

**Santé
mentale**



Souffrances psychiques et **troubles** du développement chez **l'enfant et l'adolescent**

Guide de repérage

**À L'USAGE DES INFIRMIERS ET ASSISTANTS DE SERVICE SOCIAL
DE L'ÉDUCATION NATIONALE**



Présentation

Ce guide de « repérage précoce des signes de souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent » a été réalisé par le Collège national de pédopsychiatrie de la Fédération française de psychiatrie (FFP-CNPP) à la demande de la Direction générale de la santé (DGS). Il s'inscrit dans les suites du référentiel d'observation à l'usage des médecins pour un repérage précoce (*Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent*), publié en 2006, et dans le cadre du programme national d'actions contre le suicide [2011-2014].

Ce document a été élaboré en coordination étroite avec la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) du ministère de l'Éducation nationale, la Direction générale de l'enseignement et de la recherche du ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt et la Direction générale de la santé (DGS). La DGS en a subventionné la réalisation.

Ce guide est destiné aux infirmiers et assistants de service social de l'Éducation nationale qui constituent, avec les médecins de l'Éducation nationale, les personnels référents en matière de santé psychique dans le cadre scolaire, en lien avec les psychologues scolaires et les conseillers d'orientation psychologues.

Il est mis à la disposition de ces professionnels susceptibles d'être interpellés par des enfants, adolescents, parents et personnels enseignants et d'éducation, ayant repéré un mal être potentiel chez un public scolarisé en école élémentaire, collège ou lycée. Les personnels concernés dans les établissements relevant du ministère de l'Agriculture en sont également destinataires. En effet, tous les personnels de la communauté éducative doivent être attentifs aux signes du mal être des enfants et des adolescents et peuvent être amenés à solliciter de l'aide et informer les personnes référentes. Il s'agit donc que soit repéré, au sein des structures scolaires, un réseau de personnes ressources qui sera un appui pour tous les membres de la communauté éducative. Les personnels sociaux et de santé sont à l'interface entre l'école d'une part, l'enfant ou l'adolescent et ses parents d'autre part, et, éventuellement, avec l'accord de ces derniers, les

structures de santé extérieures à l'institution scolaire (médecin traitant, centres médico-psychologiques, centres médico-psycho-pédagogiques, pédopsychiatres libéraux, maisons des adolescents, psychologues...).

Il s'agit par cette action de renforcer leur rôle de liaison et de médiation, de permettre, dans un but préventif et thérapeutique, un repérage précoce des signes de souffrance psychique et de faciliter l'accès aux soins spécialisés. Ces professionnels, destinés à travailler ensemble - toute approche d'un enfant ou d'un adolescent qui « ne va pas bien », ne peut se faire seul - chacun avec ses compétences et spécificités particulières, pourront avec le partage de leurs questionnements et réflexions trouver la bonne distance autant avec l'enfant et l'adolescent qu'avec leur famille.

Il conviendra donc que chacun agisse dans le domaine qui lui est propre ; si l'assistant de service social est à même d'apprécier le contexte socio-économique, relationnel et familial, le médecin et l'infirmière restent les seuls habilités à rechercher les informations et antécédents de nature médicale. Il faut rappeler que l'accord des parents est indispensable pour communiquer entre médecins au sujet d'un enfant.

La stigmatisation est un déterminant de santé mentale reconnu. Il faudra donc se garder d'utiliser tout terme ou dénomination pour désigner et, par là même, réduire la personne à un trouble.

Ce guide est utilisable sans formation spécialisée préalable. Ce n'est pas un précis de pathologie ni de psychopathologie.

Son but n'est pas de conduire à un diagnostic mais de sensibiliser chacun à une attention particulière devant ce qui fait manifestation du mal être dans le cadre scolaire.

Il s'agit d'accéder à un essai de compréhension, en évitant le simplisme des causalités ou des réponses univoques. Il s'agit donc de se garder de voir dans toute difficulté ou originalité du vivre, avec ou sans mal-être apparent, une pathologie ou handicap à identifier, normaliser ou compenser.

Ce document a été réalisé par les médecins membres du collège de pédopsychiatrie de la FFP-CNPP

- Béatrice Bennevault : Association des psychiatres de secteur infanto juvénile (API)
- Sylvain Berdah : API, centre hospitalier Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois
- François Bridier : API, FFP-CNPP, centre hospitalier de Cadillac
- Jean Chambry : Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des disciplines associées (SFPEADA), Fondation Vallée
- Catherine Lacour-Gonay : CESA, centre hospitalier de Lagny-sur-Marne
- Danièle Roche-Rabreau : FFP-CNPP, hôpitaux Saint-Maurice
- Fabienne Roos-Weil : Société de l'information psychiatrique (SIP), FFP-CNPP, EPSM Maison Blanche
- Bernard Voizot : SFPEADA, Fondation Vallée
- Bertrand Welniarz : API

Avec la participation active :

de la Direction générale de la santé, bureau santé mentale

- Maryse Simonet, médecin inspecteur de santé publique

de la Direction générale de l'enseignement scolaire, bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité

- Patricia Bristol-Gauzy, infirmière conseillère technique
- Martine Carn, conseillère technique de service social
- Jeanne-Marie Urcun, médecin conseiller technique

Et avec les contributions de :

- Claire Pailharey et Ève Lê-Quang, Direction générale de l'enseignement et de la recherche du ministère chargé de l'agriculture

	Page	1
<hr/>		
Présentation		

Du bon usage de ce guide		5
François Bridier		

	Page	7
<hr/>		
À propos de l'enfant		

Que se passe-t-il à cette époque de la vie ?	9
---	----------

Le normal et le pathologique	9
François Bridier	

L'enfant anxieux	10
Bernard Voizot	

L'enfant fatigué	11
Bernard Voizot	

L'enfant souvent absent	12
Bertrand Welniarz, Béatrice Bennevault	

L'enfant présentant des plaintes somatiques	13
Bertrand Welniarz, Béatrice Bennevault	

L'enfant en difficulté dans les apprentissages scolaires	14
Jean Chambry	

L'enfant triste	15
Sylvain Berdah	

L'enfant qui s'isole	16
Fabienne Roos-Weil	

L'enfant étrange	18
Bertrand Welniarz, Béatrice Bennevault	

	Page	21
<hr/>		
À propos de l'adolescent		

L'adolescence et la souffrance psychique	23
François Bridier	

L'adolescent absent ou décrocheur	24
Catherine Lacour-Gonay	

L'adolescent triste	26
Sylvain Berdah	

L'adolescent perturbateur, voire violent	28
Jean Chambry	

L'adolescent qui a des conduites alimentaires particulières	29
Fabienne Roos-Weil	

L'adolescent étrange	31
Danièle Roche-Rabreau	

Du bon usage de ce guide

François Bridier

→ Objectifs

- **Susciter** le dialogue et inciter à mettre en œuvre une réflexion pluridisciplinaire sur les conduites à tenir, au sein de chaque établissement d'enseignement.
- **Permettre** une meilleure appréciation des situations, de leur degré de gravité, d'urgence, etc. et de la nécessité, ou non, d'un recours au secteur sanitaire (médecin traitant, services de pédopsychiatrie, neuropédiatre, centres médico-psycho-pédagogiques...).
- **Réduire** le mieux possible les délais pour un recours spécialisé afin que soit donnée la meilleure réponse à des difficultés susceptibles d'influencer défavorablement le développement des enfants.
- **Renforcer et consolider les collaborations entre personnes ressources de l'Éducation nationale, le secteur sanitaire et les équipes de soins spécialisés...** en soulignant que le recours aux soins psychiques et la reconnaissance de cette nécessité sont une démarche toujours difficile pour tout sujet et ses parents.

→ Préalables

- Une meilleure connaissance réciproque des acteurs œuvrant dans ces différents champs est indispensable.
- Une approche **initiale** attentive, réfléchie, qui doit être réalisée avant tout adressage vers une structure de soins, avec toujours en premier lieu l'objectif de créer les conditions pour recevoir le mieux possible la parole de l'enfant ou de l'adolescent.

→ Les services de santé mentale

Les équipes de secteur de pédopsychiatrie s'articulent autour de la fonction de pivot que joue le centre médico-psychologique (CMP). Les CMP constituent les unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organisent des actions de prévention, de diagnostic et de soins ambulatoires sur un territoire donné. Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) constituent l'autre interlocuteur majeur dans le dispositif de soins en faveur des enfants et des adolescents.

Les parents peuvent également s'adresser aux maisons des adolescents ainsi qu'aux professionnels du secteur privé (psychiatres, pédopsychiatres, psychologues...).

Les collaborations dans un territoire pertinent doivent permettre les recours les plus adaptés, favorisant des réponses de proximité, assurant accessibilité et continuité des soins (définitions du maillage sectoriel du champ sanitaire pédopsychiatrique).

→ L'adressage

Quelques constats

- On note que l'urgence de la demande augmente avec l'âge des élèves. Les troubles liés à la scolarité, prédominants à l'école élémentaire, ont un moindre caractère d'urgence que les troubles psychologiques prédominants au lycée.
- Les établissements confrontés à de multiples situations difficiles ont de meilleures relations avec les CMP et CMPP, que nous désignons par CMP(P), ont des rencontres plus régulières et demandent plus souvent leur avis (réunions d'équipes éducatives, synthèses, etc.).
- La connaissance d'un recours de proximité permet aux référents de la communauté éducative de **prendre le temps suffisant à une première évaluation**, pour mettre en œuvre les différents outils qui existent au sein de l'Éducation nationale.

→ La place des parents

Les premiers interlocuteurs des équipes éducatives sont les parents avec lesquels pourront s'élaborer les démarches vers le service de soins spécialisés. L'adhésion de la famille, celle de l'enfant ou de l'adolescent lui-même, pour une orientation vers une consultation, sera facilitée par la cohérence du lien entre la structure scolaire et le secteur de soins, **avec l'exigence constante du respect de la confidentialité, de la réflexion partagée.**

Les élèves en difficulté sont d'abord des élèves qui mettent les adultes en difficulté (parents, personnels enseignant et d'éducation, etc.) Ceci doit inciter à une démarche d'analyse complète et complexe des facteurs en jeu, facteurs le plus souvent intriqués (éducatif, affectif, relationnel, social, médical...). Si, malgré des demandes répétées, les parents ou les responsables légaux de l'enfant ou de l'adolescent ne répondent pas aux sollicitations de l'équipe de référence, il peut s'avérer indispensable, après une réflexion concertée, de mettre en œuvre les

démarches nécessaires pour assurer la protection de l'enfant et de l'adolescent.

Les actes des soignants auprès de l'enfant et de sa famille ne tirent leur efficacité, ne gagnent leur caractère thérapeutique, que de l'élaboration qui les englobe.

➔ Structure du document

Chaque chapitre, dont l'intitulé spécifie une manifestation avec une terminologie non psychopathologique, est construit autour des principes suivants :

- un signe isolé et temporaire ne constitue pas à lui seul un trouble de la santé ;
- les signes d'alerte sont toujours polysémiques et susceptibles d'interprétations variées ;
- certaines problématiques et manifestations sont présentes quel que soit le tableau clinique ;
- la parole de l'enfant ou de l'adolescent doit être entendue ;
- l'équipe de référence doit procéder elle-même à une première évaluation accompagnée d'une recherche d'informations auprès des parents.

Rappelons que cet outil n'est pas conçu pour asseoir un diagnostic mais pour mobiliser des ressources.

A young child with short hair is shown from the chest up. They are holding their right hand up to their face, with fingers spread, partially covering their eyes and nose. The child is looking directly at the camera with a neutral expression. The background is a plain, light color. The image is overlaid with a semi-transparent purple text.

