

**Académie d'Orléans –Tours
Université François Rabelais**

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013

N°

Thèse

pour le DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

ETIENNE Lauriane

Née le 13 Juillet 1984, Paris XIVème

Présentée et soutenue publiquement le 13 Septembre 2013

TITRE

**Le refus scolaire anxieux à l'adolescence : une étude clinique de 183 cas
accueillis dans un centre de consultations de 2009 à 2012.**

Jury

**Président de Jury : Monsieur le Professeur Gaillard
Membres du jury : Monsieur le Professeur Duverger
Monsieur le Professeur El Hage
Madame le Docteur Catheline
Madame le Docteur Ledorze
Monsieur le Docteur Lenoir**

RESUME :

Dans nos sociétés modernes, les difficultés que peuvent rencontrer au cours de leur scolarité certains adolescents, sont un motif fréquent de consultation en pédopsychiatrie. Nous avons réalisé une étude clinique rétrospective afin de déterminer la fréquence des demandes de consultations suggérant un refus scolaire anxieux, d'évaluer la fiabilité de la méthode de sélection utilisée, de décrire la population des patients présentant un refus scolaire anxieux et de définir des profils cliniques. Pour ce faire, nous avons constitué une liste de 183 patients consultant dans un CMP spécialisé dans l'adolescence de Janvier 2009 à Décembre 2012, et sélectionnés par une grille de situations cliniques. Le diagnostic de refus scolaire anxieux (RSA) a été validé par les psychothérapeutes. Puis nous avons étudié les données cliniques des cas de RSA pour définir des profils cliniques.

10 % des demandes de consultations évoquaient un RSA. Après validation clinique par les psychothérapeutes, 83 cas de RSA ont été recensés (4,5% des consultations). La méthode de sélection a permis de repérer 93% des cas de RSA, mais sa valeur prédictive positive n'est que 38%. Elle peut donc être un outil intéressant dans le repérage des cas de RSA.

Parmi les patients présentant un RSA, on retrouve autant de garçons que de filles, avec une moyenne d'âge autour de 15,3 ans. 90% d'entre eux présentaient un trouble anxieux, 85% des manifestations somatiques associées. 83% d'entre eux avaient des antécédents de troubles anxieux ou du sommeil dans l'enfance, et on retrouve un trouble anxieux ou dépressif chez 75% des mères. L'anxiété de séparation touche préférentiellement les filles (57% contre 19,5% des garçons). Enfin, nous avons pu identifier trois profils cliniques de patients sujets au refus scolaire anxieux.

L'hétérogénéité des tableaux cliniques et l'absence de symptôme spécifique compliquent le repérage des situations de refus scolaire anxieux, dont la prise en charge précoce est un facteur pronostique majeur.

Mots clés :

- refus scolaire anxieux
- phobie scolaire
- adolescents

School refusal in adolescence, a clinical study of 183 cases in a primary care centre.

Abstract :

In modern societies, school difficulties that some adolescents encounter, are a frequent reason for consultation in psychiatry. We led a retrospective clinical study in order to determine the frequency of consultation demand for school refusal, to measure the selection method reliability, to describe the population of patients presenting a school refusal and to define some clinical profiles. For this, between January 2009 and December 2012, we made up a 183 patients list, selected from a clinical situations table in a primary care centre. Then, the patients' symptomatology was submitted to a validation by some psychotherapists. Moreover, we studied the clinical data for school refusal to define the clinical profiles.

From 2009 to 2012, 10% of the consultation demands alluded to school refusal. After the clinical validation by some psychotherapists, 83 school refusal cases have been indexed (4,5% of consultations).

The selection method enabled us to identify 93% of school refusal cases but its positive predictive value is only 38%. Despite its lack of specific feature, this selection method (clinical situations table) is statistically very sensitive, so that it can be an interesting way of tracking school refusal cases.

As part of patients presenting a school refusal, we can find as many boys as girls with an average age of 15,3 years old. 90% of them were presenting some anxious disorders and for 85% there were some somatic symptoms associated to them. 83% of them had had some anxious or sleep disorders during childhood and 75% of the mothers had some anxious or depressive disorders. Girls are more concerned by the separation anxiety disorders than boys (57% of girls versus 19,5% of boys). Finally, three clinical profiles for school refusal patients could have been identified.

The clinical pictures' heterogeneity and the lack of specific symptom make the school refusal situations tracking more difficult.

Key words :

- school refusal
- school phobia
- adolescents

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier le Docteur Pascal LENOIR, mon directeur de thèse, de m'avoir fait confiance en me proposant ce sujet d'étude. Merci de m'avoir accompagnée durant ces nombreux mois avec autant d'implication, de rigueur et de bienveillance. Ce fût vraiment un plaisir de travailler avec vous, et j'espère en avoir un jour à nouveau l'occasion.

Je remercie aussi les Professeurs DUVERGER, EL HAGE et GAILLARD, ainsi que les Docteurs CATHELIN et LEDORZE d'avoir accepté de venir juger notre travail.

Je tiens bien sûr à remercier toute l'équipe du Centre Oreste (CH Chinon) pour avoir grandement contribué à ce travail et m'avoir soutenue tout au long de l'année :

- Dr Jean-Yves LE FOURN (responsable du service), et Dr Pascal LENOIR,
- Marie-Christine GILLET et Bruno MIGLIORETTI, (Infirmiers de secteur psychiatrique),
- Caroline GAUVREAU, Morgane NOUAÏLLE, Isabelle PERRIN, Arnaud SYLLA (psychologues cliniciens),
- Amandine FRIDI (stagiaire psychologue Master 1),
- Christelle PETIT et Aurélie WIJKHUISEN (secrétaires),
- Frédérique BODIOL (enseignante spécialisée).

Je remercie chaleureusement Clémence LEYRAT, biostatisticienne au CIC de l'hôpital Bretonneau, pour son aide si précieuse et sa gentillesse, ainsi que le Dr Mathieu LEMAIRE, pour m'avoir présenté Clémence, et aussi pour son aide et ses bons conseils.

Je remercie aussi le Dr Brigitte MOLTRECHT, médecin conseillère technique du Directeur Académique, pour nos échanges.

Je remercie tous ceux, si nombreux, qui ont participé à ma formation.

Et plus personnellement, je remercie :

- Mes parents, Martine et Bernard, sans qui je ne serai pas là ! Vous m'avez donné le goût des études, et toujours encouragée à bien faire. Merci pour votre éternel soutien.

- Antoine, mon chéri, qui est toujours là pour moi, dans les meilleurs et les pires moments de la vie.

- Mes grands-parents : Nini, Papou, Mamie Gisèle et Papi Louis. Sans vous, je n'en serai sans doute pas là aujourd'hui ! Merci de m'avoir transmis votre passion pour la médecine (très répandue dans la famille !) Une pensée tout particulièrement pour Mamie Gisèle, qui m'a soutenue presque jusqu'au bout, et qui est partie le 16 Août dernier au bel âge de 92 ans.

- Mes oncles et tantes : Pascale, Patricia et Pierre, Olivier et Marcelle, Jérôme et Marie-Claude, Jean-François et Béatrice, pour leur soutien.

- Mes cousins et cousines qui m'ont bien soutenue, et que j'adore : Alexandra, Florian, Christelle, Olivia, Clélia, Marie-Laure, Clara, Thibaud, et Lou,

- Mon beau-frère Ciprian, à qui je pense si souvent,

- Toute ma belle-famille : mes beaux-parents : Laurence et Jean, mes belles-sœurs : Anne-Sophie (professeur d'Anglais, qui m'a aidée pour la traduction du résumé), Margaux ; et aussi Mamie Huguette, Cyril, Cyprien et Paul,

- Julie et Neila, pour leur amitié précieuse pendant notre Internat,

- Et tous mes amis, notamment Alessandra, mon amie depuis bientôt 29 ans !

Enfin, je dédie cette thèse à ma grande sœur Amélie, partie beaucoup trop tôt l'an dernier, à quelques mois de sa thèse de radiologie. Tu aurais tant mérité de devenir le 6^{ème} Docteur ETIENNE de notre famille. Merci pour ton affection et ton soutien durant ces nombreuses années, notamment en P1. Le vide, maintenant, est immense.

SOMMAIRE

RESUME	2
REMERCIEMENTS	5
TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES	8
I) INTRODUCTION	9
II) REVUE DE LA LITTERATURE	10
1) Introduction du concept de Refus scolaire anxieux (RSA).....	10
2) Aperçu historique.....	10
3) Position du problème dans la nosographie et définitions.....	12
4) Epidémiologie	14
5) Sémiologie à l'adolescence.....	15
6) Formes cliniques	17
6.1) Le refus scolaire avec anxiété de séparation :.....	17
6.2) Le refus scolaire avec phobie sociale :.....	18
6.3) Le refus scolaire, une phobie simple ?.....	19
6.4) Le refus scolaire anxiodépressif :	20
7) Les troubles associés.....	20
8) Les diagnostics différentiels	21
9) L'évaluation	22
9.1) Examen somatique	22
9.2) Evaluation psychométrique et orthophonique	22
10) Le pronostic	23
11) Hypothèses psychopathologiques	24
12) La place de la famille	26
13) Principes thérapeutiques	28
13.1) Cadre du traitement.....	29
13.2) Modalités du traitement	33
14) Une prévention est-elle possible ?	38
III) ETUDE CLINIQUE.....	39
1) Objectifs de l'étude	39
2) Matériel et méthodes.....	39
3) Résultats.....	47
a) Etude de la fréquence des demandes suggérant un RSA :	47
b) Etude de la valeur diagnostique de la grille de situations cliniques après validation par les thérapeutes :	47
c) Description et comparaison des groupes « vrais positifs », « faux positifs », « non conclus » et « faux négatifs » :	50
d) Etude descriptive des patients présentant un RSA avéré :.....	56
e) Profils cliniques des patients présentant un RSA validés par le psychothérapeute ...	69
4) Discussion	74
IV) CONCLUSION.....	80
V) ANNEXE : Grille de recueil de données des patients validés « RSA »	81
VII) REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	83

TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : grille de situations cliniques suggérant un RSA.....	42
Tableau 2 : Sélection des demandes suggérant un RSA en fonction des années.....	47
Tableau 3 : Etude de la valeur diagnostique de la grille de sélection après validation des cas de RSA par les thérapeutes.	48
Tableau 4 : Etude de la valeur diagnostique de certains symptômes.....	49
Tableau 5 : Etude des motifs d'appel en fonction de la validation clinique	51
Tableau 6 : Adressage des patients par les tiers demandeurs.....	52
Tableau 7 : Proportion de patients présentant un RSA en fonction des années	56
Tableau 8 : Données familiales des patients présentant un RSA	62
Tableau 9 : Diagnostics CIM 10 des patients présentant un RSA	68
Tableau 10 : Description des classes obtenues après CAH (effectif (%))	71
Tableau 11 : Profils cliniques	73
Figure 1: Constitution des groupes d'adolescents à partir des motifs de demandes et de la validation clinique du RSA.....	44
Figure 2 : Répartition des patients présumés RSA après validation clinique.....	47
Figure 3 : Etude du sexe ratio dans les différents groupes	50
Figure 4 : Répartition géographique des 83 cas de RSA	57
Figure 5 : Répartition des tiers demandeurs des cas de RSA	58
Figure 6 : Adressage des patients par les services de santé scolaire selon les années	58
Figure 7 : Répartition par niveau et par sexe de la population présentant un RSA	59
Figure 8 : Distribution par type de filière des 46 lycéens présentant un RSA	60
Figure 9 : Répartition par classe des 79 patients scolarisés (toutes filières confondues) présentant un RSA	60
Figure 10 : Type d'absentéisme des cas de RSA	61
Figure 11 : Type d'absentéisme en fonction du sexe.....	61
Figure 12 : Antécédents psychologiques des patients RSA	63
Figure 13 : Symptomatologie des patients présentant un RSA	66
Figure 14 : Représentation des individus sur les deux premiers axes	70
Figure 15 : Nuage des individus selon la classe	72

I) INTRODUCTION

Durant les dernières décennies, la notion de refus de l'école s'est affirmée dans le champ psychopathologique et médical pour rendre compte de diverses formes d'objection au lien scolaire comme le refus d'aller à l'école, la fugue (« école buissonnière »), le refus de tirer bénéfice des apprentissages (refus scolaire franc ou passif).

En France, comme dans de nombreux pays occidentaux, les troubles anxieux, dépressifs et/ou phobiques rattachés au refus de l'école sont indiscutablement ceux qui conduisent le plus souvent à la consultation.

D'une simple sensation de malaise indéfinissable à une véritable peur panique, chacun de nous a déjà éprouvé une sensation d'angoisse, dans les situations de la vie quotidienne, ou dans des situations d'exception où sa propre vie ou celle d'autrui est en danger.

Entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence est marquée par de profonds remaniements psychiques qui peuvent parfois déborder les capacités d'adaptation du jeune.

Le milieu scolaire, lieu d'apprentissage tant sur le plan intellectuel que social, se révèle être un des lieux privilégiés où peuvent se manifester les difficultés psychiques de ces adolescents, notamment l'anxiété, qu'elle soit directement générée ou plus simplement révélée par les multiples facettes de la vie scolaire.

Le refus scolaire anxieux, témoin d'une entrave parfois très grave au processus psychique de l'adolescence, est l'une des plus spectaculaires manifestations d'anxiété dans laquelle l'école se trouve directement impliquée, ce qui toutefois, ne signifie pas qu'elle en soit directement responsable.

Malgré un désir et de réelles potentialités dans l'acquisition des connaissances, le jeune se trouve dans l'incapacité de surmonter l'angoisse ressentie avant de partir de son domicile, voire pendant les heures de cours.

Ce refus d'aller à l'école renvoie classiquement à une problématique familiale, et révèle bien souvent un profond déséquilibre d'une économie affective et relationnelle (surprotection maternelle, carence de la fonction paternelle).

Après une présentation des données actuelles de la littérature, nous exposerons l'étude que nous avons réalisée auprès d'adolescents présentant un refus scolaire anxieux consultant dans un centre médico-psychologique, le centre « Oreste » (département d'Indre et Loire).

II) REVUE DE LA LITTERATURE

1) Introduction du concept de Refus scolaire anxieux (RSA)

L'absentéisme scolaire est en augmentation en France. Il concerne actuellement 2% à 5% des enfants et adolescents en âge scolaire (300 000 élèves) et constitue un motif fréquent de consultation en pédopsychiatrie.¹ Le refus scolaire anxieux (RSA) ou phobie scolaire représente une des principales étiologies de l'absentéisme scolaire. Le plus souvent simple dans son expression symptomatique, les tableaux psychopathologiques qui le sous-tendent n'en demeurent pas moins variés.

C'est en grande partie la complexité sous-jacente de ce symptôme d'apparence banale qui explique son statut nosographique incertain. Mais c'est certainement la gravité pronostique d'une absence scolaire prolongée qui constitue le point commun des situations de RSA, aussi hétérogènes soient-elles.²

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 de développement ultérieurs. Les enjeux à moyen et long terme sont donc considérables.

Le RSA nécessite une évaluation complète pour orienter la prise en charge, qui sera d'autant plus efficace qu'elle intervient le plus précocement possible. L'identification des situations de refus scolaire est donc primordiale dans une perspective de prévention secondaire. Le refus scolaire et l'anxiété de séparation sont spécifiques à l'enfant et l'adolescent et leur appréhension ne saurait être simplement extrapolée à partir de l'étude psychopathologique des troubles anxieux chez l'adulte. Il n'en demeure pas moins que ces troubles anxieux de l'enfance et de l'adolescence constituent un facteur de risque de troubles anxieux à l'âge adulte. De nombreuses peurs de l'enfance jouent un rôle normal, adaptatif et protecteur, et la distinction entre l'anxiété de l'enfant normale ou pathologique n'est pas toujours claire.

En revanche, le refus scolaire, de par sa nature extrême, manifeste et publique, essentiellement contre-adaptative, se situe clairement dans le champ de la pathologie.

2) Aperçu historique

Le refus scolaire est certainement aussi vieux que l'école, mais il ne peut être défini qu'à partir du moment où la fréquentation scolaire devient une contrainte imposée par la loi (à

la fin du XIX^{ème} siècle dans la plupart des pays occidentaux, lois Jules Ferry de 1881 et 1882 qui rendent l'instruction gratuite et obligatoire en France³).

La naissance de ce concept est donc relativement récente. Alfred Binet a décrit en 1887 un cas de peur de l'école chez un enfant qui devenait mutique lorsqu'il arrivait en classe.

G. Heuyer dans sa thèse (1914) évoque la peur de certains enfants de l'institution scolaire, tandis que C. G. Jung (1913) décrivait au même moment le « refus névrotique » d'aller à l'école.

Plus tard, aux Etats-Unis, Broadwin (1932) isole une variante de l'école buissonnière où l'enfant, inquiet de ce qui pourrait arriver à sa mère, rentre chez lui pour apaiser ses craintes. La peur de l'école représente la peur de quitter la maison.

En 1939, J. M Partridge³, en Grande-Bretagne, avait déjà noté que l'absentéisme scolaire était davantage déterminé par l'environnement familial que par l'environnement scolaire, montrant en particulier la fréquence d'un hyper attachement maternel et d'une participation inconsciente de la mère au maintien de cette symptomatologie.

