

Mises au point interactives – Troubles fonctionnels



O. REVOL, D. ROCHE
Service de
psychopathologie
de l'enfant et de
l'adolescent,
Hôpital Femme Mère
Enfant, Hôpitaux de Lyon,
BRON.

La fièvre du dimanche soir : comprendre et prendre en charge le refus scolaire anxieux

Le refus scolaire anxieux (RSA), anciennement appelé “phobie scolaire”, est un sujet d'actualité. Depuis le début de la crise sanitaire, les demandes de scolarisation à la maison ne cessent d'augmenter et posent un vrai problème, aussi bien à l'Éducation nationale qu'aux familles et aux médecins. Déjà constaté avant la pandémie, ce mouvement d'évitement scolaire est lié à un ensemble de facteurs qu'il importe de bien comprendre pour mieux les prendre en charge.

Impact psychologique de la COVID-19 sur les enfants et les adolescents : l'autre vague

De nombreuses publications ont validé l'existence d'une autre vague psychologique liée à la pandémie. Tous les services hospitaliers de France confirment une augmentation des troubles psychiques des 12-25 ans. Dans le même temps, les demandes d'enseignement à distance (CNED) ont augmenté dans tous les rectorats de l'Hexagone. Nous allons d'abord évoquer les raisons de cette désaffection pour l'école et nous interroger sur l'augmentation des troubles psychiques dans cette tranche d'âge.

1. État des lieux

L'étude de Santé publique France d'avril 2021 confirme l'augmentation du nombre de passages aux urgences pour geste suicidaire chez les moins de 15 ans. Au-delà de cette statistique inquiétante, on note une augmentation de plus de 40 % des entrées aux urgences pédiatriques pour des motifs psychologiques, qu'il s'agisse de dépression, de scarifi-

cations, de troubles du comportement alimentaire, d'agitation, de troubles anxieux ou encore de maltraitance [1]. Cette situation unique a conduit à une saturation des lits de pédopsychiatrie depuis la rentrée de septembre 2021, avec une augmentation drastique des demandes de consultation en urgence.

2. Les causes

Les raisons de cette morbidité pédopsychiatrique sont multiples. Nous distinguons ainsi le climat d'incertitude lié à l'épidémie, les restrictions dues au confinement et, surtout dans la tranche d'âge qui nous concerne, l'impression d'une “adolescence contrariée”.

En ce qui concerne le climat d'incertitude, il a été bien décrit dans la littérature [2]. L'évocation par le président de la République d'un état de guerre contre un ennemi invisible explique la survenue de troubles anxieux et de troubles de l'humeur dès le début de la pandémie, avec des réponses émotionnelles variables en fonction des conditions de vie de l'enfant, mais aussi de l'attitude des adultes référents. Pour faire face à cette rupture brusque, imprévue et surtout unique dans l'histoire récente de la France, tous les professionnels de l'enfance se tenaient prêts à réagir, d'autant plus que les premières études chinoises signalaient une augmentation des troubles dépressifs dans la population infanto-juvénile.

En fait, le premier confinement, incroyable dans sa réalisation et dans son atmosphère (l'été dans le printemps), s'est révélé plutôt tranquille, quels que soient les milieux sociaux. Nous nous sommes retrouvés plongés dans le “désert des Tartares”, c'est-à-dire dans l'attente

de quelque chose qui n'est pas arrivé. On déplore bien sûr quelques situations compliquées. La cohabitation de parents en télétravail et d'enfants en visio avec l'école a généré quelques tensions, en particulier dans les petits espaces. Les plaintes concernaient surtout les addictions aux écrans, les troubles du comportement alimentaire et des situations de maltraitance mais, globalement, le premier confinement de mars 2020 s'est déroulé dans de bonnes conditions [3].

C'est davantage la sortie de cette période particulière qui nous a surpris. Nous n'étions pas préparés aux difficultés des enfants (mais aussi des adultes) qui se sont révélés extrêmement inquiets à l'idée de sortir de leur bulle, développant une véritable (et nouvelle) phobie sociale. Cette incapacité à reprendre une vie normale a été source de beaucoup de tensions et de demandes de consultation. Elle a été théorisée comme “syndrome de la cabane” (*cabin fever*), par analogie avec les difficultés décrites au siècle dernier lorsque certains chercheurs d'or partis plusieurs mois dans le Colorado se sont révélés par la suite incapables de retourner dans les villes.

3. L'adolescence contrariée

Dans le même temps, une population s'est révélée particulièrement impactée : les adolescents. On savait que les enfants des nouvelles générations (génération Y, nés entre 1980 et 2000, et Z, nés au XXI^e siècle) avaient déjà dû affronter des épreuves que leurs parents n'avaient pas connues (sida, massacres en série dans les collèges et lycées américains, 11 septembre 2001, tsunami, réchauffement climatique, attentats en Europe...). La pandémie s'est invitée comme la cerise

sur un gâteau déjà indigeste. De fait, les soignants ont eu la surprise de constater un effondrement psychique chez certains enfants et adolescents qui n'avaient jamais présenté de troubles particuliers ni de signes avant-coureurs.

Une observation plus fine, associée à une anamnèse bien conduite, rapporte qu'il s'agit d'enfants et d'adolescents plus vulnérables (anxieux, éprouvant déjà des difficultés d'intégration sociale, déprimés...) mais qui avaient trouvé eux-mêmes des stratégies pour traverser cette période déjà compliquée (pratique d'un sport, sorties en petit comité avec des camarades, déplacement à l'étranger...). En interrompant brutalement ces possibilités d'apaisement, la pandémie a supprimé des facteurs de résilience pourtant hautement nécessaires. D'ailleurs, si nous mettons en perspective les enjeux de l'adolescence (liberté, autonomie, convivialité, opposition, projets et accélération du temps) et les exigences de la pandémie, on réalise à quel point la crise sanitaire est venue percuter de plein fouet cette période de vie supposée riche et créative, pour finir par en atténuer l'intérêt mais aussi en limiter les possibilités d'adaptation (**tableau I**).

4. La pandémie comme révélateur

La pandémie n'a pas créé de troubles psychiques mais est venue accentuer des différences, surligner les inégalités sociales, et renforcer des vulnérabilités cognitives et affectives préexistantes mais qui

étaient jusque-là à peu près correctement maîtrisées. C'est dans ce sens que l'évitement scolaire peut s'imposer comme la recherche d'un refuge rassurant.

Refus scolaire anxieux et plaintes somatiques : quand l'école fait mal... [4]

On parle de refus scolaire anxieux lorsque, pour des raisons irrationnelles, un enfant refuse brutalement d'aller à l'école. Ce tableau particulier concerne au moins 1 % des enfants en âge scolaire (3 garçons pour 2 filles) et plus de 5 % des consultations de pédopsychiatrie, sachant que ce chiffre ne cesse d'augmenter.

La tranche d'âge à risque est située entre 5 et 15 ans, avec trois pics : les entrées au CP, au collège puis au lycée, c'est-à-dire tous les moments où l'environnement change et ne joue plus de rôle rassurant pour aider l'enfant à dépasser l'obstacle. Ce refus scolaire anxieux survient dans tous les milieux, sans influence du contexte socio-économique ni de la taille de la fratrie.

1. Un début stéréotypé

L'installation est brutale et répond à des standards qui doivent nous alerter. L'enfant argumente avec véhémence et attribue cet évitement à un événement traumatique auquel les parents adhèrent dans un premier temps (punitions injustifiées, conflit avec un copain, racket, changement d'école, de classe, deuil...).

2. Des signes qui ne trompent pas

Les plaintes somatiques, systématiques, conduisent à une consultation médicale. Elles surviennent la veille du départ à l'école, au cours du week-end et surtout le matin : l'enfant s'agite, peut manifester une grande panique, pleure, supplie ses parents et paraît inaccessible à tout raisonnement. Si l'entourage arrive à le convaincre de se présenter devant l'établissement scolaire, l'enfant peut refuser de pénétrer dans la classe, avec une recrudescence des manifestations d'anxiété.

Les plaintes somatiques sont assez stéréotypées : maux de ventre, céphalées, vomissements, pâleur indiscutable, tachycardie, sensation d'oppression respiratoire, asthénie majeure avec éventuellement une augmentation de la température corporelle. L'aggravation potentielle d'une pathologie préexistante (asthme, diabète, comitialité) achève de désespérer la famille et d'entraîner le médecin sur de fausses pistes qui retardent le diagnostic. Si on a pu amener l'enfant en classe, les parents risquent rapidement d'être rappelés pour la survenue de malaises, de séjours à l'infirmerie, voire de fugues.