À propos de l'enfant

Que se passe-t-il à cette période de la vie ?

Dans ce qu'il est encore souvent appelé « phase de latence », l'enfant se trouve peu à peu disponible pour de nouveaux intérêts, de nouvelles connaissances scolaires et extrascolaires, pour des activités intellectuelles, sportives et culturelles.

Les premiers apprentissages sont investis dans la mesure où il y a un certain désinvestissement des relations œdipiennes. Les relations se diversifient et s'étendent à l'extrafamilial, occasions de nouvelles identifications (enseignant, camarades, entraîneur sportif...).

Il y a développement des fonctions instrumentales (aisance verbale, goût du travail, plaisir de l'effort psychique...).

Cette période n'est plus toujours aussi apaisée qu'autrefois décrite... Des manifestations avec conduites d'opposition, besoin de confrontation, réactivation pulsionnelle en période pré-pubertaire, apparaissent plus souvent et suscitent certaines inquiétudes dans la communauté éducative. Néanmoins c'est surtout une période où il faut tenir compte des manifestations non gênantes pour l'entourage, comme pour l'institution, qui peuvent apparaître dans le domaine relationnel comme dans celui de la connaissance intellectuelle et scolaire.

Les enjeux :

- aider l'enfant à bien vivre cette période ;
- avoir conscience de l'importance de la socialisation, du plaisir de la découverte et de l'organisation de la pensée ;
- savoir bien soutenir les parents dans un investissement positif de leur enfant ;
- être attentif à l'enjeu scolaire et ne pas réduire les problèmes de l'enfant à cet enjeu.

Le normal et le pathologique

François Bridier

Tout enfant connaît des difficultés dans son développement psychique. La question qui se pose, le problème à résoudre, est de reconnaître les signes de souffrance qui peuvent se structurer, se fixer et conduire à des difficultés majeures dans l'avenir. L'un des critères est l'inhibition des pulsions épistémophiliques du désir de connaître, de la curiosité et le refoulement de la vie imaginaire qui se traduit par une inhibition à jouer. Les signes de bon augure sont le plaisir pris au jeu, la liberté donnée à l'imagination.

Normale est l'existence de quelques manifestations d'émotivité et d'angoisse. D'une manière générale c'est quand il y a ralentissement, régression ou arrêt du développement, c'est quand l'angoisse ou l'anxiété dépassent les capacités du sujet à y faire face qu'il y a à prendre en considération ces manifestations.

Il faut mettre l'accent sur la réversibilité ou la non-réversibilité des manifestations et des mécanismes de défense. La santé peut se définir par la souplesse des investissements, la variabilité des mécanismes de défense, la réversibilité des organisations psychiques, la capacité à trouver du plaisir dans le fonctionnement des opérations mentales, la possibilité de s'attacher à des nouvelles tâches, de transférer sur des personnages substitutifs les désirs œdipiens, le goût pour les histoires, l'intensité du désir de connaître. C'est aussi la tolérance à la frustration et la capacité à négocier avec ses pairs. Il faut reconnaître la variabilité et la fluidité du développement individuel et la relativité d'une première observation, savoir accepter un certain degré de marginalité.

À propos de l'enfant

L'enfant anxieux

Bernard Voizot

➔ Description

Les enfants sont fréquemment anxieux. Il peut s'agir d'un moment transitoire dans leur vie. Les adultes qui les entourent doivent s'interroger sur l'importance des troubles et leur durée afin d'apprécier les réponses à donner à ce symptôme. En effet, toute manifestation d'anxiété n'est pas forcément pathologique. L'anxiété des enfants est fréquemment observée durant la période des apprentissages scolaires. Si son intensité ne perturbe pas la vie scolaire, elle peut être le témoin d'une capacité de l'enfant qui affronte la réalité et qui élabore son propre sentiment de responsabilité.

Au sein de l'école, l'anxiété d'un enfant est perceptible quand elle témoigne de la crainte d'échouer. Il est aux aguets. L'adulte note souvent une perte de l'appétit et des troubles du sommeil. En général l'enfant anxieux vit dans un climat d'inquiétude et d'appréhension. Il évoque beaucoup de craintes variées et recherche une présence rassurante. Il est très sensible à toutes les remarques qui concernent son comportement.

On rencontre aussi des préoccupations et des rituels obsessionnels, des conduites phobiques d'évitements, une tendance à l'extériorisation des conflits, des insomnies, une fatigue qui traîne. L'anxiété perturbe fréquemment le sommeil et peut se traduire par une irritabilité et une tendance à l'isolement.

Lorsque l'anxiété est plus importante, elle peut se manifester par des crises d'angoisse et des plaintes somatiques hypocondriaques (céphalées, nausées, douleurs abdominales, etc.).

À l'inverse, il faut savoir reconnaître l'anxiété qu'un enfant cherche à masquer en se montrant apparemment calme. Malgré ce calme apparent, il reste hypertonique, figé dans la cour de récréation et dans les activités sportives.

➔ Recueil d'information

Il est nécessaire d'être très prudent avant de qualifier un enfant d'anxieux. Les adultes doivent toujours se questionner pour savoir s'ils ne projettent pas leur propre inquiétude sur un enfant qui leur paraît en difficulté. Ils doivent aussi se demander si les manifestations d'anxiété appartiennent en propre à cet

enfant ou si elles traduisent les tensions dans la classe ou les problèmes qui peuvent avoir surgi dans son environnement familial.

Il importe de savoir reconnaître comment joue un enfant, comment il utilise les temps d'expression libre de la classe et comment il peut ou ne peut pas se libérer de la pression anxieuse qu'il ressent.

Si le comportement anxieux de l'enfant se prolonge et devient préoccupant, les membres de l'équipe éducative pourront s'efforcer de préciser les questions suivantes :

- Depuis quand cet enfant paraît-il anxieux ?
- Exprime-t-il cette anxiété en permanence ou seulement dans certaines circonstances, en classe, en récréation, à la cantine, dans les activités sportives ?
- Ce comportement anxieux perturbe-t-il le travail scolaire, la curiosité, la vivacité intellectuelle de l'enfant ?
- Fait-il suite à des difficultés d'apprentissage scolaire ? Quelle est leur durée ?

Le recueil d'information permettra de savoir s'il s'agit d'un moment d'anxiété dans une période un peu plus difficile de l'année scolaire ou si ces manifestations témoignent d'une perte de confiance en soi et d'un sentiment de danger permanent qui s'installe.

➔ Conduite à tenir au cas par cas

Si le caractère durable de cette perturbation se confirme, la rencontre avec les parents sera l'occasion d'apprécier ensemble le retentissement sur la vie psychique et les apprentissages. Il faudra alors considérer avec l'entourage de l'enfant si celui-ci a besoin de l'aide d'une équipe pluridisciplinaire.

Au sein de l'école, les membres de l'équipe éducative qui rencontrent cet enfant anxieux, évaluent l'importance de ce symptôme qui peut être un appel à un soutien protecteur. En dialoguant entre eux, ils décident ensuite s'il est nécessaire d'en parler aux parents et dans quelles conditions. Ils doivent en effet tenir une position qui peut paraître contradictoire, consistant à alerter l'entourage familial sans exagérer la situation. La qualité de la rencontre avec les parents permet à ceux-ci de percevoir la difficulté de leur enfant comme un appel à l'aide, sans le dramatiser et sans faire porter à celui-ci un rôle perturbateur de l'équilibre familial.

Dans un premier temps, les membres de l'équipe éducative pourront proposer aux parents d'organiser conjointement des modifications dans la vie de l'enfant pour que celle-ci lui permette de se sentir plus en sécurité, tant au niveau de l'école, des centres d'activités extrascolaires que de la famille. Par l'instauration de ce dialogue entre l'équipe et les parents, l'organisation conjointe des changements dans les habitudes de l'enfant permet aux parents de ne pas se sentir stigmatisés ni tenus pour seuls responsables des troubles.

Si cette première réponse ne parvient pas à apaiser l'anxiété, un travail d'accompagnement des parents, fait de soutien et de conseils, est effectué par le personnel de santé de l'école. Ce dialogue permet d'orienter les parents vers leur médecin de famille et d'envisager une démarche vers une structure spécialisée (CMP, CMPP, service de pédopsychiatrie, pédopsychiatre), si elle est nécessaire. Cette démarche pourra s'effectuer dans de bonnes conditions puisqu'elle sera soutenue par des tiers. Par ailleurs, l'évaluation de la situation par les personnes ressources (personnels sociaux et de santé) doit permettre d'apprécier la nécessité de prendre éventuellement des mesures appropriées dans le cadre de la protection de l'enfance. Il est fondamental de rappeler que la constatation de l'anxiété d'un enfant ne doit pas être le point de départ d'un jugement hâtif sur son environnement familial qui provoquerait une déstructuration de celui-ci.

L'enfant fatigué

Bernard Voizot

→ Description

Lorsqu'un élève paraît atone, manque d'énergie ou s'endort en classe, il lui arrive de dire qu'il est « fatigué ». Cette fatigue peut être passagère, liée à des modifications d'activités, à un excès de loisirs et de sports. Des plaintes à propos de crampes et de courbatures mais aussi des migraines, des brûlures d'estomac, des troubles du transit intestinal peuvent être l'expression d'une fatigue. Ces manifestations peuvent s'accompagner d'irritabilité, d'apathie ou à l'opposé de surexcitation avec un repli sur soi. L'enfant peut aussi simplement évoquer un sentiment de « fatigue générale » sans plus d'explications.

Ces tableaux conduisent toujours à se questionner, surtout si les résultats scolaires sont en baisse et s'accompagnent de manifestations somatiques comme un amaigrissement, une pâleur, des tics et de troubles du sommeil (une difficulté à l'endormissement, des réveils nocturnes, des insomnies ou des cauchemars).

→ Recueil d'information

L'entretien avec l'entourage de l'enfant par l'enseignant ou un membre de l'équipe éducative permet de recueillir des éléments pour distinguer une fatigue qui peut être liée à un changement de rythme d'activité – par exemple au moment des changements d'horaires – ou en rapport avec des alternances entre lever précoce et grasses matinées des jours sans école. On fait préciser les temps de trajet pour venir à l'école. On demande quelles sont ses activités physiques, s'il n'est pas surchargé par trop d'activités. On recherche s'il existe d'éventuelles difficultés d'intégration au sein de son groupe classe qu'il ressentirait comme hostile, méprisant ou si cet enfant se trouve confronté à des difficultés d'apprentissage en lecture ou en calcul par exemple. On s'efforce d'apprécier s'il existe un surmenage scolaire en s'enquérant du temps de travail nécessaire pour effectuer les apprentissages habituels.

Il faut connaître les conditions de vie de l'enfant pour savoir s'il se trouve pris dans des tensions existantes dans son milieu familial, s'il intériorise les soucis concernant la situation d'un parent au plan professionnel ou de la santé par exemple.

Enfin, on sait que certains enfants peuvent chercher à masquer, notamment à l'école, les conséquences d'une maladie chronique nécessitant des soins au long cours se traduisant par un affaiblissement de leurs capacités physiques et un besoin de dormir.

→ Conduite à tenir au cas par cas

Les enseignants alertent les parents sur l'état de fatigue de leur enfant et apprécient avec eux s'il s'agit ou non d'une fatigue passagère. Une meilleure organisation de la vie de l'enfant avec des temps de repos et de sommeil suffisants peut faire disparaître cette fatigue. Par ailleurs, même si on reconnaît le rôle de la baisse de la luminosité dans les modifications d'état psychique des jeunes, par

À propos de l'enfant

exemple au moment de l'automne, on se gardera d'évoquer uniquement une fatigue saisonnière.

Chez un enfant qui montre une fatigue importante, il convient de ne pas négliger la possibilité de maladie infectieuse, virale en particulier.