C'est Adélaïde Johnson⁴ qui propose le terme de « phobie scolaire » en 1941 dans l'American Journal of Orthopsychiatry et met en exergue « des relations de dépendance mal résolues entre mère et enfant » comme élément fondamental du trouble. Elle écrira en 1957 qu'il s'agit d'une angoisse de séparation, donc d'une anxiété liée au départ de la maison par rapport aux figures d'attachement principales. Elle souligne que ces enfants ont néanmoins un bon investissement scolaire, ce qui différencie la phobie scolaire des « écoliers des buissons », des fugues et des comportements d'opposition (comportements dys-sociaux).

Melitta Sperling⁵ (1972) a expliqué ces cas par une préoccupation de l'enfant à propos de ses parents : il craint que ceux-ci ne s'en aillent, ou qu'il ne leur arrive quelque chose en son absence. C'est parfois une maladie de la mère qui déclenche l'inquiétude, l'enfant ne voulant plus « laisser maman ».

Par la suite le terme de « phobie », inscrit historiquement dans le courant psychodynamique, a été l'objet de nombreuses controverses, alimentées par des discussions portant sur l'organisation psychopathologique sous-jacente. L'expression « phobie scolaire » paraît inappropriée dans la mesure où elle situe l'école au centre du problème alors que les mécanismes en jeu sont plus complexes et diversifiés que ceux habituellement mis en jeu dans les phobies.

En 1977, Julian de Ajuriaguerra⁹ réaffirme la définition de la « phobie scolaire » (cf définitions), mais critique ce terme, évoquant d'une part la pluralité des organisations psychologiques sous-jacentes, d'autre part la prééminence de l'anxiété de séparation³. La même

année, M. Dugas et C. Guériot¹³, étudiant 68 cas de phobie scolaire chez des jeunes âgés de 7 à 16 ans, soulignent également l'hétérogénéité des signes et l'absence de personnalité unique derrière le symptôme de phobie scolaire. Si l'angoisse est présente dans 65 cas sur 68, ils notent aussi des symptômes d'agressivité et d'opposition et des signes dépressifs.

John Bowlby, en 1978 rejette également la terminologie « phobie scolaire » affirmant qu'il s'agit plutôt d'une pseudo-phobie caractérisée par la peur de l'absence ou de la perte d'une figure d'attachement⁶. Il propose après L.A Hersov (1960) d'utiliser le terme de « refus scolaire ». Alors que les pays anglo-saxons renonceront progressivement à la notion de « phobie scolaire » au profit de celle de « refus scolaire » (*school refusal*, C.G Last, 1987), les pays francophones resteront attachés au terme de « phobie scolaire », suite aux descriptions de Lebovici et Le Nestour (1977)⁷ qui décrivent des phobies graves de l'école en lien avec un trouble grave de la personnalité contrairement aux « phobies simples » décrites par Spurling.

En France, le pédiatre Clément Launay est à l'origine de l'expression « refus anxieux de l'école », repris sous la forme actuelle de « refus scolaire anxieux » et largement utilisé car apparaissant à de nombreux auteurs comme le plus descriptif, neutre et dénué de préjugés étiopathogéniques. Premier Français à s'intéresser aux phobies de l'école en 1957, il estime que des mécanismes différents peuvent être à l'œuvre en fonction de l'âge de l'enfant : angoisse de séparation prévalente autour de 6 ans, et anxiété à caractère plus phobique après 8 ans⁸.

Parallèlement, des abords plus sociologiques mettent en cause le rôle de l'école, le phénomène semblant d'autant plus marqué que la pression scolaire est forte, comme au Japon. D'autres étudient les repères et les compétences éducatives des parents modernes (laxisme, surinvestissement de l'enfant, excès de maternage, défaillance de la fonction paternelle, etc), même si, dans les cas de refus scolaires, ces difficultés semblent majorées par une psychopathologie familiale.

3) Position du problème dans la nosographie et définitions

La phobie scolaire n'existe pas en tant que telle dans les classifications internationales. En 1987, l'académie américaine de psychiatrie parlera dans le DSM III du « refus anxieux scolaire » comme d'une conséquence soit d'une phobie sociale, soit d'une anxiété de séparation, et non d'une entité individualisée.

Elle est une complication du trouble attaque de panique pour le DSM-IV et fait partie des troubles anxieux phobiques pour la CIM-10 qui l'inclut dans les angoisses de séparation de l'enfance.

La seule classification à isoler cette pathologie est la CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent) qui décrit des « phobies scolaires », comprenant des « manifestations d'angoisse majeure avec souvent phénomène de panique liées à la fréquentation scolaire et interdisant sa poursuite sous les formes habituelles ». Les manifestations par angoisse de séparation font même partie des critères d'exclusion.

La définition proposée par Ajurriaguerra (1974)⁹ en France reste encore une référence : « *Il s'agit d'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* ».

La définition proposée par L. Holzer et O. Halfon (2006)² du refus scolaire anxieux est intéressante : « *difficulté à être présent en classe associée à une détresse émotionnelle, notamment l'angoisse et la dépression* ».

Le rôle et le lien avec l'école restent centraux dans la mesure où le refus implique une certaine crainte de la situation scolaire, qu'elle soit consciente ou non, mais il est difficile de considérer la situation scolaire comme phobogène à proprement parler. Il faudra différencier les situations où l'appétence scolaire est préservée (cas les plus typiques de RSA) des cas où elle n'existe plus (contexte sociopathique).

Kearney et Silverman¹⁰ définissent le comportement de refus scolaire comme « *le refus de l'enfant de se rendre à l'école ou des difficultés à y rester une journée entière* ». Cette définition inclut les enfants totalement absents de l'école mais également ceux qui s'y rendent et quittent l'école durant la journée ou encore ceux qui vont à l'école après avoir manifesté des plaintes somatiques ou des crises de rage.

Il existe une différence entre le refus scolaire qui est associé à l'anxiété de séparation et à la dépression, et l'école « buissonnière » qui s'accompagne de troubles des conduites, de troubles oppositionnels avec provocation et aussi de dépression. Il existe toutefois un certain degré de recouvrement de ces entités.

Le refus scolaire est également à distinguer du « décrochage scolaire » qui fait référence à des élèves dont les comportements scolaires, l'indiscipline, l'absentéisme de plus en plus important et les résultats scolaires faibles, l'absence d'investissement et d'appartenance traduisent un processus de désadhésion au système ou un accrochage manqué qui conduiront à plus ou moins long terme à une désaffiliation. Le décrochage est un « processus qui conduit un

jeune en formation initiale à se détacher du système de formation jusqu'à le quitter avant d'avoir obtenu un diplôme » (www.education.gouv.fr).

D'autre part, le refus scolaire ne recouvre pas les pathologies psychiatriques qui, à l'instar de certaines pathologies physiques, empêchent temporairement l'enfant de se rendre à l'école (par exemple les psychoses, ou les TOC sévères).

4) Epidémiologie

L'harmonisation des données épidémiologiques se heurte à différents écueils : absence de critères diagnostiques, de consensus sur le terme et la définition d'un phénomène plus ou moins intriqué à l'absentéisme scolaire tout venant, divergence des sources scolaires, médicales, judiciaires.

La prévalence du refus scolaire est estimée à 1% des élèves en âge de scolarité obligatoire, et il représente 5% des consultations de pédopsychiatrie. D'après Kearney¹¹, ce problème pourrait toucher jusqu'à 28% des enfants et adolescents au moins une fois durant leur scolarité.

Des études récentes rapportent des taux de refus scolaire plus élevés, jusqu'à 4%, ce qui va dans le sens d'une augmentation du phénomène³. La hausse du nombre de signalements pour absentéisme effectués auprès de l'Inspection Académique, au-delà de la systématisation progressive de cette procédure, reflète la même tendance. Dans certains pays, l'incidence du refus scolaire est telle qu'elle est devenue un problème de santé publique. Le Japon est régulièrement cité, où 60 à 70% de pédopsychiatrie auraient pour motif le refus scolaire¹².

Les données concernant le sexe sont discordantes, mais il semblerait que le sex-ratio aurait tendance à s'équilibrer^{13,19}. Cette évolution est probablement à corréler au fait que l'accès aux études est désormais possible sur un mode plus égalitaire. Les filles déclareraient leur symptomatologie un peu plus tardivement.

L'âge de début présente plusieurs pics de fréquence : dans la petite enfance (5-7 ans), à la préadolescence (10-11 ans) et à l'adolescence (13-15 ans). Ils correspondent à des paliers d'accès à l'autonomie, mais aussi à des classes charnières en termes d'apprentissage : CP, 4^{ème}, Lycée. Des variations saisonnières sont également observées avec une difficulté particulière à reprendre l'école après les congés d'été et les vacances de mi-trimestre. Le pronostic serait d'autant plus péjoratif que l'âge de début est avancé¹⁴. La prévalence durant l'adolescence semble plus élevée que dans l'enfance.

La phobie concerne principalement un enfant unique, un aîné ou un benjamin¹³. Il présente une bonne intelligence et son intérêt pour les apprentissages est préservé. Le refus scolaire peut se produire dans tous les milieux socioéconomiques et n'est pas l'apanage des milieux défavorisés.

5) Sémiologie à l'adolescence

Si les manifestations comportementales du refus scolaire se ressemblent fortement, les tableaux sous-jacents se caractérisent par leur hétérogénéité. Malgré la diversité des présentations cliniques et la multiplicité des diagnostics accompagnant les refus scolaires, une catégorisation schématique est possible, sachant que les catégories ne sont pas exclusives.

Il existe fréquemment des difficultés antérieures à la phobie scolaire : ¹⁵

- les phobies scolaires sous forme d'une angoisse de séparation excessive en intensité et surtout en durée lors de l'entrée en maternelle ou en cours de primaire, absentéisme partiel pendant la scolarité ou, au contraire, surinvestissement de la scolarité ;
- les problèmes divers d'alimentation (anorexie), de sommeil (refus du coucher, terreurs nocturnes, somnambulisme...) pour environ 25% des cas dans la petite enfance ;
- les problèmes liés aux séparations : soit il n'y a pas ou peu de séparation familiale (les séjours à l'extérieur de la famille sont rares : difficultés pour dormir chez les copains, pour les voyages scolaires...), soit les parents ont vécu des séparations dramatiques dans la petite enfance du fait d'une maladie ou d'un accident.

Il existe souvent un événement précipitant, parfois lié à l'adolescent : maladie somatique, accident mineur ; parfois lié à la vie familiale : retour de vacances, déménagement, départ d'un grand frère ou d'une grande sœur, maladie d'un parent, séparation des parents, naissance, deuil ; d'autres fois lié à la situation scolaire : changement d'établissement, entrée au collège ou au lycée, perte d'un camarade, conflit (même minime) avec un autre élève ou un professeur. Tout changement dans la vie de l'adolescent peut être vécu comme menaçant le sentiment de sécurité du jeune, et susciter une angoisse incontrôlable.

La nature comportementale du refus scolaire peut changer avec l'âge, de même que la nature des événements précipitants. Par exemple, l'angoisse de séparation est plus fréquente chez le jeune enfant, alors que la peur des enseignants ou des autres élèves est plus courante chez les enfants plus âgés et les adolescents. La crainte des situations sociales de jugement est également plus fréquente chez les adolescents.

L'expression symptomatique aiguë est liée à l'école : progressivement, quitter la maison devient de plus en plus problématique. Des manifestations d'angoisse surgissent lors du départ de la maison, s'accroissent sur le chemin de l'école, devant les grilles du collège, dans la salle de classe^{13,20} pouvant aller jusqu'à de véritables attaques de panique. Si l'adolescent est forcé, des manifestations comportementales plus bruyantes apparaissent : cris, agitation, violence... A l'extrême, l'adolescent peut menacer de fuguer ou de se suicider si on le force à retourner à l'école.

Une anticipation anxieuse existe parfois la veille du jour d'école avec des difficultés en fin d'après-midi et au coucher. Certains auteurs insistent sur la valeur inconsciente du conflit^{7,16} : l'adolescent ne peut expliquer sa conduite et promet le lendemain, à des parents désemparés, de retourner à l'école.

L'absentéisme scolaire est très fréquent : d'abord progressif, « perlé », (certaines matières, évitement d'un contrôle) il devient le plus souvent total à l'adolescence en raison des difficultés physiques d'accompagnement à l'école. Il apparaît rythmé par les vacances, période d'accalmie notable de l'anxiété, constatée par les parents. Il est parfois total d'emblée, notamment quand un événement, ayant valeur de « traumatisme », s'est produit.

Les manifestations somatiques (malaises, céphalées, nausées, vomissements, douleurs abdominales motivant les passages à l'infirmerie) peuvent être au premier plan⁴ et sont retrouvés au moins une fois sur deux.

Signalons l'importance des rationalisations secondaires^{7,17,20} (incompétence des enseignants, leur manque de contenance, immaturité des autres élèves, impression d'être le bouc émissaire de la classe). Leur teneur projective est claire, l'autre devenant dépositaire de cette partie du Moi pathologique de l'adolescent. Ce mécanisme de défense apaise temporairement le tumulte qui anime le monde interne du jeune qui peine à investir les apprentissages acquis grâce à l'intermédiaire d'un autre et qui viennent faire intrusion dans l'espace psychique du patient, alors que l'apprentissage seul devant un livre est possible.

Les symptômes disparaissent quand on l'autorise à rester chez lui. S'observent alors un retrait progressif des activités de groupe, un isolement vis-à-vis des pairs, l'adolescent se rapprochant de sa mère de façon ambivalente. Alors qu'il était jusqu'ici soumis et passif, il devient exigeant, susceptible, agressif, véritable tyran domestique. La mère est souvent l'objet de ses mouvements de colère, de rage et parfois de violence. La plupart des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux restent à la maison, seuls ou avec leurs parents, et occupent leur journée à dormir, regarder la télévision, surfer ou jouer sur Internet, accomplissant parfois

quelques tâches ménagères. Ils gardent le contact soit physiquement soit virtuellement avec leurs amis.

Parfois la phobie scolaire reste rigoureusement isolée, tout va bien en dehors de la situation scolaire : le jeune peut se promener, voir des amis, pratiquer des activités extrascolaires. Mais dans la majorité des cas l'adolescent présente d'autres manifestations symptomatiques qui peuvent se regrouper sous trois aspects¹⁸:

- existence d'autres manifestations anxieuses plus ou moins patentes : agoraphobie, phobies des transports en commun, phobie sociale et surtout manifestation d'angoisse de séparation en particulier à l'égard de l'un ou de l'autre parent. Plus les manifestations phobiques et l'angoisse de séparation sont envahissantes plus la vie de l'adolescent se confine et se restreint à l'espace familial ;
- des troubles du comportement en particulier dans le cadre familial où l'adolescent inhibé et craintif à l'extérieur peut devenir exigeant, tyrannique, coléreux voire agressif dans le cercle familial ;
- enfin des symptômes de la série dépressive : crises de larmes avec idées tristes persistantes, sentiment de dévalorisation, de baisse de l'estime de soi, idées de mort voire pensées suicidaires.

Les entretiens cliniques mettent souvent en évidence une inhibition intellectuelle et affective. Ce sont des adolescents timides, réservés, voire fermés à la relation¹⁷. La curiosité intellectuelle fait défaut, l'effort de concentration semble difficile.

6) Formes cliniques

D. Bailly (2004)¹⁹, puis Holzer et Halfon (2006)² distinguent dans la littérature plusieurs types de patients :

6.1) Le refus scolaire avec anxiété de séparation :

Le tableau classique est celui d'un enfant qui a manifesté très tôt dans la petite enfance des difficultés de séparation, supportant douloureusement les premières étapes de l'autonomisation (entrée à la garderie ou chez la nourrice, entrée en maternelle...) mais qui s'y est finalement résigné. De tempérament souvent anxieux, il craint qu'il n'arrive quelque chose à ses proches, la séparation de ses objets primaires d'attachement suscite toute une série d'inquiétudes qu'il gère de manière plus ou moins satisfaisante, avec souvent une tendance aux somatisations.

A la faveur d'un événement déclenchant, il manifeste des symptômes somatiques divers : céphalées, douleurs abdominales et refus de se rendre à l'école. Les tentatives pour l'y contraindre suscitent de vives inquiétudes et une détresse émotionnelle intense (il pleure, crie et se met dans tous ses états).

Un certain nombre de rationalisations concernant l'école peuvent être évoquées, mais ce sont avant tout les symptômes somatiques que l'enfant met en avant pour ne pas se rendre à l'école.

L'angoisse de séparation est souvent au premier plan, la séparation effective est vécue par l'enfant comme un arrachage et peut s'accompagner d'angoisse de mort.

Pour Lebovici et Le Nestour⁷, le refus scolaire est la manifestation d'une pathologie d'expression névrotique mais dont les symptômes sont peu élaborés, participant à la fois de l'agoraphobie et d'une angoisse de séparation, l'enfant se défendant de celle-ci par une passivité importante et prenant sa mère comme objet contraphobique.

Chez l'adolescent, les difficultés de séparation se traduisent par une dépendance aux parents qui augmente, il a peur qu'il arrive quelque chose à ses parents ou à lui-même, qui pourrait l'éloigner d'eux. Il peut facilement devenir tyrannique avec ses parents, réalisant une sorte d'emprise sur la vie familiale qui est comme « l'image inversée de la perte d'autonomie et de contrôle qu'il éprouve dans la vie extrafamiliale » (Marcelli et Braconnier, 2008)²⁰.

Cette forme, 2,5 fois plus fréquente que la phobie de l'école, touche plus les filles pré-pubères. Il existe un moins bon fonctionnement dans les autres domaines et la psychopathologie sous-jacente est souvent plus grave. Il existe volontiers des antécédents psychopathologiques chez les parents (dépression, agoraphobie, refus scolaire).

6.2) Le refus scolaire avec phobie sociale :

C'est plutôt le tableau classique d'un adolescent (même si la phobie sociale peut apparaître dans l'enfance) qui appréhende de plus en plus les situations où il se retrouve exposé au regard de ses camarades ou d'un enseignant. Souvent de nature timide et mal intégré socialement, il craint d'être l'objet de moqueries et d'être rejeté par ses camarades. Fragile sur le plan narcissique, il peut être terrorisé à l'idée d'être interrogé, convaincu qu'il sera de toutes façons ridicule.

Les manifestations somatiques seront bien souvent présentes, même s'il tentera de rationaliser son refus d'aller à l'école (« je suis le bouc émissaire de la classe », « le prof de

math me dévalorise sans cesse », « de toutes façons, ça ne sert à rien que j'y retourne puisque je suis nul et que je vais redoubler »).

Les réactions d'angoisse peuvent être très vives si on essaie de le forcer à retourner en cours. Ce type de refus scolaire concernerait plus les garçons. Le retentissement sur la réussite scolaire est important, mais le fonctionnement dans les autres domaines est parfois préservé (y compris dans les situations de séparation), il peut lui arriver de maintenir une activité sociale hors du contexte scolaire (club de foot par exemple) mais le plus souvent il finit par s'isoler chez lui, craignant de rencontrer des jeunes qu'il connaît.

Des situations où l'enfant ou l'adolescent a été victime de harcèlement, maltraité et humilié par ses camarades, peuvent évoluer vers une phobie sociale (avec une dimension de stress post-traumatique), s'il est convaincu que toute interaction avec ses pairs conduira de nouveau à des moqueries et un rejet. Des souvenirs d'humiliations peuvent s'imposer à lui, générant de l'angoisse et des stratégies d'évitement qui se traduiront par un refus scolaire.

6.3) Le refus scolaire, une phobie simple ?

De part la nature et les situations essentiellement sociales qu'elle engendre, il est difficile de considérer l'école comme l'objet spécifique d'une phobie simple. Il n'est cependant pas rare que l'enfant ou l'adolescent développe des craintes spécifiques en rapport avec l'école. Il s'agit souvent du trajet pour s'y rendre (proche alors de l'agoraphobie), du franchissement du porche de l'établissement, ou encore les situations de contrôle des connaissances, de certaines matières, de certains lieux (la cour de récréation par exemple).

Ces cas de refus scolaires peuvent paraître plus simples à traiter au premier abord, mais il n'est pas rare que des difficultés plus générales se focalisent sur un des aspects de la fréquentation scolaire, qui prend un rôle phobogène massif. Cette stratégie permet à l'enfant ou à l'adolescent de ne pas se confronter à des difficultés bien plus importantes qui touchent le processus de développement et l'estime de soi.

Suite à certaines situations de harcèlement ou d'humiliation, l'adolescent, habitué de fantasmes d'une extrême cruauté envers ses camarades dont il a été la victime ou certains professeurs, peut éviter de se rendre à l'école sous divers prétextes, de peur d'être submergé par cette violence sous-jacente, potentiellement massive.

6.4) Le refus scolaire anxiodépressif :

C'est certainement la catégorie la plus fréquente, même si elle peut sembler floue. La forte valorisation de la réussite individuelle, les possibilités d'évolution sur le plan social très liées à la réussite scolaire dans nos sociétés occidentales, font de l'école un lieu d'importantes pressions, renforcées ou tempérés par la famille. Les enjeux autour des résultats scolaires sont tels qu'il n'est pas surprenant que l'école puisse provoquer de l'anxiété et une faible estime de soi.

Les symptômes anxieux s'inscrivent souvent dans un tableau d'anxiété généralisée, et la dimension narcissique de la dépression est au premier plan. Une orientation dans une filière insuffisamment reconnue ou un redoublement dévalorisent profondément l'enfant ou l'adolescent fragilisé, qui a souvent tout investi dans sa scolarité, et peuvent constituer le point de départ d'un refus scolaire.

De manière identique aux autres formes cliniques, l'adolescent tente de se rendre à l'école, mais en vain. Il prépare ses affaires scolaires, assure qu'il se rendra à l'école, mais ne parvient pas à sortir de chez lui malgré ses promesses.

7) *Les troubles associés*

Le refus scolaire est avant tout un symptôme et non une entité nosologique ou une catégorie de trouble mental². Il serait en fait plus logique de parler de troubles psychiatriques sous-jacents plutôt que de troubles associés. Les enfants et les adolescents présentant un refus scolaire réunissent la plupart du temps les critères diagnostiques d'un autre trouble mental²¹, qu'il est important d'identifier, non pour « étiqueter » l'élève, mais pour mieux comprendre les mécanismes de ce refus scolaire, mieux en appréhender le pronostic, et bien sûr, mieux définir la démarche à suivre.

Les diagnostics les plus courants accompagnant le refus scolaire sont l'anxiété de séparation, l'agoraphobie, la phobie sociale, les phobies spécifiques et la dépression majeure²². Un syndrome dépressif réactionnel peut être secondaire au refus scolaire anxieux, parfois il est chronologiquement antérieur à celui-ci. Dans tous les cas, la grande fréquence de la comorbidité entre troubles anxieux et dépression doit amener à un examen attentif à la recherche d'une dépression nécessitant en soi une prise en charge spécifique, notamment médicamenteuse. La chronologie d'apparition des symptômes sera l'un des éléments qui permettront de retrouver le trouble psychiatrique principal (dépression ou trouble anxieux).

Lorsqu'un refus scolaire est l'une des manifestations d'un trouble anxieux, il faut tenir compte de la comorbidité existant entre troubles anxieux. En effet, les différents troubles anxieux sont rarement identifiés seuls et jusqu'à 36% des enfants ayant un trouble anxieux ont un second trouble anxieux. L'anxiété généralisée par exemple serait très souvent associée chez l'adolescent à la phobie sociale, mais aussi à la dépression. Cette comorbidité entre troubles anxieux et troubles dépressifs avec une similitude symptomatologique résulterait de facteurs de risque communs et/ou d'une même étiopathogénie.

Autrement dit, il ne suffit pas d'avoir mis l'étiquette « refus scolaire » à l'adolescent, mais il faut aussi évaluer sur le plan psychopathologique ce qui se cache derrière ces symptômes et ne pas se contenter du premier diagnostic évoqué.

8) Les diagnostics différentiels

Tous les refus ou incapacités à se rendre à l'école ne doivent cependant pas être considérés comme des refus scolaires anxieux. Il existe bien d'autres raisons¹⁸:

- L'école buissonnière dans un contexte de carences éducatives,
- Le refus simple de se rendre à l'école dans un contexte d'opposition aux parents,

Dans ces deux cas, on n'observe pas de réaction d'angoisse et il manque le désir profond de ne pas quitter sa famille. Les inquiétudes ne surviennent guère qu'à l'heure du retour à l'école devant la crainte des réprimandes.

- Le trouble oppositionnel avec provocation. Il n'y a pas d'intérêt pour l'école et la présence en classe ne déclenche pas d'angoisse,
- Le décrochage scolaire par inadaptation au milieu scolaire, il faut rechercher un trouble des apprentissages,
- L'absentéisme scolaire secondaire à un tableau psychiatrique franc (entrée dans la psychose, dépression, troubles des conduites alimentaires...)
- La dépendance aux jeux vidéos : cas des « jeux de rôles en ligne massivement multijoueur », où le sens du jeu entre en résonance avec celui d'une fuite devant les difficultés de l'existence, dans un univers scolaire qui paraît trop aléatoire, trop rempli d'incertitudes. Ces pratiques sont considérées comme secondaires à la phobie scolaire, et non la cause¹,
- Le syndrome de clausturation à domicile (appelé Hikikomori au Japon) décrit par Gayral dans les annales Médico Psychologiques en 1953 (« réjection de la vie en société et établissement d'une barrière matérielle entre soi et le monde »). Il touche le plus

souvent des jeunes adultes, qui refusent en général toute consultation spécialisée (Aubry, 2005).

9) L'évaluation

L'évaluation², multimodale et impliquant plusieurs intervenants, repose sur une investigation clinique détaillée du patient et de sa famille. Après avoir obtenu leur accord, de précieux renseignements peuvent être pris auprès de l'école (enseignants et service de santé scolaire). Ils permettent de se faire une idée de l'importance de l'absentéisme, du comportement en classe et dans la cour de récréation, de la qualité de l'intégration sociale, de faire le point sur les apprentissages, et sur les différents symptômes manifestés auprès de l'infirmière scolaire, ou ayant fait l'objet de certificats médicaux justifiant les absences. Une analyse fonctionnelle viendra compléter cette évaluation symptomatique afin d'élaborer des hypothèses sur les facteurs d'apparition et de maintien du refus scolaire, en lien direct avec les perspectives de traitement individualisé.

9.1) Examen somatique

Il faut essayer de limiter les examens médicaux visant à rechercher une cause organique aux diverses manifestations somatiques mises en avant par l'enfant. Il n'est pas rare qu'une quête sans fin mobilise médecins et famille avant de réaliser, parfois tardivement, qu'il existe peut-être une cause psychique aux troubles observés (le rôle du médecin traitant est primordial car il doit doser à bon escient les examens jugés utiles, puis adresser le patient vers un pédopsychiatre sans tarder).

Les symptômes somatiques les plus fréquemment retrouvés sont (par ordre de fréquence décroissante) : malaises ou étourdissement, céphalées, douleurs abdominales, douleurs dorsales, vomissements, douleur dans la poitrine, palpitations, vision floue, troubles de la marche, dyspnée, extinction de la voix, douleurs articulaires.

9.2) Evaluation psychométrique et orthophonique

Les troubles des apprentissages associés au refus scolaire restent un sujet de controverse. Alors que la plupart des auteurs²³ s'accordent à penser que le refus scolaire n'est pas plus fréquent chez les enfants et adolescents ayant difficultés d'apprentissage, quelques rares études²⁴ auraient tendance à montrer le contraire (Miike et al. estiment que 80% des cas de

refus scolaire au Japon présentent des troubles des apprentissages et de la mémoire en lien avec des difficultés de sommeil qui contribuent à la baisse des performances scolaires).

Une évaluation des fonctions cognitives et/ou langagières est donc utile dans certains cas pour déceler d'éventuels troubles cognitifs qui interféreraient avec les capacités d'apprentissage, constituant un obstacle supplémentaire à l'intégration scolaire.

Une rapide évaluation neuropsychologique à l'aide de la RBANS (*repeatable battery for the assessment of neuropsychological status*) auprès de 19 adolescents pris en charge en hôpital de jour pour refus scolaire trouvait un score global moyen inférieur à celui des sujets témoins sains²⁵.

10) Le pronostic

Le pronostic de la phobie scolaire est sévère. Classiquement, plus le refus scolaire persiste et se complexifie, plus il est difficile à traiter. Le pronostic est a priori meilleur chez l'enfant que chez l'adolescent. Le critère fréquemment retenu est la reprise scolaire (on considère qu'un niveau de présence à l'école de plus de 90 à 95% est un succès), mais d'autres critères comme le comportement scolaire et les relations avec les pairs, l'estime de soi et le fonctionnement familial sont à prendre en considération.

Si l'on considère le seul symptôme « refus scolaire », l'évolution semble satisfaisante puisque 40 à 60% fréquentent à nouveau régulièrement leur établissement.

En revanche, si l'on tient compte de l'adaptation générale, le pronostic est beaucoup plus réservé. On constate en effet une sociabilité médiocre, une dépendance affective importante (en particuliers à l'égard de la famille), des relations affectivo-sexuelles perturbées. Dans un nombre assez important de cas, des évolutions vers une marginalisation sociale sont signalées^{7,13,17,20}. Chez la femme, Lebovici et Le Nestour⁷ insistent sur une fréquente organisation sur un mode agoraphobique sévère.

Le pronostic psychiatrique des phobies scolaires les plus graves conduit quant à lui à des évolutions vers des conduites perverses, psychopathiques, des états limites, des comportements paranoïaques^{7,17,20}. Les liens avec la phobie sociale sont fréquents : phobies scolaires et sociales peuvent être concomitantes ou se succéder.

Bien souvent on considère que l'évolution de la phobie scolaire de l'enfant et l'adolescent suit la règle des 1/3 : 1/3 des cas évolue vers un trouble mental (dépression, troubles anxieux, trouble de la personnalité), un autre vers des difficultés d'intégration sociale ou professionnelle, le dernier tiers ayant une évolution favorable. Les échecs concerneraient surtout les garçons de plus de 13 ans. Plus les manifestations comportementales perdurent, plus

elles se complexifient et sont difficiles à traiter, comme c'est bien souvent le cas des troubles externalisés.

La qualité de l'alliance avec les parents, la cohérence des soins dans la durée et la possibilité pour le patient d'avoir à sa disposition des moyens thérapeutiques adaptés à ses difficultés constituent sûrement des facteurs pronostics majeurs.

11) Hypothèses psychopathologiques

Certaines caractéristiques évolutives de nos sociétés modernes peuvent compliquer le déroulement de la scolarité³. Tout d'abord, la séparation mère/nourrisson, plus ou moins précoce, induite par la reprise du travail maternel a été mise en cause dans la sécurité de l'attachement qui influence les capacités d'exploration au cours de la vie future. On peut également évoquer le fait qu'une parentalité de plus en plus fortement investie et porteuse d'estime de soi ainsi qu'un plus faible taux de natalité fait porter à l'adolescent une plus grande responsabilité quant au bien-être de ses parents. Bien qu'à court terme, cette responsabilité peut le rassurer sur sa maîtrise des objets parentaux, elle est incompatible avec un processus d'autonomisation.

D'autres facteurs sociaux doivent être pris en compte dans la compréhension des RSA :

- l'allongement de la durée de la scolarité obligatoire
- la compétition sociale et l'individualisme, la valorisation de la réussite individuelle (exemple du Japon où la réussite est très valorisée, qui présente un taux record de phobie scolaire)
- le meilleur dépistage de ces troubles explique en partie leur augmentation.

Certaines configurations familiales¹ sont à risque, mais on peut se demander si ces facteurs sont de nature étiologique ou plutôt de pérennisation. L'accumulation de ces configurations à risque a plus d'impact que chacun des facteurs pris isolément. On peut retenir :

- les enfants dont les familles expriment le besoin d'ascension sociale
- les situations de « névrose mutuelle » : mère phobique « fusionnelle », père « absent »
- les parents malades (dépression) ou au chômage
- les parents trop indulgents ou trop exigeants
- l'inadaptation entre attentes parentales et capacités de l'enfant
- une surprotection parentale et des relations d'interdépendance entre les membres

- les parents ayant un vécu hostile du monde extérieur.

Nous avons déjà cités précédemment les problèmes d'apprentissage, sujet de controverse, qu'il est important de rechercher dans certains cas par une évaluation neuropsychologique. L'impact du passage à la pensée dite formelle vers 11-12 ans (Piaget, 1967) entraînerait l'évitement d'une confrontation à son incapacité de penser. N. Catheline (2006)²⁶ a souligné les difficultés de pensée chez ces adolescents qui refusent d'explorer leur champ de conscience et l'accès à l'abstraction car elle fait vaciller les bases antérieures de son fonctionnement psychique. Ils sont incapables de supporter le doute et préfèrent s'en remettre à leurs parents plutôt que d'envisager toutes les solutions.

La sexuation pubère du corps à l'adolescence s'accompagne d'une réactivation des désirs oedipiens incestueux²⁷. Dès lors, l'adolescent doit assumer la transformation de son image corporelle qui s'accompagne souvent d'un ressenti « d'inquiétante étrangeté », de doute vis-à-vis du lien entre « je » et son corps²⁸. Mais l'adolescent doit aussi déplacer ces fantasmes incestueux des parents vers d'autres objets d'investissements. Ce mouvement de resexualisation se dirige alors sur la relation que le jeune entretient avec les autres. Il constitue une énergie libre qui, d'un point de vue économique, intensifie ses besoins pour l'objet de la réalité externe.

Pour Jeammet²⁹, l'adolescent est soumis à un déséquilibre narcissico-objectal qui crée les conditions d'un antagonisme entre investissement de soi et de l'autre. S'il est trop important, cet antagonisme menace directement le sentiment de continuité d'être du sujet, l'investissement de l'autre prenant la valeur d'une véritable hémorragie pour l'investissement de soi²⁷.

Pour Choffardet³⁰, la phobie scolaire survenant au début de l'adolescence serait le révélateur de difficultés d'autonomisation, au décours du second processus de séparation-individuation. Pour cela, il met en perspective les conceptions complémentaires de Bos³¹ (1965) pour qui l'adolescence serait le lieu d'un second processus de séparation-individuation, et de Jeammet, qui voit dans l'adolescence « le moment même de la révélation de la dépendance ou des troubles du développement de l'enfance, étant donné justement la nécessité du travail de séparation qui paraît jouer le rôle de révélateur des difficultés latentes ».

Cet équilibre fragile entre investissement de soi et de l'autre va dépendre de la qualité des assises narcissiques et des relations précoces qu'a vécues le jeune. Comme le soulignent Marcelli et Braconnier²⁰, plus ces relations précoces ont été satisfaisantes, plus elles ont permis un investissement continu et équilibré de soi, plus le sentiment d'identité sera stable et assuré. Ainsi, l'antagonisme entre besoin objectal et l'intégrité narcissique sera d'autant moins

important. A l'opposé, si le jeune a connu des défaillances excessives dans la qualité ou la continuité de son investissement, son sentiment d'identité est fragile, incertain, le besoin objectal est vécu comme une menace potentielle pour l'assise narcissique.^{20,32} L'activité de pensée est vécue comme « coupable », car trop proche des désirs oedipiens interdits. Cette sexualisation de la pensée peut être à l'origine d'une inhibition de la pensée. Autrement dit, le processus de pensée est alors vécu comme persécuteur, et l'école, par déplacement, devient le lieu symbolique de cette persécution par la pensée et par les désirs qui seraient susceptibles de s'y représenter. Dans ces conditions, l'adolescent peut s'engager dans une lutte active contre tout phénomène de pensée.

L'impossibilité qu'éprouve l'adolescent à investir sa pensée serait donc en partie à situer du côté d'un avatar des primorelations du jeune : comme le souligne Golse³³, les conditions nécessaires à l'investissement de la pensée, et donc les apprentissages, s'enracinent dans l'organisation prégénitale de la personne. Il s'agit tout d'abord pour le bébé d'élaborer dans la relation à l'autre, et plus spécifiquement à la mère, un espace psychique, ou « Moi-peau³⁴ », au sein duquel vont se développer les processus de pensée, notamment sous la pression de la pulsion d'emprise. Cette dernière permet en effet que progressivement le bébé enrichisse son monde interne. Ce mouvement est essentiel car il fonde le désir de savoir et d'apprendre, la pulsion d'emprise visant à conquérir et à maîtriser non pas tant l'objet que le dedans de l'objet²⁷. Ainsi, « l'énigme du dedans de l'objet » fournit probablement les racines prégénitales de la curiosité sexuelle ultérieure, dont dérive ensuite, par sublimation, la curiosité intellectuelle proprement dite²⁷.

12) La place de la famille

Le rôle de la famille dans la problématique du RSA a toujours été considéré comme central, pour ne pas dire causal. Pendant un temps, la suppression des allocations familiales en cas d'absentéisme prolongé la sanctionnait directement, avant même l'élève (loi Ciotti du 28 septembre 2010, abrogée en Octobre 2012 car jugée inefficace).

La famille est censée assurer les premières bases de la socialisation de l'enfant et développer chez lui une sécurité interne lui permettant d'acquérir une autonomie suffisante pour accepter le système scolaire. Toute faille dans ce processus d'autonomisation et d'ouverture sociale fait peser des soupçons sur le fonctionnement familial.

Une acceptation complice de l'évitement scolaire peut s'instaurer plus ou moins rapidement dans une famille soucieuse de ne pas brusquer l'enfant ou peu préoccupée de le

préparer à un avenir autonome.²³ Les parents organisent différents aménagements tels que l'inscription dans un autre établissement, soutien scolaire domicile, enseignement par correspondance, certificats médicaux pouvant cautionner l'absentéisme.

La dynamique relationnelle²⁸ et familiale est donc considérée par certains comme fondatrice du symptôme¹³. Différents auteurs^{13,20} s'accordent sur l'anxiété excessive de certaines mères et sur le lien d'hyperdépendance précoce mère-enfant. Un état dépressif chronique est également décrit chez certaines mères d'adolescents phobiques scolaires^{20,35}. Cette dépression maternelle, accompagnée d'une culpabilité importante, conduit l'enfant à intérioriser une imago maternelle fragile, donc insuffisamment contenant pour lui assurer une autonomie psychique et les bases d'un narcissisme solide. Le désir d'autonomie suscite alors un sentiment de culpabilité chez l'adolescent. En outre, ces éléments de dépression maternelle activent chez lui des représentations de mort de la mère, très difficiles à refouler³⁵. L'incapacité à se séparer d'elle implique non seulement la crainte non conscientisée qu'il puisse lui arriver quelque chose en son absence, mais aussi la difficulté à élaborer un autoérotisme suffisant pour être un temps autonome et changer d'objet. Ce sentiment d'insécurité est à l'origine d'une grande dépendance à l'environnement externe par défaut de consistance interne. Elle se traduit par un hyperaccrochage à la mère déprimée, ce qui renforce encore, en un cercle vicieux, l'insécurité interne de l'enfant et alimente une blessure narcissique intense.

Dans ce jeu relationnel, le père dans la majorité des cas semble peu capable de tenir son rôle indispensable de garantie de la solidité du cadre. Il est soit physiquement absent ou inaccessible (divorcé, décédé, éloigné pour des raisons professionnelles...), soit déchu de son rôle ou dévalorisé. Il souffre également fréquemment d'anxiété chronique et présente des éléments dépressifs.^{13,20} Pour Marcelli et Braconnier, l'adolescent garçon ne trouve pas auprès de son père des possibilités identificatoires suffisamment solides et positives de façon à utiliser cette relation oedipienne indirecte pour contrebalancer l'emprise de la relation maternelle et s'en extraire. Ces auteurs considèrent alors la phobie scolaire comme une « phobie identificatoire »²⁰.

Cependant, d'autres études sur le fonctionnement familial dans les situations de refus scolaire ne démontrent pas de caractère nécessairement pathologique, puisque 40% des familles de l'étude de Kearney et Silverman³⁶ ont été évaluées comme saines ou normales.

Des interactions pathologiques peuvent cependant contribuer à entretenir le refus scolaire, d'où la nécessité de prendre en compte les difficultés familiales dans le traitement des refus scolaires.

13) Principes thérapeutiques

La complexité de l'organisation psychopathologique, individuelle et familiale, nous amène à utiliser plusieurs ressorts thérapeutiques associés au sein d'une approche multidimensionnelle^{13,17,20}.

Le traitement des refus scolaires fait encore l'objet de débats idéologiques, mais il existe toutefois un consensus sur la nécessité d'une intervention rapide, active et intensive, d'éviter l'enseignement à domicile ou par correspondance, et de ne jamais cautionner l'absentéisme par un certificat médical. Ce consensus découle du pronostic qui dépend essentiellement de la durée de non-scolarisation. Plus l'absence se prolonge, plus le pronostic est défavorable.

Si les objectifs du traitement sont clairs, il n'en va pas de même des moyens à utiliser. Il s'agira pour chaque enfant et pour chaque famille de pouvoir élaborer une prise en charge individualisée, adaptée à leur possibilité de mobilisation. Dans ce contexte, une prise en charge institutionnelle s'impose³⁷ : elle permet de proposer des prises en charge psychothérapeutiques individuelles et familiales, mais aussi et surtout au début de la prise en charge, groupales.

Historiquement, les premiers traitements consacrés aux problématiques scolaires ont reposé sur une démarche psychodynamique. Actuellement, les différentes perspectives conduisent à utiliser une approche comportementale, cognitive, psychodynamique, ou pharmacologique.

Les études sur l'efficacité des méthodes de traitement ont longtemps été limitées à l'étude de cas, uniques ou multiples. Les études contrôlées, encore peu nombreuses, ont tendance à valider l'efficacité d'une approche cognitivo-comportementale et relancent l'intérêt de stratégies thérapeutiques différenciées sur la base d'une analyse fonctionnelle préalable.³⁸

Le traitement, selon l'orientation des thérapeutes, peut accorder soit une priorité à l'élaboration et à l'interprétation (thérapie individuelle), soit être conçu dans une visée globale et diversifiée en associant les parents à la prise en charge.

Enfin dans les possibilités d'interventions, il ne faut pas négliger le rôle de la législation. L'obligation de la scolarité est un puissant atout pour imposer un retour à l'école à des parents récalcitrants, voire une évaluation psychiatrique²¹.

13.1) Cadre du traitement

13.1.1) Les acteurs

Trois acteurs médicaux principaux doivent idéalement intervenir autour de ces patients :

- **le médecin traitant ou le pédiatre** : il dépiste la phobie scolaire le plus précocement possible, l'adresse chez le pédopsychiatre, « rattrape » les situations de rupture thérapeutique, guide les parents.
- **le médecin scolaire** : il dépiste aussi parfois le RSA et l'adresse vers un pédopsychiatre, agit lors de la mise en place d'un éventuel projet d'accueil individualisé (PAI) et fait le lien avec l'équipe pédagogique.
- **le pédopsychiatre ou le psychiatre référent** qui coordonne la prise en charge spécialisée, assure le travail en réseau avec l'Education Nationale par le biais de la contractualisation du PAI. Il organise les soins, si besoin en milieu hospitalier spécialisé, et fait alors le lien entre le psychiatre hospitalier et les autres intervenants.

13.1.2) Le suivi ambulatoire

Le suivi en consultation ambulatoire est réservé aux refus scolaires de début récent et doit être limité dans le temps. La consultation thérapeutique de pédopsychiatrie devrait constituer l'axe central de la prise en charge, mais la fluctuation de l'observance et la disponibilité particulière à cet âge, de même que la nécessité de s'occuper aussi beaucoup des parents ne rend pas ce cadre d'accueil le plus évident, surtout pour les formes les plus graves.

Les consultations en équipe de type centre médico-psychologique infanto-juvénile avec accueil spécifique pour les adolescents ou certaines consultations de remédiations pédagogiques (Lacour-Gonay, 2005)³⁷ réunissant personnel pédagogique et soignant autour du jeune et de sa famille présentent l'avantage d'offrir une disponibilité et une souplesse d'accueil d'emblée pluri-professionnelle.

Il faut en effet tenir compte en même temps de la réalité extérieure de l'adolescent (le cadre familial, le travail en réseau avec l'école) et de sa réalité psychique pour évaluer la psychopathologie sous-jacente. Le choix du type de psychothérapie découle de cette évaluation.

P. Jeammet³⁹ puis M. Corcos⁴⁰ ont décrit un aménagement qu'ils ont nommé « psychothérapie bifocale ». Un consultant⁴¹, souvent psychiatre, reçoit les parents et l'adolescent, éventuellement d'autres³⁷ membres de la famille, et centre ses interventions

psychothérapeutiques sur la communication intrafamiliale et sur les distorsions qu'il tente de repérer dans les relations d'objet. Un autre psychothérapeute pourra alors assumer un travail de psychothérapie plus classique, centré sur le monde intrapsychique de l'adolescent. Dans cet aménagement du cadre, les deux dimensions s'enrichissent l'une de l'autre et la communication des deux psychothérapeutes est tout à fait indispensable à l'efficacité du dispositif. Le consultant pourra cependant intervenir dans la vie de l'adolescent (traitements médicamenteux, hospitalisation, interdiction, conseil...), ce que l'abstinence nécessaire, dans un cadre plus classique, interdit à l'autre psychothérapeute.

13.1.3) L'hospitalisation

Le traitement du refus scolaire est souvent long et difficile. Il faut savoir proposer aux parents une hospitalisation, de préférence en milieu spécialisé pour adolescents, si la situation n'évolue pas voire s'aggrave malgré la prise en charge ambulatoire (absentéisme total, dégradation des relations intra-familiales, apparition d'un syndrome dépressif ou d'idées suicidaires, ou conduites auto-agressives). L'hospitalisation permet de mener plus facilement une psychothérapie dans une atmosphère émotionnellement neutre loin de la maison. L'expérience d'une hospitalisation avec limitation des contacts avec la famille montre que, dans les situations où les angoisses de séparation sont très présentes, les adolescents en tirent des bénéfices évidents, même (et surtout !) quand ils ont protesté vigoureusement contre l'idée d'être séparés de leurs amis et de leurs parents. Cette séparation absolue ou relative, constitue un levier thérapeutique important. Elle peut être de durée relativement prolongée, de 3 à 6 mois.

Plusieurs situations doivent faire recourir à une hospitalisation²³ :

- un début de refus scolaire tôt dans le cursus scolaire de l'enfant avec passage de courtes périodes d'absence à une absence permanente de l'école ;
- l'incapacité des parents à exercer un quelconque contrôle sur l'enfant ou l'adolescent ou le recours à la force physique pour le conduire à l'école, entraînant un climat de violence avec parfois des manifestations hystériques chez l'enfant ;
- une implication trop importante des parents conduisant à un sentiment de culpabilité et à une surprotection, et donc à une augmentation de l'anxiété de séparation ;
- un « blocage » du programme de soins ambulatoires par l'incapacité de l'enfant et de ses parents à se séparer et à mettre au point un programme de retour progressif à l'école ;

- un accroissement de l'isolement social et retrait de l'enfant, pouvant conduire à une pathologie dépressive ou psychotique ;
- l'inefficacité d'un traitement structuré du fait de fortes tendances manipulatrices de l'enfant, auxquelles les parents sont incapables de résister ;
- une impossibilité des parents, pour des raisons physiques ou mentales, à mettre en place un traitement ambulatoire.

L'intérêt¹ de ces hospitalisations réside dans :

- la neutralité du contrat et son rôle contraignant,
- la redistribution des rôles parentaux par l'intermédiaire du contrat « surmoïque » supplétif,
- la réorganisation des instances psychiques par le renforcement du Moi : activités médiatisées et encadrées par des tiers soignants,
- la question du désir de « faire » n'a pas à se prouver pour le patient, il réapprend à accéder à ses envies sans en avoir trop peur,
- le fait qu'il relance le travail d'identifications positives aux adultes d'autant plus facilement que les soignants sont plus « neutres » que les parents,
- la levée de certains mécanismes de défense du patient qui finissaient par rendre l'entourage dépendant de lui,
- le fait de ressentir les progrès comme venant d'eux d'autant plus facilement qu'ils sont à une grande distance des parents,
- le fait de pouvoir accompagner le patient du lieu d'hospitalisation vers son établissement scolaire pour une reprise progressive de la scolarité depuis le lieu de soin².

Certaines équipes ont développé des protocoles d'hospitalisation telle l'Unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents (Ucha), du service de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent du centre hospitalier universitaire de Caen, où les cas de refus scolaires représentent 10% des hospitalisations³. L'objectif principal de l'unité est la reprise de la scolarité de l'adolescent en milieu ordinaire, d'emblée à temps plein, avec un accompagnement soignant.

La rescolarisation a lieu dans un premier temps dans une salle de classe dont dispose le service. Dans les situations de longues périodes de déscolarisation, cet accueil dans une classe, en petit groupe, au sein de l'environnement contenant de l'unité, permet au jeune une reprise de contact moins anxiogène avec les apprentissages scolaires, auxquels il pourra reprendre goût. Cette rescolarisation dans l'unité permet de rappeler la réalité : même à l'hôpital, l'école est obligatoire. Le retour à l'école doit être le plus rapide possible pour contrecarrer l'attitude

d'inertie du jeune et pour ne pas épuiser ses capacités à endurer la séparation d'avec ses parents. Ce retour est organisé de préférence dans le dernier établissement fréquenté par l'élève. En effet, sauf exception, un changement d'école ne permet pas un meilleur retour en classe, malgré l'argumentation de l'adolescent, et ne fait que retarder la rescolarisation.

La préparation du retour à l'école est réalisée en partenariat avec l'établissement d'accueil, par l'intermédiaire de l'enseignante spécialisée référente de l'unité. Sont désignés également un ou deux référents au sein de l'établissement qui seront des interlocuteurs privilégiés du jeune et de l'équipe soignante. Les parents, en tant que responsables légaux, sont sollicités et soutenus dans la démarche de rescolarisation et de réinscription administrative de leur enfant.

L'objectif principal est la reprise de la scolarité, c'est-à-dire la présence pendant les horaires de cours dans l'établissement et une assiduité normale aux cours. Si le jeune ne peut rester en classe du fait d'une trop grande anxiété, il peut se rendre à l'infirmerie ou auprès d'un des référents. En aucun cas le jeune n'est autorisé à se rendre à son domicile, mais un retour dans le service peut être organisé avec les parents. Il sera alors isolé dans sa chambre le temps où il aurait dû être en cours, ce qui permet un temps de réflexion et de retour sur soi. Cet isolement sera levé après un entretien avec un soignant au cours duquel le jeune exprime ses difficultés et où sont réaffirmés le but de l'hospitalisation et le maintien du cadre des soins. Parfois, une restriction du cadre d'hospitalisation peut être prescrite par le médecin, limitant les contacts avec l'environnement familial (visites, appels téléphoniques, permissions). Son effet contraignant permet au jeune de trouver un intérêt supérieur au retour à l'école plutôt que de se protéger par un repli dans la famille ou dans l'unité.

Dans un premier temps, l'adolescent est accompagné par un soignant à l'aller et au retour de l'établissement. Sa présence empathique et cadrante, mais sans la charge affective des parents, constitue le principal dispositif sur lequel le jeune peut s'appuyer. Peu à peu, il rentrera seul de l'école, puis ne sera plus accompagné, ni à l'aller ni au retour.

La sortie de l'unité a lieu quand la scolarité a pu être reprise pendant une semaine complète depuis le domicile parental.

Des hospitalisations de jour sont programmées dans les premiers temps. Elles peuvent être aussi proposées de manière ponctuelle si un jour l'adolescent ne va pas à l'école. Il sera alors accueilli à l'Ucha sur le temps scolaire. Le but de ces hospitalisations de jour est d'éviter la rechute par le maintien d'un dispositif suffisamment soutenant et contraignant pour que le jeune continue à aller à l'école. Les hospitalisations de jour rappellent au jeune l'obligation scolaire et le caractère pathologique de son refus scolaire. Elles sont aussi l'occasion

d'entretiens ou d'activités de médiation avec les soignants pour évoquer les difficultés et le vécu de la reprise de l'école.

La démarche thérapeutique de l'Ucha pour la reprise de la scolarité s'appuie sur une prise en charge multidisciplinaire selon un dispositif précis d'accompagnement au retour à l'école. Elle repose sur un indispensable travail d'échange entre les différents partenaires de soins, pédagogiques, éducatifs et judiciaires.

13.1.4) Les prises en charge institutionnelles à long terme

Elles sont réservées aux formes graves et récidivantes, quand l'alliance avec la famille est limitée, ou encore quand un éloignement du milieu familial a pu montrer son intérêt au cours d'une hospitalisation antérieure.

On peut citer les dispositifs proposés par la Fondation Santé des Etudiants de France qui associent sur un mode d'hospitalisation temps plein de semaine ou d'hôpital de jour, les soins psychiatriques et la reprise des études sur le site même de la clinique : collège ou lycée, détachements d'établissements de l'Education Nationale (Vacher-Neil⁴² 2001 ; Botbol et al.⁴³,2006). On peut citer l'exemple de la « classe-projets », annexe du Lycée Chateaubriand, implantée au centre médical et pédagogique Beaulieu de Rennes (35)³.

13.2) Modalités du traitement

13.2.1) Le suivi psychothérapeutique

- Traitement psychodynamique

De nombreux auteurs d'orientation psychanalytique²³ pensent que la base du traitement de la phobie scolaire est un travail sur la relation de dépendance mal résolue entre l'enfant et sa mère, auquel ils associent un travail sur la relation avec le père. Toutefois, la ligne de conduite générale d'un tel traitement n'est pas seulement focalisée sur les bases théoriques de la relation mal résolue, et il est acquis que le retour rapide à l'école aide à rompre cette relation symbiotique mère-enfant, et contribue ainsi au changement.

- Les thérapies cognitivo-comportementales

Une alternative au modèle psychodynamique est basée sur les théories de l'apprentissage et le principe de déconditionnement. Cette approche comportementale des troubles de l'enfant se pose en termes de résolution de problème. Les TCC tentent de

déterminer les stimuli anxiogènes afin d'atténuer l'anxiété liée au cadre scolaire. Les stimuli peuvent être provoqués par l'extérieur et provoqués par le sujet.

Les stratégies thérapeutiques tenant compte essentiellement des facteurs anxiogènes externes sont les désensibilisations systématiques et l'exposition graduelle aux stimuli anxiogènes. Les stratégies cognitives, restructuration et autocontrôle, tiennent compte des facteurs anxiogènes internes au sujet. En général, l'ensemble de ces stratégies est utilisé⁴⁴. L'analyse fonctionnelle³⁶ permet d'adapter les stratégies thérapeutiques aux besoins individuels.

Lorsque le refus scolaire est considéré comme consécutif à une forte réaction phobique à se trouver à l'école, la désensibilisation systématique et l'exposition graduelle sont recommandées.

Lorsque le refus scolaire est un moyen d'éviter les situations sociales ou d'évaluation, le « modelling » (proposition d'un modèle, d'un exemple à suivre), les jeux de rôle, la restructuration cognitive sont préconisés. Lorsque le refus scolaire est en relation avec d'importants bénéfices secondaires (attention des proches et en particuliers de la mère, télévision, internet, jeux vidéo), la guidance parentale et la gestion des contingences de renforcement sont privilégiées.

13.2.2) Le travail en groupe thérapeutique

Il s'agit de proposer à l'adolescent de participer à des ateliers thérapeutiques à médiations diverses (manuelle, culturelle, corporelle, imaginative et créative), au cours d'une hospitalisation à temps plein ou de jour³³, voire un traitement ambulatoire rapproché ou une hospitalisation à domicile. Le but est d'amener les adolescents à tolérer puis à aimer penser. Les ateliers thérapeutiques trouvent une place primordiale car ils permettent de déconnecter réflexion et cadre scolaire. Toute activité qui met en jeu le langage verbal est assimilée à la pensée et à la scolarité, alors que le « faire » évoque les loisirs et les jeux. Au cours de ces ateliers, le médiateur (théâtre, art plastique...) introduit de la distance dans la relation et rend l'accès à la parole plus facile. Les activités proposées doivent leur permettre d'exprimer des désirs venant d'eux-mêmes. Les adolescents sont amenés à rêvasser en présence de quelqu'un et « expriment les parties les plus saines de leur appareil psychique pour renforcer leurs assises narcissiques. »^{45,46,27}

La prise en charge en ateliers thérapeutiques dans un lieu qui n'est ni le domicile, ni l'école, permet de plus de tenir compte du rôle pris par les pairs à cet âge. Ici l'utilisation du

groupe est constante ce qui permet la constitution d'un « idéal groupal », nouveau support identificatoire.

Comme le souligne Jeammet, le groupe « facilite l'étayage narcissique » car « c'est parce qu'on lui renvoie plusieurs images de lui que l'adolescent peut les critiquer et acquérir la liberté de se présenter une image encore différente et qu'il ressent comme la sienne »⁴⁷.

Pour cet auteur, le travail en petit groupe permet de travailler selon deux axes⁴⁸. Le premier consiste en une revalorisation narcissique, susceptible de renforcer une identité menacée. Il s'agit de faire en sorte que l'on puisse « se nourrir de l'objet sans savoir justement que l'on dépend de cet objet »⁴⁹. Le but est de prendre du plaisir ensemble, sans que l'adolescent réalise que ce plaisir est lié à la présence des autres. Renforcer un plaisir partagé permettrait alors de retrouver un plaisir à être, à fonctionner. Le second consiste à intérioriser des relations différenciées par le biais d'une « fonction tiers ». C'est tout l'intérêt des thérapies plurifocales qui montrent à l'adolescent qu'on ne peut pas tout lui offrir et qu'il y a une place pour autrui. Cette fonction différenciatrice l'empêche de s'enfermer dans une relation de maîtrise.

13.2.3) Intervention auprès des familles

Tous les programmes récents de prise en charge multidisciplinaire des refus scolaires impliquent la famille, mais il est rare que les techniques de thérapies systémiques soient utilisées isolément. Le travail avec la famille paraît incontournable à cet âge et l'alliance avec les parents de ces adolescents est un préalable indispensable pour mener à bien ce projet de soin.

Il s'agit dans un premier temps de permettre à l'adolescent de se situer dans l'histoire de sa famille. Le « mal d'apprendre »³⁷ s'étaye dans ces situations sur le mal à se situer dans une histoire familiale complexe, inscription préalable à tout travail de deuil et donc d'amorce d'un processus de séparation-individualisation.

Dans un deuxième temps, il s'agit d'étayage, d'aide, de soutien à la parentalité pour permettre à ces parents-là d'être acteurs du projet de soin de « leur » adolescent.

L'absence d'études contrôlées sur l'évaluation des thérapies familiales dans les refus scolaires, seules ou combinées avec d'autres approches, a certainement contribué au développement des méthodes cognitivo-comportementales impliquant les parents comme partenaires actifs de la prise en charge. L'influence familiale est un facteur crucial à considérer dans le plan du traitement.

Berg⁵⁰ a observé que ce n'est qu'à partir du moment où l'enfant réalise que les parents sont déterminés à entreprendre un retour à l'école effectif, sans négociation possible, que de

réels progrès peuvent survenir. Dans cette perspective, les parents ont souvent besoin d'être rassurés quant à l'absence de pathologie physique chez leur enfant.

Il est également fréquent que les parents tiennent l'école ou l'enseignant pour responsable des difficultés de leur enfant, et qu'il recherche une autre classe ou une autre école. Or, il est rare qu'un changement d'école résolve le problème. Les parents ont ainsi besoin de guidance et de soutien pour maintenir fermement un projet de retour à l'école, notamment face à un enfant en grande détresse qui plaide pour un changement d'école avec de nombreuses promesses à la clé.

13.2.4) Intervention auprès de l'école

Non sans une touche de provocation, certains auteurs (Pilkington C, Piersel WC, 1991) ont suggéré que le refus scolaire ne résultait pas d'une angoisse de séparation pathologique, mais d'une « *réaction normale d'évitement à un environnement déplaisant, insatisfaisant ou même hostile* ». En effet, l'incidence du refus scolaire augmente dans les milieux scolaires où les brimades et la violence sont courantes, et où il existe une mauvaise relation entre les enseignants et les élèves⁵¹.

En deçà des problèmes plus généraux de l'éducation dans les sociétés occidentales, la collaboration étroite entre les services de santé mentale et l'école (enseignants, assistants sociaux, médecins et infirmiers scolaires, psychologues scolaires) est essentielle.

Une évaluation précoce par l'école assortie d'une intervention rapide des intervenants scolaires peut être suffisante et permettre d'éviter le recours au pédopsychiatre. Il est cependant très important que l'école puisse connaître le dispositif de soins pédopsychiatriques et l'assistance qu'ils peuvent en recevoir dans les différents types de situations de refus scolaires.

Le travail en réseau avec l'Education Nationale doit permettre de se fixer des objectifs réalistes par étapes. La contractualisation d'un PAI (projet d'accueil individualisé) signé à l'école avec le jeune, ses parents, le psychiatre traitant, le médecin scolaire et les représentants de l'équipe pédagogique est à ce titre exemplaire de ce que ce travail sur la réalité externe peut apporter de sécurisant pour le patient et sa famille. La reprise de la scolarité si possible en milieu normal doit rester le but de la prise en charge.

Un changement d'école ou de classe, avec un enseignant différent, peut parfois permettre un nouveau départ²³. Il ne doit pas être envisagé du simple fait de la demande des parents, mais il existe des arguments rationnels, comme le besoin d'une école où les élèves sont moins nombreux, où les exigences scolaires sont moins fortes, où une supervision par l'équipe de soin psychiatrique est possible.

13.2.5) Place de la chimiothérapie

Une chimiothérapie n'est indiquée que pour les enfants et adolescents pour qui les mesures de soutien se sont révélées inefficaces. Le traitement médicamenteux ne saurait être utilisé seul, ni en première intention surtout avant l'adolescence. Aucune approche pharmacologique n'a pu montrer un intérêt spécifique dans le traitement du refus scolaire anxieux.

Des anti-dépresseurs (imipramine, sulpiride, ISRS), des anxiolytiques (buspirone) ou le propranolol ont été étudiés. Ils doivent rester symptomatiques mais peuvent apporter un soulagement non négligeable quand il existe un syndrome anxio-dépressif majeur associé ou une tension psychique insupportable parfois à l'origine de comportements auto ou hétéro-agressifs. La fréquence des troubles dépressifs associés au refus scolaire suggère l'intérêt d'un traitement antidépresseur malgré les réticences actuelles sur l'utilisation des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) chez l'enfant et l'adolescent, et l'absence d'AMM en France.

Les benzodiazépines peuvent être un recours utile à court terme pour le traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères ou en comédication initiales lors de l'introduction d'un traitement antidépresseur par ISRS.

A noter que l'efficacité de ces traitements, notamment l'imipramine, n'est pas prouvée dans un certain nombre d'études, comme le souligne la revue de la littérature proposée par Gaspard, Brandibas, et Fouras⁵².

13.2.6) L'association Phobie scolaire

La confrontation à la phobie scolaire a mené des parents et des jeunes à la création en 2008 de l'association Phobie scolaire³ (www.phobiescolaire.org). Leur démarche avait pour but de faire reconnaître la phobie scolaire comme une maladie et d'obtenir des solutions de scolarisation. En effet, malgré les nombreux dispositifs destinés à aider les enfants malades ou handicapés, ceux qui souffrent de phobie scolaire sont la plupart du temps, considérés comme « décrocheurs » par les équipes enseignantes et sont peu à peu écartés du système scolaire. Les jeunes sont trop souvent contraints à étudier seuls, par correspondance, ce qui présente des risques d'évolution vers une phobie sociale et compromet leur devenir.

L'association Phobie scolaire regroupe 25 correspondants régionaux à l'écoute des patients et de leurs proches. Elle constitue une source d'informations et favorise les échanges

entre les familles, notamment par le forum « SOS Phobie scolaire » qui permet aux jeunes et à leurs parents de sortir de l'isolement.

Certains parents revendiquent même une reconnaissance de la phobie scolaire comme un handicap et une prise en charge par la MDPH .

14) Une prévention est-elle possible ?

Nous pouvons citer l'exemple de Poitiers (86), où des actions préventives sont organisées. Des infirmiers du service de psychiatrie du Centre Hospitalier Henri-Laborit, réalisent des permanences dans des collèges et lycées et reçoivent des jeunes sur indication de l'équipe éducative ou de l'infirmière de l'établissement⁵³. Ces entrevues, parfois poursuivies de soins plus réguliers, permettent d'aider le jeune fragilisé à reprendre de l'assurance et à réintégrer sa trajectoire scolaire. Cet accompagnement permet souvent d'éviter que la phobie scolaire ne se déclare, un travail de prévention ayant été réalisé avant que la souffrance soit devenue insupportable. Il permet d'éviter la longue déscolarisation qui accompagne souvent le refus scolaire et qui est source de difficultés dans la poursuite de la scolarité.

Ces actions de prévention primaire restent bien sûr rares, et leur multiplication serait probablement un facteur pronostique important.

III) ETUDE CLINIQUE

1) Objectifs de l'étude

Comme nous l'avons vu précédemment dans la revue de la littérature, les cas de refus scolaire anxieux semblent être de plus en plus nombreux, mais leur identification n'est pas simple du fait du caractère incertain de leur nosographie et de l'hétérogénéité des tableaux cliniques sous-jacents.

La gravité du pronostic de ces situations, étroitement liée à la durée de déscolarisation, fait qu'il existe une réelle urgence diagnostique et thérapeutique.

Si la prise en charge de ces situations de refus scolaire anxieux fait actuellement l'objet d'un relatif consensus entre les différentes équipes soignantes, leur repérage, en revanche, s'avère encore problématique.

C'est pour cette raison que nous nous sommes intéressés à la question des cas de refus scolaires anxieux que nous rencontrons au Centre Oreste.

Nous avons réalisé une étude clinique rétrospective portant sur les dossiers des adolescents accueillis au Centre Oreste de 2009 à 2012 dont les objectifs sont :

- I. Etudier la fréquence des demandes suggérant un RSA parmi une population clinique d'adolescents consultant dans un CMP à partir d'une grille de situations cliniques
- II. Etudier la fiabilité de cette méthode de sélection après validation diagnostique
- III. Décrire et comparer les sous-groupes issus de cette validation
- IV. Décrire la population de patients présentant un RSA avérés
- V. Définir des profils cliniques chez ces patients.

2) Matériel et méthodes

Le Centre Oreste, Centre de Coordination Départementale en Psychologie Clinique de l'Adolescence, est un service intersectoriel de consultations pour adolescents qui dépend du pôle de Psychiatrie du Centre Hospitalier du Chinonais (département d'Indre et Loire-37) mais qui se situe dans le centre de Tours. Il dispose d'une activité de consultation de Pédopsychiatrie, et d'un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP).

L'équipe pluri-disciplinaire est composée de deux pédopsychiatres, d'un interne en psychiatrie, de quatre psychologues cliniciens, un stagiaire psychologue, deux infirmiers de

secteur psychiatrique, de deux secrétaires, et d'une enseignante spécialisée qui intervient sur un groupe thérapeutique.

Modalités d'accueil des patients :

Le Centre Oreste est un service de deuxième intention, c'est-à-dire que les patients y sont adressés en vue d'une évaluation pédopsychiatrique et/ou d'un suivi psychothérapeutique individuel et/ou en groupe thérapeutique, par un médecin « tiers demandeur » qui estime qu'une prise en charge psychothérapeutique est nécessaire.

Ce tiers rédige alors un certificat médical expliquant brièvement les difficultés dont souffre l'adolescent, ses antécédents médicaux, chirurgicaux, psychologiques et familiaux utiles à sa prise en charge, et décrit les symptômes qu'il a pu observer. Ce certificat médical a comme intérêt d'évaluer le degré d'urgence de la demande, et d'adresser au mieux le patient lors de la réunion de synthèse hebdomadaire vers un membre de l'équipe soignante qualifié en psychothérapie (pédopsychiatre, psychologue clinicien, infirmier de secteur psychiatrique) voire parfois vers un binôme de psychothérapeutes. Il n'est bien sûr pas rare qu'un patient soit réorienté ultérieurement vers un autre membre de l'équipe soignante après le temps d'évaluation lorsque cela s'avère nécessaire.

Ce tiers demandeur peut être le médecin traitant (généraliste ou pédiatre), le service de santé scolaire, les services sociaux, parfois un psychiatre ou un psychologue libéral, la Maison des Adolescents (ouverte depuis 2010), l'unité d'hospitalisation pour adolescents de la Clinique Psychiatrique Universitaire, les services d'urgence ou de psychiatrie de liaison des hôpitaux d'Indre et Loire.

Il s'avère que le certificat médical indispensable à la prise en compte de la demande de consultation est bien souvent rédigé par le médecin traitant, même si celui-ci n'est pas forcément à l'origine de la demande. Par exemple, un adolescent en souffrance ayant entendu parler du Centre Oreste par un ami peut s'y adresser, mais il devra alors se rendre préalablement chez son médecin traitant pour que celui-ci rédige un certificat médical expliquant les motifs de sa demande, et énonçant si possible, les symptômes qu'il a pu constater. Cette situation fréquente aboutit souvent à la rédaction de certificats peu informatifs.

Population :

Le Centre Oreste accueille des adolescents âgés de 14 à 21 ans (à titre exceptionnel dans leur 14^{ème} année) qui souffrent de pathologies psychiatriques (dépressions, troubles des conduites alimentaires, psychoses débutantes, troubles des conduites, troubles obsessionnels

compulsifs, troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité...) ou présentent des symptômes de souffrance psychologique (mal-être, anxiété, troubles du sommeil, conduites auto-agressives, idées suicidaires...)

Déroulement de l'étude :

a) Méthode de « sélection » :

Les motifs de consultation sont donc extrêmement variés, mais la question de la scolarité revient très fréquemment dans les demandes.

Il existe une multitude de difficultés liées à la scolarité : difficulté dans les apprentissages liée à une pathologie neurodéveloppementale (troubles « dys », ou précocité), difficulté liée au fait de se rendre à l'école (anxiété de performance, anxiété de séparation, agoraphobie), difficulté dans les relations avec les pairs (manque de confiance en soi, phobie sociale, bullying scolaire). Toutes les pathologies organiques et psychiatriques précédemment citées peuvent avoir des répercussions sur la scolarité : un absentéisme scolaire peut être la conséquence d'une dépression ou d'une psychose débutante, un TOC ou un TCA peut aboutir à un évitement de la cantine scolaire et donc à un absentéisme, des troubles du comportement au sein de l'école peuvent être dues à un TDAH, mais aussi à un trouble oppositionnel avec provocation ou à un trouble des conduites, mais ce peut être aussi un symptôme précoce d'une dépression.

Les expressions : « absentéisme scolaire », « décrochage », « déscolarisation » reviennent fréquemment dans les demandes de consultation. Elles sont parfois associées à d'autres symptômes : une baisse des résultats scolaires, des signes d'anxiété, des fugues de l'école, un refus de l'autorité des professeurs, difficultés familiales, ou à des éléments contextuels : décès d'un proche, séparation des parents... Ces éléments cliniques sont en réalité totalement aspécifiques d'une pathologie psychiatrique ou d'une autre, et il existe une multitude de tableaux cliniques pouvant expliquer une situation où la scolarité d'un adolescent serait fortement mise à mal.

Toutes les demandes de consultations sont donc uniques et requièrent une évaluation approfondie de la situation pour cerner au mieux les difficultés dont souffre l'adolescent, et lui proposer une prise en charge adaptée, « sur mesure ».

Un certain nombre de ces situations d'absentéisme scolaire, associé à une souffrance psychique, s'avère être des cas de refus scolaires anxieux (RSA). Les expressions « refus

scolaire anxieux » et « phobie scolaire » sont parfois retrouvées dans les motifs de demande de prise en charge, mais cela reste encore rare.

Etant donné la complexité et l'intrication des différents facteurs cités plus haut (médicaux somatiques, psychologiques, socio familiaux et spécifiquement scolaires) à l'origine des RSA, nous avons élaboré une grille de situations cliniques. Nous avons fait l'hypothèse que cette grille pourrait circonscrire le phénomène de RSA.

Nous avons recruté les patients dont le motif d'appel, présent dans les cahiers remplis au fil des appels par le secrétariat, évoquait un RSA. Nous avons retenu les cas qui présentaient au moins un des critères de la grille suivante :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- refus scolaire anxieux/phobie scolaire- absentéisme scolaire/déscolarisation- blocage par rapport à l'école/refus de retourner à l'école- signes d'anxiété ou de mal-être par rapport à l'école ou aux résultats scolaires- manifestations somatiques liées à l'école ou présence régulière à l'infirmerie |
|--|

Tableau I : grille de situations cliniques suggérant un RSA

A noter qu'il s'agit des situations cliniques énoncées par la personne appelant le secrétariat (la mère le plus souvent, parfois un éducateur, ou un médecin) et non des symptômes notés dans le certificat médical. Nous avons choisi de procéder ainsi, en faisant l'hypothèse que cette personne reprenait les mots du médecin tiers demandeur consulté car il aurait été très difficile d'examiner la totalité des dossiers des quatre années, beaucoup étant archivés.

b) Validation diagnostique

Dans un deuxième temps, nous avons demandé aux psychothérapeutes du Centre Oreste de nous communiquer le nom des patients qu'ils avaient suivi entre 2009 et 2012 présentant un refus scolaire anxieux, en nous référant à la définition d'Ajuriaguerra (1974) :

« *Il s'agit d'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* » et à celle proposée par L. Holzer et O. Halfon (2006)² :

« difficulté à être présent en classe associée à une détresse émotionnelle, notamment l'angoisse et la dépression ».

Cette étape a été réalisée « en aveugle » dans un premier temps, c'est-à-dire sans communiquer aux psychothérapeutes les résultats de la sélection réalisée à partir des cahiers de demandes de consultation afin de ne pas influencer leur jugement. Puis nous leur avons révélé la liste des patients recrutés initialement afin qu'ils puissent valider ou non l'hypothèse d'un RSA. Les cas « oubliés » en aveugle par les psychothérapeutes ont fait l'objet d'un arbitrage avec un pédopsychiatre.

Cette « validation diagnostique » par les psychothérapeutes nous a permis d'étudier la valeur diagnostique de notre méthode de sélection (la grille de critères cliniques évoquant un RSA).

Nous avons pu constituer 4 groupes :

- **Les « vrais positifs »** : patients repérés initialement comme présentant possiblement un RSA et pour lesquels le psychothérapeute a validé cette hypothèse
- **Les « faux positifs »** : patients repérés initialement comme présentant possiblement un RSA mais pour lesquels le thérapeute n'a pas retenu cette hypothèse
- **Les « faux négatifs »** : patients non repérés initialement (la demande n'étant pas évocatrice d'un RSA) mais validés par le psychothérapeute comme présentant un RSA
- **Les « non conclus »** : patients repérés initialement pour lesquels il n'a pas été possible de conclure sur la question du RSA (patients reçus insuffisamment ou qui ne sont jamais venus en consultation).

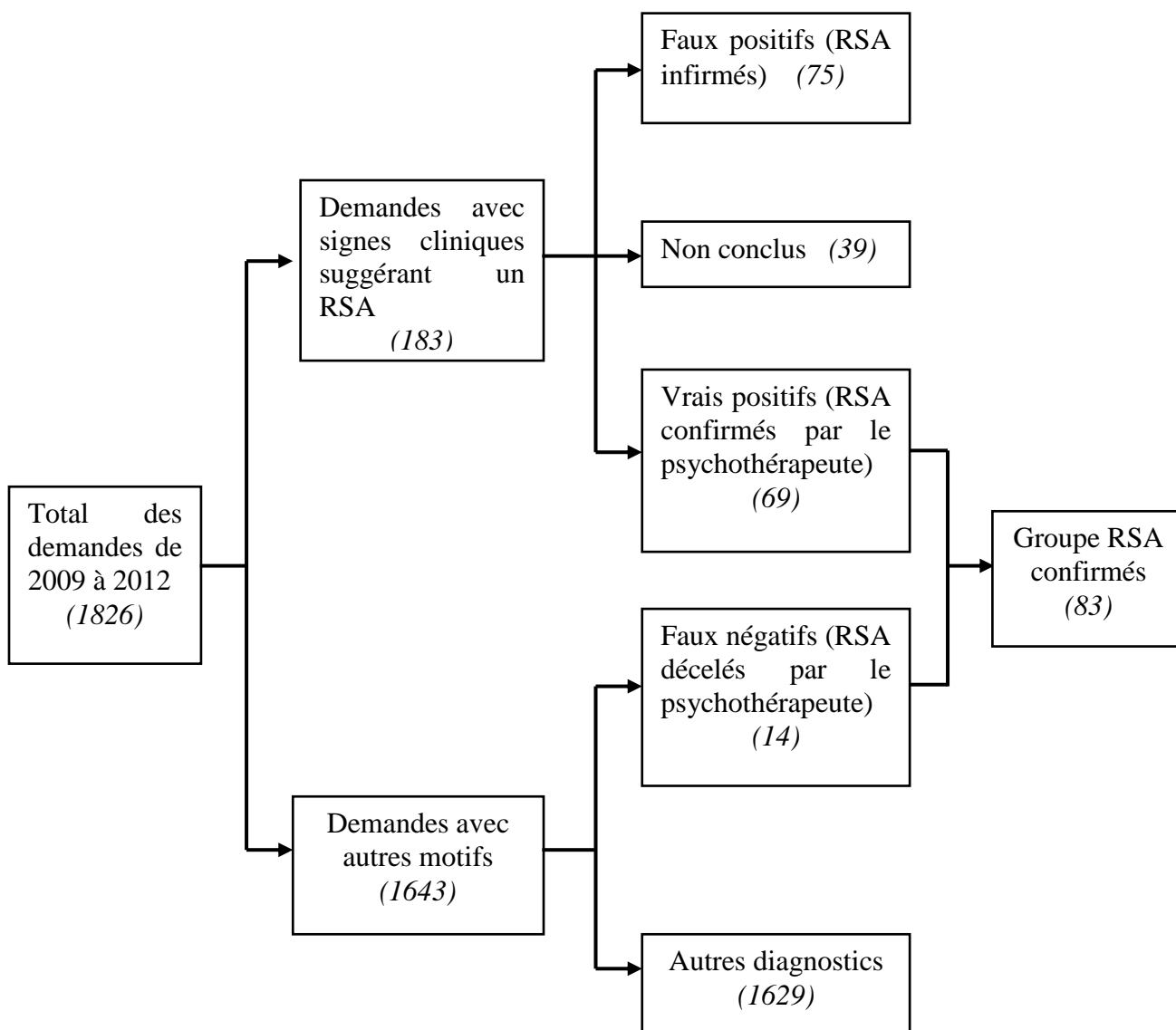


Figure 1: Constitution des groupes d'adolescents à partir des motifs de demandes et de la validation clinique du RSA (les effectifs sont mentionnés entre parenthèses et en italique).

Nous avons ensuite comparé chacun des groupes afin d'étudier les différences cliniques existantes.

Le groupe des « faux positifs » a été étudié afin de préciser quels étaient les éventuels diagnostics différentiels, ou facteurs socio-environnementaux pouvant expliquer la difficulté des patients à suivre leur scolarité.

c) Etude de la population des patients « RSA avérés »

Nous avons constitué pour la suite de l'étude un groupe « RSA avérés » constitué des « vrais positifs » et des « faux négatifs ». Ce groupe a fait l'objet d'une étude descriptive.

Pour ce faire, nous avons utilisé une grille de recueil de données analysant :

- la scolarité
 - les données familiales
 - les antécédents psychologiques du patient
 - le mode de vie
 - la symptomatologie
- (Cf grille en annexe).

d) Etude des profils cliniques pour les patients « RSA avérés »

L'analyse des correspondances multiples (ACM) permet de résumer un tableau de données dans lequel les individus sont décrits par des variables qualitatives.

Les objectifs sont de dégager des profils d'individus et d'étudier les associations entre les modalités des différentes variables.

L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel R (package *FactoMineR*).

Les variables suivantes ont été considérées pour l'analyse :

- sexe
- niveau de scolarité (collège/lycée et plus)
- mode d'absentéisme (perlé/perlé puis total/total d'emblée)
- rang dans la fratrie (unique/aîné/cadet/benjamin)
- écart d'âge maximum (0, de 0 à 5 ans, de 5 à 10 ans, plus de 10 ans)
- séparation parentale (oui/non)
- RSA dans la fratrie (oui/non)
- père inconnu ou décédé (oui/non)
- père anxieux ou dépressif (oui/non)
- mère anxieuse ou dépressive (oui/non)
- anxiété de séparation dans l'enfance (oui/non)
- autres troubles anxieux ou du sommeil dans l'enfance (oui/non)
- trouble des apprentissages dans l'enfance (oui/non)

- utilisation excessive des écrans (oui/non)
- socialisation (oui/non)
- absence d'investissement (oui/non)
- troubles du sommeil (oui/non)
- manifestations somatiques (oui/non)
- agoraphobie (oui/non)
- phobie sociale (oui/non)
- anxiété de séparation (oui/non)
- dépressivité (oui/non)
- attaque de panique (oui/non)

Nous avons qualifié certains symptômes sous l'intitulé « dépressivité » car il n'y a pas de symptôme spécifique à l'adolescence dans le Trouble dépressif CIM 10. La dépressivité chez l'adolescent est une entité plus dimensionnelle (du normal au pathologique) que catégorielle et peut associer avec une intensité variable morosité existentielle, sentiment de vide, d'ennui, une aboulie, une anhédonie.

Ces variables participent à la construction des axes de l'ACM et sont utilisées pour calculer les distances entre individus lors de la classification ascendante hiérarchique. Aucune modalité de ces variables n'a une fréquence inférieure à 5.

La classification ascendante hiérarchique a pour objectif de regrouper les individus dans des classes les plus homogènes possibles. A chaque étape de la classification, on regroupe deux classes minimisant le critère de Wald (le critère de Wald étant une distance entre les projections des classes sur le sous-espace engendré par les quatre axes de l'ACM).

3) Résultats

a) Etude de la fréquence des demandes suggérant un RSA :

Dans la première partie de l'étude, 183 demandes évoquant un RSA ont été recrutées par notre méthode de sélection sur les 1826 demandes enregistrées au centre Oreste sur la même période (2009-2012), soit 10,02% des demandes.

De 2009 à 2011, ce taux était relativement stable entre 8 et 10% des demandes, mais en 2012, il a fortement augmenté (13,5%). ($\chi^2 (1)=7,86 ; p=0,005$).

Année	Nombre total de demandes au centre Oreste	Nombre de demandes sélectionnées	Pourcentage
2009	388	31	8 %
2010	494	48	9,7 %
2011	515	45	8,7 %
2012	429	58	13,5%
TOTAL	1826	183	10,02 %

Tableau 2 : Sélection des demandes suggérant un RSA en fonction des années

b) Etude de la valeur diagnostique de la grille de situations cliniques après validation par les thérapeutes :

La validation diagnostique par les thérapeutes de la liste de patients « présumés RSA » (n=183) a permis de constituer trois groupes de patients (« vrais positifs », « faux positifs », et « non conclus ») répartis de la façon suivante :

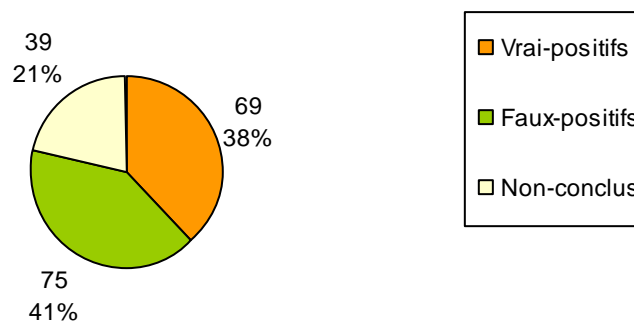


Figure 2 : Répartition des patients présumés RSA après validation clinique

A ces trois groupes vient s'ajouter celui des « faux négatifs ».

Afin d'étudier la valeur diagnostique de notre méthode de sélection, nous avons constitué le tableau suivant. Dans cette partie, nous avons assimilé les non conclus aux faux positifs.

	RSA +	RSA -	Total tests	Valeur prédictive
TEST +	Vrai positifs n=69	Faux positifs (+ les non conclus) n = 75+39	Test + n=183	$VPP = VP/VP+FP$ VPP =0,38
TEST -	Faux négatifs n= 14	Vrai négatifs n= 1629	Test – n= 1629	$VPN=VN/FN+VN$ VPN =0,99
	Total RSA+ n=83	Total RSA- n=1743		
	$Se = VP/VP+FN$ Se =0,83	$Sp =VN/FP+VN$ Sp=0,93		

Tableau 3 : Etude de la valeur diagnostique de la grille de sélection après validation des cas de RSA par les thérapeutes.

Légende du tableau : VP : vrais positifs
FP : faux positifs
FN : faux négatifs
VN : vrais négatifs

VVP : valeur prédictive positive
VPN : valeur prédictive négative
Se : sensibilité
Sp : spécificité

La **Valeur Prédictive Positive (VPP)** de notre grille de situations cliniques (=Probabilité de présenter un RSA si l'on présente au moins l'un des critères de la grille) est donc de 38%.

La **Valeur Prédictive Négative (VPN)** (= probabilité qu'un sujet n'ait pas de RSA s'il ne présente aucun critère de la grille) est de 99%.

14 patients non repérés initialement par notre grille de situations cliniques présentaient un RSA (faux négatifs). La **sensibilité** (probabilité d'être dépisté par notre grille si l'on présente un RSA) est de 83%. A noter qu'après lecture du courrier du tiers demandeur lors de l'étude des dossiers des RSA avérés (Cf infra) 8 patients des 14 « faux négatifs » présentaient en fait au moins un critère de la grille, ce qui fait que si l'on considère le motif d'appel et le

courrier du tiers demandeur, 77 patients auraient dû être dépistés. La sensibilité atteint alors 93%.

Nous nous sommes demandés si certaines situations cliniques énoncées dans la demande initiale étaient plus prédictives d'une validation diagnostique (taux de « vrais positifs » élevé).

Nous en avons choisi quatre :

- « *RSA* » ou « *phobie scolaire* »
- « *manifestations somatiques, malaises à l'école ou avant d'y aller* » (les plus pertinents a priori)
- « *anxiété, stress, mal-être par rapport à l'école* » (le plus fréquent, 121 cas des 183 sélectionnés)
- « *absentéisme, déscolarisation* » énoncés sans autre symptôme (le moins pertinent a priori lorsqu'il est énoncé isolément puisqu'il n'est pas mis en lien avec un stress ou de mal-être par rapport à l'école).

MOTIF	Total patients présentant ce motif	Proportion de vrais positifs	Proportion de faux positifs	Proportion de non conclus
RSA/phobie scolaire	33	49% (16)	30% (10)	21% (7)
Manifestations somatiques, malaises à l'école ou avant d'y aller	53	47% (25)	38% (20)	15% (8)
anxiété, stress, mal-être par rapport à l'école	121	36% (44)	47% (56)	17% (21)
absentéisme, déscolarisation	15	46% (7)	27% (4)	27% (4)

Tableau 4 : Etude de la valeur diagnostique de certains symptômes

Les psychothérapeutes n'ont validé l'hypothèse clinique d'un RSA que pour la moitié des patients ayant comme motif d'appel « *RSA* » ou « *phobie scolaire* ».

Le motif « *manifestations somatiques, malaises à l'école ou avant d'y aller* » identifie presque autant de patients présentant un RSA.

Les expressions « *absentéisme scolaire* », « *déscolarisation* », **énoncées isolément** (sans autre motif associé) nous paraissaient peu prédictives de RSA. Il s'avère pourtant que 46% des patients présentant ces motifs souffrent de RSA. Cela signifie qu'il faut prendre en compte ces motifs, même s'ils sont énoncés isolément dans la demande initiale.

Le motif « *anxiété, stress, mal-être par rapport à l'école* » était le plus fréquent dans les demandes que nous avons sélectionnées (121 patients). Seulement 36% des patients concernés présentent un RSA.

c) Description et comparaison des groupes « vrais positifs », « faux positifs », « non conclus » et « faux négatifs » :

- Sexe ratio :

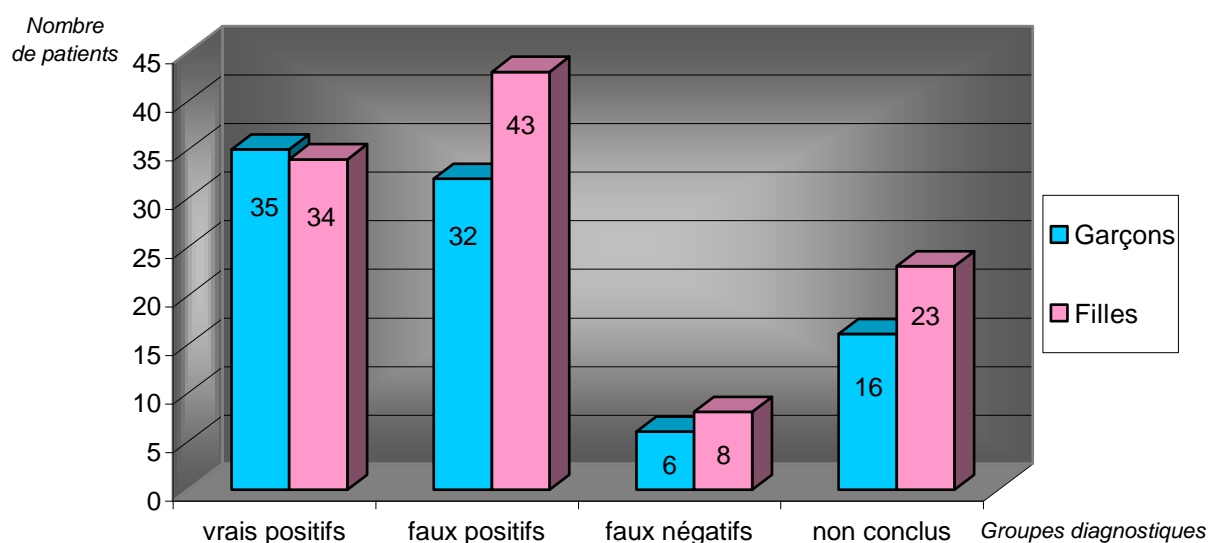


Figure 3 : Etude du sexe ratio dans les différents groupes

Le sexe ratio des patients recrutés (n=183) de 2009 à 2012 est de **0,83** (83 garçons pour 100 filles). En 2009 et 2011, les demandes concernaient autant les garçons que les filles, mais en 2010 et 2012, les filles étaient plus largement représentées (sexe ratio de 2009 à 2011 = 0,92, celui de 2012 = 0,66).

Il semble notamment que l'augmentation du taux de demandes en 2012 ne concerne que les filles (+50% de demandes en 2012 par rapport à 2011), mais cette différence n'est pas statistiquement significative ($\chi^2(3) = 1,70$, $p = 0,64$).

D'autre part, il semble que les filles soient plus représentées dans les groupes « faux positifs » et « non conclus », mais cette différence n'est pas significative ($\chi^2(3) = 1,35$, $p = 0,72$).

- **Age moyen**

L'âge moyen des patients recrutés au moment de la demande (15,4 ans) est très stable de 2009 à 2012. La différence d'âge observée entre les filles (moyenne 15,5 ans) et les garçons (15,3 ans) n'est pas significative et peut être attribuée au hasard (test de Student avec $p= 0,247$). Les différences d'âge moyen observées dans les différents groupes issus de la validation clinique ne sont pas statistiquement significatives.

- **Situations cliniques énoncées dans la demande**

	Nombre de vrais positifs présentant ce motif (n=69)	Nombre de faux positifs présentant ce motif (n=75)	Nombre de non conclus présentant ce motif (n=39)	Total patients recrutés (n=183)
anxiété/mal-être/stress par rapport à l'école	44 (63,8%)	56 (74,7%)	21 (53,8%)	121 (66,1%)
manifestations somatiques, malaises à l'école, ou avant d'y aller, ou fréquentation régulière de l'infirmier	25 (36,2%)	21 (28%)	8 (20,5%)	54 (29,5%)
absentéisme scolaire	18 (26,1%)	23 (30,7%)	12 (30,8%)	53 (29%)
phobie scolaire	12 (17,4%)	8 (10,7%)	5 (12,8%)	34 (18,6%)
refus de retourner à l'école	10 (14,5%)	9 (12%)	7 (17,9%)	26 (14,2%)
déscolarisation	10 (14,5%)	17 (22,7%)	7 (17,9%)	25 (13,7%)
RSA	4 (5,8%)	2 (2,7%)	2 (5,1%)	8 (4,4%)

Tableau 5 : Etude des motifs d'appel en fonction de la validation clinique

On peut observer qu'il existe peu de différences dans la présentation initiale des patients des différents groupes.

Le motif « *anxiété, stress, mal-être par rapport à la scolarité* » a été évoqué chez 63,8% des cas « vrais positifs » et chez 74,7% des cas « faux positifs ».

Le motif « *manifestations somatiques* », *malaises à l'école ou avant d'y aller ou une fréquentation régulière de l'infirmier* » est apparu chez 36% des cas « vrais positifs » et dans 28% des cas « faux positifs ». Ces symptômes paraissent donc bien peu spécifiques d'un RSA.

Les motifs d'appel « *RSA* » et/ou « *phobie scolaire* » n'ont été énoncés que chez 23,2% des cas « vrais positifs » et chez 13,4% des cas « faux positifs ».

Cas des « faux négatifs » :

14 patients, non repérés initialement dans notre étude, ont été ajoutés par les psychothérapeutes car ils présentaient des tableaux cliniques de refus scolaire anxieux.

Nous avons étudié les motifs de demande de consultation pour comprendre pourquoi ils n'avaient pas été inclus.

Dans 43% des demandes (6 cas), des symptômes anxieux étaient mentionnés, mais ils n'étaient pas mis en relation avec la scolarité.

Dans 29% des cas (4 cas), des symptômes dépressifs étaient évoqués dans la demande. D'autres symptômes, non évocateurs d'un RSA, apparaissaient : insomnie, addiction aux jeux, somatisations, isolement social, TCA, agoraphobie, TDAH.

- **Adressage par les tiers demandeurs**

	vrais positifs (n=69)	faux positifs (n=75)	non conclus (n=39)	total des patients recrutés (n=183)	faux négatifs (n=14)
Médecin traitant	35 (50,7%)	36 (48%)	21 (53,8%)	91 (49,7%)	7 (50%)
Service de santé scolaire	11 (15,9%)	11 (14,7%)	7 (17,9%)	29 (15,8%)	2 (14,3%)
Psychiatre/psychologue	8 (11,6%)	9 (12%)	2 (5,1%)	18 (9,8%)	2 (14,3%)
Services sociaux	4 (5,8%)	2 (2,7%)	1 (2,6%)	7 (3,8%)	0 (0%)
Unité Ados CPU	2 (2,9%)	3 (4%)	2 (5,1%)	7 (3,8%)	0 (0%)
MDA	6 (9,1%)	9 (12%)	3 (7,7%)	18 (9,8%)	0 (0%)
Urgences/liaison	3 (4,3%)	5 (6,7%)	3 (7,7%)	10 (5,5%)	3 (21,4%)

Tableau 6 : adressage des patients par les tiers demandeurs

Là encore, on n'observe aucune différence significative dans l'adressage des patients des différents groupes. Environ la moitié des patients, quelle que soit leur validation diagnostique ultérieure, sont adressés par leur médecin traitant, et environ 15% sont adressés par les services de santé scolaire. 9% des patients sont adressés au décours d'une hospitalisation, aux urgences, dans un service de médecine ou de chirurgie, ou dans l'unité d'hospitalisation pour adolescents de la Clinique Psychiatrique Universitaire (CPU).

Etude descriptive des « faux-positifs » :

Pour 75 patients de notre étude (41%), l'hypothèse d'un RSA n'a pas été retenue par les psychothérapeutes, malgré des signes d'appel évocateurs de ce syndrome. Certains patients ne

présentaient en réalité aucun symptôme de RSA. D'autres patients présentaient des pathologies psychiatriques ou des facteurs socio-environnementaux suffisant pour expliquer l'absentéisme scolaire, qui pouvaient cependant être associés à des signes cliniques de RSA (anxiété par rapport à l'école notamment). Le refus de l'école semblait alors secondaire à la pathologie psychiatrique ou au contexte social et familial de l'adolescent.

Nous avons cherché à savoir quelles étaient les difficultés (pathologies psychiatriques, ou non) de ces patients pour comprendre ce qui avait nous avait induit en erreur au moment de la sélection initiale de nos patients, en nous laissant pressentir un éventuel refus scolaire anxieux. A noter qu'initialement, nous n'avions pas retenu les patients dont le motif d'appel était « déscolarisation ou absentéisme scolaire » associé à des troubles du comportement à l'école type refus de l'autorité, violence envers autrui, considérant que l'absentéisme était la conséquence directe des troubles du comportement (école buissonnière).

Nous avons dans un premier temps recherché les pathologies psychiatriques de l'axe I de la CIM 10, suffisantes pour expliquer les difficultés de nos patients pour investir leur scolarité (une dépression, une entrée dans la schizophrénie, une anorexie mentale, un trouble panique ou une phobie spécifique, tous ces troubles psychiatriques ayant évidemment des répercussions sur les résultats scolaires, l'assiduité en cours, les capacités de concentration et d'intégration au sein du groupes des pairs).

Dans un second temps, nous avons tenté de repérer les facteurs psychosociaux et environnementaux (axe IV de la CIM 10) pouvant avoir une influence sur la scolarité de nos patients.

Pour quelques patients, aucune cause psychiatrique ni aucun facteur psychosocial n'a été retrouvé.

Parmi les 50 patients présentant des pathologies psychiatriques de l'axe I suffisantes pour expliquer leur difficulté à se rendre à l'école, on retrouvait :

- 13 cas d'épisode dépressif (F32.9)
- 12 cas de Trouble des conduites (F91.9)
- 9 cas de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive (F43.22)
- 5 cas de Troubles des conduites alimentaires ou TCA (F50.9)
- 2 cas de Réaction aiguë à un facteur de stress (F40.0)
- 3 cas de psychose non organique (F29)
- 1 cas de Trouble dissociatif (de conversion) (F44.9)

- 1 cas de Trouble envahissant du développement (F84.9)
- 2 cas de Trouble panique (F41.0)
- 2 cas de Trouble obsessionnel compulsif (F42.9).

Dix patients cumulaient une pathologie de l'axe I avec au moins un facteur de l'axe IV, mais il est probable que ce chiffre soit sous-évalué, les thérapeutes n'ayant souvent donné que l'élément diagnostique différentiel principal à leurs yeux (donc appartenant en premier lieu à l'axe I) sans nous préciser les facteurs psychosociaux associés.

Parmi les 25 patients indemnes de pathologie psychiatrique de l'axe I, 18 d'entre eux présentaient des facteurs psychosociaux et environnementaux expliquant au moins en partie leurs difficultés à suivre assidûment leur scolarité :

- 11 patients présentaient des « difficultés liées à leur éducation » (Z62.8)
- 2 patients avaient des « compétences sociales inadéquates » (Z73.4)
- 5 patients présentaient ces deux facteurs cumulés.

Les « difficultés liées à l'éducation » regroupaient à la fois les situations familiales où l'éducation paraissait trop laxiste (notamment par rapport à l'obligation d'aller à l'école transmise par les parents), mais aussi celles où l'absence, la maladie d'un des parents, les conflits familiaux, fragilisaient l'adolescent au point que la scolarité ne soit plus sa priorité.

Les « compétences sociales inadéquates » regroupaient des patients qui rencontraient des difficultés d'intégration avec leurs pairs (peu ou pas d'amis ou de copains dans l'établissement, ou des conflits récurrents avec certains) sans qu'ils ne soient pour autant victime de harcèlement, mais dont la chronicité ou l'intensité étaient source de mal-être à l'école, les conduisant à rester chez eux repliés sur eux-mêmes ou leur cocon familial.

Sept patients (4 garçons et 3 filles) ne présentaient ni pathologie psychiatrique de l'axe I, ni facteurs psychosociaux ou environnementaux (axe IV) pouvant expliquer leur difficulté par rapport à la scolarité. Il s'agissait de décrochage scolaire sans cause retrouvée (cas de l'adolescent qui se désinvestit peu à peu de l'école par manque d'intérêt pour ce qui lui est enseigné, ne travaille plus en classe ni à la maison, « sèche les cours » de plus en plus régulièrement, et finit bien souvent par abandonner sa scolarité).

Parmi les 10 patients dont le motif d'appel était : « RSA » ou « *phobie scolaire* », on retrouvait après validation diagnostique :

- 2 cas d'épisode dépressif majeur
- 1 cas de TCA
- 2 cas de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive
- 1 cas de Trouble Obsessionnel Compulsif ou TOC
- 1 cas de trouble panique
- 1 cas avec des difficultés liées à l'éducation
- 1 cas avec des compétences sociales inadéquates
- 1 cas de décrochage scolaire sans anxiété.

Parmi les 56 patients dont le motif initial évoquait « *un stress, un mal-être, une anxiété par rapport à l'école* », on retrouvait après validation clinique :

- 11 cas d'épisodes dépressifs
- 9 cas de troubles des conduites
- 5 cas de troubles des conduites alimentaires
- 1 cas réaction aiguë à un facteur de stress
- 6 cas de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive
- 2 cas de psychoses non organiques
- 1 cas de trouble envahissant du développement léger
- 2 cas de trouble obsessionnel compulsif
- 15 cas avec des difficultés liées à l'éducation et/ou des compétences sociales inadéquates
- 4 cas de décrochage scolaire sans anxiété

Etude descriptive des « non-conclus » :

Parmi les 183 patients sélectionnés dans notre étude comme présentant éventuellement un RSA, 39 d'entre eux (soit 21%) n'ont pas pu faire l'objet d'une évaluation clinique suffisante pour confirmer ou non l'hypothèse d'un refus scolaire anxieux.

20 patients ne sont en fait jamais venus en consultation malgré leur demande de prise en charge au Centre Oreste, ce qui correspond à 10,9% des patients sélectionnés dans notre étude, et 19 patients ne sont venus que 2 ou 3 fois, puis n'ont pas donné suite. Ce taux de patients

« non venus » (10,9%) est inférieur à celui observé sur l'ensemble des autres demandes de consultations au centre Oreste (20 % des 1643 autres demandes enregistrées de 2009 à 2012). Ce résultat montre que les aspects phobiques de ces patients n'expliquent pas à eux seuls la non venue en consultation.

d) Etude descriptive des patients présentant un RSA avéré :

83 patients présentant un RSA ont été retenus pour la 3^{ème} partie de notre étude, parmi lesquels : 69 « vrais positifs » et 14 « faux négatifs ».

Ils représentent 4,5 % des cas reçus au centre Oreste, sur la période du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2012.

Année	Nombre total de demandes au centre Oreste	Nombre RSA diagnostiqués	Pourcentage
2009	388	12	3,1 %
2010	494	18	3,6 %
2011	515	26	5 %
2012	429	27	6,3 %
TOTAL	1826	83	4,5%

Tableau 7 : proportion de patients présentant un RSA en fonction des années

Le taux de RSA accueillis au centre Oreste a donc tendance à augmenter en 2011 et 2012. Il nous est cependant difficile de savoir si cette augmentation est le reflet d'une augmentation globale des cas de RSA dans notre département d'Indre et Loire ou si elle est la conséquence d'un meilleur repérage de ces patients.

En 2011, une campagne d'information sur le RSA avait été organisée dans les établissements scolaires, ce qui pourrait expliquer l'augmentation du taux de RSA diagnostiqués en 2011-2012 par rapport à 2009-2010 (différence statistiquement significative : $\chi^2 (1) = 5,15, p=0,02$).

Données démographiques des patients présentant un RSA :

Parmi ces patients, on retrouve 42 filles et 41 garçons (**sex-ratio : 0,97**).

L'âge moyen est de **15,3 ans** (15,2 pour les garçons, 15,3 pour les filles). 7 patients sont âgés de 13 ans (5 garçons et 2 filles) et un patient est âgé de 20 ans.

La répartition géographique des RSA est similaire à celle de l'ensemble des patients consultant au centre Oreste sur ces 4 années. On observe la même évolution de 2009 à 2012, à savoir une augmentation des patients venant de la zone rurale (phénomène probablement lié à une meilleure connaissance des dispositifs de soins). La zone urbaine comporte les localités suivantes : Tours, Rochecorbon, St Cyr sur Loire, La Riche, Joué les Tours, Chambray les Tours, Saint Avertin, Saint Pierre des Corps. La zone péri-urbaine a été définie par un rayon de 15 Kms du centre de Tours. La zone rurale comporte toutes les localités se situant à plus de 15 Kms du centre de Tours.

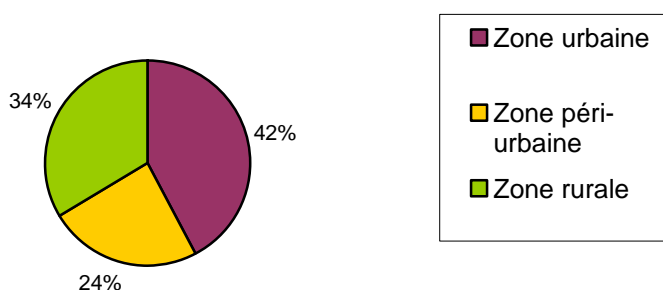


Figure 4 : Répartition géographique des 83 cas de RSA

Distribution des tiers demandeurs

La distribution des tiers demandeurs pour cette population de RSA n'est pas significativement différente de celle des patients inclus dans cette étude. On constate notamment qu'environ la moitié des cas sont adressés par leur médecin traitant, et seulement 16 % sont repérés par les services de santé scolaire. 8% des patients présentant un RSA sont passé par un service de

l'hôpital (urgences, médecine ou chirurgie, ou service de psychiatrie pour adolescents de la CPU).

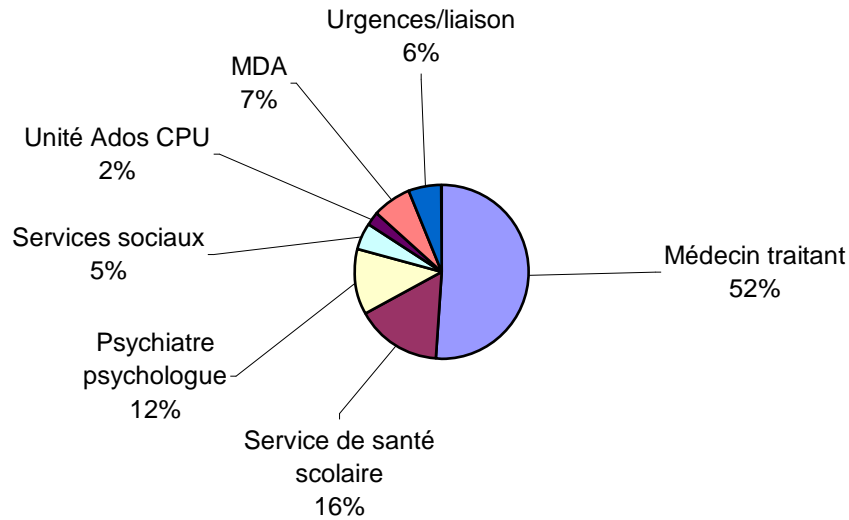


Figure 5 : Répartition des tiers demandeurs des cas de RSA

On note toutefois qu'en 2010 et 2011, 20% des patients présentant un RSA avaient été adressés par les services de santé scolaire, contre 0% en 2009. Ce taux semble avoir de nouveau diminué en 2012 (14% de patients RSA adressés par la médecine scolaire), mais ce résultat n'est pas significatif ($\chi^2(1)=0,08$, $p=0,78$).

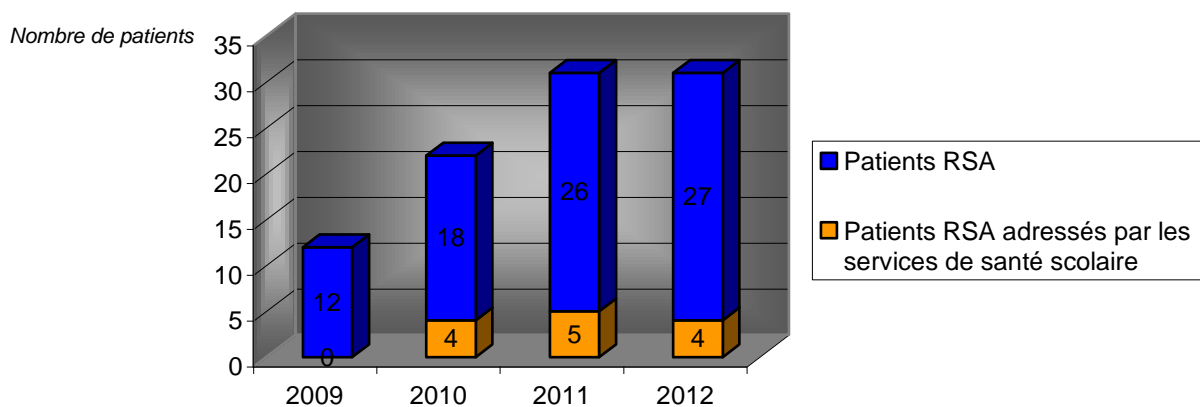


Figure 6 : Adressage des patients par les services de santé scolaire selon les années

Scolarité :

La répartition par niveau et par sexe est la suivante :

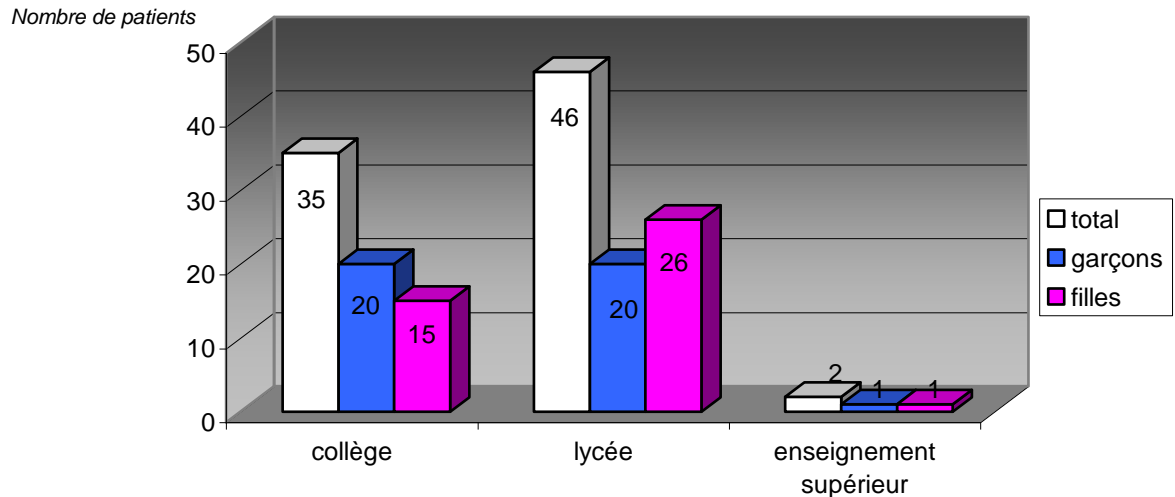


Figure 7 : Répartition par niveau et par sexe de la population présentant un RSA

Dans notre étude, 42,2% des patients sont collégiens, 55,4 % sont lycéens, et 2,4% faisait des études supérieures. 62% des filles présentant un RSA sont lycéennes, versus 49% des garçons, mais si l'on compare les sex-ratio « collège » et « lycée », la différence n'est pas significative ($\chi^2 (1)=1,48, p=0,22$).

Dix patients avaient un antécédent de redoublement. Parmi eux, on retrouve neuf garçons pour une fille. Trois patients avaient un antécédent de saut de classe (2 garçons, 1 fille). Quatre patients (5%) sont déscolarisés (2 patients ont 14 ans, un a 16 ans, le dernier 17 ans).

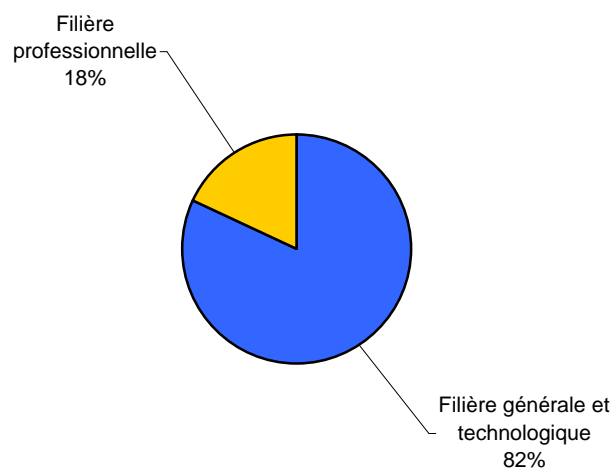


Figure 8 : Distribution par type de filière des 46 lycéens présentant un RSA

Parmi les lycéens présentant un RSA, 82% sont en filière générale ou technologique, 18% en filière professionnelle.

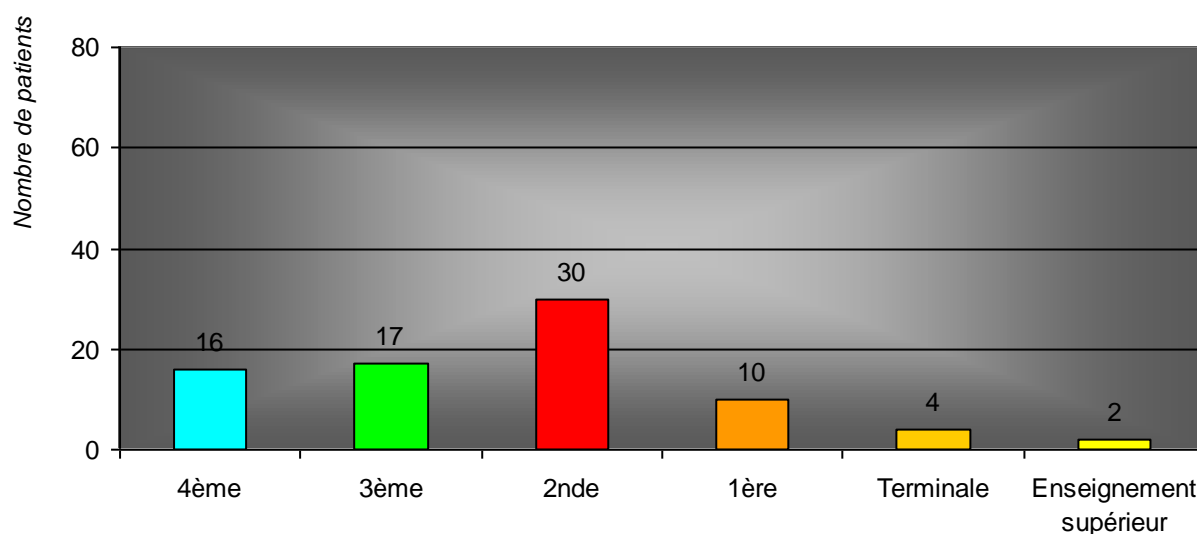


Figure 9 : Répartition par classe des 79 patients scolarisés (toutes filières confondues) présentant un RSA

On observe un pic de RSA au niveau du passage en classe de 2nde ce qui correspond bien à l'âge moyen (15,3ans). 36% des cas de RSA se révèlent en classe de Seconde générale ou technologique, ou en 1^{ère} année de Bac professionnel (30 patients RSA).

84,3% des cas de RSA scolarisés sont diagnostiqués entre la classe de 4^{ème} et la classe de 1^{ère}.

Absentéisme :

100% des patients présentaient un absentéisme qui pouvait être perlé (41%), perlé puis total (53%), ou total d'emblée (6%).

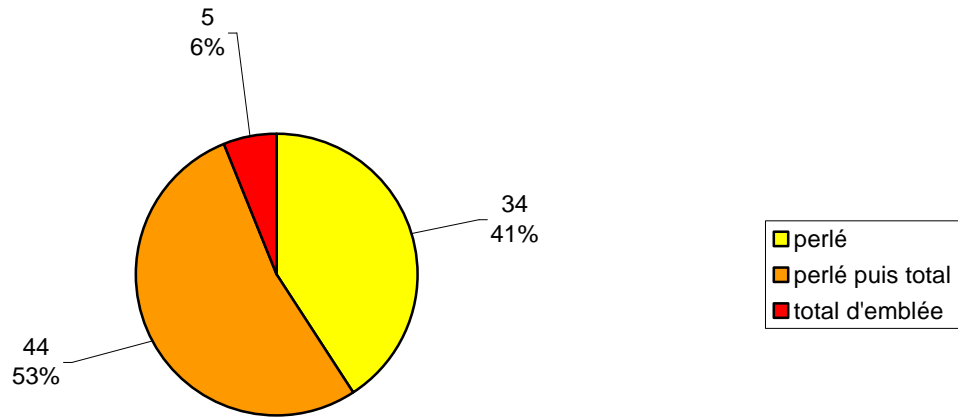


Figure 10 : Type d'absentéisme des cas de RSA

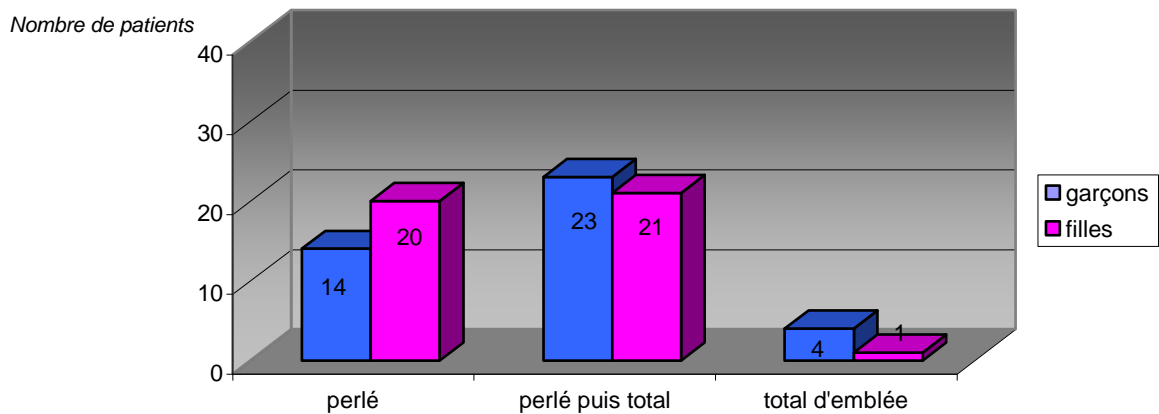


Figure 11 : Type d'absentéisme en fonction du sexe

L'absentéisme total (perlé puis total ou total d'emblée) semble toucher davantage les garçons : 68% d'entre eux sont concernés, contre 52% des filles mais cette différence n'est pas significative ($\chi^2(1) = 1,56, p = 0,21$).

Pour 5 patients l'absentéisme était « total d'emblée ». On a retrouvé dans la totalité des cas un facteur traumatique à l'école (moqueries par un camarade) ou des éléments de persécution a minima, sans que l'on puisse pour autant parler de « bullying scolaire ».

Retards :

29 patients présentaient des retards répétés, parmi eux 18 garçons et 11 filles. 62% de ces patients sont au lycée.

Données familiales :

Données familiales		Nombre total	% des RSA	Proportion de garçons	Proportion de filles
Rang dans la fratrie	A	23	27,7%	11 (48%)	12 (52%)
	C	17	20,5%	9 (53%)	8 (47%)
	B	27	32,5%	14 (52%)	13 (48%)
	U	16	19,3%	7 (44%)	9 (56%)
Séparation parentale		41	49,4%	22 (54%)	19 (46%)
ATCD de RSA dans la fratrie		12	14,5%	9 (75%)	3 (25%)
Père inconnu ou décédé		11	13,3%	5 (45%)	6 (55%)
Père anxieux ou dépressif		30	36%	17 (57%)	13 (43%)
Mère anxieuse ou dépressive		62	74,7%	28 (45%)	34 (55%)

Tableau 8 : Données familiales des patients présentant un RSA

(Légende : A=ainé ; C=cadet ; B=benjamin ; U=unique)

La proportion d'aînés et de benjamins est plus élevée que celle de cadets et d'enfants uniques (mais nous ne l'avons pas comparée avec celle d'un groupe témoin « non RSA »). Près de la moitié des patients ont des parents séparés ou divorcés.

Nous avons observé que 56% des benjamins avaient un écart d'âge de plus de 5 ans avec leur fratrie ainée, contre 35% pour les aînés avec leur fratrie plus jeune. On peut suggérer que le fait d'être le "tout petit dernier" au sein d'une fratrie soit un facteur de risque (syndrome du nid vide pour les parents?)

12 patients (14,5%) ont un antécédent de RSA dans leur fratrie. Pour les 9 garçons concernés, c'est toujours un grand frère qui a présenté un RSA. Pour les 3 filles, on retrouve un antécédent de RSA chez un grand frère, une grande sœur, et un petit frère. