s'il y a lieu (dépression de l'enfant ou d'un membre de la famille). Une aide médicamenteuse est parfois nécessaire : anxiolytiques la veille au soir (hydroxyzine, 1 mg/kg au coucher), antidépresseurs en traitement de fond (fluoxétine, 5 mg le matin).

L'inefficacité de toutes ces mesures ou la mauvaise compliance doivent faire envisager l'aide d'un service de pédopsychiatrie.

4. L'hospitalisation avec séparation de la famille en dernier recours : "Au sec!"

Lorsque la porosité affective de l'enfant est sévère ou le contexte familial particulièrement délétère, l'hospitalisation est indispensable.

Le jeune patient n'est plus "étanche", il risque de couler, et sa famille avec. La seule solution est de le "sortir de l'eau" pour mettre en place calmement mais fermement une prise en charge adaptée. L'hospitalisation répond à des critères précis (*tableau V*).

Refus scolaire anxieux Indications d'hospitalisation

Quand ?

- inefficacité des consultations
- situation familiale compliquée
- enkystement de la situation d'évitement

Comment ?

- rupture
- équipe rodée et cohérente
- activités variées
- psychothérapies
- retour progressif

Tableau V.

² Services d'assistance pédagogique à domicile : dispositifs départementaux de l'Éducation nationale destinés à fournir aux enfants et adolescents atteints de troubles de la santé ou accidentés une prise en charge pédagogique au domicile. Il s'agit ainsi d'assurer la continuité de leur scolarité. Ces dispositifs s'inscrivent dans la complémentarité du service public qui garantit le droit à l'éducation de tout élève malade ou accidenté.

³ Maisons d'enfant à caractère sanitaire.

⁴ Thérapies cognitives et comportementales.

L'important est de ne pas traîner. Une rupture est nécessaire, mais elle doit être pilotée par une équipe rodée et cohérente. L'objectif est de travailler avec l'enfant et sa famille autour de l'anxiété de séparation et ses causes potentielles.

Dans l'unité, l'enfant doit pouvoir bénéficier d'activités variées, de soins psychothérapeutiques, tandis que le retour progressif à l'école est la priorité.

Cette reprise est facilitée lorsque ce sont les soignants qui accompagnent l'enfant, accueilli à l'entrée de l'établissement par un enseignant ou un éducateur.

Conclusion

Le refus scolaire anxieux est une organisation psychologique complexe, invalidante et volontiers résistante. Elle est centrée sur l'anxiété de séparation, avec un risque d'évolution péjorative.

Le retour en classe n'est pas suffisant pour juger du pronostic d'une affection qui interroge avant tout la qualité des liens d'attachement. Le challenge consiste alors à s'assurer de la cohérence des interactions familiales.

Le “truc maison”

L'expérience nous a amenés à mettre en place des stratégies simples qui facilitent le retour à l'école :

- reprendre l'école un vendredi après-midi, pour “faire trempette”. L'océan des peurs paraît moins froid lorsque l'entrée dans l'eau est progressive... ;
- demander aux parents (ou aux soignants) de laisser l'enfant devant l'établissement sans s'attarder. C'est le système de la “dépose minute”, ou du “kiss and fly” américain ;
- utiliser le meilleur copain pour venir chercher l'enfant chez lui, recréant ainsi un lien familial avec l'école. C'est le principe du “poisson pilote”.

Dans ce sens, le refus scolaire anxieux constitue un clignotant précieux. Sa guérison devient une chance pour toute la famille.

Bibliographie

- 1 LE HEUZEY MF, MOUREN MC. Phobie scolaire : Comment aider les enfants et adolescents en mal d'école ?, Josette Lyon, 2010, 148 p.
- 2 REVOL O. Même pas grave ! JCLattès, 2006, 295 p.