Enfin, il convient de garder à l'esprit que cet enfant fatigué peut vivre des difficultés familiales importantes, voire être victime de maltraitance. L'évaluation de la situation par les personnes ressources doit permettre d'apprécier la nécessité de prendre le cas échéant des mesures appropriées dans le cadre de la protection de l'enfance.

Lorsque les signes de fatigue persistent, il est proposé aux parents de rencontrer un personnel de santé, si possible le médecin scolaire. Au cours de l'entretien, les parents sont incités à rencontrer leur médecin de famille pour effectuer un bilan de santé approfondi.

L'enfant souvent absent

Bertrand Welniarz, Béatrice Bennevault

Des absences fréquentes d'un enfant à l'école primaire sont préoccupantes d'autant plus si elles sont mal ou non justifiées par la famille. Cette conduite fait partie des problèmes « silencieux » qui doivent alerter autant que des problèmes plus bruyants, et motive une analyse plus approfondie du contexte et des signes associés.

→ Description

Il est nécessaire de distinguer les situations d'absentéisme liées à :

- des difficultés pouvant se résoudre aisément dans le cadre du dialogue avec les parents ;
- des situations sociales et/ou familiales dégradées ;
- un refus scolaire sans réaction d'angoisse qui s'accompagne souvent d'un désinvestissement de la scolarité ;
- une difficulté de séparation d'avec la mère ou le père, témoignant d'une angoisse de séparation laquelle, si elle n'est pas très inquiétante dans les premiers jours d'école maternelle, le devient lorsqu'elle persiste. Une consultation spécialisée peut s'avérer nécessaire ;

- la phobie scolaire, évoquée devant un refus de se rendre à l'école, d'installation parfois progressive mais, le plus souvent, d'apparition brutale et accompagnée de manifestations d'angoisse intense. Des réactions de panique sont possibles, d'autant plus que l'enfant est forcé.

Les parents rapportent que le calme revient quand l'enfant est assuré de rester à la maison où il peut d'ailleurs très bien travailler, parfois même montrant un hyperinvestissement scolaire. L'enfant n'est pas accessible au raisonnement, il promet le plus souvent de retourner le lendemain à l'école, sans y parvenir. L'enfant se sent très bien en dehors de ces accès, et se montre coopérant.

→ Recueil d'informations

Le dialogue avec les parents est indispensable dès la première absence, il est d'ailleurs prévu par la réglementation.

On prendra également l'avis de l'enfant sur ses absences.

L'équipe éducative affine l'observation et précise le caractère des absences :

- la date de début des absences ;
- leur nombre, leur rythme, les motifs avancés ;
- les signes associés : difficultés vécues au sein de l'école, isolement, difficultés relationnelles, avec ses pairs ou avec l'adulte, manifestations somatiques (vomissements, douleurs abdominales) ;
- l'existence d'une tristesse, de pleurs fréquents, de manifestations anxieuses et leurs contextes ;
- le retentissement des absences sur le niveau scolaire.

→ Conduite à tenir au cas par cas

→ **Dans les cas les plus fréquents**, le fait de susciter l'implication des parents en les sollicitant face à de fréquentes absences et, le cas échéant, par un rappel de leur responsabilité provenant du directeur d'école, peut contribuer à l'amélioration du rythme de fréquentation scolaire.

→ **Des difficultés vécues au sein de l'école doivent être envisagées** : difficultés relationnelles avec les camarades, stigmatisation de tous ordres, mise à l'écart, « bouc émissaire », harcèlement, ces situations sont étudiées et solutionnées avec le groupe classe. Il est important que ces

manifestations ne soient pas banalisées afin d'éviter un mal être pouvant conduire à une déscolarisation.

→ **Si la situation perdure et inquiète**, à partir de quatre demi-journées d'absences non justifiées dans le mois, le directeur d'école alerte le directeur académique des services de l'Éducation nationale.

Les personnels de santé et sociaux informent à nouveau les parents des inquiétudes persistantes de l'école, leur demandent s'ils les partagent ou s'ils ont eux-mêmes d'autres motifs de préoccupation.

Lors d'une rencontre avec les parents, l'accès au contexte actuel de la vie de l'enfant, peut éclairer sur la raison de ces absences à répétition :

- situation sociale difficile, par exemple lorsque l'enfant est le seul à se lever le matin ;
- relation du/des parents à l'école du fait de leur propre vécu scolaire, etc.

→ **Dans les situations plus graves**, par exemple : négligences dans la famille, carences, voire maltraitance, auxquelles sont associés fréquemment d'autres signes tels que fatigue, tristesse, l'intervention des personnels de santé et sociaux de l'Éducation nationale est nécessaire. Une évaluation doit être conduite afin de prendre les mesures appropriées. Des mesures d'aide et de soutien peuvent être envisagées dans le cadre de la protection de l'enfance.

→ **Dans les cas de phobie scolaire**

Le risque de déscolarisation est ici majeur. L'orientation vers une consultation spécialisée est nécessaire.

Le médecin scolaire rencontre les parents pour évoquer le diagnostic et les accompagner dans la démarche de prise en charge.

Une coordination entre les différents professionnels de l'Éducation nationale et des équipes des soins permet la mise en place des mesures appropriées tant dans le domaine du soin que celui des enseignements. Les parents sont toujours associés au projet.

L'enfant présentant des plaintes somatiques

Bertrand Welniarz, Béatrice Bennevault

L'attention doit être portée sur les enfants qui se plaignent de façon régulière et répétitive de maux somatiques divers.

→ Description

Les plaintes somatiques les plus fréquentes sont :

- les douleurs abdominales, avec ou sans vomissements ;
- les maux de tête ;
- les sensations de vertige, avec ou sans malaise ;
- la fatigue (*cf.* fiche « L'enfant fatigué ») ;
- toutes plaintes concernant diverses parties du corps.

→ Recueil d'informations

Si les plaintes somatiques sont fréquentes et donc préoccupantes, un recueil d'informations complémentaires est nécessaire.

Les membres de l'équipe éducative précisent :

- la date d'apparition de ces plaintes ;
- le lieu de survenue de ces manifestations (en classe, en récréation, à la cantine...) ;
- les horaires, repérables ou non ;
- l'existence des manifestations anxieuses associées ;
- l'existence de difficultés scolaires ;
- l'existence de difficultés relationnelles.

Le personnel référent

Le personnel de santé complète les informations en lien avec les membres de l'équipe éducative, et informe les parents des inquiétudes de l'école. Il s'enquiert des plaintes somatiques de l'enfant dans la famille, d'éventuels troubles de l'alimentation et du sommeil, ainsi que le contexte de vie actuel. Le médecin scolaire pourra interroger la famille sur d'éventuels problèmes médicaux et antécédents. La famille est incitée à prendre l'avis du médecin traitant.

→ Conduite à tenir au cas par cas

Au terme de ces premières investigations, une pathologie organique dépistée peut être confirmée, l'enfant sera pris en charge dans le service concerné,

À propos de l'enfant

et son accueil en milieu scolaire organisé.
Si les différents bilans entrepris s'avèrent négatifs, il peut s'agir :

- de manifestations dites **réactionnelles** à :
 - des difficultés vécues au sein de l'école : difficultés scolaires et d'apprentissage que l'enseignant pourra identifier, ou relationnelles avec le groupe classe (stigmatisation de tous ordres, éventuellement en rapport avec un échec scolaire),
 - des difficultés extérieures vécues par l'enfant : événements de vie tels que séparations, maladie d'un proche, changements de cadre de vie...,
 - des événements plus graves, à caractère traumatique, carences ou maltraitance par exemple, qui font rechercher des signes associés fréquents tels que tristesse, troubles du sommeil, etc.
 Une évaluation doit être conduite afin de prendre les mesures appropriées y compris dans le cadre de la protection de l'enfance ;
- de **troubles dépressifs**, même si la tristesse et le sentiment de dévalorisation ne s'associent pas toujours à la plainte somatique : la dépression est alors dite « masquée ». La reconnaissance de manifestations dépressives durables requiert le recours à des soins spécialisés ;
- de **troubles anxieux** : l'anxiété se manifeste alors par des troubles somatiques, douleurs abdominales et troubles du sommeil le plus fréquemment, en réaction à des situations anxiogènes, dites aussi phobogènes comme les situations d'évaluation, le contact avec les autres, ou encore la rencontre avec le groupe, etc.

L'anxiété peut également témoigner d'une angoisse de séparation et retentir sur les résultats scolaires, avec un risque de déscolarisation (cf. fiche « L'enfant souvent absent »).

Si les plaintes somatiques liées aux troubles anxieux sont invalidantes, une consultation spécialisée permettra d'évaluer l'écart entre le normal et le pathologique.

L'enfant en difficulté dans les apprentissages scolaires

Jean Chambry

➔ Description

Les apprentissages scolaires sont au carrefour du développement cognitif et psychoaffectif de l'enfant. Face à un enfant en difficulté scolaire, il faudra donc croiser ces deux approches pour comprendre le sens de ses difficultés. Concrètement, il s'agit de prendre en compte les dimensions psychique et cognitive, tout en explorant les mesures éducatives et pédagogiques visant à soutenir l'enfant dans sa classe, pendant le processus d'évaluation de sa situation.

Il est indispensable d'envisager une évaluation précise de ces manifestations et il est important de modifier certaines pratiques. Ainsi :

- un enfant ne doit pas être adressé à une orthophoniste directement par l'enseignant, cet adressage est du domaine du médecin ;
- l'adressage au centre référent des troubles des apprentissages doit être réservé aux cas complexes, relève du médecin et ne s'effectue pas en première intention ;
- le travail en collaboration de l'ensemble des membres de l'équipe éducative doit permettre d'éviter que ne soit appelé « trouble » ce qui bien souvent se révèle être une difficulté ;
- la constitution d'un dossier auprès de la maison départementale des personnes handicapées ne peut s'envisager que dans certaines situations qui ont bénéficié d'une évaluation pluridisciplinaire et ne doit pas être proposée en première intention.

➔ Recueil d'informations

Des questions exploratoires sont nécessaires pour préciser ce type de difficultés d'apprentissage :

- Les difficultés scolaires existent-elles depuis toujours ou sont-elles d'apparition récente ?
- Les difficultés scolaires s'expriment-elles dans tous les domaines ou dans des domaines spécifiques (acquisition de la lecture, écriture, calcul, géométrie...) ?
- Les difficultés scolaires s'inscrivent-elles dans un tableau associant d'autres signes (difficultés de concentration, troubles du comportement, difficultés

relationnelles avec les autres enfants, bizarreries...)?

- Les difficultés scolaires sont-elles constatées par l'ensemble des enseignants ?
- Des difficultés d'apprentissages existent-elles en dehors du contexte scolaire ?

L'équipe enseignante pourra affiner l'observation :

- Quelles sont les relations de cet enfant avec l'enseignant et le groupe de pairs ?
- Comment se comporte l'enfant dans les situations d'apprentissage et en dehors des situations d'apprentissage (récréation, cantine ...) ?
- Comment les parents réagissent face aux difficultés de l'enfant ?

Devant une situation qui s'installe malgré des mesures simples de réassurance et de soutien de l'enfant, l'enseignant rencontre les parents afin de les informer avec tact et délicatesse des inquiétudes de l'école en ayant en tête la souffrance de l'enfant et des parents dans ces situations. Il leur demande ce qu'ils en pensent et comment ils comprennent les difficultés de leur enfant.

Il leur propose que l'enfant rencontre la psychologue scolaire ainsi que le médecin scolaire afin de compléter l'évaluation des difficultés de l'enfant. Le médecin scolaire apportera son éclairage à la fois sur les aspects cognitifs et affectifs.

➔ Conduite à tenir au cas par cas

Le fonctionnement psychique et intellectuel de l'enfant ne peut pas être réduit à des aspects cognitifs : l'estime de soi, la confiance en soi, l'anxiété ont un retentissement considérable sur les capacités d'apprentissage. Par ailleurs, un trouble cognitif et/ou instrumental peut entraîner chez l'enfant une blessure majeure de sa représentation qui augmente ses difficultés.

L'évaluation par le psychologue scolaire et la consultation du médecin scolaire sont donc très importantes car elles permettent d'explorer les représentations qu'a l'enfant de lui-même, sa confiance en lui, son plaisir à apprendre, son vécu d'échec, son vécu d'incompétence, son sentiment de décevoir l'enseignant, ses parents, son anxiété face aux évaluations, ses réactions émotionnelles (pleurs, tristesse, indifférence...). Il sera utile d'évaluer

aussi le retentissement des difficultés dans le lien parents enfants et le lien avec ses pairs.

Par ailleurs, il faudra recenser auprès de l'élève et de ses enseignants, de possibles événements de vie, en particulier dans les situations d'infléchissement des résultats :

- difficultés extérieures vécues par l'enfant : séparations dans la famille, changements de cadre de vie... ;
- difficultés vécues au sein de l'école : stigmatisation, harcèlements... ;
- événements graves au caractère traumatique : négligence, carences, maltraitance.

Le médecin scolaire effectue le bilan médical devant des difficultés d'apprentissages, il peut proposer une consultation ou un bilan spécialisé permettant d'évaluer ces troubles et leur éventuel caractère spécifique. Il peut orienter vers des aides adéquates et assure le suivi en milieu scolaire.

Le médecin scolaire, avec l'accord des parents, pourra prendre contact avec le médecin traitant pour accompagner les démarches de soins et pourra, le cas échéant, adresser l'enfant vers un service spécialisé de proximité (CMP, CMPP...).

L'enfant triste

Sylvain Berdah

➔ Description

La tristesse chez l'enfant est un signe difficile à repérer car son expression est très différente de celle de l'adulte, et **très polymorphe**.

Pourtant il existe des troubles dépressifs de l'enfant dont le retentissement peut aller jusqu'au suicide, heureusement plus rare qu'à l'adolescence.

Les équivalents dépressifs peuvent recouvrir l'ensemble de la psychopathologie infantile et s'observer aussi bien dans le champ somatique que dans le champ du comportement et des conduites. Des tableaux contrastés sont possibles :

➔ **Ce peut être un enfant en retrait, replié sur lui-même, isolé ou craintif.**

L'inhibition est le plus souvent manifeste : verbale, gestuelle, intellectuelle. Les résultats scolaires sont

À propos de l'enfant

médiocres, ou ont récemment chuté.

On le dirait paresseux ou de mauvaise volonté mais ce comportement est récent, ou accompagné d'anxiété ou même de sentiments d'autodépréciation.

Il exprime quelquefois un vécu d'impuissance et de découragement et au maximum, des idées suicidaires. Il peut aussi parler de mort, de perte dans son environnement familial, d'un membre de la famille, voire d'un animal familier.

Assez souvent, c'est un enfant absent dans le contexte scolaire ou physiquement. Lorsqu'il est présent, il va se plaindre du ventre, de la tête et exprimer son désir de rentrer chez lui.

Au maximum, se constituent les prémices d'une **phobie scolaire**.

→ **À l'inverse, ce peut être un enfant agité, agressif, indiscipliné, voire hyperactif ou provocateur.**

C'est parfois le cas d'enfants repérés comme « hyperactifs » ou ayant des troubles manifestes de l'attention, au début d'un suivi psychothérapeutique, aux prises avec un environnement familial et pédagogique qui a changé son attitude éducative, dans le sens d'une plus grande exigence ; l'enfant se « déprime » alors de manière transitoire mais nécessite néanmoins un soutien affectif et compréhensif.

→ Recueil d'informations et conduite à tenir

Les membres de l'équipe éducative complètent l'observation en précisant :

- s'il s'agit d'un comportement récent ou ancien ;
- si l'enfant est isolé, voire rejeté par ses camarades ;
- l'attitude des parents lors de l'accompagnement de l'enfant ;
- l'absentéisme scolaire éventuel.

La personne la plus investie par l'enfant s'entretient avec lui pour lui exprimer l'attention portée à son attitude avec la plus grande prudence, mais aussi la bienveillance la plus chaleureuse.

Les parents sont informés des inquiétudes de l'école sans dramatiser mais sans banaliser non plus. Une consultation auprès du médecin traitant peut être conseillée. Le médecin scolaire, en lien avec le médecin traitant si les parents ont donné leur accord,

peut orienter pour avis vers une structure spécialisée (CMP, CMPP, service de pédopsychiatrie) ou un pédopsychiatre.

Enfin, en l'absence de démarche des parents et en cas d'aggravation de l'état de l'enfant, des mesures d'aide et de soutien peuvent être envisagées dans le cadre de la protection de l'enfance.

L'enfant qui s'isole

Fabienne Roos-Weil

→ Description

L'isolement de l'enfant consiste en une attitude de retrait qui compromet les relations sociales et les échanges en particulier langagiers, pouvant aller jusqu'à un évitement social et/ou un mutisme ; on peut parler de repli et de limitation du contact. L'enfant timide, l'enfant triste, l'enfant anxieux, peut aussi se manifester par des conduites d'isolement.

Cette conduite fait partie des problèmes « silencieux » qui doivent alerter autant que des problèmes plus bruyants, et peut être signe de souffrance psychique. Elle peut s'inscrire dans un tableau associant d'autres signes (qui seront évoqués dans diverses problématiques en jeu) et être aussi constatée dans le milieu familial.

On doit distinguer l'enfant qui s'isole de l'enfant rêveur, dit « ailleurs », mais qui ne met pas ses proches à distance. Il s'agit d'une conduite non-spécifique qui constitue un signe d'appel, qui peut renvoyer à de multiples problématiques et qui suppose l'analyse du contexte et des signes associés.

Les problématiques en cause sont diverses.

L'isolement peut être une conduite dite **réactionnelle**, en lien avec les événements de vie :

- difficultés extérieures vécues par l'enfant. Il peut s'agir d'événements de vie tels que séparations, maladies personnelles ou de l'entourage, changements de cadre de vie... La conduite d'isolement peut faire partie d'un travail psychique nécessaire, travail d'adaptation de l'enfant à sa situation ;

- difficultés vécues au sein de l'école : difficultés scolaires et d'apprentissage que l'enseignant pourra identifier, en particulier dans les classes charnières, ou difficultés relationnelles avec le groupe classe (stigmatisation de tous ordres, éventuellement en rapport avec l'échec scolaire ou des troubles de l'expression orale : bégaiement...);
- d'événements graves, au caractère traumatique (par exemple négligences, carences, maltraitance...) pour lesquels des signes associés sont fréquents (troubles du sommeil, des apprentissages, tristesse...).

Dans tous les cas, l'expérience enseigne que les troubles réactionnels n'excluent pas l'installation de troubles plus internalisés.

L'isolement est un signe parmi d'autres **difficultés intrapsychiques** et peut se manifester dans la plupart des situations de la clinique infanto-juvénile :

- dans le cadre de l'inhibition : l'isolement correspond à une présentation d'enfant trop sage qui n'arrive pas à exprimer ses potentialités et qui évite les relations sociales ; l'enfant apparaît figé ; si l'inhibition est massive, il faut suspecter un trouble sévère de la personnalité, si elle est partielle, elle s'exprime par un certain isolement social qui s'améliore en situation duelle rassurante ou par une inhibition intellectuelle avec pauvreté du jeu et échec scolaire ;
- dans le cadre de troubles dépressifs : la tristesse et la limitation du contact, la dévalorisation, les troubles de l'appétit et du sommeil, des équivalents dans le domaine somatique (maux de tête) sont souvent associés. L'existence d'idéation suicidaire est à rechercher, évaluer, écouter, malgré la rareté de la mise en acte suicidaire ;
- dans le cadre de pathologies de l'anxiété, de peurs diffuses : l'isolement témoigne de la recherche de protection, ou de l'évitement de situations anxiogènes dites aussi phobogènes (principalement le contact avec les autres, la rencontre avec l'apprentissage...). L'anxiété peut se manifester par des troubles somatiques (vomissements, douleurs abdominales...), une appréhension des situations, une inquiétude pour l'avenir, des troubles du sommeil ; elle peut témoigner d'une angoisse de séparation ; elle peut retentir sur les performances scolaires... ;
- dans le cadre des troubles de la parole et du langage : l'isolement fait suite aux difficultés de relations interpersonnelles engendrées par les

difficultés de langage oral. Ces troubles justifient une évaluation clinique qui peut débiter par une évaluation orthophonique ;

- dans le cadre des troubles plus sévères de la personnalité et du développement : l'isolement s'intègre dans un tableau dont il est un élément caractéristique, tableau évoluant généralement depuis la petite enfance et aux manifestations nombreuses ; l'isolement est important avec des difficultés de contact et d'intégration dans le groupe, des difficultés dans l'organisation et l'expression de la pensée, des périodes où l'enfant est enfermé sur lui-même ; il peut y avoir des moments d'impulsivité, des conduites à connotation bizarre, des retards de développement...

➔ Recueil d'informations

Si la conduite de l'enfant apparaît durable et préoccupante, il faut procéder à un recueil d'informations complémentaires, dont certaines relèvent des membres de l'équipe éducative et d'autres du personnel de santé et du service social.

L'équipe éducative affine l'observation :

- S'agit-il d'un isolement à l'égard des adultes ? des pairs ?
- Est-ce une conduite récente ?
- Se manifeste-t-il en classe, en récréation, à la cantine, dans tous les lieux à la fois ?
- Quelles sont les relations de l'enfant avec l'enseignant, le groupe de pairs ?
- Y a-t-il des troubles de la parole et du langage, voire un mutisme complet ?
- Y a-t-il des manifestations émotionnelles : tristesse, pleurs ou au contraire capacité à tirer du plaisir dans certaines situations ?
- Y a-t-il des manifestations anxieuses et dans quelles conditions ?
- Y a-t-il y a maintien des capacités d'investissement, de curiosité ou un émoussement de la vie intellectuelle ?
- Y a-t-il des difficultés scolaires et depuis quand ?

Le personnel de santé et du service social est sollicité devant une situation préoccupante ayant résisté à des mesures simples de réassurance et de soutien à l'intégration dans le groupe de pairs. Un entretien peut être proposé à l'enfant, en sachant que la verbalisation peut être difficile puisque l'enfant s'isole.

À propos de l'enfant

Les parents sont informés des inquiétudes de l'école ; ils disent s'ils les partagent ou s'ils ont eux-mêmes d'autres motifs de préoccupation.

→ Conduite à tenir au cas par cas

Dans le champ de l'école, des mesures éducatives et pédagogiques visant à favoriser l'intégration de l'enfant dans sa classe pourront aider à discerner l'intensité du problème présenté. Ces mesures pourront consister en une attention particulière à l'enfant, une valorisation de ses productions, une facilitation de ses rapports avec les autres par l'enseignant.

L'implication des parents peut être à elle seule un facteur de reprise évolutive.

Le recours au personnel de santé et de service social de l'école s'impose lorsque la conduite est durable. La rencontre avec les parents permet de s'enquérir des manifestations de l'enfant dans la vie familiale (fratrie, famille élargie), des qualités de sa vie relationnelle, d'éventuels troubles de l'alimentation et du sommeil, de problèmes médicaux et des antécédents significatifs ainsi que du contexte de vie actuel.

L'adresse à un service spécialisé de proximité (CMP, CMPP) ou à une consultation libérale est envisagée en fonction des éléments recueillis, en lien avec le médecin traitant ; elle repose sur l'accord des parents qui se chargent de sa mise en œuvre. C'est là qu'un projet thérapeutique pourra y être construit si nécessaire, en soins ambulatoires (consultations), voire en structure plus spécialisée.

Les mesures à prendre sont diverses en fonction des problématiques.

En cas de conduite dite réactionnelle, en lien avec les événements de vie, distinguer deux situations :

→ **Difficultés extérieures vécues par l'enfant,** difficultés vécues au sein de l'école.

La conduite d'isolement, si elle est transitoire, ne relève pas du recours à un service spécialisé mais repose davantage sur des mesures de soutien et de vigilance particulières.

→ **Événements graves :**

- survenant dans la collectivité : la conduite d'isolement requiert l'intervention du personnel de

santé et du service social dans le cadre de l'évaluation globale de la situation vécue ;

- dans le cadre individuel : une évaluation doit être conduite afin de prendre des mesures appropriées d'aide et de soutien dans le cadre de la protection de l'enfance.

Lorsque l'**isolement est un signe parmi d'autres difficultés intrapsychiques** (inhibition, troubles dépressifs, de l'anxiété, de peurs diffuses, troubles plus sévères de la personnalité et du développement), une consultation vers un service spécialisé s'avère nécessaire.

Cette orientation peut être envisagée avec la famille par le médecin scolaire en lien avec le médecin traitant.

L'enfant étrange

Bertrand Welniarz, Béatrice Bennevault

Il est de nombreux enfants qui se distinguent des autres, soit par des troubles du comportement extériorisés, soit par au contraire une inhibition et une timidité. Sous le terme « d'enfants étranges » il faut entendre des enfants qui paraissent particuliers, pas comme les autres, bizarres. Ce sont des enfants qui inquiètent mais ces enfants ne se caractérisent pas forcément par des troubles du comportement bruyants ni par un échec scolaire massif.

→ Description

Il peut s'agir d'enfants soit :

- immatures ;
- trop sages ;
- distants ;
- semblant insensibles avec une froideur affective ;
- qui ont du mal à distinguer le réel et l'imaginaire ;
- qui ne pleurent pas quand ils se font mal ;
- qui ont des intérêts fixes ;
- qui sont « dans leur monde » ;
- qui ont des difficultés relationnelles, qui sont seuls en récréation.

La description des signes inquiétants est discutée en équipe éducative. Elle recueille l'avis des enseignants des années précédentes pour voir si l'enfant a toujours donné cette impression, s'il a changé ou si la situation s'est aggravée.

L'étude de ses compétences scolaires permet de savoir s'il présente des particularités sur le plan scolaire : difficultés de compréhension, dysharmonie des résultats selon les matières, précocité, etc.

➔ Recueil d'informations

Cette étrangeté renvoie à de multiples problématiques et suppose l'analyse du contexte et des signes associés.

Si la conduite de l'enfant persiste, il faut procéder à un recueil d'informations complémentaires.

Les membres de l'équipe éducative affine

l'observation en concertation avec les personnels de santé et précise :

- Depuis quand l'enfant est-il considéré différemment des autres ?
- Quelles sont les relations avec l'enseignant ?
- Les autres enfants jouent-ils avec lui ?
- Est-il isolé en récréation ?
- L'enfant a-t-il souvent un comportement répétitif, ou des intérêts et des activités spécifiques ?
- Est-il perfectionniste avec une grande sensibilité aux détails ?
- Est-ce un enfant qui a un grand respect des règles, mais qu'il interprète avec une autre forme d'intelligence, une logique particulière ?
- L'enfant a-t-il une pensée analytique, une mémoire très développée, mais avec des difficultés à prendre des décisions ?
- A-t-il des difficultés à comprendre la signification des expressions d'autrui, l'humour, l'abstraction et s'exprime-t-il avec une voix monocorde ?

Les personnels de santé ainsi que le psychologue scolaire complètent ces informations. Les parents sont informés des inquiétudes de l'école : ils partagent cette inquiétude ou ont eux-mêmes d'autres motifs de préoccupation. Les parents précisent éventuellement les manifestations de l'enfant dans la vie familiale (fratrie, famille élargie), les qualités de sa vie relationnelle, des troubles de l'alimentation et du sommeil, de problèmes médicaux et des antécédents significatifs ainsi que du contexte de vie actuel.

➔ Conduite à tenir au cas par cas

Si les troubles persistent malgré des mesures prises par l'enseignant pour favoriser une meilleure participation de l'enfant dans la classe, il est proposé

aux parents une rencontre avec le médecin scolaire qui, en lien avec le médecin traitant, propose aux parents d'adresser l'enfant vers une structure spécialisée de proximité (CMP, CMPP, service de pédopsychiatrie, etc.) ou un pédopsychiatre libéral. C'est dans ce lieu qu'un projet thérapeutique pourra être construit si nécessaire, en soins ambulatoires (consultations), voire en structure plus spécialisée.



À propos de l'adolescent

L'adolescence et la souffrance psychique

François Bridier

La notion de souffrance psychique des adolescents est vague, relativement mal définie, souvent évoquée sans en préciser le contenu.

Si la souffrance psychique, le mal être, peuvent s'exprimer à travers une diversité de comportements et de troubles, ceux-ci ne peuvent, en soi, être considérés comme des mesures fiables de cette souffrance.

Souvent la souffrance est silencieuse, et il est un certain nombre d'élèves adolescents dont les comportements ne laissent pas transparaître qu'ils sont en difficulté. C'est aussi selon la terminologie de l'OMS, dans l'optique préventive, dire qu'« il est important de renforcer les compétences psychosociales des adolescents pour qu'ils sachent formuler et comprendre que cela va mal. Il faut non seulement aider à identifier les petits signes mais aider à les formuler ».

Plus un adolescent va mal, moins il sollicitera de l'aide... Mais il existe une multiplicité de petits signes d'alerte.

Une démarche est à formaliser pour définir une véritable observation, impliquant tous les intervenants auprès des adolescents.

→ Le normal et le pathologique

Il n'est pas toujours aisé de distinguer entre, d'un côté des conduites qui témoignent de ce qu'il est convenu d'appeler la « crise de l'adolescence » et de l'autre, des manifestations qui signent une souffrance psychique susceptible de s'inscrire dans la pathologie. Faire la part entre le « développemental » et le « pathologique » constitue à l'adolescence une mission de première importance. C'est distinguer entre d'une part, un symptôme constituant la trace du travail psychique de l'adolescent, ce qui nécessite certes l'attention bienveillante des adultes sans pour autant signifier un fonctionnement pathologique, et, d'autre part, un ou plusieurs symptômes devant faire craindre un malaise plus profond.

Pour toutes ces raisons, la mise en place d'un réseau de soins autour des adolescents est une nécessité.

→ Évaluer

Il s'agit non seulement de repérer les signes annonciateurs d'un malaise chez l'adolescent, mais d'apprécier leur fonction dans la dynamique psychologique de l'adolescence.

Cette évaluation exige la prise en compte d'un nombre de facteurs importants, à côté de la seule difficulté en cause. La différence entre une angoisse normale et une angoisse pathologique, celle entre une déprime passagère et une dépression manifeste, la différence entre une inhibition momentanée et un retrait affectif et social invalidant, etc., doit être sérieusement évaluée. Et avant toute démarche, il est important d'essayer de préciser où se situe le problème. De même, une rencontre avec les parents est une étape indispensable.

Au sein des établissements scolaires, la rencontre avec un adolescent qui souhaite « parler de ses problèmes » doit permettre à la personne qui le reçoit en première intention (infirmier, assistant du service social) d'apprécier autant que possible ce qui est du « développemental » et du « pathologique », dans l'optique d'envisager la pertinence d'une rencontre avec le médecin, et le cas échéant, de contribuer à une référence riche des observations partagées par les professionnels et la famille entourant l'adolescent, au quotidien.

→ Repérer précocement – Communauté éducative

Il est primordial d'évaluer précocement les difficultés présentées afin de ne pas laisser l'adolescent s'enfermer dans des comportements de plus en plus pathologiques qui l'éloignent du travail psychologique caractéristique de cet âge, indispensable pour poursuivre une évolution et une croissance satisfaisantes.

La qualité des échanges entre l'adolescent, les adultes qui l'entourent et les personnes ressources destinataires de ce guide doit permettre une prise en charge spécialisée informée et accessible chaque fois que nécessaire dans des délais appropriés. En effet, l'ambition est d'éviter des conséquences dommageables à terme chaque fois que possible. Il ne s'agit donc pas de « montrer au psychiatre » (ou

À propos de l'adolescent

d'adresser au CMP) un adolescent dès le premier signe d'alerte, ce qui entache parfois de manière assez grave la confiance que ce dernier peut avoir dans les adultes qui s'occupent de lui – en suscitant chez lui un doute sur sa santé psychique...

Dans la communauté éducative, l'adulte « choisi » par l'adolescent ne doit pas être le seul à intervenir, mais être en concertation avec les personnels de santé et de service social ainsi que les parents.

Il s'agit essentiellement de toujours trouver la bonne distance pour une juste préoccupation – ni inquiétude excessive ni banalisation laxiste... L'adolescent ressent le besoin de confidentialité autour de ses propos qu'il faut respecter tout en lui exprimant la nécessité, pour l'aider au mieux, d'entrer en contact avec ses parents.

→ Des temps d'échanges réflexifs entre professionnels sont indispensables pour garantir la qualité de la démarche de repérage

À l'attention des personnels de santé et de service social, qui s'exposent à la rencontre complexe avec les adolescents, il faut réaffirmer qu'un travail d'analyse des pratiques et du ressenti des professionnels, effectué en groupe, contribue à affiner la qualité de l'écoute et la compréhension des mécanismes psychiques.

L'adolescent absent ou décrocheur

Catherine Lacour-Gonay

Comment recevoir et traiter une information à propos d'un adolescent absentéiste scolaire en risque de décrochage ?

→ Description

L'absentéisme scolaire d'un adolescent collégien ou lycéen mobilise la vigilance des adultes de la communauté éducative et ne peut jamais être banalisé.

Des absences répétées peuvent compromettre le bon déroulement de sa scolarité avec un risque de fléchissement des résultats scolaires, des difficultés

d'insertion dans le groupe classe et dans l'établissement et à terme, un risque de décrochage scolaire.

Des difficultés multiples peuvent être à l'origine de l'absentéisme, difficultés analysées par l'équipe éducative, avec l'adolescent et ses parents, afin de trouver ensemble les mesures appropriées pour remédier à la situation.

Des difficultés d'ordre psychologique ou relationnel peuvent ainsi avoir un impact sur la scolarité : l'absentéisme apparaît alors comme le symptôme du mal être de l'adolescent. À son tour, l'absentéisme peut engendrer une situation de mal être, voire de souffrance psychique. Il doit retenir l'attention des membres de l'équipe éducative quand il est décrit comme l'impossibilité pour l'adolescent de se rendre en classe.

On distingue selon la présence de troubles anxieux :

- le « refus scolaire » sans réaction d'angoisse intense qui s'accompagne souvent d'un désinvestissement de la scolarité ;
- de la « phobie scolaire » ou « refus scolaire anxieux » qui se définit par un refus d'aller au collège ou au lycée pour des raisons irrationnelles avec des manifestations anxieuses psychiques et physiques qui s'accroissent si l'on tente de forcer l'adolescent. C'est pourquoi il est important d'adresser précocement l'adolescent au médecin de l'Éducation nationale pour qu'il puisse décider de l'orienter sur une structure spécialisée afin de préciser le diagnostic.

Le cas échéant une prise en charge plurifocale sera instaurée.

→ Recueil d'information

Le dialogue avec l'adolescent et ses parents est indispensable dès les premières absences.

En cas d'absences répétées, il appartient au conseiller principal d'éducation (CPE) en lien avec le chef d'établissement d'organiser la concertation avec les membres de l'équipe éducative et notamment le professeur principal et les personnels de santé et de service social.

Cette réunion doit permettre d'affiner l'observation :

- qualité de la relation individuelle de l'adolescent aux adultes, de sa relation aux pairs en classe et dans la cour de récréation ;

- difficultés scolaires transitoires ou qui s'installent en sus de l'absentéisme scolaire : fléchissement scolaire (par rapport à la scolarité antérieure) ;
- hyperinvestissement scolaire (aux dépens des loisirs et de la vie sociale) ;
- qualité des échanges entre l'institution scolaire et les parents ainsi que le comportement de la famille face à l'absentéisme de l'adolescent : une attitude trop contraignante comme une extrême tolérance au symptôme doivent alerter ;
- des manifestations particulières (causes ou conséquences) repérées chez l'adolescent telles que :
 - des conduites d'addictions : nourriture, alcool, haschich, addiction aux jeux sur internet,
 - des troubles du sommeil : indications d'une inversion du rythme jour/nuit à rechercher, par exemple l'adolescent dort en classe ou arrive systématiquement en retard,
 - des somatisations : nausées, vomissements, maux de ventre, migraines, malaises vagues,
 - des troubles du comportement amenant à l'exclusion des cours,
 - des sentiments de dévalorisation, de mésestime de soi,
 - de la tristesse, des propos désabusés, des idées morbides avec ou sans évocations suicidaires,
 - une susceptibilité au regard d'autrui,
 - des comportements d'auto et/ou d'hétéro agressivité : scarifications...,
 - une attitude de retrait et d'isolement.

À l'issue de cette concertation, il est proposé à l'adolescent de rencontrer l'assistant de service social ou un personnel de santé de l'établissement scolaire. Il importe de différencier :

- les éléments en lien avec la scolarité : investissement scolaire, organisation du travail, perspectives de métier, projets ;
- les éléments psychopathologiques individuels : troubles de l'humeur, troubles du sommeil, angoisse... ;
- les éléments relevant de la difficulté de la relation aux autres : adultes (qualité de la relation aux professeurs) et adolescents (amis, intégration à des groupes amicaux, sportifs ou culturels) ;
- la qualité de la relation en famille : aux parents et à la fratrie (qualité des échanges, déroulement des repas...).

En cas d'éléments préoccupants sur l'état de santé psychique de l'adolescent, le médecin de l'Éducation

nationale propose une rencontre avec les parents afin d'évaluer le contexte à la lumière du discours familial et des échanges avec le médecin traitant :

- recueil des antécédents, historique des troubles, recherche d'une angoisse de séparation en interrogeant les situations de séparation d'avec la famille : colonies de vacances, nuit chez un(e) ami(e) ;
- contexte familial : être attentif aux situations d'isolement, de repli sur soi ;
- nature de l'investissement scolaire de l'adolescent, des parents ;
- nature de la relation aux autres en dehors de l'établissement scolaire : il faut être alerté par toute situation d'isolement social.

→ Conduite à tenir au cas par cas

L'attitude des personnels de santé et de service social tiendra compte des problématiques rencontrées.

Selon les éléments réunis, plusieurs orientations se dessinent.

→ **Conduites dites réactionnelles en lien avec des événements de vie :**

- l'absentéisme peut venir témoigner de difficultés extérieures vécues par l'adolescent dans le cadre de la vie familiale (séparations, décès, maladie ou perte de l'emploi d'un parent...) dans le cadre amical (relation conflictuelle avec un camarade, brouille...) ou problèmes de santé personnels (maladie chronique...);
- difficultés vécues au sein de l'école : violences, rackets, harcèlement... ;
- événements graves : inadéquation des attitudes éducatives parentales, carences parentales.

L'assistant de service social occupe une place privilégiée dans le repérage et l'évaluation de ces situations afin d'envisager une mesure dans le cadre de la protection de l'enfance (information préoccupante au conseil général ou signalement judiciaire en cas de particulière gravité).

La présence de troubles réactionnels n'exclue pas l'installation de troubles plus internalisés et/ou qui se pérennisent et nécessitent une prise en charge adaptée.

→ **Absentéisme scolaire comme signe parmi d'autres de difficultés intrapsychiques :** l'absentéisme peut intervenir dans la plupart des situations psychopathologiques de la clinique de l'adolescent.

À propos de l'adolescent

- **Phobie scolaire**

On observe trois pics de fréquence de la phobie scolaire à l'adolescence : entrée au collège, au lycée et passage du baccalauréat.

Ils répondent à des enjeux d'autonomisation qui rentrent en résonance avec le processus même de développement psychique de l'adolescent (qui varie selon la qualité des assises narcissiques de ce dernier) et renvoie à des questions relatives à l'identité, à l'identité sexuelle ainsi qu'à la différenciation d'avec ses parents mais aussi d'avec l'enfant que l'adolescent a été.

Il faut répertorier les situations anxiogènes dites aussi phobogènes : phobie scolaire simple ou associée à une phobie sociale...

On recherche des plaintes somatiques (maux de tête et maux de ventre) qui signalent souvent les troubles anxieux.

Ce tableau impose l'orientation rapide vers une consultation spécialisée.

- **Absentéisme dans le cadre de troubles dépressifs.** On repère des troubles de l'humeur, avec ou sans idée suicidaire, qui requièrent l'orientation vers une consultation spécialisée.
- **Absentéisme secondaire à des troubles sévères du développement et de la personnalité, par exemple, de la décompensation pré et postpubertaire d'un trouble envahissant de la personnalité.** Il s'agit de tableaux évolutifs depuis la petite enfance qui justifient le recours à une consultation spécialisée.
- **Dans tous les cas de figure, si la situation inquiète, s'enkyste ou les absences (justifiées ou non) se multiplient, une consultation psychiatrique de l'adolescent avec ses parents est à envisager.**

En lien avec le médecin traitant, le médecin de l'Éducation nationale oriente l'adolescent vers des structures spécialisées (CMP ou CMPP, services de pédopsychiatrie), consultation libérale.

À l'issue de la consultation, une fois identifiée la nécessité ou pas d'un psychiatre référent dans l'organisation des soins, la famille peut solliciter l'établissement scolaire afin de maintenir la relation aux autres :

- pour organiser un PAI (projet d'accueil individualisé) qui peut préciser des aménagements quotidiens pour diminuer la pression scolaire et permettre les soins (consultations ambulatoires, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel [CATTP]).
 - possibilité d'horaires aménagés,

- possibilité de carte prioritaire pour la restauration scolaire,
- possibilité de sortir de classe et de se rendre à l'infirmerie en cas de malaise,
- aménagement des examens ;

- pour désigner un interlocuteur privilégié dans l'institution scolaire, afin de maintenir une relation de confiance.

Dans tous les cas il est nécessaire d'organiser des réunions régulières des instances de concertation pour des bilans-étapes.

Parfois une hospitalisation dans des lieux dédiés aux adolescents peut être proposée en accord avec les parents.

➔ Point de vigilance

Il convient de réfléchir avant de décider d'entériner une demande d'inscription au centre national d'enseignement à distance (CNED). Ce moyen de scolarisation à distance peut en effet masquer et pérenniser les troubles phobiques.

En cas de nécessité, on leur préférera les cours à domicile dispensés par un enseignant de l'établissement dans le cadre de l'APAD (aide pédagogique à domicile).

L'adolescent triste

Sylvain Berdah

➔ Introduction

L'état de morosité et les propos désabusés à l'adolescence ont depuis toujours été considérés comme faisant partie de la crise d'adolescence, crise de renoncement à l'enfance et de prise de responsabilités dans les domaines sociaux et sexuels, crise de maturation inévitable, sans plus de gravité. Désormais, cet état morose est considéré comme un moment privilégié de prévention et d'intervention.

Le constat d'une menace suicidaire exige une intervention parfois urgente ou de nature plus concertée et réfléchie mais la plus rapide possible. Dans les situations en apparence moins urgentes, le caractère brutal des changements d'humeur à cet âge

et la facilité des passages à l'acte nécessitent néanmoins qu'une réponse efficace soit proposée à temps.

L'évaluation doit donc porter sur la présence ou non d'une menace suicidaire.

→ Les signes de la menace suicidaire

Les signes seront différents selon la personnalité des individus, les histoires familiales, mais surtout selon le sexe.

→ **Le changement d'attitude** avec retrait, repli sur soi, ou au contraire, chez le garçon surtout, propos désabusés, voire provocateurs :

- attitude paradoxale, parfois rires immotivés, pleurs inopinés ;
- impulsivité, agressivité.

→ **Le discours inquiétant :**

- propos désabusés, discours pessimiste dans un contexte de blessure narcissique chez le garçon surtout, ou carrément menaces exprimées de passage à l'acte suicidaire ;
- propos incohérents.

→ **L'état dépressif** avec angoisses, pleurs ou paradoxalement, inversion de l'humeur.

→ **Les troubles du comportement :**

- scarifications, fugues, prises de risque importantes, conduite sexuelle désordonnée, impulsive ;
- prise de médicaments même insignifiante pour lutter contre la dépression.

→ **Fascination pour les armes**, voire exhibition d'armes, fascination pour les événements suicidaires ou pour les personnalités ayant mis fin à leurs jours.

→ **Contexte particulier de fragilité :**

- événement traumatique au sein de la famille, en milieu scolaire ou dans l'entourage proche ;
- violences intrafamiliales ;
- contextes suicidaires ou antécédents familiaux personnels ;
- « épidémie de suicides » ;
- changements de niveau, entrée en sixième, en seconde ;
- orientation scolaire non choisie par le jeune ;
- conseils de classe avec baisse des résultats ;
- exclusion scolaire ;

- harcèlement notamment sur l'orientation sexuelle, sur l'image du corps,
- découverte de son homosexualité.

→ Recueil d'informations et conduite à tenir

L'équipe éducative peut en parler lors d'une réunion de concertation (cellule de veille, commission de suivi, etc.) :

- Le comportement de l'adolescent se manifeste-t-il de manière différente ou concordante selon les interlocuteurs et les différents moments de la journée ?
- Comment l'adolescent se comporte-t-il dans les moments interstitiels ? L'avis des assistants d'éducation, celui du conseiller principal d'éducation (CPE), seront bien entendu fondamentaux : les personnes ressources pourront, en toute discrétion, recueillir l'avis des différents intervenants, le maximum d'informations auprès de l'équipe éducative et pédagogique, la parole de camarades de classe.

L'infirmière ou l'assistant de service social, en lien avec le médecin de l'Éducation nationale, pourra, soit entrer en contact, soit approfondir les investigations, en particulier en cas de maltraitance intrafamiliale ou sévices sexuels, et préparer un entretien avec la famille sauf si c'est contraire à l'intérêt de l'adolescent et s'il y est formellement opposé. En ce cas, un entretien avec l'assistant de service social scolaire permettra d'envisager avec l'adolescent des mesures dans le cadre de la protection de l'enfance.

Dans tous les cas, il faudra :

- ne jamais prendre seul une décision ;
- apprécier en commun le degré de gravité et d'urgence du tableau clinique avec le médecin de l'Éducation nationale ;
- favoriser l'accompagnement du jeune par la personne qu'il a le plus investie. Celle-ci préparera l'orientation du jeune vers un accueil spécialisé dans la problématique adolescente car l'on connaît la crainte de stigmatisation et la difficulté à investir une telle démarche sans étayage suffisant.

En cas de refus catégorique du jeune de toute proposition d'aide ou de soins, il faudra sensibiliser les parents à la prise d'appui possible dans des

À propos de l'adolescent

services dédiés aux adolescents (par exemple, maisons des adolescents, numéro téléphonique fil santé jeunes, etc.). Ce type de service permet de garder l'anonymat, favorise l'expression du jeune, et est en capacité d'alerter en cas de danger vital.

L'adolescent perturbateur voire violent

Jean Chambry

→ Description

L'adolescent se questionne sur qui il est, sur l'adulte qu'il va devenir. Il n'accepte plus la relation de dépendance de l'enfance et teste ses propres limites dans les interactions avec l'adulte. Il remet en question les adultes en lien avec un véritable travail de « désidéologie ». Parfois, il semble avoir perdu toute confiance dans la parole de l'adulte qu'il voit comme un oppresseur. L'autorité semble persécutrice. Les contraintes sont refusées et peuvent susciter des réactions violentes. L'adolescent ne semble pas en mesure de canaliser son agressivité et tolérer les expériences de frustration.

Tout comportement perturbateur, voire violent, peut masquer une souffrance psychique qui doit être prise en compte par les adultes. Cette évaluation de la souffrance psychique n'est pas en contradiction avec la mise en place de sanctions face aux transgressions.

On peut distinguer différentes situations.

→ Fragilité de l'estime de soi

L'adolescent se mesure en permanence aux adultes. Il semble en difficulté dans le processus d'autonomisation que suscite l'adolescence. Il refuse d'avoir besoin des adultes mais en même temps il n'arrive pas à se responsabiliser car il ne se fait pas confiance. Il a le plus souvent honte de lui. Il essaie de restaurer son image par le rapport de force avec l'adulte.

Il ne perçoit pas l'adulte dans une position bienveillante mais toujours dans une position persécutrice. Il se protège de toute déception en choisissant le pire. Il sera important qu'il découvre dans la relation avec les adultes qu'il a de la valeur et que les adultes croient en ses capacités.

→ Refus de socialisation

Parfois l'adolescent a perdu tout espoir de pouvoir trouver une place dans la société. Il ne comprend pas le sens des limites et ne reconnaît aucun interdit. Il est débordé par l'agressivité que suscitent les situations de frustration. Il peut alors transgresser sans vécu de culpabilité. Cet adolescent a le plus souvent souffert de carences éducatives, de négligences qui devront être recherchées ainsi que de possibles maltraitances.

→ Éventuels troubles psychiatriques

Dans certaines situations, l'adolescent qui se montre violent semble étrange et la relation avec lui fait vivre un sentiment de bizarrerie. Les perturbations sont curieuses (se parle à lui-même, rit sans raison...). Son discours semble incohérent. Il y a là urgence à orienter vers un lieu de soins spécialisé en informant les parents et en les soutenant dans la mise en place du projet de soin.

→ Recueil d'informations

Des questions exploratrices sont nécessaires pour préciser les caractéristiques des manifestations observées :

- L'opposition existe-elle depuis toujours ou est-elle d'apparition récente ?
- L'opposition apparaît-elle avec l'ensemble des enseignants, des adultes de l'établissement ou uniquement avec certains adultes ?
- L'opposition existe-t-elle en dehors du contexte scolaire ?
- Existe-t-il des débordements d'agressivité et sous quelle forme ? (verbale, physique) ?
- Persiste-t-il un investissement de la scolarité ?
- Quelles sont les relations de cet adolescent perturbateur avec ses pairs ?
- Le comportement perturbateur s'inscrit-il dans un tableau associant d'autres signes (tristesse, bizarreries...) ?
- Le comportement perturbateur s'exprime-t-il dans toutes sortes de contexte, uniquement quand l'adolescent est seul avec l'adulte, uniquement en situation groupale ?
- Existe-t-il des comportements délinquants associés ?

L'équipe éducative peut affiner l'observation et préciser :

- Quelles sont les relations entre l'adolescent et ses professeurs, les autres membres de l'équipe éducative, et avec les autres adolescents ?
- Les résultats scolaires sont-ils préservés ?
- Comment les parents réagissent-ils face au comportement perturbateur de l'adolescent ?

Les personnels de santé et de service social sont sollicités devant une situation qui s'installe malgré des mesures simples de réassurance et de soutien de l'adolescent. Ils procèdent à l'évaluation de la situation.

➔ Conduite à tenir au cas par cas par les personnels référents

L'infirmier et l'assistant de service social recueillent les informations nécessaires auprès des membres de l'équipe éducative notamment le CPE, les assistants d'éducation, les professeurs, pour permettre l'évaluation de la situation et le choix de la conduite à suivre.

Une rencontre avec l'adolescent est indispensable afin de recueillir sa parole et d'évaluer au mieux ses difficultés.

Dans un second temps, en lien avec le médecin de l'Éducation nationale, l'entretien avec les parents permet de les informer des inquiétudes de l'établissement, de leur demander ce qu'ils en pensent et comment ils comprennent le comportement de leur adolescent. Au cours de l'entretien, sont recherchés les difficultés de l'adolescent dans la vie familiale (fratrie, famille élargie), les qualités de sa vie relationnelle, le contexte de vie, les antécédents médicaux.

Les parents sont ensuite associés à la conduite à tenir :

- une orientation par le médecin de l'Éducation nationale vers une consultation ou un service spécialisé de proximité (pédiatrie et psychiatrie infanto-juvénile en CMP, CMPP, consultation libérale) où commencera la prise en charge. Ces professionnels agissent en coordination avec les personnels de santé de l'établissement et en accord avec l'adolescent et ses parents ;
- une préparation à cette orientation est souhaitable, car il est souvent difficile pour l'adolescent de

l'accepter et de l'investir, par peur de la stigmatisation, peur de la folie. Il est nécessaire d'associer les parents qui peuvent soutenir cette prise en charge. Les personnels de santé et de service social peuvent accompagner l'adolescent dans cette démarche à différents niveaux suivant ses difficultés (prise de rendez-vous, repérage du lieu de consultation...);

- il peut être proposé à l'adolescent et à sa famille une aide éducative dans le cadre de la protection de l'enfance, permettant de prendre en compte les facteurs participant à son comportement, de travailler sur le sens des limites et de l'interdit. Il est en effet important que l'adolescent perçoive que les adultes lui imposent ces limites afin de le protéger et non pas l'exclure.

L'évaluation de l'assistante du service social est indispensable pour envisager cette démarche. En fonction de la demande des parents, de leur engagement dans le travail éducatif et de la gravité des transgressions de l'adolescent, il sera parfois nécessaire de transmettre une information préoccupante à la cellule départementale du conseil général, voire effectuer un signalement judiciaire.

L'adolescent qui a des conduites alimentaires particulières

Fabienne Roos-Weil

➔ Description

D'une manière générale les conduites alimentaires particulières s'inscrivent dans les expressions agies, corporelles, qui viennent témoigner du travail psychique de l'adolescence. La façon de se nourrir est en lien direct avec les changements du corps et de son image. Les transformations/pubertaires, la nécessité d'acquiescer une autonomie, la survenue des représentations sexuelles associées, sont autant de contraintes qui peuvent se traduire par une attaque du corps dans des manifestations de gravité variable. La prédominance chez les filles de ces conduites alimentaires particulières indique les difficultés à accepter les formes du corps et la féminité en général.

Ainsi, ces conduites ne nécessitent pas toujours une prise en charge médicale ; elles peuvent représenter

À propos de l'adolescent

des tentatives d'adaptation à ce moment critique de l'adolescence, en s'écartant plus ou moins de « la norme », y compris celle véhiculée par les médias. Le recours à des régimes diététiques successifs, l'élimination de certains aliments, l'anarchie de l'alimentation, des périodes d'excès alimentaire sont fréquents à cet âge, sans qu'une prise en charge médicale n'ait à être déclenchée systématiquement. Les conduites de restriction alimentaire sont souvent rencontrées ; elles peuvent être passagères, plus fréquentes aux alentours de la puberté, associées à des préoccupations liées à la diététique. Elles sont favorisées par les stéréotypes sociaux. Les formes préoccupantes se caractérisent par une perte de poids importante, une restriction alimentaire massive et une aménorrhée.

Les conduites boulimiques se définissent par des moments paroxystiques compulsifs, des « crises » soudaines, solitaires, durant lesquelles l'adolescent(e) mange sans faim et souvent n'importe quel aliment particulièrement calorique ; elles peuvent survenir de manière réactionnelle ; elles sont la plupart du temps suivies de vomissements. Elles prennent un caractère préoccupant lorsqu'elles sont répétées, fréquentes (plusieurs fois par semaine) et s'accompagnent d'idées douloureuses (dépréciation, honte...). Différents types de formes symptomatiques sont à décrire : anorexie, boulimie, et les formes mixtes anorexie/boulimie où il peut exister des périodes boulimiques chez les anorexiques, comme des périodes de restriction chez les boulimiques.

Certains **signes d'alerte** doivent être connus de tout membre de l'équipe éducative, d'autant plus qu'ils sont souvent déniés ou « clandestins » :

- malaises récurrents ;
- refus de participer aux cours d'éducation physique ;
- restriction alimentaire observée à la cantine ;
- amaigrissement rapide et récent, souvent masqué par l'ampleur des vêtements ;
- vomissements immédiats après les repas aussi bien chez les boulimiques que chez les anorexiques ;
- autres manifestations associées telles que le repli sur soi, la pauvreté des relations sociales, ou encore l'hyperactivité intellectuelle et physique et le surinvestissement scolaire ;
- inquiétudes transmises par les pairs qui ont observé ces signes d'alerte.

➔ Recueil d'informations

Si la perturbation des conduites alimentaires apparaît durable, c'est au **personnel de santé** de l'établissement (infirmier et médecin) qu'il appartient d'intervenir ; en effet, ces conduites, en relation directe avec le corps, ont une dimension intime dont l'abord ne peut se faire que dans une approche confidentielle connue par l'adolescent. L'entretien avec l'adolescent et l'examen clinique permettent d'aborder les particularités de la conduite alimentaire, leur retentissement sur l'état physique, leur ancienneté et d'apprécier le malaise psychique éventuel qui l'accompagne ; l'entretien peut révéler une consommation associée de produits médicamenteux ou toxiques.

Dans le cas de troubles d'allure transitoire sans retentissement physique, des informations diététiques sont à apporter. Des rencontres régulières du personnel de santé scolaire de l'établissement avec l'adolescent permettent de suivre son évolution.

Dans le cadre d'une suspicion d'anorexie, l'intensité de l'amaigrissement (indice de masse corporelle) est mesurée. L'entretien clinique permet de savoir si cet amaigrissement est recherché (hantise de grossir) ; s'il y a aménorrhée et depuis quand, vomissements, éventuelle prise de laxatifs. Sur le plan psychique on peut retrouver l'importance d'interdictions diverses, une rigidité de la pensée, une hyperactivité physique, un repli dépressif, des craintes plus ou moins massives concernant l'image du corps.

Dans le cadre de la boulimie, l'intensité et la fréquence des accès sont évaluées, de même que l'existence de fluctuations de poids, de vomissements et de prise de laxatifs. On peut constater, sur le plan psychique, l'inquiétude de perdre le contrôle de l'alimentation, le sentiment d'autodépréciation après les excès alimentaires et le retentissement des conduites sur l'humeur.

➔ Conduite à tenir au cas par cas

L'attitude des personnels de santé et sociaux de l'établissement tiendra compte des considérations qui précèdent.

Selon les éléments réunis plusieurs orientations se dessinent.

→ **Des conduites de restriction alimentaire** et des crises boulimiques ne signent pas l'existence d'une pathologie installée ; elles peuvent aussi passer inaperçues dans des formes mineures. Les personnels de santé et de service social veillent à instaurer un lien de confiance avec l'adolescent afin de suivre l'évolution.

→ **Des conduites alimentaires particulières** peuvent être réactionnelles et venir révéler des événements de vie difficiles (pertes, séparations, deuils, maltraitance physique et psychique, agressions physiques et sexuelles plus ou moins anciennes). Elles peuvent néanmoins s'installer sous une forme pathologique. Une évaluation doit être conduite afin de prendre les mesures appropriées y compris dans le cadre de la protection de l'enfance. L'assistant de service social contribue à l'évaluation de ces situations.

→ **Lorsque des signes d'alerte ont été repérés** et que l'entretien et l'examen clinique les confirment, une prise en charge à la fois physique et psychique doit être assurée.

Une information aux parents par les personnels de santé doit être envisagée, après discussion avec l'adolescent chez lequel cette information peut soulever des réticences. Les parents pourront préciser les antécédents de l'adolescent, les troubles associés, le contexte actuel de vie ; ils pourront, en lien avec leur médecin traitant, compléter le bilan médical et biologique afin d'éliminer une cause somatique (cependant rare, neurologique ou endocrinienne) aux conduites alimentaires ; ils pourront soutenir une démarche de soins psychiques si nécessaire.

La conduite à tenir se différencie suivant les tableaux cliniques.

→ **Dans le cadre de conduites de restriction** préoccupantes. Un constat d'anorexie implique l'adresse à des consultations ou services spécialisés de proximité (pédiatrie et psychiatrie infanto-juvénile en CMP, CMPP, consultation libérale) qui commenceront la prise en charge, agiront en coordination (prise en compte conjointe des aspects physiques et psychiques) et apprécieront la problématique :

- tableau d'anorexie mentale (où l'amaigrissement et

la minceur sont recherchés, niés et ne suscitent pas d'inquiétude, où la conviction d'être trop gros est persistante) ;

- anorexie dans le cadre d'un syndrome dépressif (où on retrouve une tristesse et une inhibition dépressive) ;
- autre affection psychique sous-jacente...

Ces professionnels jugeront ensuite de la nature des traitements psychothérapeutiques et des traitements médicamenteux à mettre en œuvre, et du bien-fondé d'une hospitalisation.

→ **Dans le cadre de la boulimie** : le retentissement psychique et parfois physique implique une consultation de psychiatrie infanto-juvénile (CMP, CMPP, consultation libérale...) et une consultation médicale (généraliste, pédiatre) afin d'apprécier le retentissement somatique. Là encore, les mesures spécifiques seront décidées lors des consultations menées en coordination.

→ **Des troubles globaux de la personnalité** et du développement peuvent être repérés à partir de conduites alimentaires particulières (phobies diffuses, craintes d'intrusion corporelle, altération sévère de l'image du corps) et justifieront aussi une consultation de psychiatrie infanto-juvénile.

L'adolescent étrange

Danièle Roche-Rabreau

À l'adolescence, l'émergence de la sexualité vient bouleverser l'équilibre préexistant de l'enfant. Aux transformations physiques s'ajoutent les émergences pulsionnelles que l'adolescent vit comme lui étant imposées.

Ce sentiment de perte de contrôle de son existence peut être angoissant et difficile à vivre pour l'adolescent : il peut percevoir son corps comme étranger. Ses perceptions et sa façon de réagir peuvent être anormale et irrationnelle également pour lui-même.

L'adolescent a alors besoin de son entourage familial, amical et scolaire qui constitue pour lui son cadre de vie. Il lui faut trouver un confident pour ses émotions ou perceptions inquiétantes : confident qui l'accueille,

À propos de l'adolescent

le rassure, donne un sens à ce qu'il vit.

Il lui faut aussi trouver des limites qui restent à peu près stables malgré le bouleversement qu'il vit. C'est au travers des échanges quotidiens que l'adolescent partage avec un entourage qu'il trouve ou non ce cadre contenant et structurant. C'est dans ces échanges, houleux parfois, qu'il structure son organisation psychique et son identité. Ces processus sont à l'origine d'attitudes parfois peu compréhensibles pour son entourage, irrationnelles, décalées, irritantes.

Pour certains adolescents, cette étape est insurmontable : alors se produisent des ruptures ou « dé-liaisons » dans son organisation psychique. Ces moments de rupture avec la réalité donnent aux personnes de son entourage une impression d'étrangeté qu'il faut savoir repérer pour permettre une intervention thérapeutique si nécessaire.

En effet, l'étrangeté chez un adolescent est différente de l'irrationalité : un adolescent peut être irritant dans des demandes contradictoires, irrationnel dans ses rêveries ou idéalizations, insupportable dans les moments de toute puissance qu'il tente de mettre en scène : c'est l'adolescent qui rêve d'une carrière brillante sans pour autant investir suffisamment dans la scolarité, celui qui provoque sans cesse l'adulte comme représentant de l'autorité tout en lui demandant de l'aide. Il sollicite dans ces cas-là son interlocuteur comme une personne qui va réagir émotionnellement, activement. La bizarrerie ou étrangeté, elle, suscite le malaise et paralyse plutôt l'interlocuteur par la discontinuité et la perte de sens qu'elle introduit dans la relation.

Cette étrangeté peut se retrouver dans des tableaux différents :

- étrangeté liée à une prise de toxique ;
- étrangeté dans le cadre d'un épisode de dépression ou d'excitation psychique ;
- étrangeté dans un tableau plus riche avec d'autres signes psychopathologiques ;
- étrangeté dans un tableau de dysharmonie ancienne ou au contraire dans un tableau aigu récent.

Les personnels enseignants et d'éducation sont au premier plan lorsqu'ils perçoivent une bizarrerie du comportement ou de la relation. L'adolescent ne manifeste en effet pas forcément une demande qui lui permettrait de rencontrer l'infirmière ou l'assistant du service social de l'établissement.

➔ Recueil d'informations

Les comportements qui permettent de parler d'étrangeté sont :

- une « bizarrerie » du contact ressentie avec cet adolescent, hors situation de crise émotionnelle ;
- un décalage entre ce qu'exprime l'adolescent verbalement dans les échanges et sa mimique ou ses attitudes corporelles ;
- des ruptures constatées dans la relation avec cet adolescent qui peut paraître s'absenter psychiquement pendant un échange ;
- des attitudes ou des comportements inadaptés par rapport au cadre :
 - soit dans le positionnement de l'adolescent comme élève dans la classe,
 - soit dans les échanges qu'il peut avoir avec ses pairs.

Il importe de chercher à préciser :

- dans quelles situations cette étrangeté est perçue et par qui :
 - Pendant les cours ?
 - Dans des échanges informels avec les adultes de l'établissement ?
 - Rapportée par d'autres élèves incidemment pendant les récréations ?
 - De façon ponctuelle ou continue : dans la journée, d'une journée à l'autre ?
- Cette étrangeté est-elle récente ou apparemment plus ancienne ?
- Existe-t-il un fléchissement scolaire ou un désinvestissement scolaire ?
- L'adolescent est-il isolé dans son groupe de pairs ?
- L'adolescent est-il triste ou au contraire euphorique et hyperactif ?
- Existe-t-il un absentéisme scolaire ?

➔ Conduite à tenir au cas par cas

➔ Dans un premier temps

En discutant avec lui l'enseignant doit pouvoir préciser cette étrangeté qu'il perçoit de l'adolescent : est-il en relation ou absent à la relation ? Se plaint-il de difficultés actuelles particulières ? Peut-il apporter des éléments d'information qui permettent de donner un sens à ce qui a été perçu comme bizarre par l'enseignant ?

L'enseignant ou l'équipe éducative pourra dans les rencontres avec les parents, apprécier leur réaction face aux difficultés de leur adolescent.

En tous cas, ces observations imposent après ces échanges avec collègues et CPE, de solliciter le personnel de santé et de service social. Ceux-ci pourront alors rencontrer l'adolescent puis ses parents pour compléter le recueil d'informations.

Ils doivent évaluer :

- La qualité de la relation à l'adolescent : exprime-t-il une souffrance, peut-il demander de l'aide ?
- Que perçoit-il et que vit-il de sa relation aux autres : se plaint-il d'isolement, de difficultés relationnelles avec ses pairs, d'une méfiance à l'égard des autres, de difficultés en famille ?
- Prend-il des toxiques, lesquels et à quel rythme ?
- Présente-t-il une tristesse avec dépréciation de soi, des difficultés de concentration, des troubles du sommeil ?
- Présente-t-il au contraire une exaltation, avec une pensée, des idées qui vont trop vite et/ou une agitation motrice ? une désinhibition ?
- Que transmet-il de sa vie familiale ?
- Que pense-t-il d'une rencontre avec ses parents en sa présence ?
- Que peut-il en attendre ?

Dans la rencontre avec les parents :

- Leur adolescent présente-t-il des moments d'étrangeté dans leur relation ou dans ses comportements à la maison ?
- Les parents sont-ils inquiets ou pas ?
- Leur adolescent a-t-il des préoccupations particulières : sur ses relations aux amis, sur son aspect ou sa santé physique ?
- Est-ce ancien ou récent ?
- Existe-t-il des événements familiaux récents : deuil, séparations ?
- Explorer ce qu'il en est des relations intrafamiliales entre l'adolescent et ses parents et entre l'adolescent et la fratrie.

→ Par la suite

Ce tableau doit conduire les personnels de santé de l'établissement à permettre et faciliter une consultation spécialisée au CMP, CMPP ou libérale, en pédopsychiatrie.

Cette référence en consultation sera plus aisée si l'adolescent a lui-même une demande d'aide et/ou si les parents sont inquiets.

Elle peut être difficile si l'adolescent ou ses parents sont réticents aux soins. S'ils donnent leur accord pour être accompagnés dans la prise de rendez-vous par les personnels de santé de l'établissement, la référence du jeune, voire de sa famille, vers un psychiatre aura une plus grande probabilité d'être effective et efficace.

Ces échanges devront être poursuivis si une prise en charge est effectuée au CMP ou au CMPP. Ces prises en charge obligeront souvent à un travail conjoint entre équipe de soins et personnels de santé de l'établissement pour permettre le maintien de l'adolescent dans sa scolarité et la continuité des soins sur le CMP.

Dans ce domaine du mal-être adolescent, l'équipe éducative rencontre une difficulté spécifique : l'étrangeté évoque la folie ou la psychose, dont elle peut être le reflet. Il est donc essentiel de favoriser l'accès de l'adolescent à des soins spécialisés : seules les équipes de soins spécialisés pourront évaluer la psychopathologie existante ou au contraire éliminer cette hypothèse.

Mais, en même temps qu'il faut prendre ces signes au sérieux, il faut se garder de considérer comme étranges des comportements simplement provocants ou irrationnels propres à l'adolescence et là encore les personnels de santé et de service social des établissements ont un rôle central de médiation. Enfin il convient de garder à l'esprit que la banalisation de l'usage de termes diagnostics (« schizophrène ») dans le langage courant alimente les comportements stigmatisants et par suite, peut aggraver la souffrance psychique du jeune.

N° ISBN : 978-2-11-129998-6
Achévé d'imprimer au mois d'octobre 2013
sur les presses de l'Imprimerie de la Centrale - 62302 Lens
Dépôt légal : 4^e trimestre 2013

Ministère des Affaires sociales et de la Santé
14, avenue Duquesne - 75007 Paris
www.sante.gouv.fr

Dans la même collection :



Formation à l'intervention
de crise suicidaire



Jeunes en grande difficulté :
prise en charge concertée
des troubles psychiques



Souffrances ou troubles
psychiques : rôle et place
du travailleur social