Dans tous les cas, on retrouve un élément pathognomonique : le calme revient immédiatement dès que l'enfant est assuré de rester à la maison ! L'ensemble de la symptomatologie disparaît alors, comme par enchantement, tandis que l'enfant promet avec sincérité d'y retourner le lendemain. C'est à cet instant que le médecin est appelé et, à juste titre, conseille de ne pas le contraindre à aller à l'école le premier jour ou en tous cas les deux premiers jours. Malheureusement, la situation devient vite pénible et la pérennisation du maintien à domicile isole progressivement l'enfant sur le plan social.

3. Une évolution rapidement péjorative

L'expérience confirme que l'installation progressive dans le refus scolaire anxieux va dégénérer vers un autoritarisme et une certaine forme de tyrannie à la maison.

Adolescence	Pandémie
- Liberté - Autonomie - Convivialité - Opposition - Projets - Accélération du temps	- Restriction - Dépendance - Isolement - Obéissance - Incertitude - Suspension du temps

Tableau I : Enjeux de l'adolescence et exigences de la pandémie.

Mises au point interactives – Troubles fonctionnels

Au point de devenir un véritable handicap, avec un pronostic négatif à partir de 2 mois d'absentéisme scolaire. Plus l'enfant est jeune, plus le pronostic est bon car les stratégies sont plus nombreuses. Il s'agit donc d'une véritable urgence car la chronicisation du trouble l'aggrave. Les facteurs de risque sont liés au retard de la prise en charge, à la fragilité de la personnalité de base et à la comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques.

Une complication majeure est apparue chez les *millennials* : alors que les enfants du siècle dernier s'ennuyaient rapidement à la maison, l'omniprésence des écrans dans le milieu familial entretient le RSA. Plusieurs fléaux s'additionnent : la plaie Netflix, qui ne motive pas l'enfant à reprendre l'école, et bien sûr la "plaie-Station", avec des jeux mythiques et formatés pour être addictogènes. Longtemps numéro 1 des jeux à la mode, *Fortnite* a laissé récemment la place à *Rocket League*.

La conjonction de difficultés éducatives sévères et de symptômes somatiques place le médecin en première ligne.

Le médecin face aux plaintes somatiques

La mission du médecin consiste à évaluer, comprendre, rassurer et prendre en charge.

1. Une évaluation globale

L'évaluation doit être à la fois médicale (nous nous devons, dans un premier temps, d'accorder du crédit aux plaintes de l'enfant) mais également familiale, scolaire (que se passe-t-il à l'école, tant au niveau des relations sociales que sur le plan des apprentissages ?) et enfin psychologique. En effet, l'expérience rapporte que ce trouble sévère n'est pas un coup de tonnerre dans un ciel totalement serein. Si le RSA concerne le plus souvent des enfants intelligents, sans antécédents particuliers, l'anamnèse

retrouve des troubles anxieux, une difficulté à changer d'environnement et une grande dépendance à l'entourage.

Curieusement, le clinicien réalise, *a posteriori*, qu'il s'agit d'un enfant porteur d'une faible estime de lui malgré les bons résultats scolaires. Ce constat est d'autant plus surprenant que la situation survient dans une famille sans problèmes apparents, avec des parents aimants et attentifs, mais souvent eux-mêmes anxieux, volontiers agoraphobes, nosophobiques, vivant le monde extérieur comme dangereux. Le père est plutôt décrit comme un papa trop "copain" et en difficulté pour imposer une règle. Mais ce profil familial stéréotypé n'est pas suffisant pour déclencher le RSA.

2. À la recherche des causes potentielles

Les raisons du refus scolaire anxieux sont multiples et ne doivent plus se limiter à l'anxiété de séparation, comme on l'imaginait au siècle dernier.

Le diagnostic étiologique est facilité par une stratégie simple et imparable. Il suffit de suivre chronologiquement le cheminement de l'enfant qui doit aller à l'école : avoir bien dormi, être capable physiquement de se lever, de quitter la maison sans imaginer y être indispensable pour un grand-parent malade ou un adelphe porteur de handicap, se confronter au regard des autres, prendre du plaisir à fonctionner intellectuellement sans être pénalisé par un trouble du neurodéveloppement non étiqueté, se sentir à l'aise dans le groupe social, être capable d'accepter de s'ennuyer et enfin reconnaître l'autorité de l'enseignant.