L'enfant qui ne dort pas

“Les sentinelles du crépuscule”

Les parents de Clara, 9 mois, sont épuisés. Depuis la naissance, cette petite fille vive et volontaire n'a jamais fait une nuit complète, en tout cas, pas avec eux. Ils ont pourtant tout essayé : fermeté, douceur, musique, lumière... Clara est incapable de s'endormir sans pleurer, et les rappelle plusieurs fois dans la nuit.

Sa pédiatre a éliminé une origine organique (pas de reflux, pas de poussée dentaire ni de problème ORL), puis prodigué les conseils classiques. Les parents ont lu toute la littérature consacrée au sujet. Clara résiste. La consultation pédopsychiatrique est leur dernier espoir, même s'ils n'y croient plus vraiment. Clara non plus, semble-t-il ! Elle manifeste bruyamment son scepticisme en hurlant et se cabrant dans les bras d'une maman découragée.

Première consultation

La consultation démarre sous haute tension. Les parents s'excusent pour le dérangement, bercent la fillette nerveusement, et semblent regretter d'être venus. D'un signe de la main apaisant, je coupe court à leur inquiétude :

“Laissez-la s'exprimer et racontez-moi son histoire”. En fait, c'est plutôt sa préhistoire qui nous intéresse. Un bébé très attendu mais qui tombe mal. Des parents tous deux en difficulté professionnelle, une grand-mère maternelle malade, une grossesse gémellaire avec perte d'un embryon, un déménagement en urgence. Et surtout cette impression étrange, ressentie dès la naissance devant ce nouveau-né au regard si intense : *“Elle me scanait”*, dit son père. *“J'avais l'impression qu'elle me reprochait quelque chose”*, ajoute sa mère. Les nuits infernales contrastent avec un développement psychomoteur rapide. À 9 mois, Clara commence à marcher, sollicitée en permanence son entourage, et paraît joyeuse. Jusqu'au moment du coucher...

La consultation s'étire tranquillement. Les parents évoquent tour à tour leur propre histoire, leurs souvenirs personnels d'enfances plus ou moins compliquées, leurs inquiétudes pour l'avenir psychique de Clara, la culpabilité devant leur impuissance. Leur fascination aussi pour ce bébé *“qui comprend tout, même nos émotions”*.

Au fil de l'entretien, le climat s'apaise. Enfin détendue, la maman semble trouver un ajustement postural qui convient mieux à sa fille. Clara se calme, et finit par s'endormir.

Le temps est venu d'aborder les stratégies à mettre en place pour pérenniser cette sérénité. Des conseils pratiques et basiques font sourire les parents et achèvent de pacifier l'atmosphère. L'humour partagé et l'autodérision décontaminent l'ambiance. Il devient plus facile d'évoquer toutes les petites erreurs qui ne manquaient pas d'être reçues 5 sur 5 par un bébé trop à l'écoute des émotions familiales. On se quitte sereins, en chuchotant la promesse de se revoir en urgence si besoin.

Clara n'est plus revenue. En tout cas, pas pour le sommeil. À 5 ans, elle savait lire et nous l'avons aidée à sauter le CP. À 15 ans, elle a frôlé l'anorexie mentale mais une consultation en urgence a permis de mettre des mots sur les maux. Des mots qu'elle s'est appropriée immédiatement pour donner du sens à l'insensé. Sans doute rassurée que ses signaux de détresse aient été perçus une nouvelle fois. Comme à 9 mois, lorsque, debout dans son lit, la petite vigie aux aguets réclamait de l'aide, pour elle mais aussi pour les autres...

Le sommeil de l'enfant : du normal au pathologique

Depuis la nuit des temps [1], le sommeil rythme le développement de l'enfant et participe à son hygiène de vie. Le médecin doit bien connaître les caractéristiques du sommeil normal de

l'enfant et ses variations en fonction de l'âge¹. Si la plupart des troubles du sommeil sont bénins, voire normaux, d'autres témoignent d'un malaise dont l'origine doit être soigneusement recherchée. Car les conséquences des troubles du sommeil sur l'enfant et sa famille peuvent être sévères.

Au-delà de l'épuisement parental, le retentissement sur le fonctionnement affectif et cognitif de l'enfant est clairement établi [2]. Sans oublier le risque de maltraitance et son issue dramatique chez le nourrisson.

La prévalence des troubles du sommeil est bien documentée : 20 % entre 1 et 2 ans, 15 % entre 3 et 4 ans, 5 % entre 5 et 10 ans.

Leur fréquence incite à interroger tous les enfants rencontrés en consultation sur la qualité de leur sommeil et, le cas échéant, sur le type de troubles qu'ils présentent. La plupart sont normaux comme les parasomnies (*jactatio capitis*², cauchemars, terreurs nocturnes, somnambulisme...). Les dyssomnies sont dérangementes, mais pas forcément délétères (troubles de l'endormissement, réveils nocturnes). À l'inverse, certains troubles moins bien connus méritent des explorations complémentaires (syndrome d'apnée obstructive du sommeil).

Dans tous les cas, l'enjeu est de les classer avant d'en évaluer l'impact sur l'enfant et sa famille.

¹ 23 heures à la naissance, 16 heures à 3 mois, 14 heures à 3 ans dont 2 heures de sieste.

² "Rythmies" du sommeil : mouvements brusques et stéréotypés de la tête et du cou. Bénins et spontanément régressifs.

Si chaque trouble nécessite une prise en charge spécifique, la démarche initiale est identique et repose sur une évaluation rigoureuse, thérapeutique en elle-même.

Conduite à tenir

L'expérience confirme l'intérêt de la "consultation thérapeutique". Une rencontre parents-médecin-bébé est souvent bénéfique, à condition de pouvoir lui consacrer suffisamment de temps (une heure minimum).

1. Replacer le trouble dans un contexte global

La période d'évaluation est capitale. Elle doit tenir compte de la dimension psychoaffective, importante dans la genèse du trouble en particulier dans les premiers mois. Le médecin doit être attentif à tous les indices, en suivant un référentiel bien établi.

La première phase consiste à décrire le type de troubles et les circonstances d'apparition. Le médecin doit être directif, car la subjectivité parentale crée de la confusion dans l'anamnèse. Certains points sont fondamentaux :

- histoire médicale : antécédents ORL, digestifs, mode d'alimentation... ;
- mode de couchage : lieu, type de lit, exposition aux bruits ou à la lumière ;
- habitudes alimentaires ;
- habitudes de vie (logement, jeux, télévision...);
- mode de garde et survenue d'éventuels changements ou d'événements familiaux :

décès, déménagement, reprise du travail de la mère.

On recherche également les antécédents des parents (sommeil, troubles anxieux ou dépressifs), tandis que l'on précise le mode relationnel familial [1].

2. De l'évaluation à la prise en charge

L'évaluation du temps de sommeil est indispensable, et l'agenda de sommeil est un outil précieux. Il en est de même de l'évaluation du retentissement du trouble sur l'enfant, ses parents et sur les interactions familiales. Quelles réponses les parents ont-ils pu donner jusqu'à présent ? Quel est leur degré de tolérance ? L'évaluation psychoaffective est indissociable de toute consultation de sommeil.

La prise en charge repose alors sur un ensemble de stratégies qui sont le plus souvent utilisées de manière combinée. La prise en compte des facteurs environnementaux et éducatifs est primordiale. Les psychothérapies comportementales ont été bien évaluées et ont prouvé leur intérêt, avec de meilleurs résultats que les thérapeutiques médicamenteuses dont les indications restent rarissimes.

3. Des réponses adaptées à chaque cas

● Les dyssomnies

>>> Troubles de l'endormissement

Terriblement banal, le retard d'endormissement cède souvent spontanément lorsque

l'architecture du sommeil est expliquée aux parents (train du sommeil), évitant ainsi certaines erreurs éducatives (coucher de force un enfant en activité d'éveil, environ-

nement sonore). Après avoir rappelé que le délai d'endormissement est de 30 minutes, on prône la patience. Si l'enfant rate le premier train, il prendra le suivant [3].

Le “truc maison”

1. Pour les troubles d'endormissement

L'enfant a besoin de sa dose d'affection parentale quotidienne. La présence de ses deux parents, sereins, lors de l'endormissement, lui permet de “lâcher prise” sans crainte.

Pour aider l'enfant à gérer la séparation, on peut utiliser une technique “à la Dolto”. Conseiller aux parents de jouer quelques minutes à “perdu-retrouvé”, en cachant le “doudou” de l'enfant, puis en lui demandant de le rechercher. Il s'endort joyeusement avec la certitude que ce qui n'est pas vu n'est pas forcément perdu. Un message subliminal dont il se souviendra lors de ses microréveils nocturnes.

2. Pour les réveils nocturnes

Lorsque l'enfant se lève de son lit, l'idée est de le recoucher en évitant toute attitude subjective (agacement ou attendrissement), susceptible de l'inciter à recommencer (pour vérifier si le parent va bien, ou si au contraire il a besoin de lui). Cet écueil est facilement évité si l'adulte

qui recouche l'enfant se persuade qu'il ne s'agit pas de son fils ou de sa fille en difficulté (pourquoi ? Quelle est ma part de responsabilité ? Souffre-t-il ?...), mais d'un “petit sac de pomme de terre tombé de l'étagère et à remettre à sa place”. Effet rassurant garanti !

3. Pour le jactatio capitis

Le head-banging ou le head-rolling³ n'ont pas de caractère pathologique, et cèdent le plus souvent spontanément. Ils deviennent gênants lorsqu'ils sont bruyants ou lorsque l'enfant se cogne sur les montants de son lit.

De plus, ce bercement physiologique finit par s'autoentretenir quand l'enfant imprime un mouvement à son lit (principe du pont suspendu). Installer le matelas de l'enfant sur le sol est une solution simple qui permet d'éviter l'effet d'entraînement du balancement du lit. Le résultat est souvent spectaculaire.

³ Mouvements de tête répétitifs et involontaires, d'avant en arrière ou de droite à gauche.

Si l'entourage vit mal le problème (ou l'aggrave), une approche médicopsychologique s'impose. Une fois éliminées les causes organiques (reflux, toux, douleur), la prise en charge s'appuie sur des conseils de guidance. Retarder le moment du coucher jusqu'à ce que l'enfant tombe de sommeil, afin qu'il retrouve le plaisir de s'endormir dans son lit et non pas le déplaisir de s'angoisser. Il suffit ensuite de décaler l'heure du coucher de 15 minutes tous les 3 jours.

En général, le retard d'endormissement est un signe d'anxiété de séparation, et réagit bien dès la première consultation mère-bébé.

>>> Réveils nocturnes

On doit se rappeler que l'enfant dispose très tôt de la capacité à s'endormir seul. On ne doit pas se précipiter lors de chacun de ses réveils. Les réveils de première partie de nuit sont en général incomplets et correspondent à des terreurs nocturnes ou à des réveils confusionnels. En deuxième partie de nuit, ils peuvent s'effectuer entre chaque cycle de sommeil. On doit s'intéresser au profil chronobiologique de l'enfant (petit ou gros dormeur, couche tôt/lève tôt, couche tard/lève tard) et aux conditions d'endormissement. L'enfant qui ne peut s'endormir seul en début de nuit signalera chacun de ses réveils à ses parents pour reproduire à l'identique, en pleine nuit, ses conditions d'endormissement.

