



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Année : 2017 N° :

**REFUS SCOLAIRE ANXIEUX : ÉTUDE DE COHORTE
RÉTROSPECTIVE DE 59 PATIENTS SOIGNÉS EN MILIEU
HOSPITALIER.
« Comment optimiser leur trajectoire de soin? »**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 5 janvier 2017
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par HIRSCH Estelle
Née le 21/03/1986 à Paris 12^{ème}

Sous la direction de Madame le Docteur Marie VIORRAIN

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire

Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	⁴ Parasitologie et mycologie

Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sébastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	5 Cancérologie ; radiothérapie

Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie

Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

	BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
	BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
	BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
	CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
	COIFFIER Bertrand	Hématologie ; Transfusion
	DUBREUIL Christian	O.R.L.
	FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
	FOUQUE Denis	Néphrologie
	GILLY François-Noël	Chirurgie générale
	GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie
médicale	GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
	LAVILLE Martine	Nutrition
	LAVILLE Maurice	Thérapeutique
	MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
	MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
	MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
	MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
	NICOLAS Jean-François	Immunologie
	PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
	SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
	SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
	SIMON Chantal	Nutrition
	THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
	VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

	ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
	ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
	BERARD Frédéric	Immunologie
	BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
	BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
	BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
	CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
	CERUSE Philippe	O.R.L
	DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
	ECOCHARD René	Bio-statistiques
	FESSY Michel-Henri	Anatomie
	FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
	FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
	FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
	GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
	GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
	JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
	KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
	LANTELME Pierre	Cardiologie
	LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
	LINA Gérard	Bactériologie

LLORCA Guy
LONG Anne

Thérapeutique
Médecine vasculaire

LUAUTE Jacques
MAGAUD Jean-Pierre
PEYRON François
PICAUD Jean-Charles
PIRIOU Vincent
POUTEIL-NOBLE Claire
PRACROS J. Pierre
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire
SAURIN Jean-Christophe
TEBIB Jacques
THOMAS Luc
TRILLET-LENOIR Véronique

Médecine physique et Réadaptation
Hématologie ; Transfusion
Parasitologie et Mycologie
Pédiatrie
Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Néphrologie
Radiologie et Imagerie médicale
Biochimie et Biologie moléculaire
Hépatogastroentérologie
Rhumatologie
Dermato-Vénérologie
Cancérologie ; Radiothérapie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BARREY Cédric
BOHE Julien
BOULETREAU Pierre
CHAPET Olivier
CHOTEL Franck
COTTE Eddy
DAVID Jean Stéphane
DEVOUASSOUX Gilles
DISSE Emmanuel
DORET Muriel
DUPUIS Olivier
FARHAT Fadi
FEUGIER Patrick
FRANCO Patricia
GHESQUIERES Hervé
KASSAI KOUPAI Berhouz
LASSET Christine
LEGER FALANDRY Claire
LIFANTE Jean-Christophe
LUSTIG Sébastien
MOJALLAL Alain-Ali
NANCEY Stéphane
PAPAREL Philippe
PIALAT Jean-Baptiste
POULET Emmanuel
REIX Philippe
RIOUFFOL Gilles
SALLE Bruno

Neurochirurgie
Réanimation urgence
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Cancérologie, radiothérapie
Chirurgie Infantile
Chirurgie générale
Anesthésiologie et Réanimation urgence
Pneumologie
Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Chirurgie Vasculaire,
Physiologie
Hématologie
Pharmacologie Fondamentale, Clinique
Epidémiologie., éco. santé
Médecine interne, gériatrie
Chirurgie Générale
Chirurgie. Orthopédique,
Chirurgie. Plastique.,
Gastro Entérologie
Urologie
Radiologie et Imagerie médicale
Psychiatrie Adultes
Pédiatrie
Cardiologie
Biologie et Médecine du développement et de la

reproduction

SANLAVILLE Damien
SERVIEN Elvire
SEVE Pascal
TAZAROURTE Karim
THAI-VAN Hung
THOBOIS Stéphane
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
TRINGALI Stéphane

Génétique
Chirurgie Orthopédique
Médecine Interne, Gériatrie
Thérapeutique
Physiologie
Neurologie
Anatomie et cytologie pathologiques
O.R.L.

TRONC François
WALLON Martine
WALTER Thomas

Chirurgie thoracique et cardio.
Parasitologie mycologie
Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES

FILBET Marilène
LESURTEL Mickaël
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique
Chirurgie générale
Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

DUBOIS Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
VIART-FERBER Chantal	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BREVET Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERROT Xavier	Physiologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie moléculaire
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline
COURY LUCAS Fabienne
DESESTRET Virginie
FRIGGERI Arnaud

Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
Rhumatologie
Cytologie – Histologie
Anesthésiologie

LEGA Jean-Christophe
LOPEZ Jonathan
MAUDUIT Claire
MEWTON Nathan
NOSBAUM Audrey
VUILLEROT Carole

Thérapeutique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie – Histologie
Cardiologie
Immunologie
Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

*Les Professeur émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation.
Ils ne peuvent pas être président du jury.*

ANNAT Guy
BELLON Gabriel
BERLAND Michel
CARRET Jean-Paul
DALERY Jean
FABRY Jacques
MOYEN Bernard
PACHECO Yves
PERRIN Paul

Physiologie
Pédiatrie
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Anatomie - Chirurgie orthopédique
Psychiatrie Adultes
Epidémiologie
Chirurgie Orthopédique
Pneumologie
Urologie

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Nicolas GEORGIEFF, que je remercie d'avoir accepté d'être président de jury. J'ai pu auprès de vous me former tant sur le plan clinique que théorique. Et je vous remercie de bousculer nos acquis, nos idées reçues sur la pédopsychiatrie afin de nous pousser à regarder ce qui est proposé ailleurs et améliorer la prise en charge de nos patients.

Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET, que je remercie d'avoir accepté d'être membre de jury. Vos articles dans le domaine du refus scolaire anxieux restent des références qui m'ont permises d'approfondir mon travail de thèse.

Madame le Professeur Patricia FRANCO, que je remercie d'avoir accepté d'être membre de jury. J'ai pu auprès de vous me sensibiliser à la question des troubles du sommeil chez les patients présentant un refus scolaire anxieux.

Et un remerciement spécial à Madame le Docteur Marie VIORRAIN sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour. Merci Marie de m'avoir accompagnée dans ce travail de thèse avec cette gentillesse et cette intelligence qui te caractérise.

Aux équipes de pédopsychiatrie qui m'ont formée,

Et en premier lieu, à l'« U.S. Enfant » de Bourg en Bresse et particulièrement à Madame le Docteur Nathalie GUALDO qui m'a accompagnée pour mes premiers pas d'interne et dont l'approche clinique m'a nourrie pendant tout mon internat.

À L'unité TCA de la Clinique Saint Vincent de Paul et à Monsieur le Docteur Edouard CARRIER qui m'a permis, grâce à sa bienveillance et son expertise, d'appréhender cette problématique complexe fréquemment rencontrée en pratique clinique.

À L'unité du 502, à Monsieur le Docteur REVOL, à Monsieur le Docteur GERARD, à Marie (encore) et à la formidable équipe de psychologues. Les synthèses en votre compagnie ont été une source d'enrichissement et les repas au self des moments fort appréciés.

A l'équipe de l'I.T.T.A.C, à Madame le Docteur Marion THEVENET, à Madame le Docteur Emmanuelle CHERVET, à Madame le Docteur Anne-Laure MONTET, à Madame le Docteur Coralie ANGONIN, à Monsieur le Docteur Nathan RENARD, à Madame le Docteur Marie Maud GEOFFRAY et à Madame le Docteur Isabelle SOARES-BOUCAUD. La multiplicité des pratiques cliniques de ce service m'a montré un panel de prise en charge très diversifiée et m'a préparée au travail de pédopsychiatre en CMP.

À ma famille,

A mes grands parents, Nan et Nanie, Pépé et Mémé, qui m'ont toujours accompagné en mélangeant amour, enseignement, art et médecine.

A ma maman pour son amour inconditionnel, ses coups de boost et nos divergences de points de vue concernant la pédopsychiatrie.

A mon père et à Sim qui de par leur pragmatisme et leur intelligence ont toujours été une source d'inspiration.

A ma Rachou pour ses encouragements et son grain de folie.

A Eric, mon amour, pour sa patience, son soutien du quotidien et son aide précieuse dans la traduction de certains articles en anglais.

A ses parents, pour leur accueil et également leur aide à la traduction.

A mes amis,

Aux tourangeaux (Anne-so, Marie, Clément, Adrien, Caroline et Vincent, Nico, Antoine, Aude, Audrey, Matthieu, Vanessa et Maud) pour ce WEI mémorable, les soirées médecine, les verres place plum', les films au Studio, les voyages et les vacances au ski.

Aux lyonnais (Max, Eléonore, Jean-Arnaud, Nathalie, Lucie, Constance, Anne-Sophie, Habire, Mathilde, Louis, Johan, Florent, Edouard, Charline, Rémi, Marianne et Diane) pour ces années d'internat qui furent merveilleuses.

A mes amis de toujours ou presque, Pauline, Juliette, Marie qui me rappellent qu'un monde en dehors de la médecine existe.

À ceux qui m'ont aidée à réaliser cette thèse,

A Marine Reuangrith, secrétaire de l'unité 502, qui m'a accompagné dans cette valse des dossiers avec sourire.

A Julien Berthillier, pour l'aide à la réalisation de cette étude, en particulier l'analyse statistique.

A Chantal Silarakis, bibliothécaire au HCL, pour son efficacité et sa gentillesse.

INTRODUCTION.....	p19
I. PREMIERE PARTIE : LA BIBLIOGRAPHIE.....	p21
A. <u>Refus scolaire anxieux : définition.....</u>	p22
1. <u>Evolution du concept.....</u>	p22
a) <i>Prémices.....</i>	p22
b) <i>Phobie scolaire.....</i>	p23
c) <i>Anxiété de séparation.....</i>	p25
d) <i>Multiplication des profils psychopathologiques.....</i>	p25
e) <i>Refus scolaire anxieux.....</i>	p26
2. <u>Controverses actuelles.....</u>	p27
a) <i>Le comportement de refus scolaire.....</i>	p27
b) <i>La notion de décrochage scolaire.....</i>	p28
3. <u>Définitions cliniques du refus scolaire anxieux.....</u>	p30
Résumé.....	p32
B. <u>Refus scolaire anxieux : présentation clinique.....</u>	p33
1. <u>Epidémiologie.....</u>	p33
a) <i>Fréquence.....</i>	p33
b) <i>Age de début des troubles.....</i>	p34
c) <i>Sex-ratio.....</i>	p34
d) <i>Niveau socio-économique.....</i>	p35
2. <u>Manifestations cliniques.....</u>	p35
a) <i>Début des troubles.....</i>	p35
b) <i>Symptomatologie clinique anxieuse et comportementale....</i>	p36
c) <i>Signes fonctionnels et comorbidités somatiques.....</i>	p39

3.	<u>Diagnostics psychopathologiques, comorbidités et diagnostics différentiels psychiatriques</u>	p42
	a) <i>Diagnostics psychopathologiques</i>	p42
	b) <i>Comorbidités</i>	p45
	c) <i>Diagnostics différentiels psychiatriques</i>	p47
4.	<u>Synthèse : comparaison refus scolaire anxieux, formes mixtes et école buissonnière</u>	p47
5.	<u>Echelles</u>	p49
6.	<u>Evolution du refus scolaire anxieux</u>	p50
	a) <i>Profils évolutifs</i>	p51
	b) <i>Retentissement sur la scolarité</i>	p52
	c) <i>Retentissement sur l'insertion sociale</i>	p52
	d) <i>Retentissement psychiatrique</i>	p52
	e) <i>Retentissement familial</i>	p53
	Résumé.....	p54
C.	<u>Refus scolaire anxieux : prise en charge</u>	p55
1.	<u>Psychothérapie individuelle</u>	p55
2.	<u>Traitements médicamenteux</u>	p60
	a) <i>Les antidépresseurs</i>	p60
	b) <i>Les anxiolytiques</i>	p62
	c) <i>Autres</i>	p62
3.	<u>Recommandations</u>	p64
4.	<u>Soin familial</u>	p64
	a) <i>Facteurs familiaux</i>	p65
	b) <i>Modalités de soin</i>	p66
5.	<u>Sur le plan scolaire</u>	p67
6.	<u>Modalités de prise en charge : hospitalier, ambulatoire</u>	p69
	a) <i>Parcours de soin</i>	p69
	b) <i>Hospitalisation complète</i>	p70

II.	DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE DE COHORTE	p74
A.	<u>Problématique</u>	p75
B.	<u>Objectifs</u>	p75
C.	<u>Matériel et méthode</u>	p75
1.	<u>Lieu d'étude</u>	p75
2.	<u>Sélection des patients</u>	p76
a)	<i>Modalité de sélection</i>	p76
b)	<i>Critères d'inclusion</i>	p76
c)	<i>Critères d'exclusion</i>	p77
d)	<i>Données recueillies</i>	p77
e)	<i>Analyse statistique</i>	p81
D.	<u>Description épidémiologique : résultats</u>	p82
1.	<u>Sélection des patients</u>	p82
2.	<u>Données générales</u>	p82
3.	<u>Données sociodémographiques</u>	p83
4.	<u>Histoire de la maladie</u>	p84
5.	<u>Données cliniques individuelles</u>	p88
6.	<u>Caractéristiques familiales</u>	p91
7.	<u>Prise en charge</u>	p92
8.	<u>Evolution</u>	p95
E.	<u>Recherche de facteurs associés à la reprise scolaire complète</u>	p96
1.	<u>Sélection des patients</u>	p96
2.	<u>Données recueillies</u>	p96
3.	<u>Résultats</u>	p97
F.	<u>Comparaison des modalités de prise en charge</u>	p97
1.	<u>Sélection des patients</u>	p97
2.	<u>Données recueillies</u>	p98
3.	<u>Résultats</u>	p99
G.	<u>Discussion</u>	p99
1.	<u>Effectifs de la cohorte</u>	p100
2.	<u>Données sociodémographiques</u>	p100

3.	<u>Histoire de la maladie</u>	p101
4.	<u>Profils cliniques des patients</u>	p104
5.	<u>Caractéristiques familiales</u>	p108
6.	<u>Développement du trouble</u>	p110
7.	<u>Parcours de soin des patients</u>	p110
8.	<u>Prise en charge</u>	p112
9.	<u>Rechute</u>	p114
10.	<u>Facteur associé à la reprise scolaire complète</u>	p114
11.	<u>Biais de l'étude</u>	p115
12.	<u>Synthèse de l'étude</u>	p115

III. TROISIÈME PARTIE : PROPOSITIONS POUR UNE AMÉLIORATION DE LA TRAJECTOIRE DE SOIN DES PATIENTS PRÉSENTANT UN REFUS SCOLAIRE ANXIEUX

A.	<u>Rappel des liens entre les notions de décrocheurs potentiels et refus scolaire anxieux</u>	p119
B.	<u>Repérage précoce</u>	p119
C.	<u>Parcours de soin</u>	p120
D.	<u>Algorithme de la prise en charge spécialisée du refus scolaire anxieux</u>	p121
E.	<u>Exemple du protocole de prise en charge</u>	p121

CONCLUSION.....	p123
-----------------	------

ANNEXE 1.....	p128
---------------	------

ANNEXE 2.....	p129
---------------	------

BIBLIOGRAPHIE.....	p134
--------------------	------

« Mais à quoi pensent-ils dans ton école ? Est-ce qu' ils se figurent que je vais vivre ma vie entière loin de mon fils ? Mourir loin de mon fils ? Ils n'ont donc pas de mère ces gens-là ? »

L'Enfant noir (1953) de Camara Laye

INTRODUCTION

Le refus scolaire anxieux est une problématique d'actualité, qui touche 0,3 à 1,7% des enfants en âge scolaire et un nombre non négligeable de patients consultant en pédopsychiatrie (5%) (Girardon et Guillonnet 2009; Baranger 2012; Holzer et Halfon 2006; Gallé-Tessonnet, Doron, et Grondin 2016), avec une incidence qui semble en augmentation (Gallé-Tessonnet, Doron, et Grondin 2016; Baranger 2012).

Pour Rey (Rey et Gaillard 2001), le refus scolaire anxieux pourrait être le nouveau « symptôme culturellement déterminé » comme cela a pu être évoqué pour l'anorexie mentale à la fin du XXème siècle. Nous pouvons d'ailleurs approfondir ce parallèle fait entre le refus scolaire anxieux et l'anorexie mentale, certaines ressemblances pouvant être soulignées.

Ces deux troubles émergent majoritairement à l'adolescence, même si des cas de patients plus jeunes peuvent aussi exister. Un symptôme comportemental relativement facile à repérer (déscolarisation ou amaigrissement) est au premier plan et amène les familles, démunies et inquiètes, à venir consulter dans l'urgence, dans l'espoir d'une réponse claire et d'une évolution rapide. Or la temporalité tant clinique que thérapeutique de ces patients est toute autre, beaucoup plus lente. Les tableaux cliniques sont complexes du fait de l'implication de facteurs personnels, familiaux et environnementaux mais aussi de l'intrication entre le somatique et le psychisme (signes fonctionnels au premier plan dans le refus scolaire anxieux et retentissement de la dénutrition dans l'anorexie mentale). Les prises en charge sont longues et difficiles, pouvant entraîner un épuisement des patients, des parents et des soignants eux-mêmes. Les conséquences à moyen et long terme sont sévères : dans le refus scolaire anxieux il faut prendre en compte les enjeux publics qu'elles représentent, touchant à la fois les domaines de l'Education (décrochage scolaire et limitation de l'insertion professionnelle) et de la Santé (risque accru à l'âge adulte de troubles psychiatriques chroniques et invalidants, entrant dans le champ du handicap).

De nombreux auteurs se sont intéressés à la problématique du refus scolaire anxieux, en explorant dans un premier temps les aspects psychopathologiques, les enjeux psychodynamiques, familiaux, sociétaux puis les modalités de prise en charge.

Mais à l'inverse de l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent, le refus scolaire anxieux n'est pas reconnu comme une entité clinique à part entière. Sa nomenclature reste à l'heure actuelle controversée, ce qui limite son évaluation épidémiologique et la mise en place de consensus tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Or un retard dans le repérage diagnostique et dans l'orientation de ces patients vers un soin spécialisé a un impact majeur sur leur pronostic, et un manque de repères quant aux moyens thérapeutiques pourtant complexes rend difficile la coordination des équipes pédagogiques et de soin.

Afin de tenter de répondre à ce manque de clarté, nous nous sommes intéressés à la trajectoire de soin de ces patients.

Dans un premier temps, nous présenterons un travail de revue de la littérature qui a pour objectif de cerner la définition du refus scolaire anxieux, sa présentation clinique et son traitement.

Dans un deuxième temps, nous réaliserons une étude de cohorte rétrospective à partir des patients pris en charge pour cette problématique dans un service intersectoriel de psychiatrie infantile du Centre Hospitalier Universitaire de Bron.

Les objectifs de cette étude sont : 1/ de proposer un état des lieux de la clinique et de la prise en charge de ces patients, 2/ de rendre plus visibles d'éventuels facteurs pronostiques, et 3/ de comparer les différentes prises en charges proposées dans le service dans les contextes de refus scolaire anxieux.

Dans un troisième temps, à partir des données de la littérature et des résultats de notre étude, nous avons émis des propositions afin d'améliorer le repérage précoce, le parcours de soin et la prise en charge de ces patients.

I. PREMIERE PARTIE : LA BIBLIOGRAPHIE

A. Refus scolaire anxieux : définition

Dans cette première sous partie, nous tentons d'appréhender la définition du concept de refus scolaire anxieux. Pour cela, nous reprendrons dans un premier temps l'évolution des regards portés sur ces enfants qui refusent d'aller à l'école ainsi que les tentatives d'explications psychopathologiques mises en avant au fil du temps. Dans un deuxième temps, nous verrons que la multiplicité des termes utilisés rend son élaboration confuse et que ce concept reste à l'heure actuelle très controversé. Puis dans un troisième temps, nous essayerons grâce à la littérature d'en dégager tout de même une définition claire sur laquelle s'appuiera la suite de notre travail.

De nombreux auteurs se sont intéressés à la question du refus scolaire, nous ne mettrons en lumière que ceux fréquemment cités pour avoir fait évoluer la terminologie associée au trouble.

1. Evolution du concept

a) Les prémices

Nous ne pouvons pas évoquer l'évolution de la notion de refus scolaire sans rappeler rapidement la mise en place d'une école laïque, obligatoire et gratuite.

C'est d'abord sous l'ancien régime que se sont développées ce qui était appelé « les petites écoles ». Elles avaient pour but de donner une instruction de base aux enfants comme apprendre à lire, écrire, compter (Ordonnance du 13 décembre 1698). Elles étaient généralement destinées aux garçons et leur financement était entièrement à la charge de la famille. Pour de nombreuses raisons, nous pouvons concevoir que cela n'encourageait pas les élèves à être assidus et que leur fréquentation scolaire dépendait fortement des moyens financiers et de l'engagement des parents envers l'institution scolaire. Les enfants des familles appartenant à la noblesse y étaient plus fortement représentés.

Dans les années 1790, un autre texte fondateur est voté, rendant l'enseignement laïque et gratuit. Il y a alors une volonté progressive d'ouvrir l'enseignement à tous tant en terme de niveau socio-économique qu'en terme de genre.

Mais ce ne sera en France, qu'à partir de **1881 - 1882** avec les **lois Ferry** que le système scolaire est franchement modifié. L'enseignement primaire devient alors obligatoire pour les enfants âgés de 6 à 13 ans. Il faudra attendre 1959, pour que cet âge soit repoussé à 16 ans.

Cette obligation apparaît de façon concomitante (XIX^{ème} siècle) dans la plupart des pays occidentaux.

Comme nous pouvons aisément l'imaginer, le comportement d'absentéisme est ancien. **Cependant, nous ne pouvons évoquer la notion de refus scolaire qu'à partir du moment où l'obligation scolaire a été posée.**

Ces enfants qui refusent de se rendre à l'école ont alors commencé à intéresser les cliniciens et les premières observations d'enfants qui ont peur de l'école apparaissent (A. Binet 1887, G. Heuyer 1914).

En 1913, Jung évoque pour la première fois une forme de « refus névrotique » d'aller à l'école.

Très rapidement, se dégagent certains profils d'enfants pour qui le refus scolaire est mis en lien avec des difficultés psychoaffectives en opposition à ceux qui présentent un comportement de pré- délinquance.

Notamment, Broadwin, en 1932, isole, en étudiant l'école buissonnière, des enfants qui quittent l'école pour rentrer chez eux et apaiser des inquiétudes qu'ils ont à propos de leur mère (Broadwin, 1932; cité par Gallé-Tessonneau, Doron, et Grondin 2016; Baranger 2012; Le Heuzey 2008; Lamotte, Doncker, et Goëb 2010; Holzer et Halfon 2006).

Dès lors les termes et concepts qui sous-tendent cette notion de refus scolaire n'ont pas cessé d'évoluer.

b) La phobie scolaire

C'est au milieu du XX^{ème} siècle, que Johnson, Falstein et Svendsen (1941) emploient le terme de phobie scolaire pour la première fois, pour décrire « ces enfants qui pour des raisons irrationnelles refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer » (cité par Sudres 2004 ; Gallé-Tessonneau, Doron, et Grondin 2016 ; Le Heuzey 2008 ; Baranger 2012 ; Lamotte, Doncker, et Goëb 2010 ; Holzer et Halfon 2006).

Pour certains auteurs (Waldfoegel 1957, Sperling 1967 cités par Racle 2006, Birraux 2014) le terme de « phobie scolaire » est justifié par l'organisation même du trouble. Ils estiment effectivement que les comportements de refus scolaire peuvent être appréhendés et compris au niveau psychodynamique comme une véritable phobie, à savoir un déplacement, par l'enfant, de pulsions agressives effrayantes sur un objet

phobique (objet ou une situation) entraînant une peur de cet objet ou cette situation antérieurement neutre qui est alors redouté et évité.

En 2000, lors de la quatrième révision de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA), le terme de phobie scolaire apparaît en tant qu'entité clinique, dans le chapitre 7 intitulé « Troubles des conduites et des comportements ». Les auteurs y classent « les manifestations d'angoisse majeure avec souvent phénomène panique, liées à la fréquentation scolaire et interdisant sa poursuite sous les formes habituelles. »

Le terme de phobie scolaire est encore très présent dans le langage psychiatrique (notamment français) mais également dans le langage courant.

Cependant, dans les classifications internationales telles que le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM) ou la Classification Internationale des Maladies (CIM), la phobie scolaire n'apparaît pas comme une entité clinique à part entière.

Les auteurs de la CFTMEA font correspondre leur définition avec la cotation F94.8 de la CIM-10 soit « autres troubles du fonctionnement social de l'enfance ».

Mais dans les revues de littérature récentes (Racle 2006, Benbrika 2010, Compan 2014) les auteurs ne font pas référence à cette cotation et préfèrent associer la phobie scolaire à une « phobie spécifique » que l'on retrouve dans le DSM IV dans les « troubles anxieux » : phobie spécifique de type situationnelle (F40.2).

Dans la CIM 10, la phobie scolaire peut être classée parmi les « troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » dans la catégorie « autres troubles spécifiques » (F40.8).

Il n'y a pas de consensus international quant à la classification de ce trouble et l'entité phobique même soulève des controverses et certains auteurs recommandent un changement de dénomination.

Pour eux, les mouvements mis en jeu dans les comportements de refus scolaire s'éloignent de la conception des phobies habituellement décrites en psychiatrie de l'adulte et s'autonomise par son organisation psychopathologique non fondée sur l'objet de la peur. Les mécanismes en jeu sont plus complexes et diversifiés que ceux habituellement à l'œuvre. L'école n'étant fréquemment pas au centre du problème, mais témoignerait d'autres troubles sous-jacents.

Un des premiers profils psychopathologiques sous-jacent à avoir été décrit est le trouble anxiété de séparation.

c) L'anxiété de séparation

En 1939, Partridge en étudiant 50 situations d'absentéisme scolaire met en avant cinq profils d'élèves dont le groupe « psycho-névrotique » regroupant 10 enfants qu'il décrit comme étant très différents des autres. L'école n'est alors pas, pour lui, le facteur principal explicatif du refus scolaire. Ce comportement était en lien avec une relation émotionnelle particulière entre la mère et l'enfant (Partridge 1939).

Estes en 1956, émet également l'hypothèse que la phobie scolaire pourrait être expliquée par une angoisse de quitter la mère et non en lien avec une peur de l'école (cité par Racle 2006).

En 1957, Johnson, qui avait été parmi les premiers auteurs à évoquer le terme de phobie scolaire, revient sur cette notion, soulignant également que l'étiologie du trouble est davantage en lien avec une anxiété de séparation. (Citée par Gallé-Tesson, Doron, et Grondin 2016 ; Baranger 2012 ; Holzer et Halfon 2006).

C'est dans cette même approche que dans les années 1980, le refus scolaire apparaît de façon plus spécifique dans le DSM III comme un élément de définition de l'« anxiété de séparation ».

Dans les refus scolaires, l'entité « anxiété de séparation » devient une entité reconnue, surtout chez l'enfant. Mais avec l'allongement de l'âge obligatoire de la scolarité (jusqu'à 16 ans, en 1959, en France), des formes de refus scolaire chez l'adolescent apparaissent et font émerger d'autres profils : notamment la phobie sociale.

d) Multiplicité des profils psychopathologiques

Il est donc logique que dans la version du DSM III, le refus scolaire soit également considéré comme un élément entrant dans les critères diagnostiques de la « phobie sociale ». Les auteurs s'intéressent également aux troubles dépressifs fréquemment associés au refus scolaire.

De nombreuses entités cliniques sont donc associées au comportement de refus scolaire qui apparaît comme un symptôme possible, secondaire à plusieurs profils psychopathologiques.

Certains auteurs (C.G Last en 1987, Laget en 1998, Golse en 2002 cités par Racle 2006), soulignent à la fois la complexité des facteurs (notamment intra psychiques) mis en jeu dans ce trouble mais également l'importance de distinguer les différents mécanismes psychopathologiques sous-jacents. Les termes de phobie (spécifique ou sociale) ou d'anxiété de séparation ne suffisent pas à eux seuls pour expliquer la totalité des patients présentant ce trouble.

C'est pourquoi certains auteurs (Launay 1957, Hersov 1990, Mouren-Simeoni 1993 cités par Racle 2006) préconisent l'utilisation d'un terme plus neutre qui ne présume pas du profil psychopathologique sous-jacent : le refus scolaire anxieux.

e) Refus scolaire anxieux

Le terme de refus scolaire anxieux est effectivement un **terme descriptif, athéorique et qui ne suppose pas une homogénéité du trouble.**

A partir des années 1960, alors que les pays francophones restent attachés à la notion de phobie scolaire, dans les pays anglo-saxons la notion de « school refusal » émerge dans le but de mettre en avant la primauté mais également la variété des troubles anxieux en jeu dans ce phénomène (Holzer et Halfon 2006).

Il est à noter que la traduction française de « school refusal » en refus scolaire n'est pas approprié, renvoyant plutôt à l'image d'un comportement de délinquance et non à un trouble psycho-affectif (Gallé-Tessonneau, Doron, et Grondin 2016). Le terme de refus scolaire anxieux voit alors le jour.

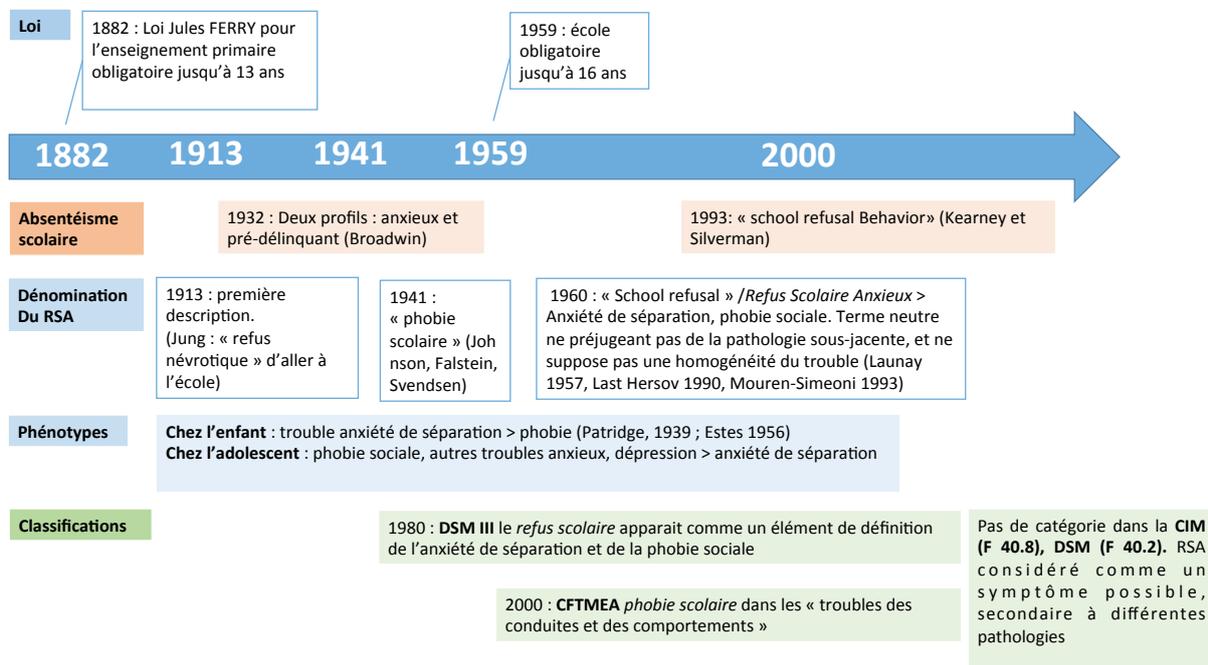


Figure 1 : Évolution du concept de refus scolaire anxieux

2. Les controverses actuelles.

Au fur et à mesure de l'évolution du concept, le champ d'analyse a été élargi, et n'est plus l'apanage des cliniciens en pédopsychiatrie. Les champs sociaux et éducatifs s'y intéressent. Ces différentes approches vont amener à de nouveaux débats.

a) Comportement de refus scolaire :

On retrouve, depuis les années 1990 le terme générique de « school refusal behavior » dont la traduction est « le comportement de refus scolaire » et qui a été proposé par Kearney et Silverman. Cette conception se retrouve principalement dans les études américaines et anglaises (Gallé-Tessonneau, Doron, et Grondin 2016), les auteurs s'intéressent alors principalement au comportement d'absentéisme et tentent de dégager les différents problèmes en lien avec la fréquentation de l'école.

Il en ressort que parmi ces enfants et adolescents qui refusent d'aller à l'école deux catégories se dégagent :

- ceux, décrits ci-dessus, qui ne *peuvent* pas aller à l'école : le refus scolaire est associé à une dimension anxieuse ou dépressive. Nous parlerons alors de refus scolaire anxieux.
- Et ceux qui ne *veulent* pas aller à l'école : le refus scolaire est alors fréquemment associé à des troubles des conduites, des troubles oppositionnels avec provocation (Holzer et Halfon 2006). L'absentéisme est vécu sans culpabilité par

l'enfant ou l'adolescent (Desombre et al. 1999). La littérature utilise le terme « truancy » qui fait écho, en France, à la notion « d'école buissonnière ».

Certains auteurs (Egger, Costello, et Angold 2003; Holzer et Halfon 2006), insistent sur **l'importance de distinguer ces différents profils d'enfants** afin d'une part d'appréhender les troubles psychopathologiques en jeu dans ces comportements de refus scolaire. Nous verrons dans un deuxième temps qu'il existe effectivement des différences épidémiologiques et cliniques. D'autre part, afin d'apporter une prise en charge adéquate et différenciée.

Confondre les patients présentant un refus scolaire anxieux avec les enfants ou adolescents ne voulant pas aller à l'école renforce les représentations sociales erronées et le sentiment d'injustice ressenti par ces jeunes.

Une étude réalisée en 2011 (Torrens Armstrong et al. 2011) explorant les perceptions du personnel de l'école et notamment du personnel soignant montre bien à quel point le regard qu'ils peuvent avoir sur l'élève a une conséquence pour celui-ci, notamment dans la façon qu'ils auront de réagir face au refus scolaire que présente l'enfant ou l'adolescent. S'ils estiment l'enfant malade d'une « maladie légitime » ils vont plutôt avoir tendance à proposer de l'aide plutôt que de la discipline et à aborder le problème avec bienveillance. A l'opposé, le risque serait d'attribuer le comportement de refus scolaire anxieux à une paresse ou à une faiblesse de caractère de l'enfant ou à une mauvaise éducation. En oubliant que ces tableaux cliniques sont beaucoup plus complexes, le personnel scolaire ne prendrait pas en compte la souffrance psychique de l'enfant. La réponse donnée au comportement de refus scolaire anxieux ne serait alors pas adaptée, renforçant le trouble et le sentiment de « double peine » ressenti par le patient.

Il est cependant parfois difficile de faire la distinction entre ces deux cliniques car il existe un certain degré de recouvrement avec des formes dites mixtes présentant à la fois des caractéristiques anxieuses et des troubles du comportement à type de trouble des conduites et de trouble oppositionnel avec provocation.

b) La notion de décrochage scolaire :

Des auteurs canadiens, notamment Lévesque et Janosz¹, s'intéressent aux « décrocheurs scolaires », qu'ils décrivent comme « la proportion de la population qui ne fréquente pas l'école et qui n'a pas obtenu de diplôme d'étude du secondaire. » Cette analyse ne s'appuie pas sur des processus psychopathologiques mais sur le rapport qu'entretiennent ces jeunes à la question du scolaire (leur engagement scolaire ou motivation, leur rendement scolaire, et leur comportement vis-à-vis des règles). Ils décrivent quatre profils d'étudiants différents.

- Les décrocheurs potentiels « discrets » qui ne posent pas de problème de comportement, qui ont un bon engagement vis-à-vis de leur scolarité, qui aiment l'école. Ces enfants ont un rendement légèrement supérieur au niveau attendu pour le passage en classe supérieure. Ce sont les décrocheurs potentiels qui passent le plus souvent inaperçus.
- Les décrocheurs potentiels « désengagés » ont un faible engagement scolaire, un rendement scolaire moyen à faible, n'arrivent pas à donner sens à leur scolarité. Ils ne présentent pas de troubles majeurs du comportement de type indiscipline.
- Les décrocheurs potentiels « sous performants » qui présentent une problématique majeure au niveau des apprentissages ayant comme conséquence un faible engagement scolaire. Ils peuvent manifester un peu d'indiscipline mais sans trouble du comportement majeur.
- Les décrocheurs potentiels « inadaptés ». Ce sont les élèves pour lesquels l'expérience scolaire est la plus négative. Ils présentent un haut niveau d'indiscipline scolaire dont des troubles du comportement, un faible rendement académique, et un faible engagement face à l'école.

Les notions de refus scolaire anxieux et de décrochage scolaire ne sont pas superposables et correspondent aux lectures du psychologue et du sociologue. L'évaluation d'un potentiel décrochage scolaire pourrait avoir un intérêt dans la **prévention** du refus scolaire anxieux en repérant les éventuels facteurs de risque (troubles des apprentissages ? précocité intellectuelle ? inadaptation scolaire ?) afin de proposer des aménagements ou d'éventuelles réorientations plus adaptées. Si le potentiel décrocheur scolaire venait à être déscolarisé alors la prise en charge devrait être adaptée au type de comportement de refus scolaire (anxieux, mixte, école buissonnière).

¹J. Lévesque et M. Janosz. La trousse d'évaluation des décrocheurs potentiels: un outils de dépistage économique, efficace et valide de prévention ciblée du décrochage scolaire. 2^{ème} congrès biennal du CQJDC. 2008.

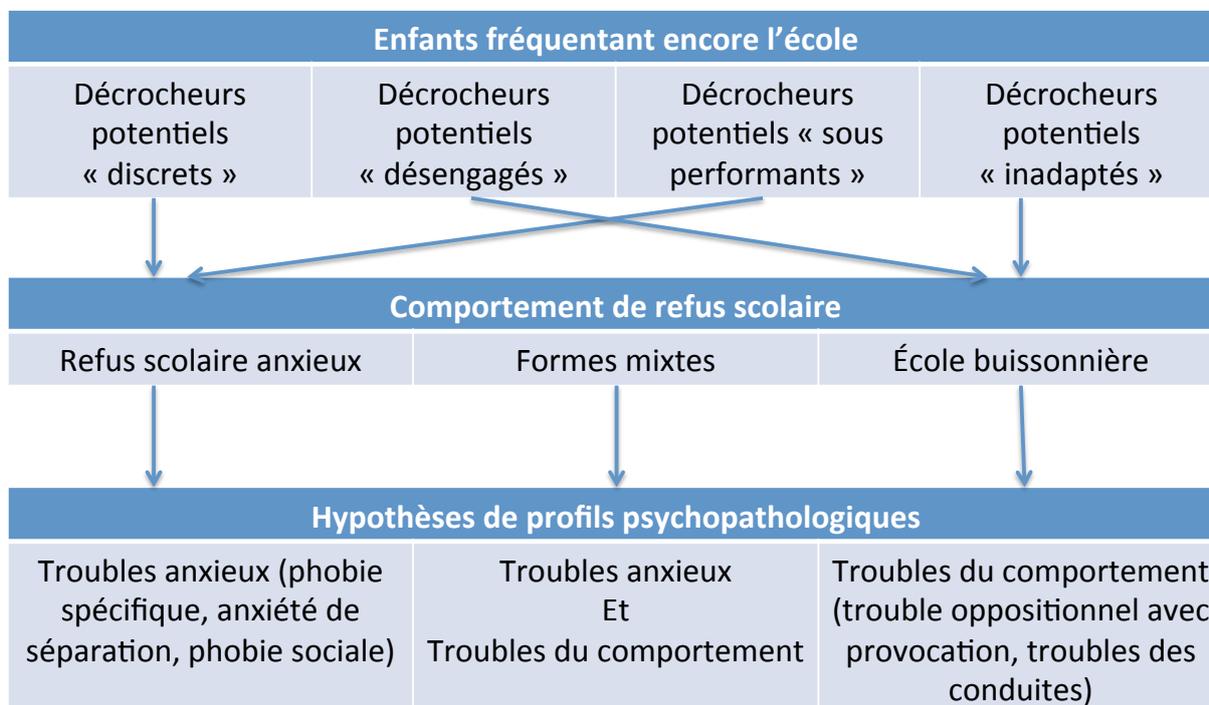


Figure 2: Liens entre décrocheurs potentiels et refus scolaire, à partir de Janosz 2007, la Trousse d'évaluation des décrocheurs potentiels (TEDP), GRES, Université de Montréal.

Ces différentes approches ne sont donc pas antinomiques et permettent une compréhension plus approfondie du phénomène de refus scolaire. Un consensus entre les différents domaines de compétence (champs du soin, de l'éducatif et du social) est possible et amène à considérer les comportements de refus scolaire comme un spectre avec deux extrémités : d'un côté les élèves présentant plutôt des troubles anxieux sévères (troubles internalisés) et de l'autre les élèves inadaptés ou refusant la scolarité et présentant des troubles externalisés. Avec entre les deux une zone de recouvrement puisqu'une proportion de patients va présenter à la fois des troubles internalisés et des troubles externalisés.

Il est donc important que les différents professionnels pouvant rencontrer des enfants déscolarisés soient bien formés à ces questions, afin de mieux les repérer mais aussi qu'un langage commun puisse être trouvé pour limiter les malentendus et la stigmatisation de ces patients et favoriser une prise en charge cohérente, adaptée à la clinique de l'élève.

Dans la suite de notre travail, nous axerons nos données sur le refus scolaire anxieux.

3. Définitions cliniques du refus scolaire anxieux.

Comme nous l'avons vu précédemment, la multiplicité des termes et des conceptions n'a pas permis de dégager une entité clinique spécifique du refus scolaire anxieux. Dans cette volonté de clarification, et afin de proposer une définition pouvant faire consensus auprès des soignants, nous avons cherché dans la littérature les descriptions cliniques

les plus fréquemment utilisées pour évoquer ces manifestations anxieuses « à symptômes scolaires ».

Nous avons donc retrouvé dans la littérature deux définitions cliniques fréquemment utilisées.

La première a été établie en 1992 par **Berg** et s'appuie sur **cinq critères diagnostiques** :

- Réticence ou refus fréquent d'aller à l'école ;
- Recherche du réconfort et la sécurité de la maison, préférant rester près des figures parentales, en particulier pendant les heures de classe ;
- Présence de troubles émotifs lorsqu'ils sont confrontés à la perspective d'avoir à aller à l'école, comme en témoignent une crainte excessive, des crises de colère, de la tristesse, bien que cela puisse prendre la forme de symptômes physiques inexplicables ;
- Absence de tendances antisociales graves, en dehors de l'agressivité possible lorsque l'on tente de forcer la fréquentation scolaire.
- Le problème n'est pas dissimulé aux parents, qui ont fait des efforts raisonnables pour assurer la présence de l'enfant à l'école au cours de l'histoire du problème.

Ces critères ont l'avantage de bien correspondre à la réalité du praticien et à la dimension anxieuse du tableau clinique de ces patients.

Certains auteurs utilisent ces critères seuls tandis que d'autres y associent un critère **d'absentéisme** (Gallé-Tessonneau, Doron, et Grondin 2016).

La deuxième est surtout retrouvée dans la littérature française et fait référence à la définition donnée par **Ajuriaguerra** dans le Manuel de psychiatrie de l'enfant publié en 1977 (Le Heuzey 2008; Miglianico 2016). Cette définition reprend la description clinique faite par Johnson en 1941, soit « **ces enfants qui pour des raisons irrationnelles refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer** ».

Résumé :

Depuis que l'école est obligatoire, les auteurs se sont intéressés aux enfants présentant un absentéisme. Très vite dans leurs observations, une manifestation clinique a émergé : celle de l'anxiété, permettant de différencier certains élèves qui refusent d'aller à l'école du fait de réactions d'angoisses importantes, de ceux refusant d'aller à l'école dans un mouvement d'opposition, de pré-délinquance. De nombreux termes ont alors, au fil du temps, été associés au refus scolaire anxieux renvoyant à des références théoriques différentes, souvent débattues et opposées (phobie scolaire, anxiété de séparation principalement). Même si la terminologie de phobie scolaire est bien ancrée comme référentiel tant dans la littérature médicale francophone que dans la société française, le terme de refus scolaire anxieux lui est préféré dans la littérature internationale. En s'affranchissant des mécanismes potentiellement mis en jeu dans ce trouble, cette terminologie athéorique permet tout en mettant en avant les symptômes anxieux, de faire apparaître un tableau clinique complexe et multifactoriel.

La complexité de la présentation clinique et la multiplicité des termes utilisés n'ont pas permis que le refus scolaire anxieux soit reconnu comme une entité clinique à part entière.

Aucune définition ni critère diagnostique précis ne fait donc consensus.

Malgré tout, la plupart des auteurs font référence aux définitions de Berg ou de Ajuriaguerra qui reflètent bien la réalité du praticien et le tableau que présentent ces enfants ou adolescents, sans préjuger des processus psychopathologiques sous-jacents.

Dans la pratique quotidienne, ces patients présentent des tableaux symptomatiques bruyants, complexes, polymorphes mais qui laissent émerger des caractéristiques communes que nous détaillerons dans la suite de notre travail.

B. Refus scolaire anxieux : présentation clinique

Après avoir repris l'évolution du concept, nous proposons dans cette partie d'en faire la présentation clinique, qui elle fait consensus.

Pour cela, nous donnerons dans un premier temps les bases épidémiologiques pour apporter dans un second temps une description des manifestations cliniques anxieuses, comportementales et somatiques.

Dans un troisième temps, nous discuterons des diagnostics psychopathologiques, des comorbidités et des diagnostics différentiels.

Ces éléments nous permettront dans un quatrième temps de dégager les caractéristiques spécifiques du refus scolaire anxieux en l'opposant à l'école buissonnière.

Pour conclure, dans une cinquième partie, nous exposerons différentes échelles qui peuvent aider à l'évaluation clinique de ces patients.

1. Epidémiologie.

La plupart des auteurs s'accordent sur les données épidémiologiques, cependant elles restent compliquées à analyser du fait de l'absence de définition claire : les auteurs utilisant tantôt la terminologie de comportement de refus scolaire tantôt celui du refus scolaire anxieux tantôt ne s'intéressent qu'à un profil spécifique (celui de l'anxiété de séparation principalement). Nous tenterons tout de même d'apporter des éléments concernant la fréquence du trouble, son âge de début, la proportion fille garçon retrouvée et le niveau socio-économique des patients.

a) *Fréquence, prévalence, incidence.*

L'Education Nationale définit l'absentéisme par l'absence de l'élève en classe pendant au moins 4 demi-journées par mois non justifiées. En France, sur l'année scolaire 2014-2015 et selon les données de l'Education Nationale², l'absentéisme toucherait 4,4 % des élèves du secondaire. Parmi ces élèves certains présentent un refus scolaire anxieux. Dans la littérature, la plupart des auteurs s'accordent sur une **fréquence** de ce trouble autour de **5% des enfants qui consultent en pédopsychiatrie et entre 0,3 et 1,7 % des enfants d'âge scolaire** (Girardon et Guillonnet 2009; Baranger 2012; Holzer et Halfon 2006; Gallé-Tessonnet, Doron, et Grondin 2016). L'impression des pédopsychiatres est en faveur d'une **amplification** du phénomène de déscolarisation mais également d'une augmentation des cas de refus scolaire anxieux. Ces constatations se retrouvent également dans la littérature internationale. Des études récentes estiment

² Données retrouvées sur education.gouv.fr

que le taux de refus scolaire peut atteindre jusqu'à 4,8% de la population générale et jusqu'à 8 % des patients qui consultent en pédopsychiatrie (Gallé-Tessonneau, Doron, et Grondin 2016; Baranger 2012).

Le refus scolaire anxieux semble **universel** (Gallé-Tessonneau, Doron, et Grondin 2016) mais **sa prévalence varie d'un pays à l'autre** en fonction des valeurs culturelles que la société associe à la réussite scolaire et sociale (Benbrika 2010). Dans certains pays, le nombre de jeunes présentant ce trouble atteint des seuils importants. Plusieurs auteurs évoquent le cas du Japon où le refus scolaire peut représenter jusqu'à 60 à 70 % des patients dans certains centres de consultation (Marcelli et Braconnier 2016; Gallé-Tessonneau, Doron, et Grondin 2016; Benbrika 2010). Même si nous pouvons nous demander de quel type de structure il s'agit (éventuel biais de recrutement), ce taux important met en avant la pression sociale exercée au Japon où la peur de l'échec peut amener à un repli total (phénomène d' « Hikikomori » chez les adolescents et jeunes adultes) (Furuhashi et al. 2013).

Il semble y avoir une différence de prévalence et de gravité du trouble **selon les âges** : le refus scolaire anxieux serait plus fréquent et aussi plus grave durant la préadolescence et l'adolescence que dans l'enfance (Gallé-Tessonneau, Doron, et Grondin 2016; Mouren et Delorme 2006; Holzer et Halfon 2006). Nous n'avons pas retrouvé d'étude épidémiologique confirmant ces éléments cliniques mais les cohortes étudiées montrent que les enfants de moins de 11 ans sont souvent moins représentés (fréquence allant de 2,5 % à 7,7 % en fonction des tranches d'âge et des études) que les enfants de plus de 11ans (fréquence allant de 10 à 27,5 % en fonction des tranches d'âges et des études) (Egger, Costello, et Angold 2003; Racle 2006; Benbrika 2010).

b) Age de début.

La plupart des auteurs s'appuient sur la description de Hersov (1985) qui a mis en avant que les troubles débutent à plusieurs pics d'âge : **entrée en primaire** (5-7 ans), **entrée dans le secondaire** (10-12 ans) et **à partir du passage de la 5^{ème} à la 4^{ème}** (14 ans). L'apparition des troubles semble correspondre à des périodes de maturation somatopsychique et à des étapes scolaires bien particulières.

c) Sex-ratio.

Traditionnellement, il était retrouvé une différence entre les filles et les garçons : avec soit une prédominance masculine (Mouren et Delorme 2006) soit une répartition différente selon les âges.

Actuellement les auteurs s'accordent sur le fait que le refus scolaire anxieux serait finalement **aussi fréquent chez les filles que chez les garçons** (Holzer et Halfon 2006; Girardon et Guillonnet 2009; Mouren et Delorme 2006; Le Heuzey 2008; Baranger 2012; Zugaj et al. 2016).

d) Niveau socio-économique.

Le refus scolaire anxieux peut se retrouver **dans tous les milieux socioéconomiques** (Mouren et Delorme 2006; Baranger 2012; Holzer et Halfon 2006; Zugaj et al. 2016)

Dans les situations d'école buissonnière ou de formes mixtes, il a par contre été montré qu'il y avait des conditions socio-économiques plus défavorables avec plus de pauvreté et des parents souvent moins diplômés (Egger, Costello, et Angold 2003).

Instinctivement, on pourrait penser que les cas de refus scolaire anxieux seraient plus présents dans les milieux de bon niveau socio-économique où l'exigence et la pression parentale seraient plus fortes pour « reproduire » ce niveau. La littérature ne confirme pas cette hypothèse ce qui pourrait s'expliquer soit parce que les profils étudiés sont différents (refus scolaire anxieux, mixtes) soit parce que ce sont d'autres facteurs qui rentrent en jeu (le système éducatif mis en place par les parents ? Importance qu'ils accordent à la réussite scolaire ?) (Birraux 2014; Compan 2014; Bussard et al. 2015).

2. Manifestations cliniques

De nombreux articles ont décrit les manifestations cliniques de ces enfants et adolescents. Nous attacherons une attention plus particulière à l'étude de Egger (Egger, Costello, et Angold 2003) car en comparant les différents comportements de refus scolaire, il a permis de mettre en lumière les spécificités du refus scolaire anxieux par rapport à l'école buissonnière. C'est une étude en population communautaire de grande envergure réalisée auprès de 1422 enfants âgés de 9 à 16 ans. Un recueil épidémiologique a été obtenu en répartissant les enfants selon 4 catégories : refus scolaire anxieux, forme mixte, école buissonnière, pas de comportement de refus scolaire.

Dans ce paragraphe, nous détaillerons : les modalités d'apparition du trouble, et les manifestations cliniques (anxieuses, comportementales et somatiques).

a) Début du trouble

Le mode d'apparition du trouble est le plus **souvent progressif**. L'enfant ou l'adolescent va commencer à s'absenter de façon occasionnelle puis de plus en plus fréquemment jusqu'à ce qu'il puisse parfois être totalement et durablement déscolarisé. Mais parfois, les symptômes s'installent brutalement et l'enfant ou l'adolescent refuse

catégoriquement du jour au lendemain de se rendre à l'école. Cela semble plutôt s'observer lorsqu'il s'agit de jeunes enfants scolarisés dans le primaire (Mouren et Delorme 2006; Le Heuzey 2008; Holzer et Halfon 2006; Baranger 2012). Même lorsque la déscolarisation n'est pas complète, ces absences doivent être considérées comme un trouble et doivent attirer l'attention des intervenants car elles laissent entrevoir des difficultés sous-jacentes (Mouren et Delorme 2006). Le risque d'absentéisme **augmente** au fur et à mesure que l'année scolaire avance. Lors de l'année scolaire 2014- 2015, selon les données de l'Education Nationale (éducation.gouv.fr), le taux d'absentéisme dans les collèges est passé de 1,6 % en septembre 2014 à 3,7 % en avril 2015.

La déscolarisation apparaît souvent après des **périodes à risque** : période de non fréquentation de l'école du fait par exemple d'une maladie ou des vacances scolaires. Des difficultés à reprendre l'école s'observent particulièrement après les congés d'été (Gaspard, Brandibas, et Fouraste 2007; Baranger 2012).

Des facteurs déclenchants sont également souvent mis en avant par les enfants et les adolescents (Holzer et Halfon 2006; Girardon et Guillonnet 2009; Mouren et Delorme 2006). Ce sont des événements où les capacités adaptatives de l'enfant ou de l'adolescent sont mises à l'épreuve (Lamotte, Doncker, et Goëb 2010). Ils peuvent être liés au sujet (accident mineur, maladie somatique, intervention chirurgicale) ou à l'école (changement de classe ou d'établissement, départ ou perte d'un ami, redoublement, remontrance d'un surveillant ou d'un enseignant, dispute avec un camarade, moquerie) ou à la famille (maladie d'un parent, naissance, séparation, déménagement, décès d'un proche).

Il est parfois difficile de savoir si ces éléments rapportés par le patient sont des facteurs déclenchants ou des rationalisations secondaires (Lamotte, Doncker, et Goëb 2010; Compan 2014; Girardon et Guillonnet 2009), mais ils sont tout de même à prendre en considération car ils peuvent être un frein à la rescolarisation.

Le début des troubles repéré par le début de l'absentéisme scolaire est accompagné par des manifestations anxieuses et comportementales qui sont souvent apparues antérieurement.

b) Symptomatologie clinique anxieuse et comportementale.

- **Description clinique :**

Les symptômes présentés par ces enfants ou adolescents sont d'intensités très variables.

Les manifestations anxieuses sont cognitives, physiologiques et comportementales.

- la peur de l'école: ces enfants ou adolescents vont présenter une détresse émotionnelle avec une réaction d'angoisse intense en lien avec une peur d'aller à l'école. Les inquiétudes que ces élèves présentent sont : 1/ irrationnelles, excessives par rapport à leur âge développemental, 2/ spécifiques du refus scolaire anxieux. Dans son étude Egger retrouve que certaines préoccupations sont statistiquement associées au refus scolaire anxieux « pur » et/ou aux formes mixtes en comparaison avec l'école buissonnière et les élèves ne présentant pas de comportement de refus scolaire : inquiétude du fait de quitter la maison pour l'école, de ce qui pourrait arriver à la maison pendant qu'il est à l'école, inquiétude vis à vis de la santé d'un parent, peur spécifique de l'école, anxiété de performance (Egger, Costello, et Angold 2003). L'enfant ou l'adolescent ne peut expliquer cette crainte et promet d'y aller le lendemain.

- attaque de panique (Mouren et Delorme 2006) : Les manifestations d'angoisse peuvent être impressionnantes pouvant aller jusqu'à une véritable attaque de panique avec pâleur, sueurs et tremblements.

- troubles du comportement (Lamotte, Doncker, et Goëb 2010; Mouren et Delorme 2006; Girardon et Guillonnet 2009) : Les manifestations comportementales sont fréquentes à type de colère, d'agitation, d'opposition (pour monter dans la voiture ou en descendre par exemple). Ces mouvements d'opposition, lorsque les parents les contraignent à aller à l'école, peuvent amener à une violence envers les parents, à des fugues ou des menaces suicidaires. Les symptômes ne cessent souvent qu'une fois que l'enfant ou l'adolescent est autorisé à rester chez lui.

- retards et consultations à l'infirmerie (Mouren et Delorme 2006; Le Heuzey 2008; Girardon et Guillonnet 2009) : Certaines fois l'enfant, accompagné par un parent pourra se rendre à son établissement scolaire mais dès les premiers cours de la journée, il demandera à aller à l'infirmerie ou même à partir.

- rythmicité (Girardon et Guillonnet 2009; Mouren et Delorme 2006; Le Heuzey 2008; Baranger 2012): Les manifestations cliniques suivent le calendrier scolaire. Les symptômes surviennent lorsqu'il doit être en classe : le week-end et pendant les

vacances l'enfant ou l'adolescent va mieux. Il y a parfois une recrudescence anxieuse la veille de la reprise, classiquement le dimanche soir. L'enfant se prépare cependant à retourner à l'école le lendemain pouvant dans un premier temps être confiant dans sa capacité et sa motivation à reprendre les cours mais le même schéma se reproduit lorsqu'il faut alors partir de la maison.

- rupture avec l'état antérieur: ces manifestations bruyantes, le comportement tyrannique que l'enfant ou l'adolescent va adopter au sein du foyer familial (Lamotte, Doncker, et Goëb 2010; Mouren et Delorme 2006) contrastent avec la gentillesse, l'obéissance et le relationnel facile dont il peut faire preuve en dehors de la confrontation avec l'école (Fock-Yee 2007; Milliez 2013 ; Compan 2014).

- comportement d'évitement de la situation scolaire et isolement progressif: L'enfant ou l'adolescent reste alors au domicile, parfois sans surveillance de l'adulte (surtout lorsqu'ils sont adolescents). Progressivement il va abandonner les habitudes de vie quotidienne: il passe de nombreuses heures devant les écrans, décale ses heures de repas et de sommeil (Mouren et Delorme 2006; Le Heuzey 2008). Il en résulte un isolement de plus en plus important. Certains enfants peuvent initialement garder une activité de loisir, une activité sportive mais souvent celle-ci est abandonnée. Les troubles se chronicisent, s'enkystent, l'anxiété devient plus diffuse et l'enfant rentre dans un cercle vicieux: plus la déscolarisation se prolonge, plus les craintes de l'enfant augmentent. A l'anxiété initiale se rajoute la peur du regard des autres, l'appréhension d'avoir des lacunes et d'obtenir des mauvais résultats (Lamotte, Doncker, et Goëb 2010; Mouren et Delorme 2006; Diane Purper-Ouakil et Franc 2010).

- investissement scolaire conservé: L'enfant reste dans un premier temps investi sur le plan scolaire. Initialement il demande à faire ses devoirs à la maison, à prendre des cours par correspondance puis progressivement il finit par abandonner tout effort cognitif (Purper-Ouakil et Franc 2010; Mouren et Delorme 2006; Le Heuzey 2008; Lamotte, Doncker, et Goëb 2010)

-différence avec l'école buissonnière (Mouren et Delorme 2006; Compan 2014; Fock-yee 2007): selon les descriptions de nombreux auteurs, ces enfants ou adolescents ne présentent ni préoccupations anxieuses vis à vis de l'école ni sentiment de culpabilité vis à vis de leur comportement qui est caché aux parents. Ils préfèrent être dehors avec

leurs camarades. Des faits de délinquance et des consommations de toxiques sont fréquents. Ces enfants ou adolescents sont désintéressés par la question du scolaire.

c) Signes fonctionnels et comorbidités somatiques

Dans cette partie, nous allons dans un premier temps décrire les signes fonctionnels présents dans les situations de refus scolaire anxieux, du fait : 1/ de leur importance dans la clinique de ces patients (Girardon et Guillonnet 2009; Holzer et Halfon 2006; Mouren et Delorme 2006; Lamotte, Doncker, et Goëb 2010; Gallé-Tessonnet, Doron, et Grondin 2016), 2/ qu'ils sont statistiquement associés aux situations de refus scolaire anxieux (Egger, Costello, et Angold 2003; Hochadel et al. 2014), 3/ que leur présence semble compliquer le repérage du refus scolaire anxieux et retarder la mise en place d'une prise en charge adaptée (Mouren et Delorme 2006; Gaspard, Brandibas, et Fouraste 2007; Compan 2014). Dans un deuxième temps nous évoquerons les risques métaboliques encourus par ces patients. Dans un troisième temps, nous mettrons en avant quelques éléments importants dans leur exploration.

- **Les signes fonctionnels :**

Les signes fonctionnels sont variés, fréquents et parfois au premier plan. Ils vont souvent être le **motif initial** de consultation (dans plus de la moitié des cas selon Holzer et Halfon (2006)). Ces manifestations somatiques peuvent mimer des pathologies organiques : cardiaques (douleurs dans la poitrine, palpitations, malaises ou étourdissements), digestifs (maux de ventre répétés, vomissements), neurologiques (céphalées, vision floue, troubles de la marche), respiratoires (dyspnée), ORL (extinction de voix) et rhumatologiques (douleurs dorsales, douleurs articulaires).

Classiquement, les plus fréquemment décrits sont les **troubles digestifs et les céphalées** (Egger, Costello, et Angold 2003; Zugaj et al. 2016; Holzer et Halfon 2006) mais les publications récentes se sont particulièrement intéressées au lien entre **troubles du sommeil** et refus scolaire anxieux.

-Troubles du sommeil et RSA :

Tout d'abord, rappelons que les troubles du sommeil sont fréquents dans l'enfance et surtout à l'adolescence. Par exemple, selon Bat-Pitault et Da Fonseca (Bat-Pitault et Da Fonseca 2012) : 1/ à ¼ des adolescents manquent de sommeil.

Ensuite, les troubles du sommeil semblent statistiquement associés au refus scolaire anxieux. Nous citerons deux études qui se sont intéressées à cette problématique : celle

de Egger (Egger, Costello, et Angold 2003) décrite en introduction et celle de Hochadel réalisée en 2014 (Hochadel et al. 2014).

Hochadel a mené une étude de grande envergure dont l'objectif était d'examiner la relation entre les troubles du sommeil et les comportements de refus scolaire. C'est une étude communautaire qui a interrogé 1490 enfants inscrits à l'école (et âgé de 8 à 11 ans) et leurs parents en leur demandant de remplir à la fois un questionnaire sur le sommeil que les auteurs avaient élaboré et une évaluation du comportement de refus scolaire (la SRAS³).

Leurs résultats sont concordants malgré quelques différences. Dans son étude, Egger et ses collaborateurs retrouvent que les troubles du sommeil sont nettement plus fréquents dans les formes mixtes (terreurs nocturnes, cauchemars, fatigue diurne, difficulté à dormir seul) et dans le refus scolaire anxieux « purs » (insomnie, fatigue diurne, difficultés à dormir seul, nécessité de vérifier pendant la nuit comment va la famille) que dans les comportements d'absentéisme « purs » (insomnie, fatigue diurne). Pour Hochadel et ses collaborateurs, les troubles du sommeil tels que insomnies (avec une difficulté soit à l'endormissement, soit à maintenir le sommeil), les cauchemars, les réveils nocturnes, un sommeil agité et une somnolence diurne sont exclusivement associés au refus scolaire anxieux : leur présence est statistiquement associée au refus scolaire anxieux alors que leur absence est statistiquement associée aux situations d'école buissonnière. La différence entre ces études (présence ou absence d'insomnie et de fatigue diurne dans les situations d'école buissonnière) pourrait être expliquée par l'âge des élèves inclus : l'étude d'Hochadel comprenant moins d'adolescents.

L'association entre le refus scolaire anxieux et les troubles du sommeil a donc été montrée mais il est parfois **difficile de savoir si les troubles du sommeil sont une cause ou une conséquence de refus scolaire anxieux**. L'un entraînant souvent l'autre et vice-versa conduisant à la mise en place d'un cercle vicieux. Les troubles du sommeil induisent un retentissement sur le comportement et l'humeur (irritabilité, difficulté à moduler son impulsivité et ses émotions) et sur les performances scolaires (fatigue, difficultés de concentration et de mémorisation) (Bion 2011, Bat-Pitault 2012, Hochadel 2014). Cependant des difficultés scolaires et des troubles anxieux dépressifs sont souvent responsables de troubles du sommeil, comme un syndrome de retard de phase (Challamel et al. 2007).

³ La School Refusal Assessment Scale établie par Kearney et Silverman en 1993, que nous présenterons ultérieurement.

Il est donc important de prendre en compte ces deux symptômes dans la prise en charge de ces patients.

- **Problèmes métaboliques :**

Compan évoque le **risque de surpoids** qui pourrait être expliqué (Compan 2014):

- par le repli au domicile de l'adolescent favorisant le grignotage « tout le long de la journée » pour « lutter contre l'ennui » (Compan 2014),
- et/ou par les troubles du sommeil. La réduction du temps de sommeil entraîne un risque majoré de surcharge pondérale en lien avec des dysrégulations hormonales. Le syndrome d'apnée du sommeil (SAS)⁴ aggrave les anomalies métaboliques de l'obésité (hyperinsulinémie, hypoHDLémie, cholestérolémie, hypertriglycémie), et l'obésité augmente le risque de SAS (Dubern 2011).

Cette problématique est peu développée dans les articles abordant le refus scolaire anxieux mais pourrait être un élément intéressant à étudier car peut compromettre la reprise scolaire (Compan 2014).

- **Exploration somatique :**

Concernant les explorations à réaliser, il n'y a **pas de recommandations** particulières dans les situations de refus scolaire anxieux. Les examens complémentaires seront guidés par la symptomatologie du patient. Les auteurs rappellent qu'il est indispensable d'éliminer un diagnostic différentiel somatique (Katz, Leith, et Paliokosta 2016), tout en limitant cette recherche dans le temps et dans la quantité des examens complémentaires prescrits. Les auteurs rappellent que le risque est d'entretenir les comportements d'absentéisme et de retarder la prise en charge spécialisée en masquant l'origine psychologique des troubles (Holzer et Halfon 2006). Il faut donc garder à l'esprit la part essentielle de l'**anxiété** dans la manifestation de ces troubles (Gallé-Tessonneau, Doron, et Grondin 2016; Holzer et Halfon 2006; Katz, Leith, et Paliokosta 2016) et leur **rythmicité** (Diane Purper-Ouakil et Franc 2010). Ces symptômes comme les symptômes anxieux se manifestent essentiellement lors de la confrontation de l'enfant avec l'école et s'apaisent lorsqu'il reste chez lui notamment le week-end et lors des vacances scolaires.

⁴ Le SAS peut être évoqué chez l'enfant devant des signes évocateurs : ronflements, sueurs nocturnes et respiration buccale. L'exploration des troubles associe examen ORL et polysomnographie. Le SAS entraîne des complications neurocomportementales avec altération de la qualité de vie et des difficultés d'apprentissages (Dubern 2011).

3. Diagnostics psychopathologiques, comorbidités et diagnostics différentiels

Dans un premier temps, rappelons que le refus scolaire anxieux n'est pas considéré comme une entité clinique spécifique mais recouvre un panel assez large de troubles psychopathologiques.

Dans un deuxième temps, il est également important de rappeler qu'une partie non négligeable (entre 30 et 75 %) des enfants ou adolescents présentant un refus scolaire anxieux ne relèvent pas d'un diagnostic psychiatrique autre (Berg 1993 ; Egger, Costello, et Angold 2003; Suveg, Aschenbrand, et Kendall 2005). Ces différences statistiques peuvent être expliquées par la différence entre les populations étudiées et l'importance des troubles : plus le refus scolaire anxieux est sévère, plus il est statistiquement associé à une pathologie psychiatrique (Egger, Costello, et Angold 2003).

Ainsi dans ce paragraphe, nous tenterons de dégager les diagnostics psychopathologies fréquemment associés au refus scolaire anxieux, leurs comorbidités, puis nous exposerons les diagnostics psychiatriques donnés comme diagnostics différentiels dans les études.

a) *Diagnostiques psychopathologiques*

Les diagnostics sous-jacents au refus scolaire anxieux les plus fréquemment retrouvés dans la littérature sont : **l'anxiété de séparation, la phobie sociale, la phobie simple et la dépression**. Nous ne réexposons pas ici les critères diagnostiques (en annexe 1), l'objectif est de mettre en relief leurs spécificités (similitudes et différences) lorsque ces troubles s'intègrent dans un refus scolaire anxieux.

- **Troubles anxieux :**

- **Similitudes :**

Les troubles anxieux se distinguent de l'anxiété développementale par leur persistance anormalement prolongée, leur caractère intense et invalidant (anxiété de séparation développementale/anxiété de séparation pathologique, timidité/anxiété sociale, peur/phobie). Pour certains auteurs, les troubles anxieux sous-jacents au refus scolaire anxieux suivraient une **progression développementale** (Mouren 2006).

Ces troubles anxieux partagent des manifestations cliniques communes : les manifestations d'angoisses (réactions émotionnelles pouvant aller jusqu'à l'attaque de panique) et les conduites d'évitement entraînant progressivement un isolement.

- Différences :

Cependant les troubles anxieux présentent des différences tant en terme épidémiologique (fréquence, âge), que dans les pensées dysfonctionnelles mises en jeux, que dans leur rapport au refus scolaire anxieux. Nous présentons ces différences dans le tableau ci dessus.

	Anxiété de séparation	Phobie sociale	Phobie simple
Epidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> - en pédopsychiatrie : 0,1 à 25,6%⁶ - dans le RSA : 7,2 % à 68,8%⁷ - plus fréquent chez l'enfant selon données INSERM 	<ul style="list-style-type: none"> - en pédopsychiatrie : 0,3 à 11,1% - dans le RSA : 3,2% à 47% - plutôt chez l'adolescent selon données INSERM 	<ul style="list-style-type: none"> - en pédopsychiatrie : 0,3 à 21,2% - dans le RSA : 2,1% à 5,4%
Particularités diagnostiques	<ul style="list-style-type: none"> - anxiété en lien avec l'expérience de séparation (Suveg 2005) - pensées dysfonctionnelles (Purper Ouakil 2010, Bagnell 2011) : préoccupations morbides concernant l'intégrité de la famille, craintes d'être brutalement séparé de ses proches - peurs diminuent en présence des parents (Suveg 2005) - Signes fonctionnels et troubles du sommeil (cauchemars, difficultés à dormir seul) (Purper Ouakil 2010, Bagnell 2011) 	<ul style="list-style-type: none"> - anxiété en lien avec une ou plusieurs situations sociales ou situation de performance - Ils se sentent en décalage et sont mal à l'aise au sein du groupe de pairs - fragilité narcissique - les difficultés de socialisation ne se limitent pas à la question scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> - anxiété liée à la confrontation à un objet ou une situation spécifique.
Liens avec le RSA	<ul style="list-style-type: none"> - historiquement associé au RSA - fréquence diminue avec l'âge - symptômes apparaissent avant de partir de la maison (Girardon 2009) - RSA : forme sévère de l'anxiété de séparation (Purper Ouakil 2010). - SF au premier plan. - profils psychopathologiques plus sévères (Girardon 2009) 	<ul style="list-style-type: none"> - plus fréquente à l'adolescence. (Bagnell 2011, Baranger 2002). - début des symptômes sur le lieu scolaire (Girardon 2009) - crainte de l'école en tant que situation sociale. - présente d'emblée ou secondaire à l'isolement (Baranger 2002). - retentissement sur le fonctionnement scolaire plus sévère (Girardon 2009) - fonctionnellement dans d'autres domaines que l'école préservé initialement (Girardon 2009) 	<ul style="list-style-type: none"> - plus fréquent chez les enfants et préadolescents (11-12) (données INSERM, Mouren 2006, Bagnell 2011)⁵ - début des symptômes sur le lieu scolaire (Girardon 2009) - retentissement sur le fonctionnement scolaire plus sévère (Girardon 2009) - dans les situations de RSA : craintes spécifiques en rapport avec l'école (ex : peur du trajet, franchissement porte d'entrée, de certains lieux) - fonctionnement dans d'autres domaines que l'école préservé initialement.

Tableau 1 : caractéristiques des diagnostics psychiatriques principaux dans le refus scolaire anxieux.

⁵ Nous avons spécifié les âges préférentiellement touchés en fonction des pathologies psychiatriques cependant nous soulignons qu'en pratique clinique il est plus difficile de trancher.

⁶ Prévalence selon un rapport de l'INSERM de 2002. Troubles mentaux-dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent.

⁷ La prévalence des différents profils psychopathologiques est représentée par la fourchette de % retrouvée dans les études cliniques. Les écart entre les différentes études peuvent probablement

Dépression :

Les symptômes dépressifs sont très fréquents dans les situations de refus scolaire anxieux : entre 13 et 30% selon les auteurs (Mouren et Delorme 2006; Baranger 2012).

Le panel des symptômes cliniques évoqués est large, pouvant aller :

- des éléments de dépressivité : baisse de l'estime de soi, sentiment de culpabilité, pessimisme, incapacité à se projeter dans l'avenir (Compan 2014; Baranger 2012), sans toutefois que la tristesse de l'humeur ou la souffrance morale importante, classiquement décrites dans les épisodes dépressifs, ne soient présentes.

- à un épisode dépressif caractérisé avec anhédonie, perte de l'élan vital, asthénie, désinvestissement scolaire.

Il est fréquent que les études regroupent les patients présentant une dysthymie et ceux présentant un épisode dépressif caractérisé.

La plupart des auteurs affirment que la dépression est plus fréquente à l'adolescence.

La dépression est parfois amenée comme constituant le diagnostic principal du refus scolaire (Egger, Costello, et Angold 2003; Mouren et Delorme 2006; Bussard et al. 2015) notamment à l'adolescence, mais elle est plus fréquemment secondaire aux troubles anxieux. L'association de trouble anxieux et dépressif aggrave le tableau clinique et le pronostic du refus scolaire anxieux (Egger, Costello, et Angold 2003; Katz, Leith, et Paliokosta 2016). Les troubles vont entraîner une perte d'envie tant sur le plan relationnel que scolaire, aggravant l'isolement (Le Heuzey 2008).

Il est important d'être vigilant au risque suicidaire qui reste un des motifs d'hospitalisation en urgence dans les situations de refus scolaire anxieux. Par exemple, dans l'étude de Benbrika (Benbrika 2010), **les tentatives de suicide sont la troisième cause de demande d'hospitalisation dans ces situations.**

Il semblerait que la dépression soit associée à la déscolarisation en elle-même, car l'étude de Egger (Egger, Costello, et Angold 2003) montre que la dépression est statistiquement associée au refus scolaire anxieux mais aussi aux formes mixtes et aux situations d'école buissonnière.

b) Comorbidités.

• Troubles anxieux :

Les comorbidités sont fréquentes dans le refus scolaire anxieux notamment : **troubles anxieux généralisé (TAG), trouble panique, trouble obsessionnel compulsif (TOC).**

s'expliquer par un âge moyen et un public cible différents (étude en situation clinique versus en population scolaire).

	TAG	Trouble panique	TOC
Epidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> - dans le RSA : 3,8% à 43,6% - plutôt chez l'enfant selon données INSERM. 	<ul style="list-style-type: none"> - dans la population générale : 2 à 3% - dans le RSA : 7,44 % à 12,7 % - plutôt chez l'adolescent selon données INSERM 	<ul style="list-style-type: none"> - prévalence : 1 à 3% - plutôt chez l'adolescent selon données de l'INSERM
Particularités diagnostiques	<ul style="list-style-type: none"> - angoisse diffuse - enfants décrits comme tendus, irritables. - patient ressent un danger +/- permanent même à la maison (Girardon et Guillonneau 2009) 	<ul style="list-style-type: none"> - attaques de panique : association de symptômes physiques (sueurs, tremblements, palpitations) et symptômes cognitifs (peur de mourir, de perdre le contrôle). - symptômes cognitifs font la sévérité du trouble (Suveg, Aschenbrand, et Kendall 2005) - pas forcément de facteurs déclenchants (Suveg, Aschenbrand, et Kendall 2005; Bagnell 2011) - attaques de panique associées à une anticipation anxieuse de la prochaine crise. 	<ul style="list-style-type: none"> - les enfants ont souvent une mauvaise connaissance de leur trouble par rapport aux adultes (Bagnell 2011)
Lien avec le RSA	<ul style="list-style-type: none"> - présent chez l'enfant et l'adolescent (Bagnell 2011) 	<ul style="list-style-type: none"> - se développe notamment si l'enfant ou l'adolescent a fait une crise à l'école : la crainte d'en refaire une dans ce lieu aggrave son évitement. - la sévérité et la persistance des attaques de panique retardent la reprise scolaire (Fournaret et al. 2008) 	<ul style="list-style-type: none"> - L'enfant ou l'adolescent peut rejeter l'école pour de multiples raisons (peur de la contamination lors de contact avec les autres, impossibilité d'utiliser les toilettes, grande lenteur dans les tâches scolaires (due aux rituels de vérification conduisant à l'impossibilité de rendre les devoirs à temps), nombreux retards (difficultés à se vêtir, à sortir de la maison)(Le Heuzey 2008; Bagnell 2011) - le refus scolaire peut révéler le TOC (Bagnell 2011) ou le TOC peut révéler l'anxiété liée à l'école. - mise en place possible de rituels de vérification (du cartable) à visée anxiolytique sans réel diagnostic de TOC

Tableau 2 : Caractéristiques des principaux diagnostics différentiels dans le refus scolaire anxieux.

- **Spécificité de la forme mixte :**

-troubles du comportement :

Pendant longtemps les troubles du comportement à type de trouble oppositionnel avec provocation ou de trouble des conduites ont été mis en avant comme un critère

d'exclusion au refus scolaire anxieux (I. berg 1993, Egger 2003) : les comportements d'opposition n'étaient habituellement décrits que comme apparaissant lors des confrontations à la situation scolaire. Dans son étude Egger (Egger, Costello, et Angold 2003) a montré que les troubles du comportement (Trouble oppositionnel avec provocation ou Trouble des conduites) sont présents dans les situations de refus scolaire anxieux « pur » mais surtout dans les formes mixtes, avec une prévalence pouvant aller jusqu'à un peu plus de 40%, ce qui a été repris par d'autres auteurs (Mouren et Delorme 2006).

- abus de substance : La consommation de toxique est fréquemment présente chez les patients présentant une forme mixte (Egger, Costello, et Angold 2003).

c) Diagnostics différentiels psychiatriques

La plupart des auteurs excluent du débat les enfants qui ne peuvent pas se rendre à l'école du fait de problèmes de santé physique contre-indiquant de façon temporaire la présence scolaire, ou de santé mentale qui ne permet plus d'investir un apprentissage académique (certaines formes des troubles du spectre autistique, les décompensations de pathologies psychiatriques comme les épisodes psychotiques, troubles thymiques sévères, et la déficience mentale).

Nous souhaitons rappeler que les symptômes des phases pré-morbides dans l'émergence d'un trouble psychotique sont variés (Delamillieure, Couleau, et Dollfus 2009). Un tableau de refus scolaire anxieux pourrait être prodromique d'un trouble psychotique dans certaines situations ou d'un état à haut risque (UHR)⁸. Il faut donc « garder à l'esprit (ce) risque » (Katz, Leith, et Paliokosta 2016) dans le refus scolaire anxieux et rechercher à l'interrogatoire des phénomènes hallucinatoires à bas bruit et l'apathie.

4. Synthèse : comparaison refus scolaire, formes mixtes, école buissonnière.

⁸ UHR (Ultra High Risk) = état à haut risque d'évolution psychotique à long terme, définit par des critères génétiques (antécédents familiaux de psychoses), symptomatiques (symptômes psychotiques brefs ou atténués) et un déclin fonctionnel (P. D. McGorry et al. 2000)

Tableau 3 : comparaison RSA-formes mixtes-école buissonnière, d'après Egger, Costello, et Angold 2003. (TAG : trouble anxieux généralisé, TOP : trouble oppositionnel avec provocation, TDAH : trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité)

	Refus scolaire anxieux	Formes mixtes	Ecole buissonnière
Prévalence	++ (2%)	+ (0,5%)	+++ (6,2%)
Diagnostics psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> • 75% sans diagnostic psychiatrique • Dépression • Trouble anxiété de séparation • Phobie simple • Phobie sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • 11,8 % sans diagnostic psychiatrique • forme plus sévère • Trouble anxiété de séparation • Dépression • TDAH • Troubles des conduites, TOP • Abus de substances 	<ul style="list-style-type: none"> • 74,6 % sans diagnostic psychiatrique • TOP • Troubles des conduites • Dépression
comorbidités	<ul style="list-style-type: none"> • TAG • TOP et troubles des conduites 	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble panique • TAG 	<ul style="list-style-type: none"> • Abus de substances.
Résumé	→ troubles anxieux → dépression	→ troubles anxieux → dépression → comportementaux → abus de substance	→ comportementaux → dépression → abus de substance
Signes fonctionnels	Oui	oui	non
Troubles du sommeil	++	+++	+

Dans cette deuxième sous partie nous avons donc tenté de donner des repères quant à la clinique du refus scolaire anxieux. Nous avons bien conscience cependant que ces repères sont caricaturaux et que la réalité est plus lissée. L'évaluation diagnostique fine peut être délicate en pratique clinique, les manifestations symptomatiques pouvant être assez proches.

Par exemple, Puper-Ouakil (Diane Purper-Ouakil et Franc 2010) rappelle qu'en situation de séparation (par l'exemple : l'hospitalisation), les enfants présentant une

anxiété de séparation ressentent un manque important de leur environnement sécurisant et peuvent alors se présenter comme tristes, apathiques (pouvant faire évoquer une dépression) ou alors dans une agitation et une opposition importante (pouvant faire évoquer un trouble oppositionnel avec provocation).

De plus, il existe souvent une **mosaïque de comorbidités** (Egger, Costello, et Angold 2003; Gaspard, Brandibas, et Fouraste 2007) et il est souvent difficile de savoir si les pathologies psychiatriques décrites sont la cause ou la conséquence du refus scolaire anxieux. Gaspard (Gaspard, Brandibas, et Fouraste 2007) estime donc qu'il est indispensable de tenir compte de l'ordre de survenue des troubles, de la sévérité des symptômes au moment de l'examen.

Car l'importance d'une analyse fine des profils psychopathologiques sous-jacents est de guider les soins en proposant une prise en charge adaptée.

5. Echelles

Devant la complexité des tableaux cliniques, les échelles peuvent être un support intéressant tant pour l'évaluation diagnostique que pour le suivi évolutif.

Dans les études, une grande variété d'échelles sont utilisées et peuvent être réparties en deux types :

- Les premières permettent d'évaluer les différentes dimensions psychopathologiques et leur intensité.
- Les deuxièmes sont plus spécifiques du refus scolaire anxieux.

	CDI (Children's Depression Inventory)	MASC (Multidimensional Anxiety Scale for Children)	SCARED (Screen for Child Anxiety Related Disorders)	CBCL (Child Behavior Checklist)	SFT (School fear Thermometer)	S.R.A.S (School Refusal Assessment Scale)
auteurs	Kovacs (1992)	March et al (1997), Turgeon et al (2006)	Birmaher et al (1995)	Achenbach (1983) Fombonne et al (1988)	Heyne et Rollings (2002)	Kearney et Silverman (1993)
Type de passation	Auto-questionnaire	Auto-questionnaire	Auto et hétéro-questionnaire (parents)	Hétéro-questionnaire	Echelle visuelle analogique qui cote de 0 à 100 (0= pas de peur et 100 = peur maximale)	Auto et hétéro-questionnaire (parents, enseignants) ⁹
Objectifs	Evalue la présence et la sévérité des symptômes dépressifs (Bang, Park, et Kim 2015)	Evalue la sévérité de quatre dimensions de l'anxiété : symptômes physiques, anxiété sociale, anxiété de séparation, évitement du danger.	Permet un screening des troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent : trouble panique, anxiété de séparation, phobie sociale, anxiété généralisée, et symptômes relatifs à la phobie scolaire	Permet un screening global des difficultés de comportements, dans l'intérêt de fournir un profil comportemental en distinguant les troubles « externalisés » des troubles « internalisés ». (Excoffier et al. 2007).	Evalue le niveau de peur le plus élevé au cours des deux dernières semaines (SFT-I) et leur niveau de leur peur dans l'idée de fréquenter l'école le lendemain (SFT-II).	Permet une analyse fonctionnelle du comportement de refus scolaire avec 4 dimensions (Kearney et Albano 2004): 1/ évitement de stimuli spécifiques 2/ évitement de situations sociales 3/comportement destiné à attirer l'attention 4/ renforcement positif tangible

Tableau 4 : comparaison des échelles pouvant être utilisées dans le RSA.

6. Evolution du refus scolaire anxieux

En tant que clinicien, la complexité clinique de ces patients nous intrigue mais c'est avant tout la sévérité du retentissement à court et à long terme à la fois sur le patient et sa famille qui justifie un intérêt clinique et thérapeutique.

⁹ Seule la partie destinée aux enfants a une version traduite et validée en France (Brandibas et al. 2001).

Comme le signale Holzer : « L'école étant un lieu privilégié de socialisation, une absence prolongée ne peut que compromettre les tâches fondamentales d'apprentissage, de socialisation et de renfort de l'estime de soi, et ainsi affecter les stades développementaux ultérieurs » (Holzer et Halfon 2006).

Les études qui se sont intéressées au profil évolutif de ces patients sont relativement nombreuses cependant du fait de l'absence de consensus (tant pour la définition que pour la prise en charge du refus scolaire anxieux) et du fait que la plupart des échantillons de patients sont faibles, les résultats qui en ressortent sont très hétérogènes. Nous tenterons tout de même d'en dégager les informations principales.

a) Profils évolutifs

A court terme, la plupart des auteurs, notamment français, s'appuient sur une estimation de la **reprise scolaire allant de 40 à 60 %** (Baranger 2012; Lamotte, Doncker, et Goëb 2010; Marcelli et Braconnier 2016). Une étude récente réalisée par McCure en 2005 semble montrer de meilleurs résultats avec une prise en charge protocolisée associant thérapies familiales, thérapie cognitivo-comportementale et relaxation (Racle 2006).

Si l'on s'intéresse à d'autres facteurs (socialisation, insertion professionnelles, évolution psychopathologique), le pronostic à long terme du refus scolaire anxieux est sévère (Racle 2006; Baranger 2012; Lamotte, Doncker, et Goëb 2010).

Les études évaluant le devenir de ces patients retrouvent schématiquement : un tiers d'évolution favorable, un tiers des patients présentant une persistance de difficultés soit au niveau de l'intégration sociale soit au niveau scolaire et professionnel, un tiers représente les formes graves avec des symptômes handicapants du fait de l'évolution du profil psychiatrique et de l'inadaptation sociale (Holzer et Halfon 2006; Baranger 2012).

Il est difficile de faire ressortir dans les études des facteurs pronostics clairement identifiés (Racle 2006, Baranger 2012). Ce qui peut probablement être expliqué par la complexité et la multiplicité des facteurs en jeux ou par l'absence de définition claire. Cependant certains auteurs estiment que certaines variables pourraient influencer l'évolution du trouble : 1/ **la clinique** même du refus scolaire anxieux : plus il persiste dans le temps et est complexe plus il est difficile à prendre en charge et plus le pronostic

est défavorable (Holzer et Halfon 2006, Milliez 2013); 2/ **la durée de déscolarisation** (McShane, Walter, et Rey 2001; Baranger 2012; Le Heuzey 2008, Racle 2006) : au delà de 2 mois d'absentéisme scolaire le risque de handicap est important et potentiellement définitif : au bout d'un an le refus scolaire anxieux est considéré comme « chronique » ; 3/ **l'âge** du patient : et cela d'autant plus que le patient se rapproche de la fin de l'obligation scolaire (Mouren et Delorme 2006).

b) Retentissement sur la scolarité

Les performances scolaires des patients présentant un refus scolaire anxieux sont plus faibles à la fois par rapport à ce qui pourrait être attendu par leurs compétences mais également par rapport à une population ne présentant pas ce trouble : la moitié d'entre eux ont effectivement à long terme un niveau académique inférieur à un groupe de comparaison (Le Heuzey 2008; Baranger 2012; Milliez 2013).

c) Retentissement sur l'insertion sociale

Dans environ 30% des cas, des difficultés persistent à l'âge adulte : ils habitent davantage chez leurs parents, ils présentent des difficultés dans les relations conjugales, ont moins d'enfant, ont une insertion professionnelle moins bonne (Flakierska-Praquin 1997, Kearney 2001). Cela pourrait en partie être expliqué par la persistance de l'anxiété de séparation à l'âge adulte et les relations de dépendance qu'ils entretiennent avec leur entourage.

d) Retentissement sur l'évolution psychopathologique

Les enfants ou adolescents ayant présenté un refus scolaire anxieux sont plus à risque (environ 30%) d'être atteint d'une pathologie psychiatrique à l'âge adulte et d'être pourvoyeur de soins psychiatriques que la population générale (Flakierska-Praquin 1997). Cependant, le devenir psychiatrique à l'âge adulte des patients présentant un refus scolaire anxieux est variable : troubles anxieux (dont agoraphobie), dépression, troubles de la personnalité (Flakierska-Praquin 1997 ; Holzer et Halfon 2006), ce qui est probablement en lien avec la diversité des tableaux cliniques.

Par exemple, Silove (Silove, Manicavasagar, et Drobny 2002) retrouve dans son étude sur l'évolution à l'âge adulte de l'anxiété de séparation, une continuité du trouble avec une forme équivalente à l'âge adulte et un risque majoré de trouble anxieux généralisé (50%), d'état de stress post traumatique (25%) et probablement de trouble panique avec agoraphobie.

e) *Retentissement familial*

La déscolarisation de l'enfant et ses manifestations cliniques ont un réel impact sur la famille tant dans la dynamique familiale que sur un plan financier (Milliez 2013).

A court terme, le comportement de refus scolaire anxieux entraîne un chamboulement des relations familiales. L'accompagnement, pour les parents, d'un enfant ou adolescent souffrant de ce trouble est un vrai « parcours du combattant » (Bussard et al. 2015). Ces symptômes que présente leur enfant les mettent dans un état de perplexité et ils ressentent une multitude de sentiments : déception (voire même peuvent se sentir offensés par ce refus), incompréhension, culpabilité, impuissance, empathie, colère, épuisement (Milliez 2013; Compan 2014; Birraux 2014; Bussard et al. 2015).

Les conflits familiaux sont importants (Milliez 2013) et surviennent dès l'apparition des symptômes, période où ils négocient avec leur enfant pour qu'il aille à l'école. Un rapport de force s'installe.

L'évolution de la clinique de l'enfant et son comportement tyrannique peut amener les parents à faire des changements dans leur quotidien et notamment de leur activité professionnelle (Bussard et al. 2015). Une inversion des rôles parents-enfants est possible et est à surveiller.

A long terme, le refus scolaire anxieux peut aboutir à une mise à distance avec un risque de rupture totale du lien ou un rapprochement relationnel voire fusionnel avec une dépendance excessive (Bussard et al. 2015 ; Milliez 2013).

Les dysfonctionnements familiaux (qu'ils soient antérieurs ou secondaires au refus scolaire anxieux) ne sont donc pas à négliger et un risque de maltraitance ne doit pas être sous-estimé (Milliez 2013).

Sur le plan financier, il y a également un impact. Même si, en France, la loi du 28 septembre 2010, dite loi Ciotti, visant à lutter contre l'absentéisme scolaire de manière coercitive en prévoyant notamment un contrat de responsabilité parentale et la suspension ou suppression des allocations familiales dédiées à l'enfant a été abrogée en janvier 2013, le refus scolaire anxieux est souvent synonyme d'un investissement financier de la part des parents. En effet, du fait du discours persécutif de l'enfant vis à vis de l'école, il n'est pas rare que les parents mettent en place des cours particuliers ou changent leur enfant d'école (notamment école privée) (Birraux 2014). Les charges financières peuvent aussi être expliquées par le soin en lui-même car comme nous le verrons par la suite les prises en charges par thérapies cognitivo-comportementales

sont tout à fait indiquées dans ces situations de refus scolaire anxieux, or elles sont souvent pratiquées en libéral.

Résumé :

La fréquence du refus scolaire anxieux n'est pas négligeable car il représente 0,3 à 1,7% des enfants en âge scolaire et 5% des patients en pédopsychiatrie. Son incidence semble même en augmentation selon les études récentes et l'impression clinique des pédopsychiatres. Le refus scolaire anxieux toucherait autant les filles que les garçons et tous les niveaux socio-économiques. Il y a trois pics de début : passage au CP, 6^{ème} et à partir de la 4^{ème}. Ce trouble apparaît plutôt de façon progressive après une période de non fréquentation de l'école (maladie ou vacances scolaires) et ou à la suite d'évènements déclenchant personnels, scolaires ou familiaux.

Ces enfants ou adolescents présentent une détresse émotionnelle avec une réaction d'anxiété intense en lien avec la question scolaire, entraînant un absentéisme. Des signes fonctionnels notamment des troubles du sommeil sont souvent associés. Tous ces symptômes suivent un « calendrier scolaire » : le week end et les vacances, l'enfant ou l'adolescent va bien. Initialement l'investissement scolaire et les relations sociales sont relativement préservées mais la chronicisation de ce trouble conduit quasiment systématiquement à un isolement.

Les troubles psychiatriques les plus fréquemment associés au refus scolaire anxieux sont l'anxiété de séparation, la phobie simple, la phobie sociale et la dépression. Des comorbidités anxieuses sont fréquentes (trouble anxieux généralisé, trouble panique, troubles obsessionnel et compulsif). Les formes mixtes associant troubles anxieux et/ou dépressifs, troubles du comportement (trouble oppositionnel avec provocation et trouble des conduites) et souvent consommation de toxiques sont plus sévères. Les profils cliniques sont complexes et une évaluation à partir d'échelles peut permettre de mieux appréhender le phénomène. La S.R.A.S qui permet une analyse fonctionnelle du refus scolaire semble tout à fait intéressante.

Le retentissement du refus scolaire anxieux, même s'il semble satisfaisant sur le plan de la reprise scolaire à court terme, est sévère à long terme (difficultés d'insertion sociale et professionnelle, consommation de soin psychiatrique importante, relations familiales complexes). Seulement 30% des patients auraient une évolution favorable à long terme malgré une prise en charge, ce qui fait du refus scolaire anxieux un vrai problème de santé publique.

C. Refus scolaire anxieux : prise en charge

La prise en charge des formes sévères de refus scolaire anxieux est souvent longue, complexe, pouvant entraîner un découragement du patient, de la famille mais aussi des soignants. L'accompagnement proposé au patient et sa famille devra alors être pluridisciplinaire et plurimodal. **Une coordination et une alliance entre les trois piliers qui entourent l'enfant ou l'adolescent (le soin - la famille - l'établissement scolaire)** sont importantes et conditionnent une bonne évolution du trouble.

Une diversité d'outils de soin peut et doit être proposée au patient et à sa famille en fonction de sa situation clinique et des facteurs environnementaux. Kearney encourage « les cliniciens à avoir un plan général pour le traitement mais aussi à être prêt à changer rapidement et de manière innovante si besoin » (Kearney 2001).

Dans cette partie, nous exposerons les différentes modalités de prise en charge qui peuvent être proposées à ces patients et à leur famille sur les différents plans : médico-psychologique, familial et scolaire.

Cependant, nous souhaitons souligner qu'il n'existe pas à l'heure d'aujourd'hui de recommandation quant à la prise en charge du refus scolaire anxieux.

1. Psychothérapies individuelles

Dans les troubles anxieux de manière générale, l'efficacité des **Thérapies Cognitivo-Comportementales** chez l'enfant et l'adolescent reste démontrée par les dernières revues de littérature pour des troubles anxieux d'intensité légère à modérée. Une rémission est retrouvée dans 56% des cas contre 34% sans prise en charge, avec un maintien à long terme variable selon les auteurs (jusqu'à 70% des cas pour certains mais les preuves ne seraient pas encore suffisantes pour d'autres) (Denis 2016, Kendall 1994 cité par Fock-Yee 2007, James 2015).

Dans les situations de refus scolaire, bien que les études soient plutôt en faveur d'une prise en charge par TCC, les résultats sont contrastés (Gallé-Tessonneau, Doron, et Grondin 2016; Fock-Yee 2007). Certaines études démontrent une amélioration globale sur les critères de la fréquentation scolaire, des symptômes anxieux et dépressifs (Fock-Yee 2007), tandis que d'autres ont des résultats plus réservés avec un tiers à la moitié des patients qui n'y répondraient pas ou insuffisamment. Ainsi, pour certains auteurs, le refus scolaire anxieux nécessite des prises en charge spécifiques et implique d'adapter les programmes de TCC (Fock-Yee 2007; Maric et al. 2013). Ces adaptations nécessaires sont liées : 1/ à l'âge des patients : adaptation des supports (support visuels, s'appuyer sur des personnages de dessin animés) et place des parents plus

importante ; 2/ à la *clinique* de ces patients : diversité des profils, prise en charge ciblée sur la reprise scolaire.

Il existe des protocoles de TCC spécifiques pour les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent, comme « Coping Cat », à partir desquels des adaptations peuvent être faites pour répondre aux spécificités du refus scolaire anxieux.

En 2013, Chu (Chu, Skriner, et Zandberg 2013) a étudié l'évolution de l'anxiété chez les patients bénéficiant de prise en charge. Il a pu montrer que l'anxiété avait diminué rapidement au cours de la première phase de traitement et lors de la fin de la prise en charge. Par contre, il note que lors des premières expositions il y a un retour de l'anxiété qui se caractérise par un « plateau d'anxiété », que nous avons schématisé comme suit :

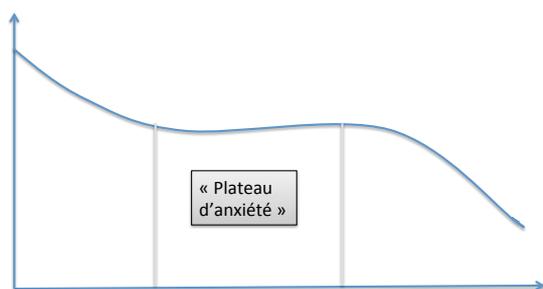


Figure : évolution de l'anxiété durant séances de thérapie cognitivo-comportementale selon Chu, Skriner et Zandberg (2013)

Il remarque également que l'évolution de l'anxiété dépend de son intensité en pré traitement et de la présence de troubles externalisés : si l'anxiété est importante ou s'il y a présence de troubles externalisés, le score de l'anxiété reste plus élevé pendant tout le traitement.

Il nous semble donc important de signaler :

1/ le risque de recrudescence de l'angoisse lors de la reprise scolaire avec risque d'abandon de la prise en charge.

2/ l'importance de prendre en compte les troubles externalisés qui peuvent être présents dans les situations de refus scolaire anxieux.

Maric dans son étude de 2013 insiste, quant à lui, sur l'importance de prendre en compte le sentiment d'efficacité personnelle¹⁰ dans les thérapies pour les patients présentant un refus scolaire anxieux. Une augmentation du sentiment d'efficacité personnel améliore les résultats de la TCC avec une fréquentation scolaire plus

¹⁰ C'est la perception qu'un individu a de ses compétences dans une tâche (Carless et al. 2015; Lecomte 2004) – développé p67.

importante et une diminution de la peur liée à l'école. Il conclut que l'efficacité des TCC dans le refus scolaire anxieux passe par l'amélioration de leur confiance à l'école (Maric et al. 2013).

Kearney (cité par Yock-Yee 2007, par Holzer 2006) propose **une prise en charge adaptée à l'analyse fonctionnelle du refus scolaire** qu'il avait développée sous la forme de 4 profils différents. Dans cette approche, les quatre programmes proposés ont certains points communs : chaque programme comprend 8 séances, avec pour objectif une rescolarisation complète et régulière. Dans le déroulement des séances, il y a d'abord un entretien avec l'enfant seul puis les parents, portant sur le déroulement de la semaine. L'attention est particulièrement portée sur les aspects liés au refus scolaire : comportement de l'enfant et réactions de l'entourage. Les points de vue sont ensuite confrontés pour mettre en avant les divergences et finir par une synthèse.

Les séances se déroulent comme suit :

Séances	1	2	3 et 4	5 et 6	7 et 8
Objectifs	-rétablir les habitudes quotidiennes -réveil précoce/ préparation à l'école	-évaluer l'adhésion au traitement -consolider l'alliance thérapeutique -compléter l'analyse clinique	-séances centrées sur la reprise scolaire	-anticipation des problèmes potentiels liés à la reprise scolaire	- la reprise doit être complète - prévention de la rechute

Tableau 5 : objectifs des séances du programme de thérapie cognitivo-comportementale selon Kearney.

Des séances de suivi sont proposées afin d'évoquer les problèmes résiduels.

Mais, les sous objectifs et les méthodes proposées varient en fonction de la cause du comportement de refus scolaire. Ces différences sont présentées dans le tableau ci dessous.

	Refus scolaire lié à une évitement anxieux d'une situation environnementale.	Refus scolaire lié à un évitement de situations sociales ou de performance.	Refus scolaire lié à une recherche d'attention.	Refus scolaire lié à une recherche de bénéfices en dehors de l'école.
Sous objectifs	Disparition de l'évitement grâce à l'acquisition de stratégies d'adaptation.		Déplacement de l'attention des parents sur les comportements de refus scolaire vers les comportements en lien avec une scolarité régulière.	Aider les membres de la famille à résoudre leurs problèmes afin de réduire les conflits familiaux.
Méthodes utilisées	<ul style="list-style-type: none"> - psychoéducation - techniques de relaxation et de gestion du stress - désensibilisation (exposition progressive à partir d'une liste hiérarchisée des 10 situations ou lieux les plus anxiogènes) - accompagnement des parents lors des premières expositions 	<ul style="list-style-type: none"> - psychoéducation - désensibilisation (exposition progressive à partir d'une liste hiérarchisée des 10 situations sociales et/ou de performances les plus anxiogènes) - jeux de rôle - entraînement aux habilités sociales. - technique d'affirmation de soi. - Technique de résolution de problème. 	<ul style="list-style-type: none"> - psychoéducation - intervention auprès des parents - programme de renforcement ou d'extinction - comportemental basé sur un système de récompenses/punitions. - Renforcement positif de la reprise scolaire : en proposant des activités faisant intervenir l'attention des parents (temps privilégiés avec les parents). - Guidance parentale : indifférence aux conduites inadaptées de l'enfant. - Limiter accès au divertissement lors des temps d'école où l'enfant est au domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> - répartition à parts égales des interventions auprès des enfants et des parents. - Etablissement d'un contrat thérapeutique. - Système de récompenses/punitions. - Technique de résolution de problème. - Temps imparti, en famille, à la négociation des solutions aux problèmes (lieu et moment prédéfinis) - Travail autour de la motivation de l'enfant. - Entraînement aux habilités sociales. - Jeux de rôle. - Aider l'enfant à refuser des invitations à l'absentéisme par ses camarades.

Tableau 6: techniques de thérapie cognitivo-comportementale selon les résultats de l'analyse fonctionnelle du refus scolaire.

Les approches d'inspirations psychanalytiques s'intéressent aux processus psychodynamiques mis en jeu dans ce symptôme tels que :

- processus d'autonomisation, d'individualisation (Fock-ye 2007, Milliez 2013)
- narcissisme et estime de soi,
- pulsions agressives (Fock-Yee 2007)

Certains auteurs estiment que cette prise en charge pourrait être une bonne indication dans les situations de refus scolaire anxieux associé à :

- une anxiété de séparation (Fock-Yee 2007)
- une humeur dépressive (Benbrika 2010)
- ou peut être proposé dans les suites d'une prise en charge par TCC dans les situations de refus scolaire anxieux associé à une phobie (spécifique ou sociale) (Benbrika 2010).

Les **thérapies interpersonnelles**, décrites par Klerman et Weissman en 1984, permettent une diminution des symptômes en travaillant sur les relations interpersonnelles et le réseau social. Pour certains auteurs, ces thérapies seraient adaptées aux situations de refus scolaire associé à des éléments dépressifs seuls (Fock-Yee 2007).

Certaines approches peuvent être associées aux TCC mais peuvent aussi être proposées en complément **d'autres approches** : psychodrame analytique (Fock-Yee 2007), entraînement aux habilités sociales (Layne et al. 2003), techniques d'affirmation de soi, psychoéducation, tant en individuel qu'en groupe.

Les prises en charge groupales ont selon Catheline (Catheline 2011) un intérêt pour aider les jeunes à remobiliser leurs pensées et plus particulièrement chez les adolescents car permettent de limiter la confrontation à l'adulte et en s'appuyant sur les pairs.

Les orientations psychothérapeutiques sont larges. Les TCC ont fait la preuve de leur efficacité dans les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent, mais dans la spécificité des situations de refus scolaire anxieux les résultats sont plus contrastés et encouragent à adapter les outils de thérapie (exemple du Coping Cat) ou à en créer (exemple des programmes de Kearney). Des études pour les évaluer seront nécessaires.

Une place particulière doit être accordée aux thérapies de groupe mais aussi familiales que nous aborderons plus loin, que l'on peut associer à la psychothérapie individuelle.

Le choix de la thérapie est avant tout guidé par la clinique du patient, son adhésion et celle des parents, et par l'offre de soins (Fock-Yee 2007).

2. Traitement médicamenteux

Il n'y a pas de traitement médicamenteux spécifique du refus scolaire anxieux. Les prescriptions se réfèrent aux recommandations pour les troubles anxieux et dépressifs de l'enfant et de l'adolescent.

Chez l'enfant, les traitements médicamenteux sont deux fois plus efficaces que les placebo pour réduire la gravité générale du trouble anxieux (Ipser et al. 2009). En diminuant les symptômes anxieux et dépressifs (sensibilité au stress, attaques de panique, trouble du sommeil, sentiment de désespoir, anhédonie), ils auraient un impact sur la fréquentation scolaire et sur l'engagement dans les autres mesures thérapeutiques engagées (Layne et al. 2003; Fock-Yee 2007).

Cependant l'utilisation des psychotropes chez les enfants est sujette à controverses (D. Purper-Ouakil, Cohen, et Flament 2012), et pour certains auteurs, leur prescription requière l'avis d'un spécialiste (Fock-Yee 2007; Gaspard, Brandibas, et Fouraste 2007) et ne doivent être prescrits qu'en association avec une psychothérapie (Fock-Yee 2007).

a) Les antidépresseurs

- Les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine ISRS :

Concernant leur efficacité : Les dernières revues de la littérature recommandent les ISRS comme traitement médicamenteux de première intention. Chez l'enfant et l'adolescent, des preuves d'efficacité existent dans le traitement des troubles anxieux pour : la Sertraline, la Fluoxétine et la Paroxétine (Masi, Millepiedi, et Mucci 2002; Ipser et al. 2009; D. Purper-Ouakil, Cohen, et Flament 2012; H. Denis et Baghdadli 2016); dans les troubles dépressifs : pour la Fluoxétine (D. Purper-Ouakil, Cohen, et Flament 2012). Par ailleurs, l'efficacité des ISRS serait meilleure dans le traitement des troubles anxieux que dépressifs (D. Purper-Ouakil, Cohen, et Flament 2012).

En France, ces traitements n'ont pas l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) pour ces indications (Fock-Yee 2007). Elles sont restreintes pour la Sertraline aux troubles obsessionnels-compulsifs (à partir de 6 ans) et pour la Fluoxétine à l'état dépressif majeur d'intensité modérée à sévère (à partir de 8 ans).

Concernant leur tolérance : leur tolérance est meilleure par rapport aux autres molécules (H. Denis et Baghdadli 2016). Les effets indésirables les plus fréquemment cités dans la littérature sont : douleurs abdominales, céphalées, irritabilité motrice, perturbations sexuelles (Massi 2002, Fock-Yee 2007). Les effets psycho-

comportementaux (irritation, agitation, attaque de panique, hostilité, agressivité, insomnie, désinhibition, labilité émotionnelle, impulsivité) ont été associés à un risque suicidaire plus élevé (Ipser et al. 2009) avec un risque relatif moyen de 1,95 (IC 95%, 1,28 – 2,98) (D. Purper-Ouakil, Cohen, et Flament 2012). A partir de 2002 de nombreuses agences ont alerté sur ce risque (Fock-Yee 2007; D. Purper-Ouakil, Cohen, et Flament 2012) et la prescription de ces antidépresseurs a chuté à partir de 2004 (D. Purper-Ouakil, Cohen, et Flament 2012). Toutefois ces données sont nuancées par certains auteurs qui soulignent que : 1/ les méta-analyses retrouvent un risque suicidaire faible (1%) et un taux de suicide nul et 2/ le taux de tentative de suicide augmente lorsque le taux de prescription d'antidépresseur diminue (Ipser et al. 2009). La balance bénéfice-risque est en faveur de la prescription des ISRS (sauf Paroxétine), mais la surveillance du risque suicidaire y est toujours associée.

Les études récentes (Masi, Millepiedi, et Mucci 2002; Ipser et al. 2009) estiment une efficacité comparable entre les ISRS, avec des mécanismes d'action et profils thérapeutiques similaires. Cependant les réponses individuelles apparaissent très variables et des substitutions d'un ISRS à un autre sont donc envisageables en cas d'inefficacité ou d'intolérance.

- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) :

Seule la Venlafaxine a été testée et montre un intérêt dans les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent La tolérance serait cependant moins bonne que pour les ISRS (D. Purper-Ouakil, Cohen, et Flament 2012) et certains auteurs réservent son **utilisation aux cas de mauvaise réponse aux ISRS.**

En France, elle n'a pas l'AMM en population pédiatrique.

- Les Antidépresseurs tricycliques (ATC) :

Les ATC ont été les premiers traitements prescrits dans ces situations (H. Denis et Baghdadli 2016) et restent en France prescrits à petites doses chez les enfants à visée anxiolytique et antidépressive. Cette prescription s'appuie sur l'expérience chez l'adulte dans ces indications car les ATC n'ont pas l'AMM en population pédiatrique. Les résultats des études sont pourtant controversés (Masi, Millepiedi, et Mucci 2002; D. Purper-Ouakil, Cohen, et Flament 2012; Jainer 2002; Fock-yee 2007) dans ces deux indications. Pour la plupart des auteurs, compte tenu de la mauvaise tolérance (effets indésirables fréquents, taux de la mortalité en cas de surdosage ou d'overdose bien supérieure aux ISRS ou à la Venlafaxine et risque cardiaque réel), **les ATC ne peuvent**

pas être considérés comme un traitement de première intention (Masi, Millepiedi, et Mucci 2002; H. Denis et Baghdadli 2016).

b) Les anxiolytiques

- Benzodiazépines :

En France les benzodiazépines n'ont pas d'AMM en population pédiatrique. C'est aussi le cas aux USA mais leur prescription y est cependant fréquente en pédopsychiatrie dans le traitement des troubles anxieux. Les revues de littérature récentes sont défavorables : il n'y pas de preuves d'efficacité dans le traitement des troubles anxieux, et leurs effets indésirables sont importants avec un réel risque de dépendance. Les auteurs recommandent leur utilisation uniquement dans la **gestion aigüe des symptômes**.

- Antihistaminique H1:

En France, les antihistaminique H1 tels que l'Hydroxyzine sont **souvent utilisés** dans cette indication du fait qu'ils disposent d'une AMM chez l'enfant, à partir de 6ans, dans les troubles de l'endormissement secondaire à des troubles anxieux et surtout d'un meilleur profil de tolérance avec un faible risque de dépendance. Cependant certains auteurs signalent qu'**aucune étude n'a prouvé son efficacité dans cette indication** (Gaspard, Brandibas, et Fouraste 2007).

c) Autres

En France, les neuroleptiques tels que la Cyamémazine (Tercian®) sont utilisés dans le traitement d'appoint des crises anxieuses aiguës résistantes (H. Denis et Baghdadli 2016; Fock-Yee 2007). L'AMM est cependant limitée aux troubles graves du comportement avec agitation et agressivité chez les enfants à partir de 6 ans. Ces prescriptions semblent plutôt venir de résultats empiriques et n'apparaissent pas dans les revues récentes. D'autre part, **les effets indésirables des neuroleptiques ne sont pas anodins** : sédation, bouche sèche, effets extrapyramidaux, constipation, hypotension orthostatique, prise de poids, allongement du QT, syndrome malin des neuroleptiques.

Les Beta-bloquants ont montré un intérêt dans la prise en charge des troubles anxieux chez l'adulte et notamment en cas d'anxiété de performance. Ils ont d'ailleurs l'AMM pour les manifestations fonctionnelles cardiaques à type de tachycardie et de palpitations au cours des situations émotionnelles transitoires. Un case report chez 3

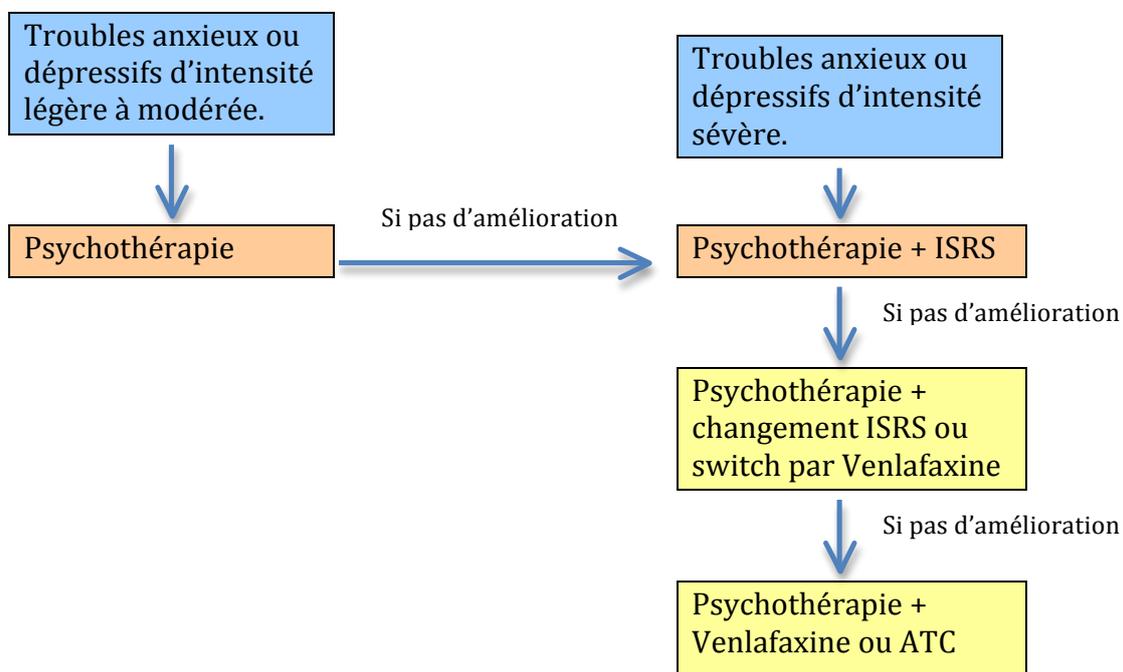
enfants présentant un refus scolaire anxieux associé à une anxiété de séparation et des manifestations somatiques au premier plan, a montré des résultats avec une réduction du délai de reprise scolaire complète (Fournernet et al. 2008) . Les Beta-bloquants **pourraient représenter une alternative** dans les situations de refus scolaire anxieux cependant ils n'ont pas l'AMM dans les troubles anxieux de l'enfant¹¹.

¹¹ Ils n'ont l'AMM chez l'enfant et l'adolescent que pour les troubles du rythme.

3. Recommandations

En première intention, la plupart des auteurs recommandent la mise en place d'une psychothérapie ayant comme objectif un amendement des troubles anxieux ou dépressifs et une reprise scolaire. (H. Denis et Baghdadli 2016; D. Purper-Ouakil, Cohen, et Flament 2012)

En cas d'échec de ces mesures (persistances des symptômes - amélioration < à 50 % des échelles quantitatives) ou devant les formes « sévères » (durée de déscolarisation importante, tableau complexe avec comorbidité importante anxieuse et dépressive), un traitement médicamenteux peut être proposé en association avec la prise en charge en psychothérapie (Layne et al. 2003; D. Purper-Ouakil, Cohen, et Flament 2012; H. Denis et Baghdadli 2016). Les traitements de fond privilégiés sont les ISRS. Les anxiolytiques ne sont indiqués que pour les symptômes aigus. Il faut cependant se rappeler que les cadres des AMM sont limités, et que d'autres alternatives thérapeutiques sont présentées dans la littérature.



4. Soin familial

La prise en charge des patients présentant un refus scolaire anxieux nécessite d'intégrer la famille (Heyne et al. 2001; Fock-Yee 2007; Catheline 2011; Compan 2014), et différentes approches peuvent être proposées : guidance parentale, thérapie familiale, ou thérapie individuelle. De plus, il semble déterminant pour les parents dans ces

situations où des dysfonctionnements ont pu s'installer ou précéder le trouble, qu'un professionnel de santé nomme le diagnostic. Cette compréhension participe à un apaisement de leur vécu en déplaçant la difficulté comportementale de leur enfant dans le champ de la souffrance réelle (Bussard et al. 2015), et participe au pronostic en apaisant les crispations et les conflits qui tendent à auto-entretenir le trouble.

a) Facteurs familiaux

Afin d'appréhender au mieux le soin à apporter aux familles, nous proposons de rappeler les facteurs familiaux fréquemment décrits dans les situations de refus scolaire anxieux et qui peuvent entretenir le trouble. Nous souhaitons cependant signaler que ces facteurs peuvent être la cause ou la conséquence du refus scolaire anxieux.

- **Rapport des parents à la scolarité :**

Les deux extrêmes sont retrouvés dans la littérature avec soit une moindre implication des parents soit au contraire des exigences scolaires trop importantes (Cordié 2002; Rey et Gaillard 2001; Birraux 2014).

- **Réponse des parents au comportement de refus scolaire anxieux :**

La réponse des parents a un rôle majeur dans le maintien ou non du trouble (Cordié 2002; Le Heuzey 2008) or celle-ci est souvent inadéquate (Carless et al. 2015) : sévérité trop importante ou au contraire laxisme. Elle peut être variable dans le temps et reflète souvent l'ambivalence des parents (Zugaj et al. 2016; Bussard et al. 2015; Benbrika 2010). Cependant, pour certains auteurs, l'engagement des parents est indispensable à la reprise scolaire de l'enfant et ce n'est que lorsque ce dernier a réalisé que ses parents sont déterminés et qu'il n'y a plus de négociation possible que de réels changements peuvent s'observer (I. Berg cité par Benbrika 2010).

La réponse des parents peut être comprise par l'exploration des dysfonctionnements familiaux et de leurs propres troubles anxieux.

- **Dysfonctionnements familiaux :**

De nombreux auteurs se sont intéressés à la dynamique des familles d'enfants et d'adolescents présentant un refus scolaire anxieux et les principales notions relatives à ces dysfonctionnements familiaux sont :

- une dynamique familiale particulière avec une relation fusionnelle entre la mère et l'enfant et un père absent (Rey et Gaillard 2001; Compan 2014).

- la notion de co-appartenance impossible (Egler et Baleyte 2012; Rey et Gaillard 2001; Compan 2014; Cordié 2002): les rapports entre les membres d'une famille s'organisent autour de mythes, rites et savoir faire qui créent l'identité de la famille. Dans certaines circonstances, lorsque ces trois éléments sont trop différents de l'enseignement scolaire, la rencontre avec l'école n'est pas possible car met directement en danger l'appartenance du sujet à sa famille.

- l'importance des secrets de famille, en induisant une interdiction de penser (Cordié 2002; Lenoble et Josso-Faurite 2016).

- les problèmes de communication dans la famille sont également décrits (Carless et al. 2015).

- **Troubles anxieux des parents.**

Les troubles anxieux et les antécédents de refus scolaire anxieux sont fréquents dans les familles de ces patients, suggérant une **agrégation familiale particulière** comme cela a pu être décrit pour d'autres troubles anxieux (Bahali et al. 2011).

Les hypothèses de transmission des troubles anxieux sont un support génétique et aussi un **apprentissage des comportements et des cognitions liées à l'anxiété** (Bahali et al. 2011).

Certains auteurs se sont particulièrement intéressés au sentiment d'efficacité personnelle qui est défini comme l'appréciation qu'un individu a de ses compétences dans une tâche (parentale, scolaire par exemple). Cette cognition se construit à partir des aptitudes réelles du sujet mais également de la confiance qu'il a dans ses capacités. Un faible sentiment d'efficacité personnelle est retrouvé chez les enfants présentant un refus scolaire anxieux et leurs parents et entraîne un manque de persévérance face à la difficulté, aggravant ainsi le sentiment d'échec (Carless et al. 2015; Tazouti et Jarlegan 2010; Lecomte 2004).

b) Modalités de soin

La guidance familiale nécessite de rencontrer régulièrement les patients (Catheline 2011) afin de leur transmettre une **information psycho-éducative** sur le trouble que présente leur enfant ou adolescent (mécanismes anxieux), de les guider dans la gestion des crises d'angoisse ou d'opposition (en leur conseillant de ne pas manifester de signaux d'affection au moment des crises afin de ne pas entretenir ce comportement), de les soutenir dans la mise en place d'une éducation ferme mais bienveillante (Fock-Yee 2007), et de tenter de remettre en place les rôles de chacun (en remobilisant notamment le père dans le projet de soin) (Fock-Yee 2007 ; Compan 2014).

En cas de trouble du sommeil et notamment un retard de phase à l'endormissement, il est important de former les parents sur les risques encourus et de proposer une meilleure hygiène de sommeil en limitant l'accès aux écrans le soir et en fixant une heure de coucher (Bat-Pitault et Da Fonseca 2012).

Au vu de l'importance de la dynamique familiale dans l'émergence de refus scolaire anxieux, et plus particulièrement dans l'anxiété de séparation, il semble tout à fait indiqué de proposer une **thérapie familiale**. La thérapie familiale consiste à comprendre le comportement de refus scolaire à travers le contexte et les interactions familiales dans lequel il a émergé. L'accent est mis sur les mythes familiaux (à travers notamment l'établissement du génogramme) et sur la communication verbale et non verbale (Fock-Yee 2007).

Une prise en charge **individuelle** du parent pourra être proposée notamment lorsqu'un des parents présente lui même un trouble anxieux (Purper-Ouakil 2012). Le thérapeute devra être différent de celui de l'enfant. Pour certains auteurs (Fock-Yee 2007), le travail d'élaboration permet notamment de prendre conscience de l'ambivalence des émotions qu'il éprouve à l'égard de son enfant et qui est à l'origine de réactions paradoxales (indulgence, sollicitations excessives, discours paradoxaux.).

5. Sur le plan scolaire

L'objectif premier est une rescolarisation à temps complet en milieu scolaire ordinaire. Certains auteurs recommandent que cette reprise scolaire se fasse dans le dernier établissement fréquenté par l'élève. Un changement d'établissement peut s'envisager afin de permettre une prise en charge plus adaptée à la clinique de l'enfant. Quand il a besoin par exemple d'un établissement plus petit ou adapté à son profil scolaire en cas de troubles spécifiques des apprentissages ou de précocité intellectuelle, ou alors lorsqu'il est envisagé une scolarité en internat (Desombre 1999, Milliez 2013).

Cette rescolarisation doit être progressive et planifiée (Fock-Yee 2007, Compan 2914). La plupart des auteurs recommandent qu'elle s'initie à la suite d'une **réunion de concertation** regroupant le système éducatif, le patient et sa famille et des représentants du soin. Au décours de cette réunion sera établi un **protocole** de reprise avec rédaction d'un **emploi du temps aménagé** et la coordination entre les différents intervenants. La reprise de contact avec l'établissement scolaire pourra se faire par la récupération des devoirs auprès d'un professeur, par un temps d'accueil en dehors de la

salle de classe (bureau du directeur ou du CPE¹², CDI¹³, infirmerie) ou par un temps de repas en cantine. Puis le temps passé dans l'établissement sera augmenté avec des temps de scolarité en cours individuels et en groupe classe. Ces temps seront augmentés lorsque l'anxiété a diminué pour la durée précédente. Le temps de cours manqué est dévolu aux devoirs récupérés.

Parfois, les enfants ou adolescents n'arrivent pas à entrer dans l'établissement scolaire. En fonction de la difficulté qu'il rencontre (apparition des crises au départ du domicile, sur le trajet ou au moment d'entrer dans l'enceinte de l'établissement) des solutions peuvent être proposées :

- **dépose minute** : les parents ne rentrent pas dans l'établissement scolaire, l'enfant est accueilli par un personnel de l'école qui l'accompagne ensuite en classe (Fock-Yee 2007)
- **Accompagnement soignant** : certaines unités d'hospitalisation ou de CMP proposent un accompagnement par un soignant soit à partir de la structure hospitalière soit à partir du domicile (Denis 2005, Holzer 2006, Girardon 2009, Benbrika 2010, Longueville 2012), cependant ce dispositif nécessite des moyens spécifiques.

Il est possible pour assurer au début les cours individuels ou en petit groupe de s'étayer sur des structures telles que :

- **le RASED** (Fock-Yee 2007) : Réseaux d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté.

C'est un dispositif qui renforce l'équipe pédagogique des écoles maternelles et primaires en proposant une aide pédagogique, rééducative ou psychologique aux enfants ayant des difficultés dans les apprentissages. Ils peuvent aider à la mise en place des aménagements préconisés pour la reprise scolaire de l'élève.¹⁴

- **le SAPAD** (Fock Yee 2007, Milliez 2023) : Service d'Assistance Pédagogique au Domicile.

C'est un service mis en place par l'éducation nationale pour éviter la rupture de la scolarité à tout enfant malade ou accidenté ne pouvant fréquenter son établissement

¹² Conseiller principal d'éducation.

¹³ Centre de documentation et d'information.

¹⁴ Selon les données du Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Education.gouv.fr

scolaire de façon temporaire du fait de son état de santé, et ainsi permettre une continuité pédagogique et une réintégration plus facile. En moyenne, 3h par semaine de cours sont dispensés à l'élève dans son lieu de résidence¹⁵. Dans les situations de refus scolaire anxieux, les auteurs recommandent que les cours soient donnés préférentiellement dans l'établissement scolaire (Milliez 2013). Dans le département du Rhône, le refus scolaire anxieux représente le premier motif de demande de SAPAD (soit 35,4%)¹⁶.

Les cours par correspondance via le **CNED** sont déconseillés car entretiennent l'isolement social et ses conséquences sur la pathologie psychiatrique et le développement des compétences de socialisation (Milliez 2013, Compan 2014).

Certains auteurs proposent en cas d'échec de ces mesures de rescolarisation, une prise en charge sur une unité soin-étude qui propose à la fois un soin institutionnel psychiatrique de longue durée et un dispositif de reprise scolaire. La visibilité de ce type d'établissement est peu évidente : certains dispositifs sont proposés par la Fondation Santé des Etudiants de France, d'autres peuvent être proposés par des services de soin de suite et de réadaptation. Ces dispositifs sont également peu nombreux avec une répartition hétérogène sur le territoire français. Sur la région Rhône-Alpes, il existe deux structures : la clinique du Grésivaudan (Etablissement de la Fondation Santé des Étudiants de France dans l'Isère (38)) et le Centre de soins de suite et de réadaptation pour adolescents de Chanay (Etablissement MGEN dans l'Ain (01)).

6. Modalités de soins : hospitalier, ambulatoire

a) *Parcours de soin*

En fonction de la clinique du patient, la prise en charge du refus scolaire anxieux peut s'effectuer soit en ambulatoire soit en hospitalisation (en HDJ)¹⁷, en hospitalisation complète ou en hospitalisation à domicile).

Les formes « simples » (d'apparition récente avec un facteur déclenchant évident chez un patient sans antécédent psychiatrique dans un environnement familial adapté) peuvent être prises en charge en ambulatoire par le médecin généraliste, le pédiatre, un psychologue ou un pédopsychiatre libéral (Gaspard 2007, Fock – Yee 2007, Benbrika 2010, Milliez 2013).

¹⁵ Selon les données de l'Académie de Lyon (ac-lyon.fr)

¹⁶ Données transmises par le médecin du rectorat de l'académie de Lyon que le service a contacté.

¹⁷ Hôpital De Jour

Les formes « chroniques » nécessitent une prise en charge spécialisée et institutionnelle (Centre Médico-Psychologique, Maison des adolescents par exemple).

L'objectif de la prise en charge ambulatoire est une reprise de la scolarité. Certains auteurs proposent que la durée pour atteindre cet objectif doit être limitée (Racle 2006).

Cette durée n'est pourtant pas clairement définie et varie de 3 à 10 mois selon les études ou l'expérience des cliniciens (Racle 2006).

A un stade plus avancé, une prise en charge hospitalière peut s'avérer nécessaire (Holzer et Halfon 2006). **Les indications d'hospitalisation** retenues par les auteurs et cliniciens français sont ceux définis par Desombre (1999) à savoir : un échec des soins ambulatoire (du fait de la complexité des troubles présentés par l'enfant ou l'adolescent et/ou du fait de l'échec des parents à initier ou maintenir des soins ambulatoire), un contexte familial trop difficile (incapacité des parents à exercer un quelconque contrôle sur l'enfant ou ayant recours à la force physique pour conduire l'enfant à l'école, comportement dysfonctionnel -surprotecteur et culpabilisant des parents- renforçant l'anxiété de l'enfant ou de l'adolescent), des symptômes trop intenses (isolement social majeur, dépression secondaire sans ou avec idéation suicidaire ou même passage à l'acte suicidaire) (Desombre et al. 1999 ; Benbrika 2010 ; Milliez 2013).

A partir de l'analyse des motifs d'hospitalisation (tentative de suicide, angoisse aiguë, agitation, tristesse de l'humeur) retrouvés dans son étude¹⁸, Benbrika résume que « l'hospitalisation ne doit donc pas se faire en première intention sauf quand le tableau est dominé par un symptôme autre que scolaire » (Benbrika 2010)

Il est préconisé que l'hospitalisation soit, si possible, programmée afin qu'elle s'effectue dans de meilleures conditions (Holzer et Halfon 2006 ; Benbrika 2010).

b) Hospitalisation complète

- **Bénéfices de l'hospitalisation :**

L'hospitalisation complète de l'enfant ou adolescent, du fait de sa structure à la fois contraignante et bienveillante permet de travailler de nombreuses problématiques présentes chez ces jeunes.

- la question de la séparation : (Holzer et Halfon 2006, Fock-Yee 2007, Benbrika 2010, Milliez 2013). Cette séparation est souvent douloureuse dans les premiers temps réactivant les angoisses de l'enfant et parfois les manifestations d'opposition et d'agitation. Il est parfois nécessaire de les contenir physiquement ou de les isoler. Ce qui est éprouvant pour le patient, la famille et l'équipe soignante mais ces comportements

¹⁸ réalisée au sein d'un service hospitalier de pédopsychiatrie

s'apaisent au bout de quelques jours permettant à l'enfant ou l'adolescent de se rendre compte qu'il peut supporter cette séparation.

- la resocialisation: L'hospitalisation venant faire tiers dans la relation parent-enfant permettant des identifications autres. Elle est également l'occasion pour le jeune d'expérimenter d'autres modes de communication (avec les pairs et les soignants) que ceux habituellement utilisés dans son entourage. Il se confronte et peut parvenir à s'étayer sur le groupe de pairs.

- l'élaboration psychique : Le cadre hospitalier contenant, agit comme un espace « pare-excitant » permettant à l'enfant ou l'adolescent l'expression des projections agressives tout en permettant l'élaboration de celles-ci.

- la scolarité : l'hospitalisation est l'occasion d'une reprise de la scolarité en petit groupe dans un environnement neutre où la pression scolaire est moindre. L'enfant ou l'adolescent pourra alors faire part de ses inquiétudes et de ses difficultés.

- **Exemples de protocole d'hospitalisation complète :**

Benbrika dans son travail de thèse de médecine (2010) présente le protocole « phobie scolaire » mis en place au **CHU de Nancy**.

Lors de l'hospitalisation complète, il est mis en place une « **séparation thérapeutique** » : au moins pendant la première semaine l'enfant ou l'adolescent ne recevra pas de visite, pas de courrier ni ne pourra appeler. Ce cadre est fixé par le médecin devant l'enfant et les parents dès le début de la prise charge. Au **soin psychiatrique** associant entretiens et activités thérapeutiques, cette équipe propose un protocole de **réintégration scolaire** : des cours sont initialement donnés au sein de l'hôpital puis une **rencontre avec l'équipe pédagogique** de l'établissement scolaire est organisée afin d'établir les modalités de réintégration. Cette réunion réunit à la fois le personnel soignant (médecin référent, infirmier référent ou cadre infirmier) et le personnel de l'école (les enseignants de l'élève, le proviseur, l'enseignant principal, le médecin ou psychologue scolaire, l'infirmière scolaire et/ou l'assistante sociale scolaire). Lors de cette réunion, tout en respectant le secret médical les modalités de prise en charge sont expliquées et en s'adaptant aux aménagements possibles dans l'établissement scolaire un **planning de reprise** (partielle ou totale) est proposé. L'accompagnement en cours est effectué dans un premier temps par un soignant puis progressivement si l'état d'anxiété le permet par les parents puis à partir du domicile.

Longueville (2012) décrit, quant à lui, le fonctionnement de l'unité de crise et d'hospitalisation pour adolescent (Ucha) proposé dans le service de psychiatrie de

l'enfant et de l'adolescent du **CHU de Caen**. Cette équipe propose une prise en charge assez similaire associant prise en charge psychiatrique, contrat de réintégration scolaire (école à l'hôpital, rendez-vous de réintégration, accompagnement à l'école initialement effectué par un soignant). Il insiste sur la mise en place d'un **système de punition-récompense** : si l'adolescent refuse d'aller à l'école, fugue ou retourne au domicile familial, il est, à son retour, installé en chambre d'isolement. Son cadre de soin (visite, appel téléphonique, courrier) est refermé. Alors que s'il parvient malgré son angoisse à respecter le contrat, le cadre est ouvert. Ce système permet « que le jeune trouve un intérêt supérieur au retour à l'école plutôt que de se protéger par un repli dans la famille ou au domicile » (Longueville, 2012). L'hospitalisation complète s'arrête lorsque l'adolescent a pu reprendre une scolarité à temps complet pendant une semaine depuis le domicile parental, mais le service peut proposer une ré-hospitalisation en **hôpital de jour** si l'adolescent venait de nouveau à manquer l'école.

Dans ces deux services, une prise en charge en hôpital de jour peut effectivement être proposée au patient.

Ces deux services proposent des prises en charges spécifiques, adaptées à ces situations de refus scolaire anxieux, mais la prise en charge en hospitalisation complète peut être critiquée.

- **Controverses concernant l'hospitalisation complète** :

A l'instar d'autres pathologies chroniques, malgré les bénéfices présentés ci-dessus, les professionnels de santé s'intéressant aux patients souffrant de refus scolaire, se sont interrogés sur la pertinence de proposer une hospitalisation complète dans ces situations. Les hospitalisations sont **classiquement longues** (Denis 2005), pouvant entraîner une stigmatisation de ces élèves et une aggravation de leur mal-être par la confrontation à des profils psychopathologiques divers (troubles envahissant du développement, troubles du comportement) (Denis 2005 ; Miglianico 2016).

Miglianico (2016) a étudié au sein d'une population d'adolescents présentant un refus scolaire anxieux, l'apport d'un traitement hospitalier sur la qualité de vie et sur le soutien social. Les résultats sont mitigés et aucune différence entre les prises en charge hospitalière et non hospitalières n'a été montrée. Même si nous pouvons nuancer ces propos du fait d'un très faible échantillon (15 patients) et du fait que l'évaluation par auto-questionnaires a été faite durant la prise en charge, ces résultats tentent à renforcer cette interrogation quant à la pertinence des hospitalisations complètes.

- **Exemple de protocole d'hospitalisation à domicile**

Certaines équipes du fait également du **coût financier** de l'hospitalisation complète ont été amenées à réfléchir à d'autres modalités de soin. Le **CHU de Peyre-Plantade à Montpellier** propose, aux patients de 10-16 ans présentant un refus scolaire anxieux, une prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD). Cette HAD est rattachée à l'unité de soin pour adolescent et pré adolescent et comprend un pédopsychiatre, un psychologue, un professeur spécialisé, un infirmier référent pour chaque enfant et un cadre socio-éducatif appartenant à l'unité de soin. Cette équipe prend en compte, dans le soin, les composantes psychoaffectives, familiales et scolaires. Les patients bénéficient de consultations individuelles de façon hebdomadaire, des entretiens familiaux toutes les 2 à 3 semaines et d'une scolarité à temps très partiel (3 fois 1H30) et très individualisée dans une classe rattachée au service en vue d'une réintégration en milieu scolaire classique (Denis 2005).

II. DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE DE COHORTE

A. Problématique

Le refus scolaire anxieux est un réel problème de santé publique : sa fréquence n'est pas négligeable et son retentissement est sévère tant pour le patient (sur les plans socio-professionnels, affectifs et psychopathologiques), que pour la famille et la société. Pourtant, l'absence de consensus quant à la définition du refus scolaire anxieux et la complexité des profils cliniques rendent son dépistage précoce et sa prise en charge difficile. Afin de tenter d'améliorer la trajectoire de soin de ces patients nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective s'intéressant aux patients présentant un refus scolaire anxieux et pris en charge dans un service hospitalier de pédopsychiatrie.

B. Objectif

Le premier objectif de l'étude est de proposer un état des lieux de la clinique et de la prise en charge des patients présentant un refus scolaire anxieux. Le deuxième objectif est de rendre plus visibles d'éventuels facteurs pronostiques. Le troisième objectif est de comparer les différentes prises en charge proposées dans le service.

C. Matériel et méthode

1. Lieu d'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique réalisée dans le service de psychiatrie infanto-juvénile de l'hôpital neurologique Pierre Wertheimer de Bron (69). Ce service a la particularité d'être un centre de référence des troubles des apprentissages. Les motifs de prise en charge sont donc variés et en lien avec une problématique scolaire : troubles spécifiques des apprentissages, troubles du comportement révélant une multiplicité de troubles psychiatriques sous-jacents : troubles anxieux, dépressifs, troubles spécifiques des apprentissages, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, haut potentiel, trouble du spectre autistique, émergence d'un trouble psychotique. La plupart des patients sont reçus en consultation de pré-admission par un médecin ou une psychologue du service au décours duquel le patient peut être réorienté, suivi en consultation ou hospitalisé. Progressivement le service a construit un protocole d'hospitalisation spécifique aux situations de refus scolaire anxieux. Un premier séjour de 2 semaines (avec une séparation stricte la première semaine) est proposé. C'est un temps important d'observation clinique dans le service avec une évaluation psychiatrique, un examen somatique, une évaluation psychométrique et ou de personnalité. A la suite de ce premier temps d'hospitalisation, la suite de la prise en

charge est déterminée en synthèse et il peut être proposé au patient : une orientation vers un suivi en ambulatoire avec une réévaluation espacée dans le service, des consultations plus régulières, une prise en charge en séquentiel ou une hospitalisation longue. Durant cette prise en charge, le patient pourra bénéficier de différents supports de soin (psychothérapie individuelle, prise en charge familiale, participation à des groupes thérapeutiques, temps scolaires).

2. Sélection des patients

a) Modalité de sélection

Le refus scolaire anxieux n'est pas reconnu comme une entité nosographique, il n'apparaît donc pas dans les classifications internationales tel que la CIM 10, qui est utilisée dans le service pour la cotation des diagnostics. Selon de nombreux auteurs, les diagnostics les plus couramment associés au refus scolaire anxieux sont les troubles anxieux et la dépression. Nous avons donc, dans un premier temps, sélectionné tous les patients ayant, comme diagnostic principal ou diagnostic secondaire, un des diagnostics suivants : phobie spécifique (F40.2), autre trouble anxieux phobique (F40.8), trouble anxieux phobique sans précision (F40.9), phobies sociales (F40.1), angoisse de séparation de l'enfance (F93.0), troubles paniques (F41.0), anxiété généralisée (F41.1), trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), autres troubles anxieux mixtes (F41.3), trouble anxieux sans précision (F41.9), trouble de l'adaptation (F43.2), réactions à un stress sévère (F43.9), épisode dépressif léger (F32.0), épisode dépressif moyen (F32.1), épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Dans un second temps nous avons lu les dossiers afin de repérer les critères d'inclusion et d'exclusion.

b) Critères d'inclusion

Les patients doivent présenter un refus scolaire anxieux tel qu'il est défini selon les critères de Berg (1992), à savoir la réticence et le refus souvent pur et simple d'aller à l'école d'un enfant qui : (1) cherche le confort et la sécurité de la maison , préférant rester près des figures parentales, surtout pendant les heures d'école ; (2) présente de troubles émotifs lorsqu'il est confronté à la perspective d'aller à l'école, comme en témoigne une crainte excessive, des crises de colère, de la tristesse, ou des symptômes physiques inexplicables ; (3) ne manifeste aucune tendance antisociale sévère , hormis l'agressivité possible lorsqu'on tente de le forcer à fréquenter l'école ; et (4) ne cherche pas à cacher le problème à ses parents. Les patients doivent avoir consulté dans le

service au moins un fois entre janvier 2013 et décembre 2015. Le refus scolaire anxieux peut alors être le motif initial de la consultation ou survenir au cours du suivi.

c) Critères d'exclusion

Les patients exclus sont les patients qui ne peuvent fréquenter un établissement scolaire en raison d'une pathologie psychiatrique (épisode psychotique franc, trouble du spectre autistique) ou d'une pathologie somatique imposant une éviction scolaire.

d) Données recueillies

Nous avons élaboré un questionnaire¹⁹ qui étudie les caractéristiques socio-démographiques, les données cliniques individuelles du patient et de son environnement familial et enfin la prise en charge proposée. Chaque questionnaire est rempli par les investigateurs principaux en collaboration avec le psychiatre référent du patient dans le service et à partir du dossier médical du patient.

Les données recueillies sont les suivantes :

-données socio démographiques :

- sexe
- âge lors de la première consultation dans le service.

- Histoire de la maladie :

Le début des troubles est considéré comme progressif lorsqu'il y a une période d'absentéisme (soit au moins 4 demi-journée d'absence non justifiées). Il est considéré comme brutal lorsque l'enfant ou l'adolescent présente une déscolarisation d'emblée.

La déscolarisation est définie par une absence complète de l'élève à l'école pendant au moins un mois.

Nous avons recherché si l'apparition du trouble était associé à un facteur déclenchant concernant l'école, le sujet ou son environnement.

Les signes fonctionnels (SF) étaient relevés selon 4 catégories : troubles digestifs (diarrhée, maux de ventre, vomissements), troubles du sommeil (fatigue, cauchemars, insomnies, hypersomnie), signes fonctionnels cardiologiques (tachycardie, palpitations, douleurs thoraciques) et autres.

Afin d'évaluer la trajectoire de soin du patient avant sa prise en charge dans le service, nous avons cherché à savoir si le patient a rencontré un psychologue ou un psychiatre

¹⁹ Annexe 2

avant la demande d'hospitalisation dans le service, en dehors d'une consultation aux urgences, quel était le tiers adresseur et quel avait été le motif d'hospitalisation.

Nous nous sommes aussi intéressé à la durée d'évolution des symptômes avant la mise en place d'un soin spécialisé en recueillant :

1/ le délai entre l'apparition des symptômes et le premier avis psychiatrique retrouvé dans l'anamnèse.

2/ Le délai entre l'apparition des symptômes et la première consultation dans le service (qui pouvait correspondre soit à la consultation de pré-admission, soit la consultation de suivi durant laquelle le refus scolaire a été évoqué, soit la consultation d'accueil lors du premier jour d'hospitalisation). Cette durée a été répartie selon 5 catégories (délai < 3 mois, entre 3 et 6 mois, entre 6 et 12 mois, entre 12 et 24 mois et > à 24 mois) telle qu'elle a été présentée dans l'étude de Benbrika (Benbrika 2010). Ceci dans une volonté d'uniformisation des études.

Présentation clinique :

Nous avons retenu ici les facteurs individuels tels que:

- Les troubles neuro-développementaux: les troubles de la communication et du langage, le déficit de l'attention/hyperactivité, les troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie) et les troubles moteurs (dyspraxie). Nous avons regroupé, sous l'appellation « multidys », les patients présentant de façon indépendante au moins deux de ces troubles. Nous avons attaché une attention particulière à l'évaluation du quotient intellectuel par le test psychométrique utilisé dans le service (WISC-IV²⁰) et notamment si le patient présentait un profil de haut potentiel (soit un diagnostic de précocité intellectuelle/ haut potentiel écrit dans le dossier soit un résultat au WISC-IV supérieur à 130).
- L'anxiété de performance
- Les antécédents psychiatriques: nous avons relevé si l'enfant avait bénéficié d'un suivi antérieur, en dehors du trouble actuel, et quel en avait été le motif.
- Nous avons également fait ressortir si les patients avaient eu des difficultés de séparation dans l'enfance.

²⁰ La WISC IV comprend: l'indice de Compréhension Verbal (ICV), l'indice de Représentation Perceptive (IRP), l'indice Mémoire de Travail (IMT) et l'indice Vitesse de Traitement (IVT). Interprétation du Quotient Intellectuel Total : retard mental (<70), limite (entre 70 et 79), normal faible (entre 80 et 89), moyen (entre 90 et 110), normal fort (entre 111 et 120), Haut potentiel intellectuel (>130).

- Les antécédents somatiques : nous avons tenu compte à la fois du terrain allergique et des maladies chroniques ou ayant occasionnées des hospitalisations.

Et nous avons répertorié les diagnostics psychiatriques notés dans les dossiers des patients ainsi que la présence ou non de troubles externalisés.

Caractéristiques familiales :

Nous nous sommes intéressées aux antécédents familiaux :

- la présence d'antécédent psychiatrique dans la famille. Cette donnée ne repose que sur les éléments rapportés par les familles lors des entretiens.
- la présence d'un refus scolaire anxieux dans la fratrie.

Nous avons également tenté d'appréhender le contexte familial, en recueillant :

- la situation du couple parental. Trois situations ont été choisies : unis, séparés et isolé (soit que l'un des parents est décédé, inconnu ou n'a pas donné de nouvelles depuis plusieurs années).
- Si au moins un des parents est présent au domicile du fait du chômage, d'un arrêt maladie ou d'un emploi à domicile.
- Si l'enfant est unique.
- Nous avons essayé d'appréhender l'environnement psychosocial par la présence de mesures éducatives (soit déjà mises en place soit demande en cours).

Prise en charge :

Nous nous sommes intéressées aux différentes modalités de prises en charge proposées dans le service :

- les hospitalisations complètes rentrant dans un processus de soins. Elles sont définies par une durée d'hospitalisation supérieure à 15 jours (afin de les différencier des hospitalisations d'observation fréquemment proposées dans le service). La durée de ce séjour sera exprimée en mois.
- les hospitalisations séquentielles ou les hospitalisations de jours où les patients reviennent régulièrement dans le service pendant 1 à quelques jours. La durée de la prise en charge est exprimée en mois.
- les patients suivis en consultations (sans hospitalisation).

Afin d'appréhender le soin proposé aux patients nous avons recueilli à la fois les données concernant la prise en charge psychiatrique :

- Présence ou non, d'une psychothérapie individuelle : nous avons pris en compte les psychothérapies proposées dans le service mais aussi en ambulatoire,
- D'une participation à un groupe thérapeutique,
- De la prescription de traitements psychotropes qu'elle ait été faite par un médecin du service ou par un autre médecin référent de l'enfant ou de l'adolescent.
- De la mise en place d'entretiens familiaux : nous avons considéré qu'ils étaient présents si il était mention dans les dossiers de plusieurs rencontres avec les parents au décours de la prise en charge, ce que l'on différencie de la présence d'une thérapie familiale où la prise en charge est plus systématisée (ex : thérapie familiale systémique).

Et celles concernant la prise en charge scolaire, en recherchant présence ou non d'aménagements scolaires mise en place et si oui lesquels.

Résultats :

La reprise complète (RC) est définie par une reprise de la scolarité à temps complet en milieu ordinaire.

La reprise partielle (RP) est définie par une reprise de la scolarité en soins-études, dans un établissement spécialisé, en cours du soir, ou en cours individuel ou CNED, reprise des cours en milieu ordinaire mais la reprise est insuffisante pour parler de reprise complète.

Nous établissons qu'il n'y a pas eu de reprise lorsqu'il n'y a pas eu d'augmentation du temps scolaire ou que les orientations de soin n'ont pas pu se mettre en place.

Nous estimons que le patient est perdu de vue quand il y a eu un arrêt de la prise en charge avant qu'une reprise de la scolarité n'ait été mentionnée dans le dossier.

Données socio démographiques	Age, sexe.
Histoire de la maladie	Début brutal ou progressif, déscolarisation complète, niveau scolaire du début des symptômes, durée des symptômes avant prise en charge psychiatrique, délai de prise en charge dans l'unité, facteur déclenchant, signes fonctionnels associés (SF), orientation via un spécialiste.
Présentation clinique	Antécédent de troubles spécifiques des apprentissages, antécédent de redoublement, antécédent d'angoisse de séparation dans l'enfance. Comorbidités. Evaluation psychométrique (WISC-IV).
Caractéristiques familiales	Antécédents de troubles spécifiques des apprentissages ou de pathologie psychiatrique chez les parents et dans la fratrie. Antécédent de RSA dans la fratrie. Environnement psycho-social. Situation parentale. Présence au domicile d'un parent.
Soin proposé	Prise en charge hospitalière, en hospitalisation complète, séquentiel ou en consultation. Durée de l'hospitalisation. Psychothérapie individuelle. Participation à des groupes thérapeutique. Traitement médicamenteux. Entretiens parentaux. Thérapie familiale. Présence d'un suivi concomitant. Aménagements scolaires : EDT allégé, cours « particulier », SAPAD, CNED, internat
Evolution des patients et de leur scolarité	RC, RP, pas de reprise, perdus de vue, rechute. Délai entre la première consultation dans le service et la reprise, rechute.

Table 1 : données recueillies- 1^{er} objectif.

e) *Analyse statistique*

Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif (n) et pourcentage. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes \pm écart-type.

Les variables qualitatives ont été comparées par le test du Chi 2 ou par un test exact de Fisher quand les conditions d'application du Chi n'étaient pas respectées. Les variables quantitatives ont été comparées entre les 3 stratégies à l'aide du test non paramétrique de Kruskal-Wallis.

Une régression logistique a été conduite afin de quantifier l'association entre les différentes variables explicatives et le statut de reprise complète. Les Odds Ratio assortis de leur intervalle de confiance à 95% ont été présentés pour les différents facteurs.

Compte tenu du faible nombre de sujets, aucune analyse multivariée n'a été conduite.

Les tests statistiques sont bilatéraux et le seuil de significativité a été fixé à 5%.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SAS V9.3 (SAS Institute Inc, NC).

D. Description épidémiologique : résultats

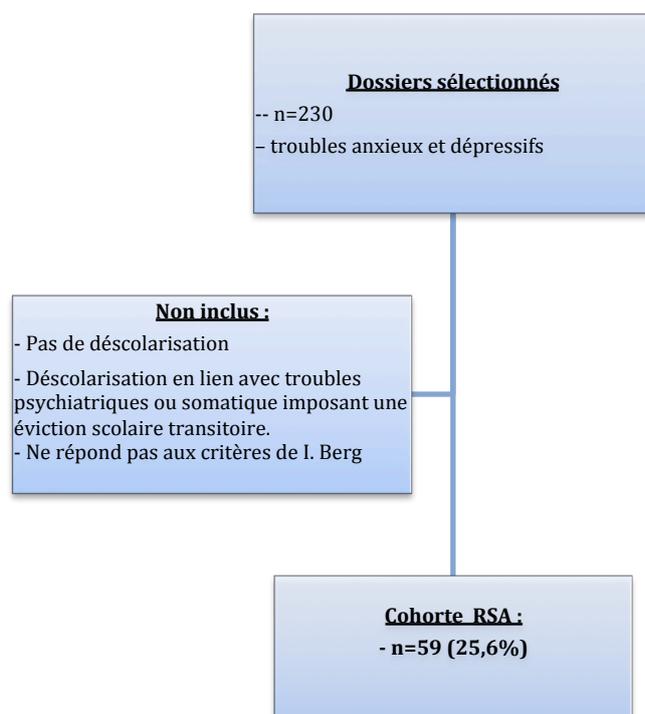
1. Sélection des patients

Pour répondre au premier objectif de notre étude, nous avons constitué une cohorte de patients pris en charge dans le service pour un refus scolaire anxieux.

De janvier 2013 à décembre 2015, 2373 patients ont consulté dans le service, selon les informations transmises par la Département d'Information Médicale (DIM) parmi lesquels 230 dossiers ont été sélectionnés par le DIM à partir des cotations des RUM (Résumé d'Unité Médicale) et selon les diagnostics CIM 10 énoncés ci-dessus. Ces dossiers ont été lus par l'examineur principal et dans certaines situations revues avec le médecin référent du patient dans le service lorsqu'il y avait un doute diagnostique concernant le refus scolaire anxieux.

59 patients ont finalement été inclus dans cette cohorte.

Figure 3: diagramme des flux-1^{er} objectif. RSA : refus scolaire anxieux



2. Données générales

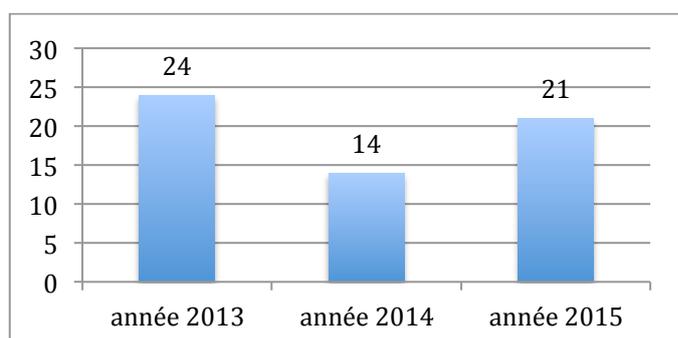


Figure 4 : incidence annuelle des patients en refus scolaire anxieux entre 2013 et 2015

Table 1 : données générales

	%	n	Moyenne
Effectif		59	
Données socio démographiques			
Âge		59	13,0 ±2,2
Sexe			
-fille	45,8	27	
-garçon	54,2	32	
Histoire de la maladie			
Début			
-brutal	31,6	18	
-progressif	68,4	39	
Déscolarisation complète	86	49	
Niveau scolaire			
-primaire	13,8	8	
-collège	79,3	46	
-lycée	6,9	4	
Délai cs psy (en mois)		30	3,4±4,5
Délai PEC service (en mois)			
- < 3	42,9	24	
-3 à 6	8,9	5	
-6 à 12	16,1	9	
-12 à 24	19,6	11	
- > 24	12,5	7	
Facteurs déclenchants	82,5	47	
Signes fonctionnels	75,9	44	
Présentation clinique			
Facteurs de risque personnel			
Antécédents psy	55,9	33	
Anxiété de séparation	44,0	22	
Troubles des apprentissages	51,7	30	
HP	54,0	27	
Anxiété de performance	45,6	26	
Pathologie psychiatrique	91,5	54	
Comorbidités somatiques	36,2	21	
Caractéristiques familiales			
Antécédents familiaux			
-psychiatriques	81,5	44	
-troubles des apprentissages	21,1	11	
-RSA fratrie	15,2	9	
Parents séparés ou isolés	39,6	23	
Mesure éducative	22,4	13	
Présence d'un parent au domicile	31,6	18	
Enfant unique	22,0	13	
Soin proposé			
Modalité du soin			
-HC	18,6	11	
-HDJ-séquentiel	72,9	43	
psychothérapie	81,0	47	
PEC groupale	38,2	21	
traitement médicamenteux	88,1	52	
PEC familiale			
-entretiens familiaux	88,1	52	
-thérapie familiale	24,1	14	
aménagements scolaires	96,3	52	
Evolution des patients et de leur scolarité			
Reprise complète	47,4	28	
Reprise partielle	33,9	20	
Pas de reprise	8,5	5	
Perdus de vue	10,2	6	
rechute	38,5	15	

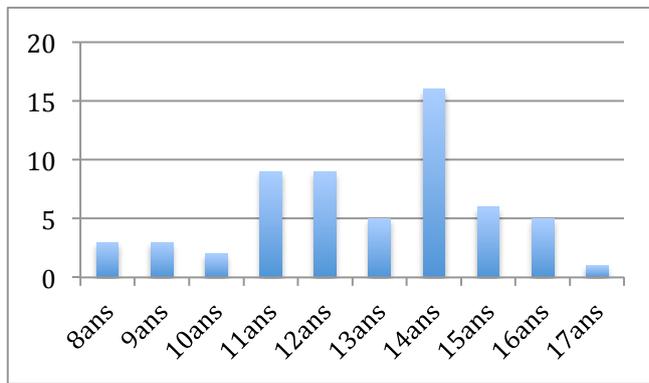
a) Données sociodémographiques

Dans notre population, le sex-ratio est proche de 1 : il y a 45,8% de filles (n=27) et 54,2% de garçons (n=32).

L'âge moyen des patients au début de la prise en charge est de 13,0 ans. Le patient le plus jeune est âgé de 8ans et le plus vieux de 17 ans.

La répartition des patients selon leur tranche d'âge est la suivante :

Figure 5: Répartition du nombre de patients par tranche d'âge



La tranche d'âge de 14ans est la plus représentée (27,1%, n=16). On observe deux pics d'âge : le premier à 11-12 ans et le second à 14ans.

b) Histoire de la maladie

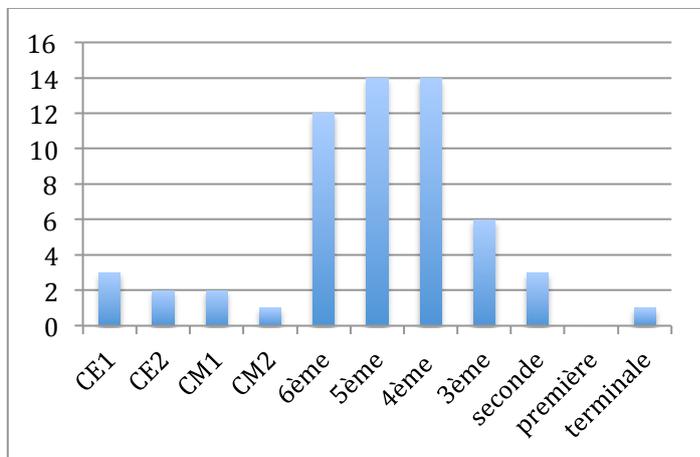
Table 2 : cohorte RSA – histoire de la maladie

	%	n	Moyenne
Niveau scolaire :			
- primaire	13,8	8	
- collège	79,3	46	
- lycée	6,9	4	
Début :			
- brutal	31,6	18	
- progressif	68,4	39	
Déscolarisation complète :	86,0	49	
-durée moyenne (en mois)		38	8,05 ± 8,3
- ≤3 mois	34,2	13	
- > 3 et < à 12 mois	42,1	16	
- ≥ 12 mois	23,7	9	
Signes fonctionnels :	75,9	44	
-digestif	63,4	26	
-sommeil	54,8	23	
-céphalées	30,9	13	
-cardiologique	7,3	3	
-respiratoire	7,1	3	
-urinaire	4,8	2	
-douleur chronique	2,4	1	
Facteur déclenchant :	82,5	47	
- sujet	14,9	7	
- famille	42,5	20	
- école	70,2	33	
PEC psy antérieure	84,5	49	
Délai moyen 1^{ère} cs psy		30	3,4 ± 4,5
Délai de PEC (en mois) :			
- < 3	42,9	24	
- 3 à 6	8,9	5	
-6 à 12	16,1	9	
-12 à 24	19,6	11	
- > à 24	12,5	7	
Adressé par :			
- (pédo)psychiatre	34,5	20	
-psychologue	8,6	5	
-urgences	12	7	
-spécialistes	12	7	
-médecin traitant	12	7	
-médecin scolaire	1,7	1	
-établissement scolaire	1,7	1	
-parents	17,2	10	
Motif de PEC :			
-RSA	75,9	44	
- association RSA + autre	15,5	9	
-autre	8,6	5	

Le début des troubles est plus souvent progressif (68,4%, n= 39) que brutal (31,6%, n=18).

Pour la plupart des patients, les symptômes ont commencé au collège (79,3%, n= 46) contre 13,8% (n=8) au primaire et 6,9% au lycée (n=4) et avec une répartition par niveau de classe comme suit :

Figure 6: Répartition des patients en fonction de leur niveau scolaire



Nous n'avons pas pu mettre en avant de différence entre le mode d'apparition des symptômes et le niveau scolaire.

Figure 7: Répartition du type de début par niveau scolaire

Niveau scolaire	Début		p
	Progressif	Brutal	
Primaire	6 (15.4)	2 (11.1)	0.99*
Collège	30 (76.9)	15 (83.3)	
Lycée	3 (7.7)	1 (5.6)	

*Fisher exact test

La majorité des patients sont complètement déscolarisés lorsqu'ils consultent dans le service (86%, n=49). La durée moyenne de déscolarisation est de 8,05 mois. Dans notre population la durée de la déscolarisation est très variable allant de 1 à 36 mois, avec la répartition suivante : 34,2 % (n=13) ont une durée de déscolarisation inférieure ou égale à 3 mois, 42,1% (n=16) ont une durée de déscolarisation comprise entre 3 et 12 mois et 23,7% ont une durée de déscolarisation supérieure à 12 mois.

Des signes fonctionnels sont présents chez 75,9 % (n= 44) des patients. Nous retrouvons par ordre décroissant : des troubles digestif (63,4 %, n=26), des troubles du sommeil (54,8%, n=23), des céphalées (30,9%, n=13), des manifestations cardiologiques (7,3%, n=3), des manifestations respiratoires de type asthmatiforme (7,1%, n=3). Deux patients se sont plaints de troubles urinaires : une énurésie et une polyurie et un patient s'est plaint de douleur chronique.

La présence de signes fonctionnels est statistiquement associée à un retard de prise en charge dans le service : avec un délai supérieur à 6 mois, par rapport aux sujets sans signe fonctionnel.

Figure 8: Lien en signes fonctionnels et délai de prise en charge. (PEC : prise en charge)

	Signes fonctionnels		p
	Non	Oui	
Délai PEC (mois)			
<3	9 (69.2)	14 (33.3)	
3-6	1 (7.7)	4 (9.5)	
>6-12	0 (0.0)	9 (21.4)	0.08*
>12-24	3 (23.1)	8 (19.1)	
>24	0 (0.0)	7 (16.7)	
Manquant	1	2	
Délai PEC (mois)			
<=6	10 (76.9)	18 (42.9)	0.03*
>6	3 (23.1)	24 (57.1)	

*Test exact de Fisher

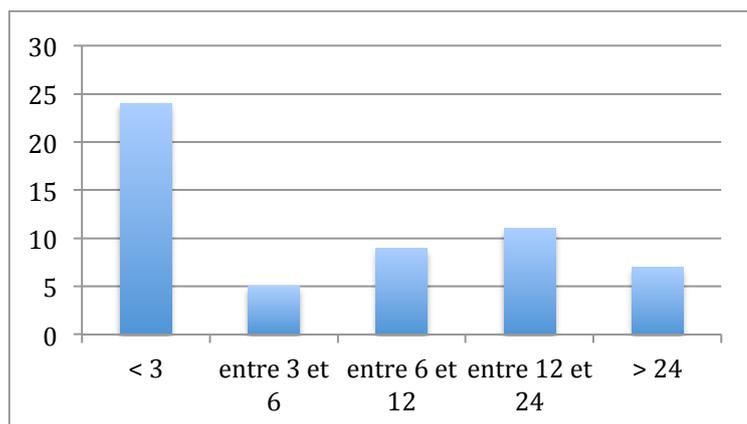
Des facteurs déclenchants sont retrouvés chez 82,5% des patients (n= 47). Parmi les facteurs déclenchants : *d'ordre scolaire* (70,2 %, n= 33), nous retrouvons : des moqueries (45,4 %, n= 15), du harcèlement (15,1%, n = 5), des difficultés relationnelles ou remarques d'un enseignant (12,1%, n=4), des redoublements (9%, n=3), des changements d'établissement (6%, n=2), un séjour classe verte (3%, n=1) et des refus de proposition d'aménagement scolaire, de saut de classe ou d'orientation (9%, n=3). Dans les *facteurs environnementaux/familiaux* (42,5%, n=20), nous retrouvons que pour 13 patients le début des troubles est en lien avec des *événements de vie* : déménagement (15%, n=3), maladie ou accident d'un proche (25%, n=5), décès d'un proche (15%, n=3), déménagement dans l'entourage (fratrie, amis) (10%, n=2) alors que pour 7 patients le début du symptôme est associé dans l'anamnèse à des troubles dans la *dynamique familiale* : séparation des parents (15%, n =3), conflits familiaux (20%, n=4). 7 patients (14,9%) évoquent des facteurs déclenchants *personnels* : soit une maladie somatique (71,4%, n=5), soit la présence au premier plan de signes fonctionnels à type de céphalées et de douleurs abdominales (28,6%, n=2).

Concernant le parcours de soin avant l'hospitalisation :

- un peu plus de 80% ont rencontré un psychiatre ou pédopsychiatre avant la demande d'hospitalisation (en dehors d'une consultation aux urgences).
- Le délai moyen entre l'apparition des troubles et la première consultation psychiatrique est de 3,4 mois, pouvant être de 15 jours au minimum et de 22 mois au maximum.
- Le délai entre l'apparition des symptômes et la première consultation dans le service est réparti comme tel : une prise en charge précoce (< à 3mois) dans 42,9

% des cas (n=24) et une prise en charge tardive (à plus de 12 mois) dans 32,1% des cas (n=18).

Figure 9: répartition du délai de prise en charge



Dans un peu plus d'un tiers des cas, les patients sont adressés par un psychiatre et pédopsychiatre (34,5 %, n=20). Mais ils peuvent aussi être adressés par :

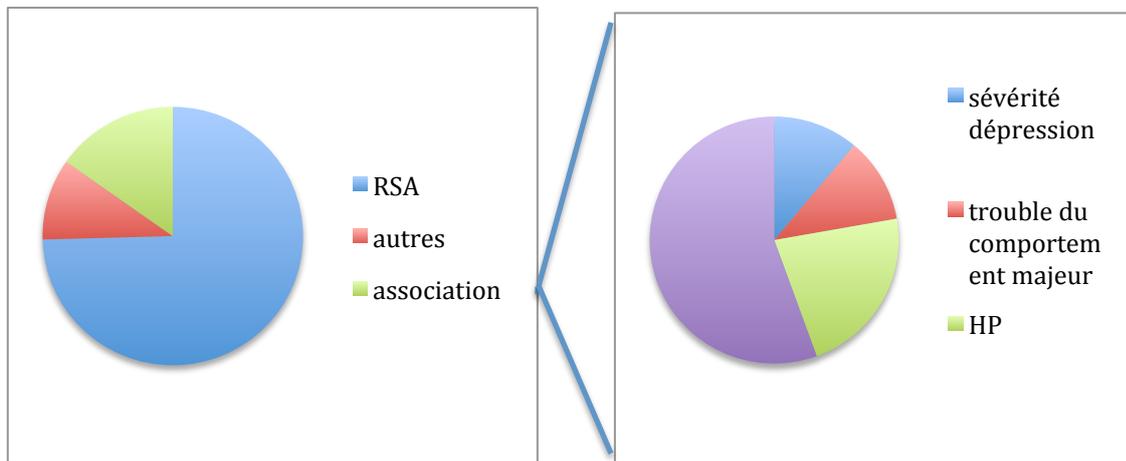
- les parents principalement dans 17,2 % des cas (n=10)
- leur médecin traitant dans 12% des cas (n=7)
- les urgences pédiatriques ou le service d'urgences pédopsychiatriques dans 12% des cas (n=7)
- un spécialiste dans 12% des cas (n=7)
- un psychologue dans 8,6% des cas (n=5)
- le médecin scolaire dans une situation
- et par l'établissement scolaire directement dans une situation.

Le refus scolaire anxieux est dans la majorité des cas le motif de prise en charge dans le service (91,4%, n=53):

- Soit comme *motif unique* (75,9 %, n=44)
- soit en *association* avec d'autres indications (15,5%, n=9): sévérité du syndrome dépressif, idéation ou geste suicidaire, troubles du comportement majeur au domicile et profil de haut potentiel intellectuel.

Les autres motifs de prise en charge notés dans les dossiers sont : 1 cas de trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité adressé par un pédopsychiatre, 2 patients ayant fait une tentative de suicide adressés par les urgences, 1 cas de mutisme adressé par un psychologue, 1 patient adressé par ses parents pour suspicion de refus scolaire anxieux.

Figure 10 : Cohorte RSA - motif de prise en charge



c) *Données cliniques individuelles*

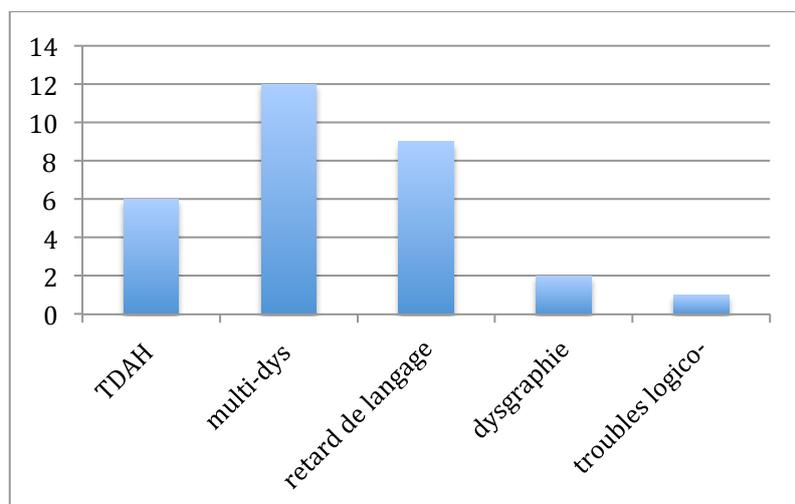
Table 5 : Cohorte RSA –caractéristiques individuelles

	%	n	moyenne
Sur le plan scolaire :			
- redoublement	12,3	7	
- TSA et/ou TDAH	51,7	30	
ATCD psy :	55,9	33	
- TS	10	3	
-anxiété	46,7	14	
-dépression	16,7	5	
-RSA	30	9	
-TCA	3,3	1	
-TOC	3,3	1	
-trouble du comportement	3,3	1	
-conflits familiaux	3,3	1	
-anxiété de séparation	44	22	
ATCD somatiques :	61,4	35	
-allergie	54,3	19	
-autres pathologies	82,9	29	
Quotient intellectuel :			
-HP	54,0	27	
-WISC-IV :			
ICV		42	123±21,8
IRP		43	112,9±16,5
IMT		43	106,6±18,5
IVT		43	100,7±15,7
Troubles psy:	91,5	54	
-anxiété de séparation	48,3	28	
-phobie sociale sociale	44,8	26	
-dépression	52,7	30	
-phobie spécifique	10,3	6	
-agoraphobie	5,2	3	
-trouble de l'adaptation	1,7	1	
-TAG	12,1	7	
-TOC	11,9	7	
-trouble panique	6,9	4	
-tics	3,4	2	
Troubles externalisés	25,4	15	
Anxiété de performance	45,6	26	
Comorbidité somatique	36,2	21	

Nous nous sommes intéressés dans un premier temps aux antécédents du patient (scolaires, psychologiques, somatiques).

Durant leur parcours scolaire : 7 patients (12,3%) ont redoublé avant l'apparition des troubles. Un peu plus de la moitié des patients présente un trouble spécifique des apprentissages et ou un déficit de l'attention/ hyperactivité (51,7%, n=30).

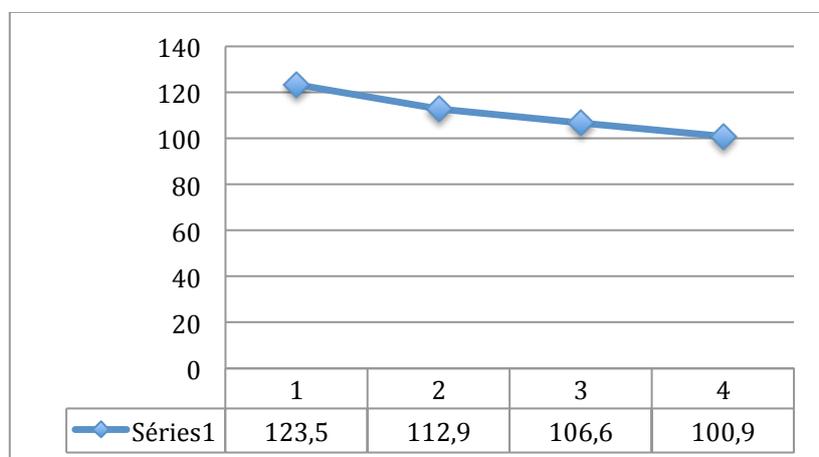
Figure 11: Cohorte RSA - troubles des apprentissages



Dans notre cohorte, plus de la moitié des patients ont un profil de haut Potentiel intellectuel (54,0%, n=27).

Pour plus des deux tiers (72,9%, n=43) des patients les résultats d'un WISC -IV ont été noté dans le dossier. La moyenne de chaque index est reportée sur le graphique suivant, cependant les profils sont souvent hétérogènes:

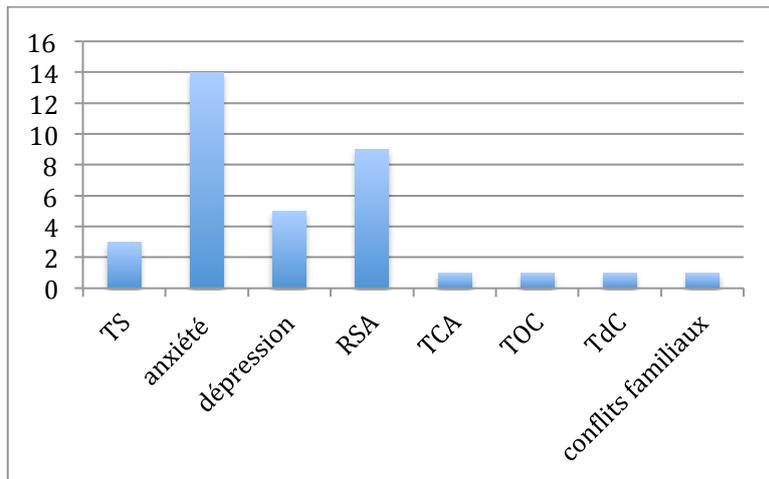
Figure 12 : Cohorte RSA- résultats WISC-IV



Concernant les antécédents psychiatriques: plus de la moitié (55,9%, n=33) des patients ont déjà rencontré, dans le passé, un psychiatre ou psychologue pour une problématique psychiatrique autre que l'épisode actuel.

Les motifs de consultation rapportés par les familles et notés dans les dossiers, sont répartis comme tel :

Figure 13: Cohorte RSA- antécédents de suivi psychiatrique



Et 22 patients (44%) ont présenté des difficultés de séparation dans l'enfance notamment lors de l'entrée en maternelle.

Chez plus de la moitié des patients (61,4%, n=35), des antécédents somatiques ont été retrouvés dans l'anamnèse. Un peu plus de la moitié (54,3%, n=19) présente des antécédents d'allergies. Chez 29 patients (92,9%) on retrouve une autre pathologie somatique telle que: de l'eczéma (n=6), de l'asthme (n=6), des pathologies neurologiques (une méningite virale, un cas de migraine, un kyste arachnoïdien, un antécédent de traumatismes crâniens multiples, une thrombophlébite cérébrale), des antécédents de chirurgie (n=3), de diabète (n=3), des troubles du sommeil (une narcolepsie, un syndrome d'apnée du sommeil), des antécédents de puberté précoce (n=2), un antécédent de purpura (n=1), de rhumatisme de hanche (n=1), une amblyopie (n=1), une hémophilie (n=1).

Nous nous sommes intéressées dans un second temps au profil psychopathologique des patients.

Dans notre échantillon, 54 patients (91,5%) avait un trouble psychiatrique associé. Le trouble le plus fréquemment retrouvé est la dépression (51,7 %, n= 20), cependant elle est souvent associée à un autre trouble : la dépression est le seul diagnostic noté dans le dossier que pour 4 patients. Puis, nous retrouvons l'anxiété de séparation (48,3%, n=28, retrouvée comme seul diagnostic pour 6 patients) et la phobie sociale (44,8%, n=26, retrouvée comme seul diagnostic 8 patients). Dans 8 situations, ces deux pathologies psychiatriques sont associées dans le dossier médical. Les autres diagnostics

psychiatriques retrouvés sont, par ordre décroissant : le trouble anxieux généralisé (12,1%, n=7), les troubles obsessionnels compulsifs (11,9%, n =7), la phobie spécifique (10,3%, n=6), le trouble panique (6,9%, n=4), l'agoraphobie (5,2%, n=3), les tics (3,4%, n=2) et les troubles de l'adaptation (1,7%, n=1).

Des troubles externalisés sont présents chez 15 patients (25,4%).

Les comorbidités sont fréquentes : pour seulement 20 patients (37,0%) un seul diagnostic psychiatrique est retrouvé dans le dossier médical. Et pour 6 patients (11,1%), plus de trois diagnostics sont notifiés dans le dossier médical.

L'anxiété de performance est retrouvée chez 45,6 % des patients (n= 26)

d) *Caractéristiques familiales*

Table 6 : Cohorte RSA – caractéristiques familiales

	%	n
Antécédents psychiatriques :	81,5	44
- mère		
dépression	32,6	14
anxiété	58,1	25
autres	11,6	5
-père		
dépression	17,5	7
anxiété	22,5	9
autres	17,5	7
-fratrie	26,7	12
Antécédents de troubles des apprentissages	21,1	11
RSA dans la fratrie	15,2	9
Situation parentale :		
-unis	60,3	35
-séparés	29,3	17
-isolé	10,3	6
Enfant unique	22,0	13
Présence parentale au domicile	31,6	18
Mesures éducatives	31,6	18

Dans notre cohorte, la présence d'antécédents familiaux psychiatriques est importante (81,5%, n=44). Les mères sont les plus touchées : plus de la moitié présente un trouble anxieux (58,1%, n =25), pratiquement un tiers présente des éléments dépressifs (32,6%, n=14). Dans les autres problématiques psychiatriques rencontrées, il y a : 1 burn-out, 1 addiction, 1 trouble du comportement alimentaire, 2 troubles bipolaires.

Les troubles psychiatriques les plus représentés chez les pères sont aussi les troubles anxieux (22,5%, n=9), puis les éléments dépressifs (17,5%, n= 7). Parmi les autres pathologies psychiatriques énoncées à l'anamnèse, on retrouve : 3 troubles bipolaires, 1 schizophrénie, 3 pères ont une problématique d'addiction et il est rapporté une notion de labilité émotionnelle chez un père sans qu'un diagnostic de trouble de la personnalité, de bipolarité, ou de trouble schizo-affectif n'ait été posé.

Dans un peu plus d'un sixième (17,5%, n= 7) des situations, la fratrie présente ou a présenté des troubles psychiatriques.

Il y a un antécédent de trouble des apprentissages dans la famille de 11 patients (21,1%). La présence d'un refus scolaire anxieux dans la fratrie est de 12,5%. Ce taux est donc très nettement supérieur à la prévalence du refus scolaire anxieux dans la population générale qui est compris entre 0,3 et 1,7%.

Concernant le contexte familial :

- la plupart des parents sont unis (60,3%, n= 35). 1/10^{ème} se retrouve seul face aux difficultés de leur enfant ou adolescent (parent isolé : 10,3%, n=6),
- 13 patients sont des enfants uniques (22,0%),
- dans pratiquement un tiers des cas, au moins un des deux parents est au domicile (31,6%, n=18),
- et dans pratiquement un tiers des cas, une mesure éducative a été mise ou va se mettre en place (31,6%, n=18).

e) Prise en charge

Table 7 : cohorte RSA – prise en charge

	%	n	moyenne
Modalité de soin :			
-HC	18,6	11	
-durée moyenne de l'HC		11	4,6 ± 2,7
-HDJ/séquentiel		43	
-durée de l'HDJ/séquentiel	72,9	40	5,7 ± 4,1
Psychothérapie individuelle	81,0	47	
Groupe thérapeutique	38,2	21	
Traitement médicamenteux	88,1	52	
PEC famille :			
-entretien famille	88,1	52	
-thérapie familiale	24,1	14	
Suivi concomitant	70,7	41	
Sur le plan scolaire :	96,3	52	
-EDT aménagé	84,6	44	
-cours « particuliers »	32,7	17	
-SAPAD	25,0	13	
-CNED	26,9	14	
-internat	3,9	2	

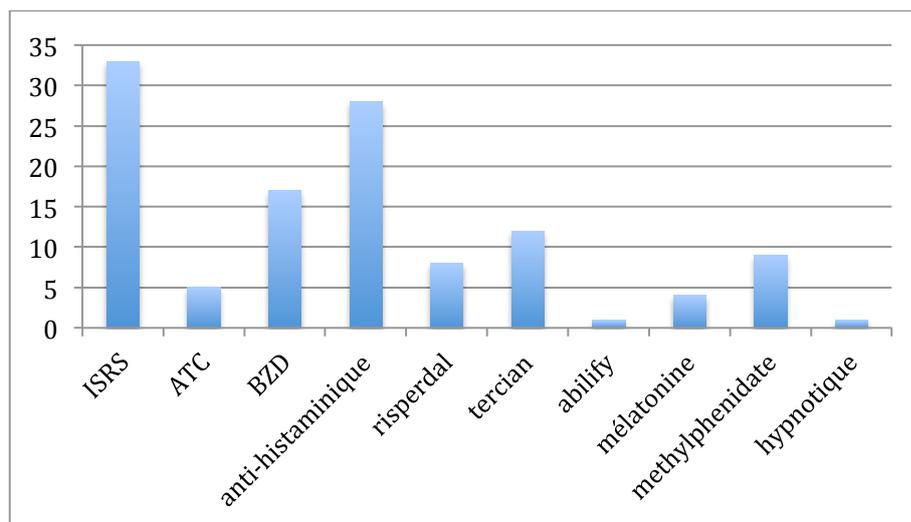
Dans notre cohorte, 11 patients (18,6%) ont bénéficié d'une hospitalisation complète avec une durée moyenne de 4,6 mois. Les durées de séjours sont très variables : la plus courte hospitalisation complète a duré 1 mois et la plus longue a duré 10 mois. Parmi ces 11 patients, 8 ont également bénéficié d'une hospitalisation en séquentiel ou HDJ. Cette prise en charge pouvait être proposée en amont de l'hospitalisation complète afin de préparer celle-ci (notamment dans les anxiétés de séparation) ou en aval afin de

continuer d'accompagner l'enfant ou l'adolescent dans sa reprise scolaire. Au total, 43 patients (près de 73%) ont bénéficié d'une hospitalisation en séquentiel ou HDJ pendant une durée moyenne de 5,7 mois.

Au cours de ces hospitalisations, différents soins ont été proposés :

- un peu plus d'un tiers des patients ont participé à au moins un groupe thérapeutique (sport, groupe de psychomotricité, groupe « soin du corps », atelier d'écriture, photolangage et groupe d'affirmation de soi). Le plus communément proposé est le groupe d'affirmation de soi (deux tiers des patients).
- la majorité des patients (81,0 %, n=47) ont bénéficié d'une psychothérapie individuelle. Nous n'avons pas fait de distinction entre les psychothérapies proposées dans le service et celles effectuées en ambulatoire. Nous avons simplement tenu compte de la notification dans le dossier de la mise en place d'un tel soin.
- la majorité des patients (88,1%, n=52) ont eu à un moment donné dans leur prise en charge dans le service la prescription d'un traitement par psychotropes que celle ci ait été faite par un médecin du service ou par un autre médecin. Les traitements les plus fréquemment donnés sont les ISRS (63,5%), les antihistaminiques (53,8%) seuls ou en association. Les différents traitements prescrits sont répartis comme tel :

Figure 14: Cohorte RSA- traitements



- les familles ont dans la majorité des cas (88,1%) été reçus en consultation : lors de la consultation de pré admission, de la consultation d'accueil lors de l'hospitalisation et au cours du suivi. Ces entretiens permettent à la fois de suivre l'évolution du patient à travers le discours des parents (amélioration de l'état clinique et respect du contrat de reprise scolaire lorsque celui ci a été proposé) mais aussi d'apporter des éléments de

guidance parentale. Lorsque le soin familial devait être plus conséquent, une thérapie familiale était proposée en dehors du service : 14 familles ont accepté d'en bénéficier.

- un peu plus de deux tiers des patients ont bénéficié d'un suivi concomitant en ambulatoire, principalement en libéral (80,5%) mais aussi parfois en institution type Centre médico-psychologique (14,6%), Maison des Adolescents (4,9%) ou Centre Médico-Psycho-Pédagogique (2,4%).

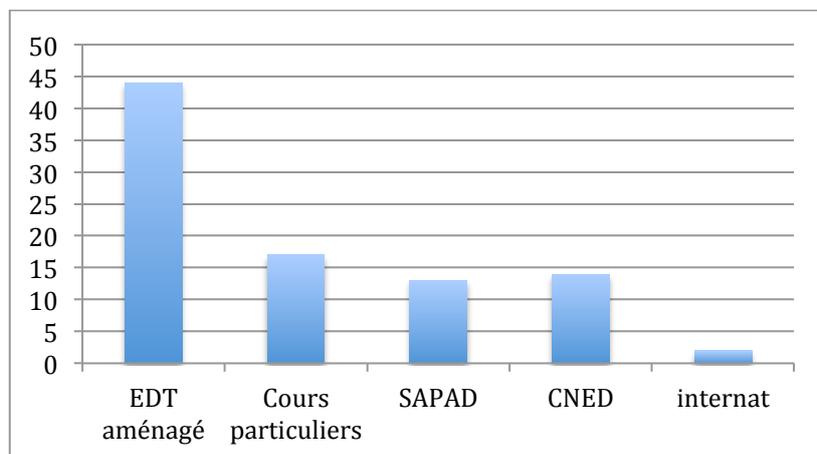
Concernant la reprise scolaire, plusieurs mesures ont pu être proposées seules ou en association :

- Dans la majorité des situations (84,6%), il a été proposé un aménagement de l'emploi du temps avec une reprise progressive des cours.

- la reprise des cours a pu également être permise par la participation à des cours individuels (32,7%), la mise en place d'un SAPAD (25%) ou de cours par correspondance via le CNED (26,9% des cas).

- dans 2 situations, la prise en charge a amené à orienter le patient vers un internat.

Figure 15 : Cohorte RSA- aménagements pédagogiques



Ces éléments ont été renseignés dans la plupart des dossiers (n'étaient absents que pour 5 patients).

Concernant les cours « particuliers », certains ont été mis en place par la famille directement mais d'autres ont pu aussi être proposés par le service. Sur Lyon, l'association AAME (Association les Amis des Malades pour l'Enseignement) propose un enseignement gratuit, individuel et personnalisé, dispensé par des bénévoles qualifiés qui s'adaptent au niveau et au projet de l'enfant ou l'adolescent malade. Elle permet une reprise scolaire en dehors de l'hôpital mais dans un espace plus neutre que l'établissement scolaire du patient lorsque la fréquentation de celui-ci est trop anxiogène. Elle peut également proposer un accompagnement des enfants inscrits au

CNED afin d'assurer un suivi des cours par correspondance ou proposer une remise à niveau lorsque la déscolarisation a été prolongée. Nous n'avons pas toujours pu faire la différence entre ces deux options du fait d'un manque d'information dans les dossiers.

f) Evolution

Table 8 : cohorte RSA – évolution

	%	n	Moyenne
Reprise :			
-reprise complète	47,4	28	
-reprise partielle	33,9	20	
-pas de reprise	8,5	5	
-perdus de vue	10,2	6	
Délai de reprise		43	9,4 ± 8,8
Rechute :	38,5	15	
-délai de rechute		13	7,1±6,1
-retour des vacances	69,2	9	
- facteur déclenchant	38,5	5	

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés à la reprise scolaire des patients :

- pratiquement la moitié des patients (47,4%, n=28) ont repris à temps complet en établissement ordinaire

- et un tiers des patients ont repris à temps partiel (33,9%, n=20)

→ Soit une reprise des cours dans 81,3 % des cas.

Le délai moyen entre la première consultation dans le service et la reprise scolaire est de 9,4 mois. Le délai minimum de la reprise est de 1 mois.

Nous retrouvons deux patients qui ont été pris en charge dans le service pendant plus de trois ans (43 mois) sans qu'une reprise des cours n'ait été possible.

Nous pouvons noter que seulement 6 patients (10,2%) sont perdus de vue.

Dans un second temps, nous nous sommes intéressés à la rechute :

- cette information a été notée dans 39 dossiers (soit pour 66,1% des patients de notre cohorte)
- le taux de rechute était de 38,5%.
- Le délai moyen entre la reprise des cours et la rechute est de 7,1 mois.
- Dans plus de deux tiers des cas, la rechute fait suite à des vacances scolaires (principalement les vacances de toussaint).
- Dans 38,5 % des cas, un facteur de rechute est retrouvé : redoublement, séparation parentale, stage professionnel, rupture de soin.

E. Recherche de facteurs associés à la reprise complète

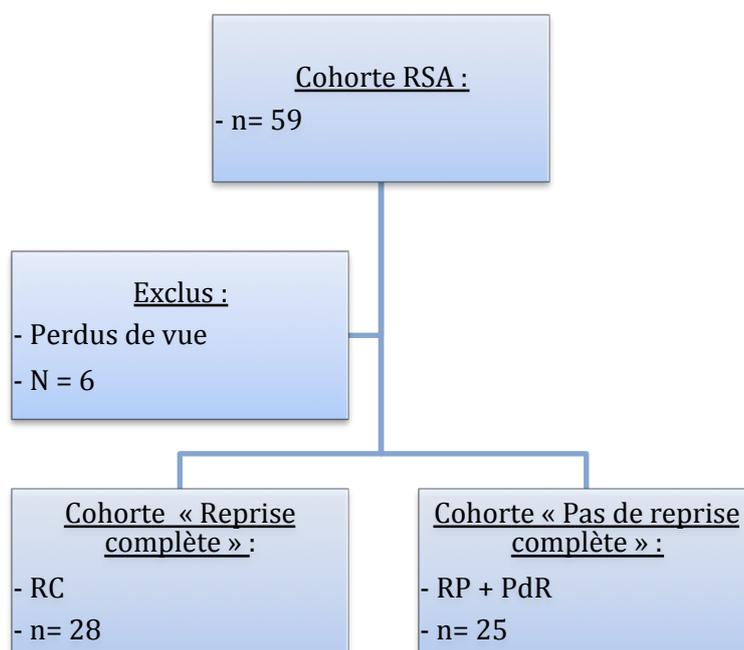
1. Sélection des patients.

Pour le deuxième objectif de l'étude qui est de tenter de dégager des facteurs pronostics, nous avons réparti les patients de notre cohorte RSA en 2 sous-groupes : les patients ayant repris une scolarisation à temps complet, ce qui est l'objectif du soin, et ceux n'ayant pas repris à temps complet (soit reprise partielle, soit pas de reprise).

Les patients perdus de vue n'ont pas été inclus dans cette analyse car nous ne pouvons présumer de leur reprise : il est possible qu'ils aient arrêté le suivi du fait d'une bonne évolution mais il est aussi possible que la rupture de soin soit liée à une stagnation voire une aggravation de leur état clinique.

Nous sommes partis de l'hypothèse que la reprise complète de la scolarité est un indicateur de bonne évolution évoquant une rémission.

Figure 16: Diagramme des flux-2^{ème} objectif



2. Données recueillies

Nous avons cherché à savoir si les données suivantes étaient associées à une reprise scolaire complète ou alors à une moins bonne reprise scolaire :

Table 9 : Données recueillies – 2^{ème} objectif.

Données socio démographiques	Age, sexe.
Histoire de la maladie	Début brutal ou progressif, déscolarisation complète (oui/non, durée), niveau scolaire du début des symptômes (primaire, collège, lycée), délai de prise en charge (< ou > à 6 mois), présence d'un facteur déclenchant (sujet, école, famille), la présence de signes fonctionnels.
Présentation clinique	Antécédent de troubles spécifiques des apprentissages (TSA), antécédent de redoublement, profil Haut potentiel (HP), association TSA+HP, profils psychopathologique (présence de troubles psychiatriques, anxiété de séparation seule, phobie sociale seule, dépression seule, association anxiété de séparation et phobie sociale, association anxiété de séparation+ phobie sociale+ dépression, l'association de ≥ 3 comorbidités)
Caractéristiques familiales	Antécédents de troubles psychiatriques dans la famille. Antécédent de RSA dans la fratrie. Présence d'une mesure éducative. Parents unis versus isolé et séparés. Présence au domicile d'un parent. Enfant unique.

3. Résultats

La seule variable pour laquelle nous avons pu mettre en avant une association statistique est **l'âge**. **L'âge est inversement lié à la reprise scolaire** : la chance de reprise complète diminue significativement de 42% par unité d'âge supplémentaire. Pour toutes les autres variables, il n'y a pas de différence significative.

F. Comparaison des modalités de prise en charge

1. Sélection des patients

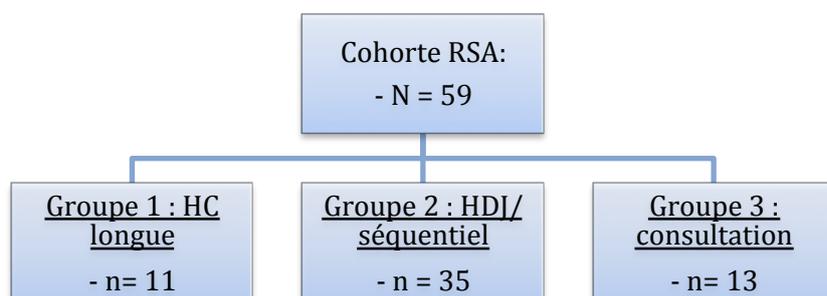
Le troisième objectif de l'étude est de comparer trois stratégies thérapeutiques proposées dans le service : prise en charge en hospitalisation complète, en HDJ/séquentiel ou en consultation. Du fait de la complexité de ces prises en charges, il est possible que ces différentes modalités de soin se soient succédées. Pour tenter de les comparer nous avons réparti tous les patients de la cohorte RSA en trois catégories :

- Groupe 1 : hospitalisation complète longue : ce sous-groupe caractérise tous les patients ayant bénéficié à un moment donné de leur prise en charge d'une hospitalisation complète longue (soit une durée > à 15 jours).
- Groupe 2 : HDJ/ séquentiel : ce sous-groupe caractérise les patients ayant bénéficié d'hospitalisation de jour (hospitalisation d'au maximum 5 jours sans nuit dans le service) ou en séquentiel (séjours avec au moins une nuitée dans le service, durant

moins de quinze jours, et qui sont proposés de façon régulière au patient). Les patients ayant bénéficié d'une hospitalisation complète ne sont pas inclus dans cette catégorie.

- Groupe 3 : consultations : ce sous-groupe caractérise les patients qui n'ont pas été hospitalisés et qui ont bénéficié de consultations dans le service.

Figure 17 : Diagramme des flux - 3ème objectif



2. Données recueillies

Nous avons tenté de comparer les stratégies thérapeutiques en termes de profil de patient, de soin proposé et de leur devenir.

Nous sommes partis de l'hypothèse que le profil des patients est différent selon la stratégie thérapeutique proposée.

Table 10 : Données recueillies – 3ème objectif.

Données socio démographiques	Age, sexe.
Histoire de la maladie	Début brutal ou progressif, déscolarisation complète (oui/non, durée), niveau scolaire du début des symptômes (primaire, collège, lycée), délai de prise en charge (< ou > à 6 mois), présence d'un facteur déclenchant (sujet, école, famille), la présence de signes fonctionnels.
Présentation clinique	Antécédent de troubles spécifiques des apprentissages (TSA), antécédent de redoublement, profil Haut potentiel (HP), association TSA+HP, profils psychopathologique (présence de troubles psychiatriques, anxiété de séparation seule, phobie sociale seule, dépression seule, association anxiété de séparation et phobie sociale, association anxiété de séparation+ phobie sociale+ dépression, l'association de ≥ 3 comorbidités)
Caractéristiques familiales	Antécédents de troubles psychiatriques dans la famille. Antécédent de RSA dans la fratrie. Présence d'une mesure éducative. Parents unis versus isolé et séparés. Présence au domicile d'un parent. Enfant unique.
Soin proposé	Groupe thérapeutique, traitement médicamenteux, SAPAD, CNED
Evolution	Reprise complète ou partielle, pas de reprise, perdus de vue. Délai de reprise. Rechute.

3. Résultats

Nous ne retrouvons **pas de différence significative** en terme de profil psychopathologique, de soin proposé entre les patients hospitalisés à temps complet en séquentiel et ceux suivis en consultations.

G. Discussion

Nous avons retrouvé quatre études de cohorte en population clinique de patients présentant un refus scolaire anxieux, réalisées en France durant ces dix dernières années.

- L'étude de L. Racle réalisée en 2007. Cette étude a été réalisée à partir d'une cohorte de 48 patients hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Grenoble entre 1986 et 2004. Ce service, de courts et de moyens séjours, fonctionne selon les modalités d'un hôpital de semaine en accueillant du lundi au vendredi des patients âgés de moins de 15 ans et 3 mois.
- L'étude de S. Benbrika réalisée en 2010. Cette étude a été menée sur une population de 40 enfants et adolescents hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy entre 2004 et 2008. Ce service propose notamment une prise en charge spécialisée pour les patients en refus scolaire anxieux dans le cadre d'un *protocole phobie scolaire*, que nous avons détaillé dans la partie traitement²¹.
- L'étude de L. Etienne réalisée en 2013. Cette étude concerne 183 cas d'adolescents présentant un refus scolaire anxieux, accueillis au centre Oreste entre 2009 et 2013. Le centre Oreste est un service intersectoriel (en Indre et Loire-37) pour adolescents qui propose une activité de consultation de pédopsychiatrie et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).
- L'étude de L. Zugaj réalisée en 2016. Cette étude porte sur une cohorte de 63 patients déscolarisés et suivis en ambulatoire dans le 1^{er} secteur de psychiatrie infanto-juvénile du Val-de-Marne, soit sur 5 Centre Médico-Psychologiques (CMP), et au sein de la consultation accueil pour adolescents (CAPADO). L'inclusion des patients a porté sur une période allant de janvier 2010 à décembre 2013.

²¹ p 71

1. Effectifs de la cohorte

Concernant l'**effectif** de notre cohorte de 59 patients, nous pouvons noter :

1/ que le nombre de patients inclus est assez proche de celui des études antérieures sur une période de temps équivalente.

2/ que nous n'avons pas pu mettre en avant une augmentation de l'incidence sur cette période d'inclusion (de 2013 à 2015), mais que le nombre de patients pris en charge pour refus scolaire anxieux chaque année dans notre service est nettement supérieur à celui des études de Racle et Benbrika.

3/ ces patients en situation de refus scolaire anxieux représentent **2,5%** des patients ayant consulté dans le service entre 2013 et 2015 et **un quart** (25,6%) de ceux pris en charge pour un trouble anxieux ou dépressif (n=230).

Nous n'avons pas mis en évidence une majoration des demandes de prise en charge hospitalière pour refus scolaire anxieux sur cette période d'inclusion de trois ans. Seule l'étude de Racle semble avoir un recul suffisant (de plus de dix ans) pour mettre en évidence cette augmentation : avant 2001 les demandes sont peu nombreuses (entre 0 et 5 patients par an) alors que son service a accueilli entre 7 et 10 patients par an les quatre années suivantes (Racle, 2007). Dans l'étude de Benbrika, l'incidence moyenne est de 8 patients par an. Dans notre étude le nombre de patients hospitalisés chaque année pendant ces trois ans est nettement plus important avec une **incidence moyenne de 19,6 patients par an** soit plus du double.

Cette augmentation pourrait être le reflet de l'augmentation de l'incidence du refus scolaire anxieux mais pourrait aussi être expliquée par le fait que le service soit un centre de référence des troubles des apprentissages. L'adressage des patients présentant un symptôme scolaire est peut-être plus lisible dans notre service que vers un service de pédopsychiatrie de secteur.

Malgré un échantillon et un recul faibles, les données de cette étude pourraient aller dans le sens d'une augmentation de l'incidence du refus scolaire anxieux.

2. Données socio démographiques

La répartition selon le sexe approche de la **parité** malgré une légère prédominance masculine dans notre cohorte avec 27 filles et 32 garçons.

La moyenne d'âge lors de la première consultation dans le service est de **13 ans**. Elle est légèrement supérieure à l'âge moyen de prise en charge dans les études de Racle et

Benbrika. Cette différence peut s'expliquer par le fait qu'une des particularités du service est de pouvoir accueillir les patients jusqu'à 18 ans.

Nous retrouvons, dans notre population, **deux pics d'âge : 11-12 ans et 14 ans**, ce qui est conforme aux pics d'âge décrits par Hersov (1985).

Les données socio démographiques sont en accord avec la littérature.

3. Histoire de la maladie

- Importance du passage au collège : Pour la majorité des patients de notre étude (79,3%), les troubles ont débuté au collège, ce qui est en accord avec la littérature.

L'entrée en collège représente un changement important pour l'élève. Ses capacités d'adaptation sont mises à l'épreuve : changement d'établissement (Zugaj et al. 2016), nécessité d'une plus grande autonomie par rapport au primaire, modalité de pensée différente avec le développement de la pensée formelle, abstraite, enjeu des problématiques adolescentes.

Certains auteurs (Catheline 2016 ; Zugaj 2016 ; McShane, Walter, et Rey 2001) soulignent l'importance de bien préparer cette transition.

- Mode d'installation des troubles majoritairement progressif (68,4%, n= 39) mais absence de consensus quant à la définition :

Nos résultats sont en accord avec la littérature qui décrit chez les pré-adolescents et adolescents un mode d'installation des troubles plutôt progressif : pour 50 à 70% des cas dans les trois études de cohorte cités précédemment. Cependant il est important de signaler qu'il n'y pas de consensus quant à cette définition.

Pour Racle, le refus scolaire anxieux est décrit comme brutal lorsqu'il se développe sur l'année scolaire et comme progressif lorsqu'il se développe au-delà de l'année scolaire.

Pour Benbrika, le refus scolaire anxieux est décrit comme brutal lorsqu'il s'installe en moins de 3 mois et comme progressif lorsqu'il s'installe en plus de 3 mois.

Pour Zugaj, le refus scolaire anxieux est décrit comme brutal lorsqu'il se manifeste d'emblée par une déscolarisation et comme progressif s'il y a une période d'absentéisme antérieure.

L'absence de consensus de cette définition, rend difficile la comparaison des différentes études mais vient tout de même confirmer une réalité clinique.

- Importance de repérer les absences :

Dans notre cohorte, pour un peu **plus des deux tiers des patients (68,4%) le début des symptômes est progressif** et une **déscolarisation complète est présente chez la majorité des patients (86%)**, ce qui vient confirmer l'hypothèse de certains auteurs :
1/ d'un continuum entre absentéisme et déscolarisation complète (Zugaj et al. 2016),
2/ de l'importance à accorder aux absences même lorsqu'elles sont perlées.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative entre le mode de début des troubles (brutal versus progressif) et le niveau scolaire comme retrouvé dans la littérature. Ce qui peut être expliqué par le faible effectif de cette étude et notamment des patients de primaire. **Le début brutal des symptômes est effectivement préférentiellement retrouvé chez les plus jeunes (< 10 ans).**

Ne pouvant être mis en avant un mode de début des troubles spécifique au niveau scolaire, il reste important d'être vigilant à toutes formes d'absentéismes scolaires et cela quel que soit le niveau scolaire de l'enfant.

- Analyse des facteurs déclenchants :

Pour la majorité des patients (82,5%) des facteurs déclenchants sont retrouvés à l'anamnèse. Dans notre étude, l'école est plus fréquemment mise en cause dans l'apparition des troubles (70,2%) alors que dans l'étude de Racle ce sont les événements socio-familiaux. Cette différence peut s'expliquer par :

1/ l'hypothèse d'une orientation différente des patients en fonction de la problématique au premier plan : problématiques socio-familiales vers les services de pédopsychiatrie, problématiques scolaires vers les centres de référence troubles des apprentissages.

2/ du fait de l'augmentation de la violence en milieu scolaire.

Le harcèlement est défini par Peter K. Smith comme « une violence répétée (mais pas obligatoirement quotidienne) physique ou psychologique, perpétrée par un ou plusieurs élèves à l'encontre d'une victime qui ne peut se défendre car en position de faiblesse, l'agresseur agissant dans l'intention de nuire à sa victime » (Catheline 2009).

C'est un phénomène important qui concerne 15 % des enfants scolarisés dans les pays où l'obligation scolaire est appliquée et dont les conséquences sont graves.

En dehors du refus scolaire anxieux, le harcèlement entraîne une perte d'estime de soi, un risque de dépression, de troubles alimentaires. Le taux de suicide dans ces situations est particulièrement élevé. Catheline insiste donc sur l'importance de reconnaître et de prévenir ce trouble.

La lutte contre la violence à l'École figure d'ailleurs parmi les priorités du Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et la loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 vient réaffirmer cet engagement²².

Une campagne de lutte contre le harcèlement à l'école²³ a été lancée fin Novembre 2013 et un programme d'actions plus ciblées prend en compte la prévention et le traitement de la violence induite par les médias numériques et notamment les médias sociaux²⁴.

Dans son étude, Egger (Egger, Costello, et Angold 2003) rapporte que dans les situations de refus scolaire anxieux, les enfants ou adolescents sont décrits comme plus timides, plus fréquemment victimisés, entraînant une relation conflictuelle avec leurs pairs et des difficultés à se faire des amis, par rapport aux élèves non absentéistes et aux situations d'école buissonnière.

Les programmes de prévention de la violence à l'école apparaissent comme un des moyens de lutter contre l'émergence d'un refus scolaire anxieux.

- L'importance des signes fonctionnels :

Les trois quarts des patients de notre cohorte présentent des signes fonctionnels (75,9%). Les plaintes somatiques les plus fréquemment retrouvées sont en accord avec les données de la littérature à savoir : troubles digestifs (presque les deux tiers, 63,4%), troubles du sommeil (un peu plus de la moitié, 54,8%) et céphalées (presque un tiers, 30,9%).

La prévalence des signes fonctionnels est plus élevée dans notre étude que dans celle de Zugaj (50% environ), ce qui peut être expliqué par :

- 1/la sensibilisation et la recherche dans notre étude des troubles du sommeil,
- 2/la sévérité des profils cliniques des patients hospitalisés par rapport aux patients pris en charge en CMP.

Deux signes fonctionnels à type de troubles urinaires ont été retrouvés ce qui est en accord avec les propos de Compan qui évoque « la possibilité de mouvements régressifs » chez ces patients (Compan 2014).

²² Données recueillies sur le site du Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.

²³ Campagne de sensibilisation 2016-2017 : Non au harcèlement.

²⁴ Réalisation d'un guide relatif à la cyberviolence entre élèves.

Un des éléments essentiels de notre étude est qu'elle vient confirmer que **la présence de signes fonctionnels vient retarder la prise en charge spécialisée**. Ils sont statistiquement associés à un **délai de prise en charge de plus de 6 mois**.

Notre étude rappelle l'intérêt de l'évaluation somatique (dans notre population, un peu plus d'un tiers des patients avait également une pathologie organique associée) mais également l'importance de mettre en avant le trouble psychologique sous-jacent aux manifestations somatiques afin d'éviter à tout prix l'errance diagnostique et thérapeutique et de mieux orienter le patient vers des soins psychiatriques.

Le repérage de la composante anxieuse des signes fonctionnels est donc un enjeu majeur dans le traitement de ces situations de refus scolaire anxieux car il permet d'orienter les patients vers un soin adapté et de limiter ainsi un retard à la prise en charge.

4. Profils cliniques des patients

- Terrain individuel

Un peu plus de la moitié des patients (55,9%) présentaient des **antécédents psychologiques : préférentiellement des troubles anxieux (46,7%) et des troubles dépressifs (26,7%)**, ce qui est en accord avec les résultats obtenus dans les études de Benbrika et de Racle.

Pratiquement **un tiers des patients (31,6%) présente un terrain allergique**. Or certains auteurs ont pu mettre en avant la fréquence des allergies et des troubles psychosomatiques chez les patients anxieux.

Dans les situations de refus scolaire, **il est fréquent de retrouver des antécédents d'anxiété de séparation dans l'enfance** : autour de 20% dans les études de Zugaj et de Benbrika. Dans notre cohorte, nous retrouvons que dans un peu moins de la moitié des cas (**44%**), des difficultés de séparation à l'entrée en maternelle étaient suffisamment importantes pour que cela soit mentionné par les parents et noté dans les dossiers mais un diagnostic psychiatrique d'anxiété de séparation n'était pas toujours posé.

Pour certains auteurs, il est effectivement fréquent de retrouver des problématiques de séparation dans l'histoire de ces patients avec soit un manque d'expériences de séparation ou alors des expériences de séparation traumatiques.

L'hypothèse d'un continuum entre anxiété de séparation dans l'enfance et le refus scolaire anxieux reste controversée dans la littérature. Nous n'avons pas suffisamment d'éléments pour répondre à cette question.

Dans notre cohorte, pratiquement **un tiers (30%) des patients présentaient des antécédents personnels de refus scolaire anxieux (et 12,5 % dans la fratrie)** alors que nous rappelons que la prévalence du refus scolaire anxieux en population général est de 0,3 à 1,7%, ce qui reste élevé venant probablement souligner une vulnérabilité du patient à ce type de symptôme. Nous nous intéresserons plus tard dans ce travail à la question de la rechute.

Ces résultats confirment l'hypothèse d'un terrain anxieux chez les patients présentant un refus scolaire anxieux.

Dans notre cohorte, peu de patients ont **redoublé** (12,3%), ce qui est inférieur à la population des études de Racle et Zugaj où le taux de redoublement est respectivement de 22,9 et 41,9%). Ces différences peuvent être expliquées :

- 1/ par l'âge des patients plus élevé dans l'étude de Zugaj,
- 2/ par la mise en vigueur depuis la rentrée scolaire 2015 du décret n°2014-1377 du 18 novembre 2014 relatif au suivi et à l'accompagnement pédagogique des élèves qui souligne le caractère exceptionnel du redoublement.

Pour trois patients dans notre étude, le redoublement est amené comme facteur déclenchant du refus scolaire anxieux. Mais comme Zugaj (Zugaj et al. 2016), on peut se demander si le redoublement est un facteur déclenchant ou fait partie des prémices du refus scolaire anxieux.

Par contre, **la moitié (51,7%) des patients présente un trouble spécifique des apprentissages et/ou un déficit de l'attention avec hyperactivité.** Cette prévalence est nettement supérieure à la population générale. Selon les données de l'Inserm, la prévalence de la dysphasie est de 2%, celle de la dyslexie est de 3 à 5% pour la dyslexie, celle de la dyspraxie est de 5 à 7% et celle du déficit d'attention/hyperactivité est de 3 à 5%.

Le redoublement et les troubles spécifiques des apprentissages ne sont pas à prendre à la légère car ont un impact sur l'estime de soi, ce qui peut entraîner de

l'anxiété et amener à des situations de refus scolaire anxieux (Speranza et Valeri 2010; Schiltz 2004).

Dans notre étude, **la moitié (54%) des patients présentait un profil de haut potentiel intellectuel (HPI) : ce taux est très nettement supérieur à la proportion estimée d'enfants à haut potentiel intellectuel dans la population générale (2,5%).**

Le refus scolaire anxieux a longtemps était décrit comme plus fréquent chez les élèves intelligents, mais jusqu'à présent les données manquent pour étayer cette hypothèse. Benbrika (Benbrika 2010) dans son étude retrouve qu'un tiers des patients avait un quotient intellectuel inférieur à la moyenne, un tiers était dans la moyenne et un tiers était au dessus de la moyenne (sans forcément parler de précocité intellectuelle).

Deux éléments viennent nuancer cette différence :

1/ une évaluation psychométrique n'a été faite que pour 28% des patients dans l'étude de Benbrika (contre 72,8% dans notre étude). L'étude de Benbrika pourrait sous-estimer la proportion de patients présentant une précocité intellectuelle.

2/ la proportion importante de HPI dans notre cohorte pourrait être biaisée par la spécialisation sur cette question du service dans lequel a été réalisée notre étude. Cependant il n'y a que deux patients pour qui cette indication a été clairement notifiée dans le motif de prise en charge par notre service.

Au vu de la fréquence des troubles spécifiques des apprentissages et des profils haut potentiel intellectuel, il nous semble important que l'évaluation des capacités cognitives soit réalisée de façon plus systématique avec au moins un test psychométrique.

Ces patients présentent également fréquemment une **anxiété de performance**. Elle est retrouvée chez pratiquement **la moitié** des situations de refus scolaire anxieux de notre cohorte (45,6%).

Peu d'articles se sont intéressés directement à cette question. Certains auteurs se sont par contre intéressés à l'impact de l'estime de soi ou du sentiment d'efficacité personnelle dans la réussite scolaire.

Dans ces situations où la question de l'évaluation peut être difficile, il peut être proposé lors de la reprise scolaire une période transitoire où les contrôles ne

sont pas notés pour l'élève, mais permettent tout de même d'appréhender son niveau scolaire et de le reconfronter à ce type d'exercice.

- Profils psychopathologiques

Il n'est pas étonnant de constater que **les troubles anxieux et dépressifs sont les tableaux cliniques les plus fréquemment retrouvés dans le refus scolaire anxieux notamment : la dépression (52,7%), l'anxiété de séparation (48,3%) et la phobie sociale (44,8%).**

Ces données viennent confirmer des notions évoquées par d'autres auteurs avant nous, qui sont :

- 1/ la prédominance des troubles dépressifs et de la phobie sociale à l'adolescence.
- 2/ la fréquence importante de l'anxiété de séparation dans la clinique des patients hospitalisés pour refus scolaire anxieux (Racle 2006).

Aucun profil psychopathologique n'est ressorti comme facteur de mauvais pronostic, comme cela a pu être évoqué par certains auteurs. Cela peut probablement être expliqué par :

- 1/ l'effectif trop faible de notre cohorte,
- 2/ la difficulté de poser un diagnostic psychiatrique précis chez ces patients.

- Sévérité de la présentation clinique.

Les patients de notre étude peuvent être considérés comme **sévères**, de part :

- 1/ le taux important de **déscolarisation complète (86%)** (Benbrika 2010),
- 2/ la complexité des tableaux cliniques : au moins une pathologie psychiatrique est retrouvée dans 91,5% des cas parmi lesquels la présence d'au moins une comorbidité tend plus à être la règle que l'exception (pratiquement 2/3 des cas).

Nous pouvons en conclure que les patients hospitalisés ont des présentations cliniques sévères ce qui est conforme à la littérature.

La sévérité des troubles n'a cependant pas pu être utilisée comme variable dans la deuxième partie de notre étude du fait qu'elle n'était pas suffisamment renseignée dans les dossiers.

La réalisation plus systématique d'échelles pourrait avoir un intérêt :

1/ dans l'évaluation diagnostique du refus scolaire anxieux en permettant une analyse plus fine de ces situations. La SRAS peut avoir un intérêt dans cette indication.

2/ dans l'évaluation des troubles sous-jacents au refus scolaire anxieux et leur intensité afin de permettre une évaluation de la sévérité du trouble et un suivi de l'évolution clinique du patient. Plusieurs échelles peuvent alors être réalisées : MASC, SCARED, CDI, SFT.

5. Caractéristiques familiales

Dans notre cohorte, la plupart des parents des patients sont unis (60,3%) ce qui est en accord avec les études de cohortes (entre 50 et 74,5%). Il n'y a donc pas de surreprésentation de familles disloquées dans les situations de refus scolaire anxieux. La proportion de familles séparées s'inscrit dans une évolution sociétale. En effet, selon les données de l'INED (Institut National d'Études Démographiques), entre 2001 et 2011, le nombre de divorce a augmenté de 15 % pour se stabiliser actuellement autour de 45 %.

Chez trois patients, la séparation a été mentionnée comme étant l'élément déclenchant du refus scolaire anxieux, ce qui peut s'inscrire dans **la vulnérabilité des patients présentant un refus scolaire anxieux, par rapport aux événements de vie.**

Certains auteurs se sont intéressés à la situation particulière des **parents isolés** : cette variable n'apparaît pas dans notre étude comme un facteur de mauvais pronostic.

Le taux d'enfant unique dans notre cohorte (22%) est proche de celui en population générale (18%²⁵).

Nous pouvons en conclure que **nous n'avons pas mis en avant de spécificité de ces familles en termes de données socio démographiques, cependant il semble que la proportion de mesures éducatives mises en place dans les familles de notre cohorte (31,6%) soit plus importante que dans la population générale²⁶.** Les mesures éducatives peuvent faire suite à une information préoccupante émanant de l'équipe pédagogique (souvent en lien avec la déscolarisation de l'enfant) ou de l'équipe médicale (difficulté pour les parents d'amener leur enfant ou adolescent aux soins, contexte de violence familiale), ou peuvent faire suite à une demande des parents (lors d'une prise de conscience du dysfonctionnement familial ou du fait de leur épuisement

²⁵ Selon les données d'un rapport du Haut Conseil de la Famille datant d'octobre 2012.

²⁶ Le nombre de mineur pris en charge en protection de l'enfance était de 288 300 (soit 19,7%) selon une estimation de décembre 2013. Ces données peuvent être retrouvées sur le site de l'Observation National de la Protection de l'Enfance.

face au comportement de leur enfant ou adolescent). Nous n'avons pas retrouvé d'articles s'intéressant particulièrement à cette question. Dans notre cohorte, un peu moins de 10% des patients ont mis en avant les conflits familiaux comme étant le facteur déclenchant du refus scolaire anxieux. Nous pouvons tout de même nous interroger sur l'intrication des conflits familiaux et du RSA : causes ou conséquences ?

Un autre élément intéressant, également énoncé par Zugaj (Zugaj et al. 2016) est **le taux important d'enfants dont au moins un parent est au domicile (31,6%)**. Au vu du profil psychopathologique de ces patients où une problématique en lien avec la séparation est particulièrement fréquente, nous nous interrogeons sur l'impact que peut avoir la présence d'un parent au domicile **sur le développement et le maintien** du comportement de refus scolaire anxieux (bénéfices secondaires, renforcements négatifs).

Concernant les antécédents familiaux nous pouvons noter :

- 1/ la **fréquence importante des antécédents psychiatriques familiaux (81,5%)**,
- 2/ une **prédominance des troubles anxieux tant chez les mères (58,1%) que chez les pères (22,5%) ainsi que des troubles dépressifs (32,6% chez les mères, 17,5% chez les pères)**.
- 3/ la proportion plus importante de **refus scolaire anxieux dans la fratrie (15,2%)** que dans la population générale (0,3 à 1,7%).

Ces données viennent confirmer l'idée d'une composante héréditaire (facteurs génétiques ou environnementaux) des troubles.

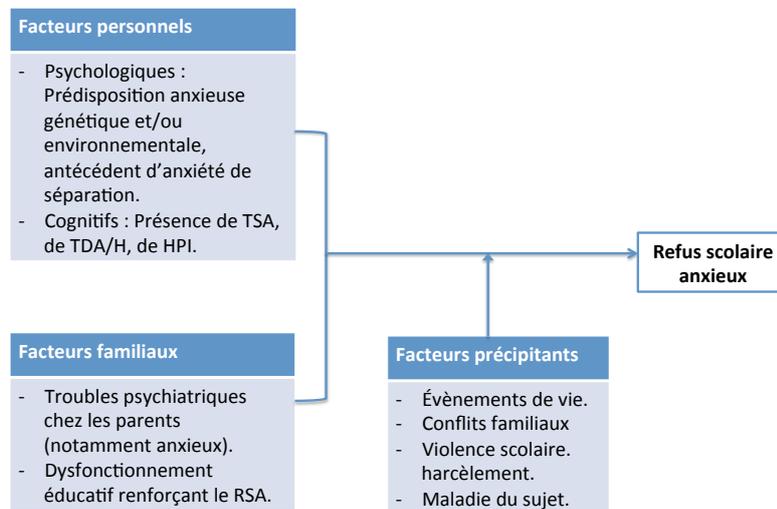
Certains auteurs mettent effectivement en avant un apprentissage des comportements anxieux (peurs similaires, comportement d'évitement partagé) (Benbrika 2010).

En accord avec les données de la littérature, nous n'avons pas mis en évidence de particularité socio démographique dans les familles de patients présentant un refus scolaire anxieux mais une prévalence importante de troubles anxieux et dépressifs chez ces familles ainsi qu'une forte proportion de dysfonctionnement familiaux mis en avant par un taux de parents au domicile et de mesures éducatives mises en place importants, ce qui peut être à la fois la cause ou la conséquence du trouble.

6. Développement du trouble

L'intérêt d'analyser les facteurs pouvant intervenir dans le développement du refus scolaire anxieux, est de pouvoir apporter des éléments de prévention ou d'aide au repérage précoce du trouble. Nous proposons donc ici une synthèse de ces différents facteurs.

Figure 18: Facteurs de risque et précipitants dans le refus scolaire anxieux (TSA : trouble spécifique des apprentissages; TDA/H: trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité; HPI : haut potentiel intellectuel; RSA : refus scolaire anxieux)



7. Parcours de soin des patients

Dans 80% des cas, une prise en charge spécialisée a été mise en place avant l'hospitalisation, ce qui est en accord avec les résultats obtenus par Benbrika (Benbrika 2010).

La majorité des patients ont été adressés dans notre service pour un refus scolaire anxieux isolé ou en association (91,4%), ce qui est également retrouvé dans les études de Benbrika et Racle. Les autres motifs de prise en charge sont principalement la sévérité du syndrome dépressif (notamment des idées ou gestes suicidaires) et les troubles majeurs du comportement. **Ces données viennent confirmer que dans une grande majorité des situations, l'hospitalisation est indiquée lorsqu'il y a un échec du soin ambulatoire ou du fait de l'intensité des symptômes.** Ce qui est en accord avec les recommandations de certains auteurs. Nous pouvons également noter que lorsque l'indication d'hospitalisation est donnée, dans la majorité des cas le trouble a été bien identifié au préalable par les intervenants de première ou seconde ligne.

Il semble y avoir une **amélioration du délai de prise en charge** défini par le délai entre l'apparition des troubles et la prise en charge spécialisée par rapport aux études antérieures.

Table 11: répartition des délais de prise en charge en fonction des études

	Racle	Benbrika	Notre Cohorte
Années de recrutement	1986 à 2004	2004 à 2008	2013 à 2015
Délai première consultation spécialisée (en mois).	40% > à 1 an		Délai moyen : 3,4 mois.
Délai moyen prise en charge dans le service	Environ 3 ans.	- 1/3 des cas dans les 3 premiers mois. - 75% dans la première année	- 42,9 % dans les 3 premiers mois. - 67,9% dans la première année

Cette réduction du délai de prise en charge peut s'expliquer soit par le fait que les deux études plus récentes sont réalisées dans des services « de référence » dans les problématiques scolaires, soit par le fait d'une meilleure sensibilisation à la problématique du refus scolaire anxieux.

Cependant, Etienne, dans son étude, souligne quant à elle la difficulté du repérage de ces patients en amont de leur prise en charge en centre de consultation pédopsychiatrique pour adolescents. Effectivement, elle évoque que le refus scolaire anxieux est seulement dans 19% des cas le motif de la demande de prise en charge.

Le dernier élément important est que dans pratiquement la moitié des cas les patients nous sont adressés par un confrère psychiatre ou psychologue, mais aussi que d'autres intervenants sont concernés par cette problématique : médecins généralistes, pédiatres de ville ou spécialistes, médecins scolaires, urgences pédiatriques.

Comme la plupart des autres auteurs, il nous semble **important à la fois de travailler en réseau mais aussi de sensibiliser ces partenaires de soin à ces profils particuliers.**

Même s'il semble y avoir une meilleure sensibilisation des professionnels de santé et pédagogiques sur la question du refus scolaire anxieux, il y aurait un intérêt à uniformiser le parcours de soin de ces patients.

8. Prise en charge

-modalités de soin :

Indépendamment de la modalité de prise en charge (HC ²⁷, HDJ/séquentiel, consultations), nous pouvons noter dans un premier temps, que la majorité des patients ont bénéficié :

- d'une **psychothérapie individuelle** (81%)
- d'**entretiens parentaux** (88,1%)
- et d'**aménagements pédagogiques** (96,3%)

Ce qui correspond bien aux recommandations de certains auteurs d'associer au soin psychique la question de la reprise scolaire.

De plus, cette association est fréquemment retrouvée dans les articles (Longueville et Lesclous 2012; Benbrika 2010; Hélène Denis 2005; McShane, Walter, et Rey 2001) décrivant des protocoles de prise en charge du refus scolaire anxieux et pourrait donc correspondre au **fondement de la prise en charge de ces patients**, sur lequel pourrait venir se greffer d'autres types de soins en fonction du profil du patient : groupes thérapeutiques, thérapie familiale.

Nous n'avons pas pu mettre en avant de différence significative entre les différentes modalités de prises en charge.

En 2001, Mcshane et ses collaborateurs (McShane, Walter, et Rey 2001) avaient également comparé les patients hospitalisés dans un service université de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et ceux vus en consultations. La seule différence qu'ils avaient mise en avant était une plus forte proportion de syndrome dépressif et de comorbidité chez les patients hospitalisés.

Nous n'avons donc pas pu mettre en avant de stratégie qui pourrait potentiellement être meilleure en terme de devenir. La nature rétrospective de notre étude ne permet pas de répondre entièrement à cette question. Peu d'étude ont comparé différentes modalités de soin. Cependant il nous semble intéressant également sur un plan économique, de repenser la question de l'hospitalisation

²⁷ HC : Hospitalisation complète, HDJ : Hôpital de jour.

complète. Certains auteurs proposent d'orienter les modalités de soin en fonction du profil psychopathologique du patient (Benbrika 2010).

-prescription médicamenteuse importante (88,1%, n=52) :

Dans notre cohorte, la **majorité des patients** ont reçu, à un moment donné dans leur prise en charge, un traitement médicamenteux, ce qui est en accord avec les résultats d'études antérieures (Racle 2006; Benbrika 2010) et l'hypothèse que les patients hospitalisés sont plus sévères que ceux suivis en ambulatoire et qu'ils présentent plus de troubles thymiques.

Les molécules les plus fréquemment prescrites sont en accord avec la littérature française : antidépresseurs de la classe des ISRS et antihistaminiques H1.

La prescription de traitements médicamenteux est fréquente dans les formes sévères de refus scolaire anxieux cependant nous rappelons qu'elle n'est recommandée qu'en seconde ligne en association avec une psychothérapie et qu'elle doit être réalisée par un psychiatre.

- aménagements pédagogiques :

Les aménagements pédagogiques les plus fréquemment proposés sont un **aménagement de l'emploi du temps avec une reprise progressive des cours** (84,6%) ce qui est conforme à la littérature. Cette reprise des cours peut être étayée par le SAPAD ou des cours individuels.

Contrairement à ce qui est préconisé par de nombreux auteurs, une proportion non négligeable de patients de notre cohorte a été inscrit au CNED (26,9%, n= 14), ce qui peut souligner que **dans des formes sévères** quand la fréquentation scolaire demeure trop anxiogène, pour permettre à l'élève de maintenir son niveau scolaire, **il peut être proposé un temps d'accompagnement par le CNED**. Cet accompagnement **devra être limité dans le temps et prescrit sous condition de la poursuite du soin et de la mise en place d'une activité à caractère social** (groupe thérapeutique, activité de loisir, groupe d'aide à la scolarité).

Les recours au CNED peuvent se faire selon deux modalités :

- CNED partiel (ou « partagé ») où certaines matières sont enseignées par correspondance et les autres par l'établissement de référence de l'enfant ou de l'adolescent (notamment dans le cadre de la reprise progressive),

- CNED complet, à ne privilégier que lors de la présence de facteur de gravité (idéation ou gestes suicidaires lors de la rescolarisation), d'une hospitalisation ou d'évolutions qui risquent d'être longues. Cette indication doit cependant être réévaluée à distance. Le risque étant en effet de créer des conditions favorisant le maintien des conduites d'évitement social et situationnel.

-durée de la prise en charge et reprise scolaire :

Les prises en charge sont longues (**le délai** entre la première consultation dans le service et la **reprise scolaire** est en moyenne de **9,4 mois**, ce qui correspond approximativement à une année scolaire) et intensives. Zugaj (Zugaj et al. 2016) évoque que les patients déscolarisés reçoivent plus de soin que les autres patients. Cependant nous pouvons observer qu'**avec une prise en charge structurée : le taux de reprise scolaire est important (81, 3 %, n=38).**

9. La rechute

Les rechutes sont fréquentes dans les situations de refus scolaires anxieux : un peu plus d'un tiers des patients dans notre cohorte (38,5 %). Ce chiffre est probablement inférieur à la réalité clinique du fait d'un recul faible (1 à 3 ans) et différent en fonction de la date d'inclusion des patients. Nous pouvons cependant mettre en avant que dans plus de deux tiers des cas (69,2%), la rechute fait suite à des vacances scolaires (principalement les vacances de Toussaint) et que pour un peu plus d'un tiers des patients un facteur de rechute est retrouvé (38,5%).

Nous pouvons donc en conclure que si la reprise scolaire peut être considérée comme une rémission du symptôme, elle n'est pas synonyme de guérison. Il est donc nécessaire que le soin psychothérapeutique se poursuive au-delà de la reprise scolaire et nous recommandons la mise en place de consultations « sentinelles » à visée préventive au moment des « période à risque » que représentent les rentrées scolaires.

10. Facteur associé à la reprise scolaire complète

Le seul facteur dans notre étude qui a été associé statistiquement à la reprise scolaire complète est l'âge du patient : plus le patient est âgé moins il a de chance de reprendre une scolarité complète dans un établissement ordinaire.

Certains auteurs avaient pu mettre en avant que plus l'adolescent se rapproche de la fin de l'âge l'égal de scolarisation et plus le pronostic est sévère. Catheline rappelle que les

établissements scolaires se désengagent de l'orientation de ces élèves âgés, dont l'évolution est donc essentiellement en lien avec l'implication des familles. Or dans ces situations de refus scolaire anxieux, les familles sont souvent démunies face aux comportements de leur adolescent et l'alliance entre les différents intervenants est nécessaire pour la mise en place de la reprise progressive des cours.

11. Biais de l'étude

Biais de sélection :

Du fait de l'absence de cotation CIM 10 spécifique de refus scolaire anxieux, nous avons à partir des données de la littérature sélectionné les diagnostics CIM-10 qui pouvaient être associés au refus scolaire anxieux. Or, il est possible que cette méthode de sélection des patients n'ait pas été exhaustive, entraînant ainsi un biais de sélection.

Biais de classement :

Le recueil des données de cette étude de cohorte rétrospective a été effectué à partir des informations présentes dans les dossiers médicaux des patients, soit devant être communiquées par le patient et la famille et notées par le clinicien entraînant ainsi un biais d'information.

12. Synthèse de l'étude

Sur le plan épidémiologique, les patients présentant un refus scolaire anxieux représentent 2,5% des patients ayant consulté dans le service entre 2013 et 2015 et un quart (25.6%) de ceux pris en charge pour un trouble anxieux ou dépressif. L'incidence moyenne est de 19.6 patients par an. On ne peut pas conclure sur un accroissement de l'incidence du RSA mais on observe que ce chiffre est supérieur aux études antérieures.

Malgré un échantillon et un recul faible, les résultats de notre étude sont conformes à la littérature et concernent donc une cohorte représentative de cette population de patients. L'âge moyen est de 13 ans lors de la première consultation, avec deux pics de 11-12 ans et 14 ans. Le sex-ratio fille/garçon est équilibré. Les troubles débutent majoritairement au collège (79,3%) et de manière progressive (68,4%). Les patients présentent un terrain anxieux et un profil psychopathologique sévère (déscolarisation et comorbidités psychiatriques fréquentes). Nous n'avons pas retrouvé de particularité sociodémographique chez les familles de ces patients mais une présence importante de troubles anxieux et dépressifs, et des facteurs de dysfonctionnements familiaux (présence au domicile d'un parent, mesure socio-éducative).

Un des intérêts de cette étude est d'avoir pu recueillir des informations concernant les profils cognitifs de ces patients : une proportion importante des patients de notre cohorte présente un trouble spécifique des apprentissages (51,7% contre 2 à 7% dans la population générale) ou un

profil de haut potentiel intellectuel (54% contre 2.5% dans la population générale). Cela souligne l'importance de prendre en compte, d'une part à visée préventive, ces particularités dans le parcours scolaire des élèves en termes d'aménagements pédagogiques, et d'autre part dans la prise en charge des situations de refus scolaire anxieux de proposer une évaluation psychométrique. Les programmes de prévention de la violence à l'école pourraient également être un moyen de prévenir l'émergence d'un refus scolaire anxieux.

Dans le repérage précoce des troubles, nous avons mis en évidence la forte proportion d'un début progressif, et de symptômes somatiques associés (75,9%) impactant significativement le délai de prise en charge (retard >6 mois). Il nous semble ainsi important d'être vigilant à toutes formes d'absentéismes scolaires et cela quel que soit le niveau scolaire de l'enfant, et de pouvoir mettre en avant rapidement la composante psychologique aux manifestations somatiques présentées par ces patients. Même si le délai moyen de prise en charge semble être actuellement plus court par rapport aux études antérieures, il est important de poursuivre la sensibilisation des professionnels de santé et des équipes pédagogiques sur la question du refus scolaire anxieux afin de permettre un travail de réseau et de proposer une uniformisation des parcours de soin.

Concernant les soins proposés à ces patients, un trépied thérapeutique semble se dessiner : concernant le sujet (psychothérapie individuelle ou groupale, approches TCC), la famille (guidance parentale, thérapie familiale) et l'école (favoriser un projet de reprise scolaire avec emploi du temps aménagé, d'éventuels cours individualisés et surtout un rythme progressif). La prescription médicamenteuse est fréquente chez ces patients hospitalisés (88,1%). Cependant nous souhaitons rappeler que la prescription de psychotropes ne doit se faire qu'en seconde intention en association avec une psychothérapie. La reprise progressive des cours au sein de l'établissement peut venir s'appuyer sur des dispositifs tels que le SAPAD ou les groupes d'aide à la scolarité (exemple de l'AAME à Lyon). Pour les élèves présentant une anxiété de performance, une suspension des notes peut être proposée dans un premier temps. L'inscription au CNED ne doit se faire que sous certaines conditions (poursuite du soin, participation à des activités à caractère social).

Concernant l'évolution de ces patients admis dans le service, on constate dans cette étude que le taux de reprise scolaire est important (81.3%), et s'inscrit dans une temporalité équivalente à une année scolaire (9,4 mois).

Les rechutes sont cependant fréquentes. Nous pouvons donc en conclure que si la reprise scolaire peut être considérée comme une rémission du symptôme, elle n'est pas synonyme de guérison. Il est donc nécessaire que le soin psychothérapeutique se poursuive au-delà de la reprise scolaire et nous recommandons la mise en place de consultations « sentinelles » à visée préventive au moment des « période à risque » que représentent chaque rentrée scolaire.

Le seul facteur associé à une reprise scolaire complète est l'âge du patient. Plus le patient est âgé et moins il a de chance de reprendre les cours dans un établissement scolaire ordinaire. Aucun autre facteur significatif du pronostic n'a été retrouvé parmi les données étudiées : cela doit

nous rappeler de ne pas minimiser les formes d'allure discrètes ou légères, ni à être pessimistes face à des situations d'allure particulièrement péjorative (déscolarisations de très longue durée par exemple).

Nous n'avons pas pu mettre en avant de différence significative entre les différentes modalités de soin (hospitalisation complète, séquentiels, consultations), ce qui peut être expliqué par le faible effectif de notre échantillon mais également par la multiplicité de facteurs en jeu dans ces situations et le manque de consensus quant à la prise en charge de ces patients.

En vue d'améliorer nos pratiques, ces résultats montrent l'intérêt qu'il y aurait à développer par des comités d'experts des guidelines et de réaliser plus d'études pour évaluer les protocoles de soin.

III. TROISIÈME PARTIE : PROPOSITIONS POUR UNE AMÉLIORATION DE LA TRAJECTOIRE DE SOIN DES PATIENTS PRÉSENTANT UN REFUS SCOLAIRE ANXIEUX

A. Rappel des liens entre les notions de décrocheurs potentiels et de refus scolaire

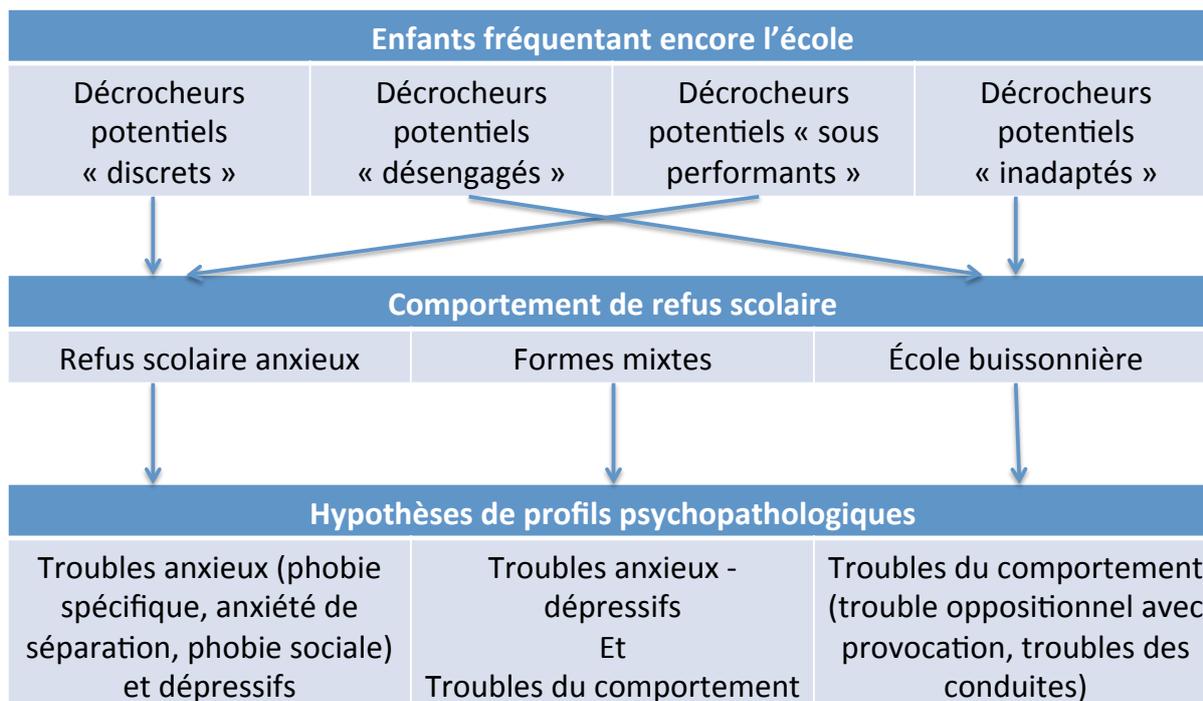


Figure 19: Liens entre décrocheurs potentiels et refus scolaire, à partir de Janosz 2007, la Trousse d'évaluation des décrocheurs potentiels (TEDP), GRES, Université de Montréal.

B. Repérage précoce

L'école a un rôle majeur dans la prévention, le repérage précoce et la prise en charge des patients présentant un refus scolaire anxieux dans le cadre de la rescolarisation.

La circulaire interministérielle relative à la prévention de l'absentéisme scolaire (Circulaire n° 2014-159 du 24-12-2014) présente les dispositions de la loi n° 2013-108 du 31 janvier 2013.

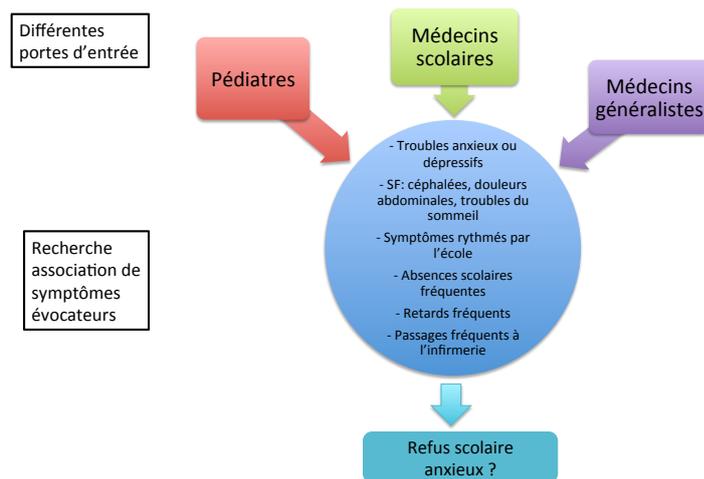
Cette loi propose la mise en place d'un dispositif de prévention et de suivi de l'absentéisme. Elle précise que l'école a un rôle dans le repérage des situations d'absentéismes, en particulier lorsque les absences non justifiées d'un élève se répètent au cours d'un même mois.

Toutes absences doivent amener à un dialogue avec la famille afin d'identifier les problèmes rencontrés par l'élève au sein de l'école ou à l'extérieur qui peuvent être à l'origine de l'absence. Cette analyse permet d'orienter l'élève et ses parents vers un accompagnement adapté (structures de soin, médico-sociales).

L'analyse des comportements d'absences n'est cependant pas simple comme nous avons pu le constater à travers notre travail et nous proposons de rappeler les

symptômes évocateurs du refus scolaire anxieux, qui orienteraient donc le patient vers le soin psychiatrique.

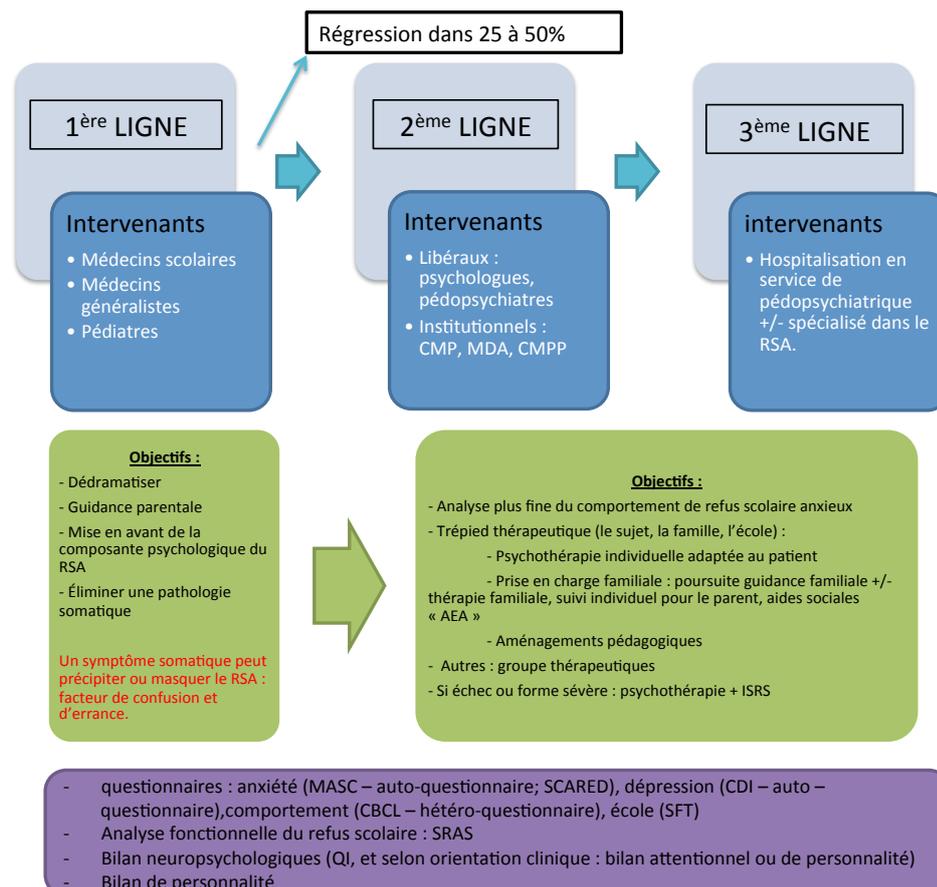
Figure 20: repérage précoce du refus scolaire anxieux (SF: signes fonctionnels)



C. Parcours de soin

Dans une volonté d'uniformisation du parcours de soin de ces patients, nous proposons l'organigramme suivant :

Figure 21: modélisation des parcours de soin dans le refus scolaire anxieux (CMP: centre médico-psychologique ; MDA: Maison des adolescents, CMPP: Centre Médico-Psycho-Pédagogique; RSA: refus scolaire anxieux; AEA : ISRS: inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ; MASC : the Multidimensional Anxiety Scale for Children ; SCARED : the Screen for Child Anxiety Related Disorder ; CDI : the Children's Depression Inventory ; CBCL : the Child Behavior Checklist; SFT : the School Fear Thermometer ; SRAS : the SchoolRefusal Assessment Scale ; QI : Quotient intellectuel)

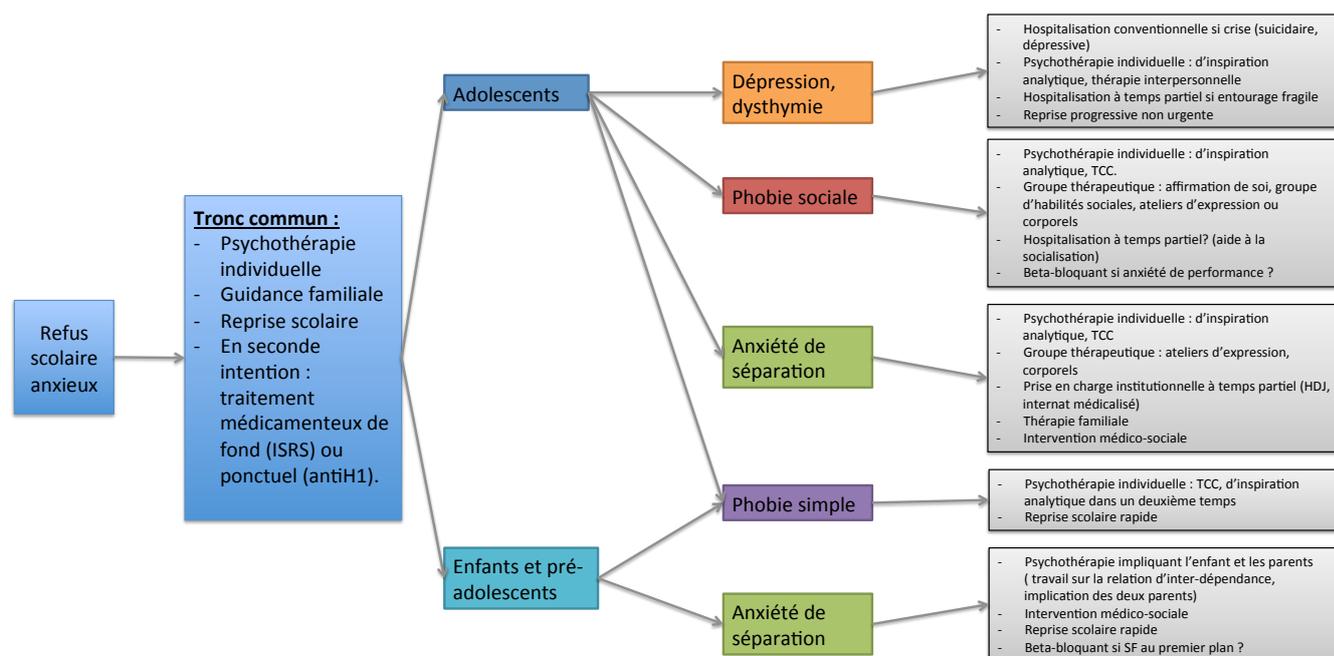


D. Proposition d'un algorithme de la prise en charge spécialisée du refus scolaire anxieux

Dans son travail de thèse, Benbrika (Benbrika 2010) avait proposé un algorithme de prise en charge du refus scolaire anxieux en fonction du tableau clinique des patients.

Nous avons souhaité le présenter ci-dessous, complété par notre revue de la littérature et les résultats de notre étude.

Figure 22 : Algorithme de prise en charge du refus scolaire anxieux, à partir de Benbrika (2010) (ISIS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine, antiH1 : Antihistaminique H1, TCC: thérapie cognitivo-comportementale)



E. Exemple du protocole de prise en charge du refus scolaire anxieux mis en place dans le service

Progressivement le service a construit un protocole d'hospitalisation spécifique aux situations de refus scolaire anxieux. Après une **consultation de pré-admission** réalisée par un médecin ou une psychologue du service, un premier séjour de 2 semaines (avec un **cadre de séparation stricte** la première semaine) est proposé. C'est un temps important d'observation clinique dans le service avec une évaluation psychiatrique, un examen somatique, une évaluation cognitive : Quotient Intellectuel, et selon la clinique, bilan attentionnel ou de personnalité. Un **temps scolaire** en petits groupes est réalisé dans le service.

A la suite de ce premier temps d'hospitalisation, la suite de la prise en charge est déterminée en **synthèse clinique**. Il peut être proposé au patient soit un suivi en

ambulatoire soit des hospitalisations séquentiels qui pourront avoir deux objectifs : 1/ **poursuivre la socialisation** et les temps scolaire en petits groupes 2/ mettre en place un **système de punition/récompense** où l'enfant s'il ne va pas à l'école devra être hospitalisé la journée afin qu'il ne puisse pas trouver de bénéfice secondaire à rester à la maison. Si la situation clinique est trop complexe et que la prise en charge risque d'être longue une orientation en unité soin-étude peut être envisagée.

Durant cette prise en charge, le patient pourra bénéficier de différents supports de soin (**psychothérapie individuelle, prise en charge familiale, participation à des groupes thérapeutiques et notamment un groupe d'affirmation de soi**).

Un **lien** est systématiquement fait avec l'équipe pédagogique du patient, en accord avec celui ci et sa famille, afin de mettre en place un **programme de réintégration scolaire** et un **planning de reprise progressive des cours**.

CONCLUSION

Nous avons pu à travers notre revue de littérature mettre en avant certaines spécificités du refus scolaire anxieux permettant de différencier ces enfants et adolescents qui ne peuvent pas aller à l'école en lien avec des réactions d'angoisses importantes, de ceux qui ne veulent pas y aller dans un mouvement d'opposition ou de prédélinquance (école buissonnière).

Les troubles débutent par un absentéisme progressif (absentéisme perlé puis complet) ou brutal (immédiatement complet) faisant souvent suite à des facteurs déclenchants et/ou une « période à risque » (période de rentrées scolaires). Des retards ou passages à l'infirmerie sont alors fréquents. Ces enfants ou adolescents vont fréquemment présenter des manifestations anxieuses et des signes fonctionnels (notamment troubles digestifs, céphalées, troubles du sommeil) avec une rythmicité particulière en lien avec la confrontation scolaire (apaisement les week-ends et vacances scolaires). Et malgré leur refus de fréquenter l'école, l'investissement scolaire est préservé.

Dans 30 à 75% des cas, en fonction de la sévérité du refus scolaire anxieux, ce trouble est associé à une pathologie psychiatrique (anxiété de séparation, phobie simple, phobie sociale et dépression). Des comorbidités anxieuses sont également fréquentes (trouble anxieux généralisé, trouble panique, troubles obsessionnels compulsifs) amenant à une mosaïque diagnostique complexe.

L'évaluation clinique peut donc être complétée par des échelles (auto ou hétéro questionnaires) évaluant l'état psychique anxieux (MASC, SCARED), thymique (CDI) et le comportement de refus scolaire (SRAS, SFT).

Les différents facteurs mis en jeu qu'ils soient personnels (prédispositions anxieuses génétique et/ou environnementale, présence de troubles spécifiques des apprentissages, de troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité et ou d'une précocité intellectuelle, dynamisme psychique propre à l'adolescence), familiaux (troubles psychiatriques chez les parents et notamment anxieux, distorsions cognitives avec notamment sentiment d'efficacité parentale plus bas, système éducatif renforçant le phénomène de refus scolaire anxieux, conflits familiaux, processus de co-

appartenance impossible) et sociétaux (pression autour de la réussite scolaire) vont guider la prise en charge de ces patients.

Elle doit effectivement être globale, multimodale et pluridisciplinaire avec un important travail de réseau et une coordination entre les différents intervenants (médecins, famille, école).

Le soin de ces patients doit donc comprendre une prise en charge du sujet (psychothérapie individuelle : thérapie cognitivo-comportementale, d'inspiration analytique, thérapie interpersonnelle en cas de dépression ; groupe thérapeutique), un accompagnement de la famille (guidance parentale, thérapie familiale, suivi individuel parental) et une reprise scolaire. La reprise scolaire en milieu ordinaire doit être progressive faisant suite à une réunion avec l'équipe pédagogique et la mise en place d'un emploi du temps aménagé avec la rédaction d'un calendrier de reprise. Un référent pédagogique et des espaces d'accueil peuvent être proposés. Il est parfois nécessaire de s'appuyer sur l'adjonction d'un dispositif tel que le SAPAD (préférentiellement dans l'établissement scolaire qu'au domicile) ou de manière exceptionnelle et sous certaines conditions à un dispositif tel que le CNED qui peut être partiel (partage de certaines matières sur l'établissement et d'autres par correspondance) ou complet. En cas d'échec, la reprise scolaire peut se faire dans un établissement soin étude.

L'étude que nous avons réalisée auprès de 59 patients présentant un refus scolaire anxieux et pris en charge dans le service de psychiatrie infantile de l'Hôpital Pierre Wertheimer de Lyon est, d'après notre revue de littérature, la 5^{ème} cohorte réalisée ces dix dernières années.

Les patients présentant un refus scolaire anxieux représentent **2,5%** des patients ayant consulté dans le service et **un quart** de ceux pris en charge pour trouble anxieux ou dépressif. Ces chiffres sont probablement sous-estimés par notre méthode de sélection des patients à partir de leur RUM et par faute de code diagnostique spécifique du refus scolaire anxieux dans la CIM 10 et qu'il n'y a pas de consensus établi par les cliniciens parmi les codes existants (F94.8, F40.2, F40.8).

Les éléments essentiels que nous tirons des résultats de la partie épidémiologique de notre étude sont : **1/** que les **signes fonctionnels** sont fréquents (75%) et significativement associés à un **retard dans la prise en charge (>6mois)**, ce qui souligne l'importance de la formation des médecins généralistes, des médecins scolaires et des pédiatres à ces profils particuliers ; **2/** un nombre non négligeable de patients ont des **troubles spécifiques des apprentissages (51,7%) et/ou un profil de précocité**

intellectuelle (54%), qu'il est important de prendre en compte afin de limiter leur « dysadaptation » au système scolaire classique et ainsi leur échec scolaire et l'apparition de trouble anxieux ; **3/** que les prises en charge sont **longues**, correspondant *approximativement à une année scolaire* (9,4 mois) mais dans le cadre d'une prise en charge adaptée la **majorité des patients reprendre une scolarité (80%)** dont plus de la moitié à temps complet (58,3%) ; **4/** qu'une **rechute** survient dans un **tiers des cas** (38,5%) et dans la majorité des situations lors des périodes à risque de retour de vacances scolaires, ce qui sur un plan pratique, incite à mettre en place de « consultations sentinelles » à visée préventive sur les périodes de rentrées ; **5/** qu'il est important de noter que **la reprise scolaire est signe de rémission mais pas de guérison** : ces patients doivent donc poursuivre un suivi psychothérapeutique au décours de la prise en charge hospitalière ; **6/** que le recours à l'utilisation systématique d'**échelles** (MASC - SCARED - CDI - CBCL - SRAS - SFT) permettrait de mieux apprécier le profil psychopathologique et l'évolution clinique de ces patients.

Pour étudier les trajectoires évolutives des patients, nous avons pris comme repère pronostique le critère de reprise scolaire complète. Ainsi parmi toutes les données étudiées seul l'âge est ressorti comme statistiquement significatif associé : **plus le patient est âgé et moins il a de chance de reprendre les cours** à temps plein dans un établissement scolaire ordinaire. Nous n'avons pas pu mettre en évidence de facteur significativement associé à la reprise scolaire dans les données sociodémographiques ou cliniques du fait d'un manque de puissance. Cela nous motive à poursuivre l'inclusion des patients.

La comparaison des différentes modalités de prise en charge (hospitalisation complète, séquentiel ou ambulatoire sous forme de consultations et/ou groupe) n'a pas permis de dégager une ligne de soin plus favorable qu'une autre. La nature rétrospective de notre cohorte limite l'approfondissement de cette question mais en pratique, la réalisation d'études comparant ces différentes stratégies de soin est délicate. Cependant la question des modalités de prise en charge, notamment en milieu hospitalier, reste ouverte.

La difficulté que nous avons eue à mettre en avant des variables ayant une valeur statistique est en partie en lien avec la multiplicité des facteurs en jeu dans ces situations et le manque de consensus quant à la prise en charge de ces patients. Ces résultats montrent l'intérêt qu'il y aurait à développer par des comités d'experts des guidelines pour la prévention, le dépistage et la prise en charge de ces patients.

Cette étude ouvre le champ de nouvelles perspectives : validation francophone de certaines échelles, création de groupes de psychothérapie spécifiques du refus scolaire anxieux, évaluation des protocoles de soin, enrichissement de la palette de soin (HAD-RSA sur le modèle de Montpellier (Denis 2005), hospitalisations de nuit), création de groupes de travail associant référents de l'Éducation Nationale (Médecin du rectorat, responsable SAPAD) et équipes de soin. Dans notre troisième partie nous avons par exemple proposé des hypothèses de modélisations de ressources permettant d'aider au repérage de ces troubles et d'améliorer la trajectoire de soin de ces patients.

Nom, prénom du candidat : HIRSCH Estelle

CONCLUSIONS

Le refus scolaire anxieux est un trouble complexe et fréquent en pédopsychiatrie. Les conséquences à moyen et long termes sont sévères : résultats académiques inférieurs, conflits intra familiaux, isolement, marginalisation et risque accru de troubles psychiatriques à l'âge adulte. L'absence de consensus tant sur le plan diagnostique que thérapeutique complexifie le repérage précoce et la trajectoire de ces patients.

Afin de mieux appréhender cette problématique, nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective ayant pour objectifs : 1/ de présenter un état des lieux de la clinique des patients pris en charge pour refus scolaire anxieux (n = 59), 2/ de rendre plus visibles d'éventuels facteurs pronostiques et 3/ de comparer les différentes prises en charge proposées.

Les résultats ont permis de confirmer certaines de nos hypothèses. Les signes fonctionnels (troubles digestifs, troubles du sommeil, céphalées) sont fréquents et associés à un délai de prise en charge plus long (> à 6 mois), la majorité des patients présentent un trouble spécifique des apprentissages ou une précocité intellectuelle (rares dans la population générale), les prises en charges sont longues équivalente à une année scolaire, plus de 80% des patients reprennent une scolarité mais les rechutes sont fréquentes et survenant lors des périodes critiques de retour de vacances. Pour conclure, nous encourageons la formation des médecins généralistes, médecins scolaires et pédiatres à ces profils particuliers pour les orienter plus précocement vers des prises en charges spécialisées. Nous proposons la mise en place de « consultations sentinelles » aux périodes les plus à risque de rechute, et la systématisation de l'utilisation d'échelles évaluant l'état anxieux, thymique et le comportement de refus scolaire des patients.

Le Président de la thèse,

GEORGIEFF Nicolas

Signature

Vu :

**Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**



Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **17 NOV. 2016**

ANNEXE 1 : Critères diagnostics DSM 5 des diagnostics principaux associés au refus scolaire anxieux

• Anxiété de séparation :

Critères diagnostiques de l'anxiété de séparation (DSM 5)

A. Peur ou anxiété excessives et inappropriées au stade du développement concernant la séparation d'avec les personnes auxquelles le sujet est attaché, comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

- (1) détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation d'avec la maison ou les principales figures d'attachement ou en anticipation de telles situations
- (2) soucis excessifs et persistants concernant la disparition des principales figures d'attachement ou un malheur pouvant leur arriver, tel qu'une maladie, un accident, une catastrophe ou la mort
- (3) soucis excessifs et persistants qu'un événement malheureux (p. ex., se retrouver perdu, être kidnappé, avoir un accident, tomber malade) ne vienne séparer le sujet de ses principales figures d'attachement
- (4) réticence persistante ou refus d'aller à l'école, ou ailleurs, en raison de la peur de la séparation
- (5) appréhension ou réticence excessive et persistante à rester seul ou sans l'une des principales figures d'attachement à la maison, ou dans d'autres environnements
- (6) réticence persistante ou refus de dormir en dehors de la maison ou refus d'aller dormir sans être à proximité de l'une des principales figures d'attachement
- (7) cauchemars répétés à thèmes de séparation
- (8) plaintes somatiques répétées (p. ex céphalées, douleurs abdominales, nausées, vomissements) lors des séparations d'avec les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations

B. La peur, l'anxiété ou l'évitement persistent pendant au moins 4 semaines chez les enfants et les adolescents et typiquement pendant 6 mois ou plus chez l'adulte.

C. Le trouble entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Le trouble n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental, tel que le refus de quitter la maison du fait d'une résistance excessive au changement dans le trouble du spectre autistique, les idées délirantes ou hallucinations concernant la séparation dans les troubles psychotiques, le refus de sortir sans une personne de confiance dans l'agoraphobie, les soucis à propos de problèmes de santé ou autres malheurs pouvant arriver à des personnes proches dans l'anxiété généralisée ou les préoccupations d'avoir une maladie dans une crainte excessive d'avoir une maladie.

• phobie spécifique :

Critères diagnostiques de la phobie spécifique (DSM 5)

A. Peur ou anxiété intenses à propos d'un objet ou d'une situation spécifique (p. ex., prendre l'avion, les hauteurs, les animaux, avoir une injection, voir du sang).

N.B. : Chez les enfants, l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou d'agrippement.

B. L'objet ou la situation phobogène provoque presque toujours une peur ou une anxiété immédiate.

C. L'objet ou la situation phobogène est activement évité(e) ou vécu(e) avec une peur ou une anxiété intense.

D. La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel par l'objet ou la situation spécifique et par rapport au contexte socio-culturel.

E. la peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, habituellement d'une durée de 6 mois ou plus.

F. La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

G. le trouble n'est pas mieux expliqué par les symptômes d'un autre trouble mental, comprenant la peur, l'anxiété et l'évitement de situations associés à des symptômes d'incapacité (comme dans l'agoraphobie), des objets ou situations liés à des obsessions (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), des souvenirs d'événements traumatiques (comme dans le trouble stress post-traumatique), une séparation de la maison ou des figures d'attachement (comme dans l'anxiété de séparation) ou des situations sociales (comme dans l'anxiété sociale).

- **phobie sociale:**

Critères diagnostiques de la phobie sociale (DSM 5)

A. Peur ou anxiété intenses d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Des exemples de situations incluent des interactions sociales (p. ex. avoir une conversation, rencontrer des personnes non familières), être observé (p.ex.en train de manger ou boire) et des situations de performances (p. ex. faire un discours).

N.B. Chez les enfants, l'anxiété doit apparaître en présence d'autres enfants et pas uniquement dans les interactions avec les adultes.

B. La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (p. ex. humiliante ou embarrassante, conduisant à un rejet par les autres ou à les offenser).

C. Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété.

N.B. Chez les enfants, la peur ou l'anxiété peuvent s'exprimer dans les situations sociales par des pleurs, des accès de colère, ou des réactions de figement ; l'enfant s'accroche, se met en retrait ou ne dit rien.

D. Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intense.

E. La peur et l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel.

F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant habituellement 6 mois ou plus.

G. La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

H. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ni à une autre affection médicale

I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel que trouble panique, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble du spectre autistique)

J. Si une autre affection médicale (p. ex. maladie de parkinson, obésité, défiguration secondaire à une brûlure ou une blessure) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs.

Spécifier si : seulement de performance : Si la peur est limitée aux situations de performance.

- **Dépression :**

Critères diagnostiques du trouble dépressif caractérisé (DSM 5)

A. Au moins 5 des symptômes suivants sont présents pendant une même période (2 semaines) et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale

- (1) humeur dépressive présente quasiment quotidiennement, signalée par la personne ou observée par les autres. (N.B : éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent)
- (2) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours. (signalée par la personne ou observée par les autres.)
- (3) perte ou gain significatif en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue.)
- (4) insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- (5) agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
- (6) fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- (7) sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours.
- (8) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécisions presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres.)
- (9) pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Détresse cliniquement significative ou altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas amputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

Numéro de dossier :

1. Données socio démographiques :

- Age lors de la première consultation :
- Sexe :
 - Féminin
 - Masculin
- Enfant unique :
- Situation du couple:
 - Parents unis
 - Parents séparés
 - Parent isolé

2. Histoire de la maladie :

- Début :
 - Brutal
 - Progressif

- Déscolarisation complète :
 - Oui
 - Non

- Durée des symptômes avant demande d'avis psychiatrique (en mois):

- Durée des symptômes avant prise en charge dans l'unité (en mois) :

- Facteurs déclenchants :
 - Scolaires :
 - Personnels :
 - Familiaux :

- Signes fonctionnels associés :
 - Maux de ventre
 - Cardiologique : tachycardie, palpitations, douleurs thoraciques
 - Fatigue
 - Troubles du sommeil
 - Autres :

- Parcours de soin antérieur :
 - Suivi ambulatoire : oui non précisions :
 - Durée de la déscolarisation complète :
 - Niveau scolaire au début des symptômes :
 - Adressé par :
 - Motif d'hospitalisation :

3. Données cliniques individuelles :

- Antécédents somatiques :
 - Oui, précisions :
 - non

- Antécédents psychiatriques :
 - Oui, précisions :
 - non

- Antécédents de troubles des apprentissages :
 - oui, précisions :
 - non

- Antécédents de redoublement : oui non
- Antécédent d'anxiété de séparation dans l'enfance : oui non

- Evaluation psychométrique : ICV : , IRP : , IMT : , IVT :
QIT - HP:

- Diagnostics associés :

- Comorbidité somatique :

4. Données clinique familiales :

- Antécédents de troubles somatiques chez un parent :
 - Oui, précision
 - non

- Antécédents de troubles psychiatriques:
 - Père :
 - Mère :
 - Fratrie :

- Antécédents troubles spécifiques des apprentissages :
 - Père :
 - Mère :
 - Fratrie :

- RSA dans la fratrie :

- Mesures éducatives :
 - Non
 - Oui :
 - Intervention AS du service

- Présence d'au moins un parent au domicile:

5. Soin proposé :

- Prise en charge en hospitalisation :
 - HC longue :
 - Non
 - Oui, durée :

 - Séquentielles/HDJ :
 - Non
 - Oui, durée :

- Consultations :
- Psychothérapie individuelle :
 - Oui
 - Non

- Groupe :
 - non
 - oui, précisions :

- Traitement médicamenteux :
 - AD
 - Anxiolytiques
 - Neuroleptiques
 - Autres

- Entretiens familiaux :

- Thérapie familiale :
 - Non
 - Oui

- Suivi ambulatoire concomitant :
 - Oui : libéral cmp
 - Non

- Aménagements scolaires
 - Non
 - EDT allégé
 - SAPAD
 - CNED :
 - Partiel
 - Complet
 - Soins-études
 - Changement de scolarité avec internat classique.

6. Evolution des patients et de leur scolarité :

- Reprise complète en milieux ordinaire
- Reprise partielle
 - Soins- études
 - Etablissement spécialisé (type Elie Vignal)
 - Cours du soir
 - Cours individuel
- Pas de reprise
- Perdus de vue
- Délais entre première consultation et reprise complète.
- Rechute :
 - Facteur de rechute :
 - Délai après retour à l'école :
 - Au retour des vacances scolaires : oui non

BIBLIOGRAPHIE

- Bagnell, Alexa L. 2011. « Anxiety and Separation Disorders ». *Pediatrics in Review / American Academy of Pediatrics* 32 (10): 440-445.
- Bahali, K., A. Y. Tahiroglu, A. Avci, et G. Seydaoglu. 2011. « Parental Psychological Symptoms and Familial Risk Factors of Children and Adolescents Who Exhibit School Refusal ». *East Asian Archives of Psychiatry: Official Journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya Jing Shen Ke Xue Zhi: Xianggang Jing Shen Ke Yi Xue Yuan Qi Kan* 21 (4): 164-69.
- Bang, Young Rong, Jae Hong Park, et Sung Hwan Kim. 2015. « Cut-Off Scores of the Children's Depression Inventory for Screening and Rating Severity in Korean Adolescents ». *Psychiatry Investigation* 12 (1): 23-28.
- Baranger, Elisabeth. 2012. « [School phobia, definition and symptoms] ». *Soins. Pédiatrie, Puériculture*, n° 267 (août): 14-17.
- Bat-Pitault, F., et D. Da Fonseca. 2012. « Réduction du temps de sommeil chez les adolescents : conséquences et prise en charge ? » *Archives de Pédiatrie* 19 (10): 1095-99.
- Benbrika, Soumia. 2010. « Le refus anxieux scolaire : A propos de 40 patients hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy. » faculté de médecine de Nancy.
- Annie Birraux, « Parents dans les situations de phobies scolaires », *Adolescence* 2014/3 (T.32 n° 3), p. 465-479.
- Brandibas, Gilles, B. Jeunier, J.-L. Gaspard, et R. Fouraste. 2001. « Evaluation des modes de refus de l'école: validation française de la SRAS (School Refusal Assessment Scale) ». *Psychologie et psychométrie* 22 (1): 45-58.
- Broadwin, IT. s. d. « A contribution to the study of truancy ».
- Bussard, Dewi, Aurélie Harf, Jordan Sibeoni, Rahmeth Radjack, Jean Pierre Benoit, et Marie Rose Moro. 2015. « [The parents' experience of school refusal in adolescence] ». *Soins. Pédiatrie, Puériculture*, n° 286 (octobre): 31-36.
- Carless, Belinda, Glenn A. Melvin, Bruce J. Tonge, et Louise K. Newman. 2015. « The Role of Parental Self-Efficacy in Adolescent School-Refusal ». *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)* 29 (2): 162-70.
- Catheline, N. 2011. « Troubles de la scolarité et échec scolaire à l'adolescence. » Tours.
- Catheline, Nicole. 2016. *Souffrances à l'école : les repérer, les soulager, les prévenir.* Édition Albin-Michel.

- Challamel, M. J., L. Kocher, P. Franco, O. Revol, et B. Claustrat. 2007. « Refus scolaire et syndrome de retard de phase: cause ou conséquence? » *Médecine du Sommeil* 4 (13): 45-48.
- Chu, Brian C., Laura C. Skriner, et Laurie J. Zandberg. 2013. « Shape of Change in Cognitive Behavioral Therapy for Youth Anxiety: Symptom Trajectory and Predictors of Change ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 81 (4): 573-87.
- Compan, Diane. 2014. « Exploration de la dynamique familiale chez des adolescents atteints de phobie scolaire et leurs parents. » Université Toulouse III - Paul Sabatier.
- Cordié, Anny. 2002. « De la phobie scolaire au surinvestissement du savoir. » *Enfances & Psy* 1 (n°17): p105-110.
- Delamillieure, P., M. Couleau, et S. Dollfus. 2009. « Approches cliniques et diagnostiques des premiers épisodes psychotiques ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 167 (1): 79-85.
- Denis, H., et A. Baghdadli. 2016. « Trouble anxieux chez l'enfant et l'adolescent ». *ECM Psychiatrie/Pédopsychiatrie*. Volume 13. n°2. Avril 2016.
- Denis, Hélène. 2005. « Le refus scolaire anxieux ». *Enfances & Psy* no28 (3): 98-106.
- Desombre, H, P Fournernet, O Revol, et R De Villard. 1999. « Le refus anxieux de l'école ». *Archives de Pédiatrie* 6 (1): 97-101.
- Dubern, B. 2011. « Obésité et troubles respiratoires nocturnes chez l'enfant ». *Archives de Pédiatrie* 18 (11): 1247-50.
- Egger, Helen Link, E. Jane Costello, et Adrian Angold. 2003. « School Refusal and Psychiatric Disorders: A Community Study ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42 (7): 797-807.
- Egler, Pierre-Jean, et Jean-Marc Baleyte. 2012. « [Systemic approach to school phobia] ». *Soins. Pédiatrie, Puériculture*, n° 267 (août): 18-22.
- Excoffier, E., G. Vila, E. Taupiac, M.-C. Mouren-Simeoni, et M.-P. Bouvard. 2007. « Approche dimensionnelle des troubles des comportements sociaux chez l'enfant. Étude préliminaire de validation de la version française du Children's Social Behavior Questionnaire (CSBQ) ». *L'Encéphale* 33 (4): 585-591.
- Fock-Yee, Gilles. 2007. « La prise en charge du refus scolaire anxieux. » Université Claude Bernard Lyon 1.
- Fournernet, P., H. Desombre, R. DeVillard, et O. Revol. 2008. « Intérêt du propranolol dans la prise en charge du refus anxieux de l'école : à propos de trois observations ». *l'Encéphale*, 2001: XXVII: 578-84.
- Furuhashi, Tadaaki, Hitoshi Tsuda, Toyooki Ogawa, Kunifumi Suzuki, Misako Shimizu, Junko Teruyama, Sachiko Horiguchi, et al. 2013. « État des lieux, points communs

- et différences entre des jeunes adultes retirants sociaux en France et au Japon (Hikikomori) ». *L'Évolution Psychiatrique* 78 (2): 249-66.
- Gallé-Tessonneau, M., J. Doron, et O. Grondin. 2016. « Des critères de repérage aux stratégies de prise en charge du refus scolaire : une revue de littérature internationale systématique ». *Pratiques Psychologiques*.
- Gaspard, J. -L., G. Brandibas, et R. Fouraste. 2007. « Refus de l'école : les stratégies thérapeutiques en médecine générale ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 55 (7): 367-73.
- Girardon, Nicolas, et Jean Guillonau. 2009. « Phobie scolaire à l'adolescence ». *Perspectives Psy* 48 (4): 375-81.
- Heyne, D., N. J. King, B. J. Tonge, et H. Cooper. 2001. « School Refusal: Epidemiology and Management ». *Paediatric Drugs* 3 (10): 719-32.
- Hochadel, Jochen, Jan Frölich, Alfred Wiater, Gerd Lehmkuhl, et Leonie Fricke-Oerkermann. 2014. « Prevalence of Sleep Problems and Relationship between Sleep Problems and School Refusal Behavior in School-Aged Children in Children's and Parents' Ratings ». *Psychopathology* 47 (2): 119-26.
- Holzer, L., et O. Halfon. 2006. « Le refus scolaire ». *Archives de Pédiatrie* 13 (9): 1252-58.
- Ipsier, Jonathan C, Dan J Stein, Susan Hawkrigde, et Lara Hoppe. 2009. « Pharmacotherapy for Anxiety Disorders in Children and Adolescents ». In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Jainer, Ashok Kumar. 2002. « Imipramine plus Cognitive-Behavioral Therapy for School Refusal ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41 (2): 111-12.
- Katz, Felicity, Elizabeth Leith, et Eleni Paliokosta. 2016. « Fifteen-Minute Consultation for a Child Not Attending School: A Structured Approach to School Refusal ». *Archives of Disease in Childhood. Education and Practice Edition* 101 (1): 21-25.
- Kearney, Christopher A., et Anne Marie Albano. 2004. « The Functional Profiles of School Refusal Behavior. Diagnostic Aspects ». *Behavior Modification* 28 (1): 147-61.
- Lamotte, F., E. Doncker, et J. -L. Goëb. 2010. « Les phobies scolaires à l'adolescence ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, Troubles des conduites (II)Qu'est-ce qui est au cœur de ces troubles?* A. Andronikof, P. Mazet, 58 (4): 256-62.
- Layne, Ann E., Gail A. Bernstein, Elizabeth A. Egan, et Matt G. Kushner. 2003. « Predictors of Treatment Response in Anxious-Depressed Adolescents with School Refusal ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42 (3): 319-26.
- Le Heuzey, Marie-France. 2008. « [School phobia or school refusal?] ». *La Revue Du Praticien* 58 (7): 741-44.

- Lecomte, Jacques. 2004. « Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. » *Savoirs* (hors série): p59-90.
- Lenoble, Évelyne, et Claire Josso-Faurite. 2016. « Refus de grandir, refus d'apprendre : les « phobies scolaires » comme symptôme ? » *Revue de l'enfance et de l'adolescence* n°93: p 171-186.
- Longueville, Catherine, et Fabien Lesclous. 2012. « [School phobia in adolescents, treatment and return to school] ». *Soins. Pédiatrie, Puériculture*, n° 267 (août): 23-26.
- Marcelli, D., et Alain Braconnier. 2016. *Adolescence et psychopathologie 8e édition*.
- Maric, Marija, David A. Heyne, David P. MacKinnon, Brigit M. van Widenfelt, et P. Michiel Westenberg. 2013. « Cognitive Mediation of Cognitive-Behavioural Therapy Outcomes for Anxiety-Based School Refusal ». *Behavioural and cognitive psychotherapy* 41 (5): 549-64.
- Masi, Gabriele, Stefania Millepiedi, et Maria Mucci. 2002. « Efficacy of Newer Antidepressants for Childhood Anxiety Disorders ». *Expert Review of Neurotherapeutics* 2 (4): 523-31.
- McShane, G., G. Walter, et J. M. Rey. 2001. « Characteristics of Adolescents with School Refusal ». *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35 (6): 822-26.
- MIGLIANICO, Claire. 2016. « Influence de la prise en charge hospitalière sur la Qualité de Vie et le soutien social chez les adolescents en Refus Scolaire Anxieux. » Mémoire de Master 1, Université Lumière Lyon 2.
- Milliez, Nora. 2013. « Se séparer pour aller à l'école. A propos du cas de Nathan, frère jumeau de Mathis. » Mémoire DESC, Université Claude Bernard Lyon 1.
- Mouren, Marie-Christine, et Richard Delorme. 2006. « [School phobia or school refusal: controversial concepts] ». *Bulletin De l'Académie Nationale De Médecine* 190 (8): 1629-1639-1641.
- Partridge, J. M. 1939. « Truancy ». *The British Journal of Psychiatry* 85 (354): 45-81.
- Purper-Ouakil, D., D. Cohen, et M.-F. Flament. 2012. « Les antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent : mise au point des données d'efficacité et de tolérance ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* (2012) 60, 20-29.
- Purper-Ouakil, Diane, et Nathalie Franc. 2010. « [Separation anxiety in children] ». *La Revue Du Praticien* 60 (6): 783-87.
- Racle, Laurence. 2006. « Le refus scolaire anxieux de l'école : Revue de la littérature et étude personnelle de 48 enfants. » faculté de médecine de Grenoble.
- Rey, Yveline, et Jean-Paul Gaillard. 2001. « Esprit de famille et conscience de soi : une lecture de la phobie scolaire. » *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* n°27: p135-153.
- Schiltz, Lony. 2004. « Le blocage cognitif, émotionnel et motivationnel des élèves surdoués en situation d'échec scolaire grave. Résultats d'études cliniques et

expérimentales sur la « résignation apprise ». » *ResearchGate* 2004 (VII, 79): 39-44.

Silove, Derrick, Vijaya Manicavasagar, et Juliette Drobny. 2002. « Associations Between Juvenile and Adult Forms of Separation Anxiety Disorder: A Study of Adult Volunteers with Histories of School Refusal ». *The Journal of Nervous and Mental Disease* 190 (6).

Speranza, Mario, et Giovanni Valeri. 2010. « Trajectoires développementales en psychopathologie: apprentissages et construction de soi chez l'enfant et l'adolescent. » *Développements* n°6: p 5-15.

Suveg, Cynthia, Sasha G. Aschenbrand, et Philip C. Kendall. 2005. « Separation Anxiety Disorder, Panic Disorder, and School Refusal ». *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 14 (4): 773-795, ix.

Tazouti, Youssef, et Anette Jarlegan. 2010. « Sentiment de compétence parentale, participation parentale au travail scolaire et performances scolaires de l'enfant. » *La revue internationale de l'éducation familiale* n°28: p23-40.

Tomoda, Akemi, Teruhisa Miike, Kazuko Yonamine, Kei Adachi, et Seiji Shiraishi. 1997. « Disturbed circadian core body temperature rhythm and sleep disturbance in school refusal children and adolescents ». *Biological Psychiatry* 41 (7): 810-13.

Torrens Armstrong, Anna M., Kelli R. McCormack Brown, Roger Brindley, Jeannine Coreil, et Robert J. McDermott. 2011. « Frequent Fliers, School Phobias, and the Sick Student: School Health Personnel's Perceptions of Students Who Refuse School ». *Journal of School Health* 81 (9): 552-59.

Zugaj, L., N. Gotheil, S. Delpech, C. Jung, et C. Delmas. 2016. « La déscolarisation : étude rétrospective d'une cohorte de 63 patients soignés en ambulatoire dans un secteur de pédopsychiatrie ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 64 (2): 75-80.

Estelle HIRSCH

Refus scolaire anxieux : étude de cohorte rétrospective de 59 patients soignés en milieu hospitalier. « Comment optimiser leur trajectoire de soin ? »

RÉSUMÉ

Le refus scolaire anxieux est un trouble complexe et fréquent en pédopsychiatrie. Les conséquences à moyen et long termes sont sévères : résultats académiques inférieurs, conflits intra familiaux, isolement, marginalisation et risque accru de troubles psychiatriques à l'âge adulte. L'absence de consensus tant sur le plan diagnostique que thérapeutique complexifie le repérage précoce et la trajectoire de soin de ces patients.

Afin de mieux appréhender cette problématique, nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective ayant pour objectifs : 1/ de présenter un état des lieux de la clinique des patients pris en charge pour refus scolaire anxieux (n = 59), 2/ de rendre plus visibles d'éventuels facteurs pronostiques et 3/ de comparer les différentes prises en charge proposées dans le service.

Les résultats ont permis de confirmer certaines de nos hypothèses. Les signes fonctionnels sont fréquents et associés à un délai de prise en charge plus long (> à 6 mois), la majorité des patients présentent un trouble spécifique des apprentissages ou une précocité intellectuelle, les prises en charges sont longues (environ une année scolaire), plus de 80% des patients reprennent une scolarité mais les rechutes sont fréquentes et survenant lors des périodes critiques de retour de vacances ce qui nous incite à mettre en place des « consultations sentinelles » à chaque rentrée scolaire. L'utilisation systématique d'échelles évaluant l'état anxieux, thymique et le comportement de refus scolaire de ces patients permettrait de mieux apprécier leur profil psychopathologique et leur évolution clinique. L'âge des patients est associé statistiquement à une moins bonne reprise scolaire. Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différences entre les prises en charges proposées dans le service. Pour conclure, nous encourageons la formation des médecins généralistes, médecins scolaires et pédiatres à ces profils particuliers et nous proposons des hypothèses de modélisations de ressource permettant d'aider au repérage de ces patients et d'améliorer leur parcours de soin.

MOTS CLÉS : refus scolaire anxieux, revue de littérature, phobie scolaire, anxiété de séparation, phobie sociale, étude de cohorte, repérage précoce, parcours de soin, prise en charge, rescolarisation, facteur de risque, facteurs pronostics, rechute.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Nicolas GEORGIEFF
Membres : Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET
Madame le Professeur Patricia FRANCO
Madame le Docteur Marie VIORRAIN

DATE DE SOUTENANCE : 5 janvier 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR : estelle_hirsch@yahoo.fr