>>> L'anxiété de séparation

Elle existe réellement mais ne représente pas l'ensemble des troubles de refus scolaire. Physiologique, attendue et normale chez le petit enfant, la peur de la séparation est considérée comme anormale si elle devient excessive, handicapante

et lorsqu'elle gêne la socialisation. On la définit comme "une peur intense qu'il survienne, en mon absence, quelque chose de péjoratif pour moi ou pour ceux qui m'entourent". On doit rechercher à la maison l'existence d'une personne fragile (nounou, grand-parent, parent) pour laquelle l'enfant se sent porteur d'une mission qui lui interdit de la quitter.

>>> La phobie sociale

Cette peur intense du regard des autres, qui ne doit pas être confondue avec de la timidité, peut devenir véritablement handicapante. Mais alors que le timide devient à l'aise au fur et à mesure qu'il côtoie les mêmes personnes, avec une véritable envie d'aller vers les autres, le phobique social reste en difficulté face au regard de ses contemporains. Il les juge tellement hostiles voire effrayants qu'il va se réfugier dans un évitement massif. La prise en charge sera bien sûr centrée sur des thérapies comportementales, individuelles ou en groupe, pour améliorer l'estime de soi.

>>> L'inadéquation face aux apprentissages

Passer une journée à l'école impose d'accepter de s'ennuyer (par moments) et de se sentir à la hauteur des attentes des parents et des enseignants. Les enfants porteurs de troubles du neurodéveloppement (dyslexie-dysorthographe, déficit d'attention, dyscalculie...) ou les enfants à haut potentiel sont particulièrement exposés au risque d'évitement scolaire, surtout en l'absence de repérage de leur profil spécifique. Le cas particulier des *twice exceptionnal* mérite toute notre vigilance. Ces enfants qui cumulent haut potentiel et trouble du neurodéveloppement sont souvent diagnostiqués tardivement. Le sentiment d'incompréhension des professeurs et la méconnaissance de leurs véritables compétences peuvent les pousser à éviter des temps scolaires doublement inadaptés, surtout dans un monde où il faut être "conforme".

Ces profils ont été particulièrement vulnérables au syndrome de la cabane. La plupart des enfants à besoins pédagogiques particuliers ont découvert, pendant le premier confinement, qu'il y avait d'autres façons d'apprendre (en ligne, avec des professeurs à la maison, à la carte...), ce qui rend encore plus douloureux le retour à la vie normale. Enfin, les enfants avec trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) et les enfants à haut potentiel, classiquement en délicatesse avec l'autorité et l'acceptation des règles, sont particulièrement concernés par le refus de l'école.

3. La prise en charge : une affaire d'équipe

Quelle que soit l'origine du trouble, tout le monde est concerné : les parents, l'école, les rééducateurs et l'enfant lui-même. La solution repose sur la qualité du lien entre l'ensemble des partenaires, associée à la cohérence que les adultes vont renvoyer à l'enfant.

Le premier temps thérapeutique consiste à apporter aux enseignants et aux parents une information sur le refus scolaire anxieux, sans oublier de rappeler à la famille l'obligation scolaire de 3 à 16 ans. Le deuxième temps est la mise en place rapide d'une alliance thérapeutique, afin de préparer le retour à l'école. Nous constatons avec plaisir la souplesse actuelle de l'Éducation nationale, qui propose rapidement des solutions nouvelles comme les SAPAD (services d'assistance pédagogique à domicile) et, d'une manière plus générale, accepte l'idée d'une rescolarisation à temps partiel.

Tous ces aménagements doivent tenir compte des spécificités de la nouvelle génération. Contrairement aux attitudes directives et *condescendantes* du siècle dernier, il devient indispensable d'écouter les doléances de l'enfant et de s'adresser directement à lui. L'objectif est de lui expliquer comment son profil cognitif

et ses particularités affectives peuvent être des facteurs limitant son bien-être à l'école. Le challenge de l'adulte du *xxi^e* siècle est de préférer convaincre plutôt que contraindre (*"rien n'est stupide comme vaincre, la vraie gloire est de convaincre..."*¹).

Des "trucs maison", ajustés aux différentes causes du RSA, continuent de faire la preuve de leur efficacité : en cas de phobie sociale, utiliser un "poisson-pilote", c'est-à-dire le meilleur copain ou la meilleure copine qui vient chercher l'enfant au coin de la rue afin d'aller ensemble à l'école. Face à l'anxiété de séparation, le principe du "dépose-minute" (le fameux *kiss and fly* des aéroports) évite de s'attarder avec l'enfant et d'entretenir son angoisse. Dans tous les cas, préférer une reprise progressive, en débutant un vendredi par exemple (il est plus facile de "faire trempette" lorsqu'on rentre dans un océan gelé qui nous paraît hostile), et bien sûr privilégier un accueil personnalisé par la maîtresse, l'enseignant ou l'adulte référent dans le collège ou le lycée.

Lorsque l'anxiété de séparation est envisagée (en particulier chez un enfant qui ne se rend jamais en colonie ou chez des camarades), il faut rechercher les raisons qui pourraient pousser un enfant à s'interdire de quitter la maison (une grand-mère malade, des parents déprimés ou un couple parental en difficulté).

>>> Psychotropes ?

L'utilisation d'antidépresseurs (amitriptyline, 0,5mg/kg/jour ; fluoxétine, 5 mg le matin) doit être discutée dans certains cas, de même que les anxiolytiques la veille et le matin de la reprise scolaire (hydroxyzine, 1 mg/kg/jour ; cyaméazine, 1 mg/kg/jour ; buspirone, 1/2 comprimé le matin). Les médicaments sont à donner en deuxième intention mais peuvent être particulièrement apaisants.

>>> Hôpital ?

L'hospitalisation était systématique il y a une vingtaine d'années. Son efficacité doit être maintenant rediscutée tant l'expérience prouve que les adolescents qui ont vécu ces longs moments de séparation en gardent des séquelles.

De rares indications d'hospitalisation persistent en cas d'inefficacité des consultations ou lorsque la situation familiale devient tendue, délétère et potentiellement iatrogène. Il est préférable de privilégier des séjours hospitaliers brefs, à visée d'évaluation diagnostique. Le passage par un service de pédiatrie ou de pédopsychiatrie permet d'organiser la prise en charge thérapeutique : lien avec l'école, adaptation du temps scolaire, choix de l'approche psychologique qu'elle qu'en soit la forme (thérapie de soutien, thérapie familiale ou thérapie comportementale et cognitive ; *fig. 1*).

Comprendre et soigner la fièvre du dimanche soir

Le refus scolaire anxieux et les plaintes somatiques forment une intrication complexe, invalidante et volontiers résistante. Le rôle du médecin est de proposer une évaluation et une intervention les plus rapides possibles pour "éviter l'évitement" et surtout l'enkystement dans une situation inextricable. La mission commune des médecins, enseignants

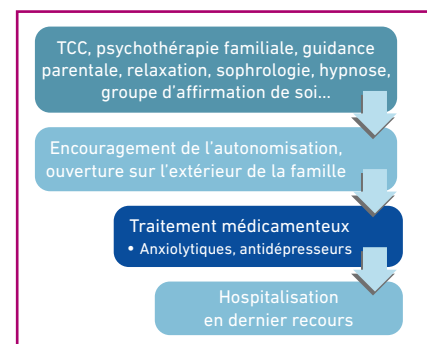


Fig. 1 : Prise en charge du refus scolaire anxieux. TCC : thérapie comportementale et cognitive.

¹ Victor Hugo. *Les Misérables*. 1862.

■ Mises au point interactives – Troubles fonctionnels

et parents consiste à relier les plaintes somatiques à un refus scolaire, et à tout faire pour éviter un décrochage scolaire définitif et un isolement social péjoratif. L'objectif des années post-COVID sera de retrouver, qui sait, la dynamique de ces années si particulières où les adolescents appréciaient de partager tous ensemble, en dehors de l'école, la même fièvre. Celle du samedi soir !

BIBLIOGRAPHIE

1. www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/sante-mentale-des-adolescents-une-campagne-entierement-digitale-pour-les-inciter-a-en-parler
2. GINDT M, FERNANDEZ A, BATTISTA M *et al.* Conséquences psychiatriques de la pandémie de la COVID-19 chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 2021;69:115-120.

3. MENGIN A, ALLÉ MC, ROLLING J *et al.* Conséquences psychologiques du confinement. *Encéphale*, 2020;46:S43-S52.
4. REVOL O, POULIN R, PERRODIN D. *100 idées+ pour aider les enfants à haut potentiel*. Tom Pousse, 2021.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.