>>> Syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS)

L'obstruction des voies aériennes supérieures gêne la ventilation normale, et perturbe la

durée et la qualité du sommeil. Fréquent entre 3 et 6 ans, avec un *sex ratio* identique entre filles et garçons, le SAOS est repérable de jour (céphalées au réveil, hyperactivité alternant avec des endormissements incongrus, repli, fléchissement scolaire, apathie) comme de nuit (ronflements nocturnes, hypersudation, sommeil agité). L'examen retrouve un trouble ORL dans la majorité des cas, résolu par un geste chirurgical le cas échéant. La polysomnographie est parfois nécessaire pour poser le diagnostic ou en apprécier la sévérité [4].

• Les parasomnies

Banales et fréquentes pendant l'enfance, elles impressionnent les parents lors des premiers épisodes. Elles surviennent en première partie de nuit du fait d'un sommeil lent profond important, ou d'un "raté" dans les changements de stade de sommeil.

>>> Terreurs nocturnes

Elles surviennent chez l'enfant de moins de 6 ans, 1 à 3 heures après l'endormissement. Assis dans son lit, à moitié éveillé, les yeux grand ouverts, l'enfant semble effrayé, pousse des cris et présente des manifestations neurovégétatives (sudations, rougeur). Il est impossible de le rassurer, car il ne répond pas aux sollicitations. L'épisode se résout spontanément après de longues minutes d'angoisse et une amnésie totale.

>>> Somnambulisme

Cette activité motrice de déambulation inconsciente est fréquente entre 3 et 12 ans

(15 % des enfants). Elle peut s'accompagner de somnolence, et touche davantage les garçons. Elle n'est pas pathologique, et ne présente pas de danger, sauf dans une forme rare appelée syndrome d'Elpénor⁴ (risque de défenestration ou de chute).

Conclusion

La plupart des troubles du sommeil sont sans conséquences et sans lendemain. Leur fréquence incite les médecins à en rechercher l'existence, et surtout à en évaluer le retentissement sur l'ambiance familiale. La prise en charge précoce permet d'éviter un effet potentiellement délétère sur le développement psychoaffectif et cognitif de l'enfant. Cette mission requiert une bonne

connaissance de la physiologie du sommeil et de ses particularités.

*"Le sommeil est une récompense
pour les uns, un supplice pour les autres."*

~ Comte de Lautréamont

Bibliographie

- 1 DESOMBRE H, REVOL O. Les troubles du sommeil chez l'enfant, Actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Flammarion éd., 2001.
- 2 DESOMBRE H *et al.* Prise en charge cognitive comportementale des troubles du sommeil du jeune enfant, Arch Pediatr, 2001;8:639-644.
- 3 CHALLAMEL MJ. Le sommeil, le rêve et l'enfant, 2011, Albin Michel, 376 p.
- 4 BOURRILLON A, BENOIST G, DELACOURT C. Manuel de Pédiatrie. Elsevier-Masson, 6^e éd, 2015.

⁴ Dans l'Illiade d'Homère, ce marin, compagnon d'Ulysse, s'est jeté d'une falaise pendant un accès de somnambulisme.



NOVALAC
OU
NOVALAC
?

01 80 11 20 00 / 15 - Bureau N°18 et 07 / 15 - www.laboratoires-novalac.com

**POUR SON BIDERON,
NE VOUS POSEZ PAS DE QUESTIONS.**



EXCLUSIVEMENT EN PHARMACIE


 Laboratoires
Novalac
 LA NUTRITION DES BÉBÉS À SON ESPRIT

Acte important : le lait maternel est l'aliment idéal pour chaque nourrisson. Une bonne nutrition maternelle est essentielle pour préparer et maintenir l'allaitement. L'allaitement mixte peut gêner l'allaitement naturel et il est difficile de revenir sur le choix de ne pas allaiter. La mauvaise préparation d'un lait infantile peut entraîner des risques pour la santé des nourrissons. Les implications socio-économiques doivent être prises en compte dans le choix de la méthode d'alimentation. 2N09/14010/15 - Document strictement réservé aux professionnels de santé et professionnels de la puériculture, établi en 09/14.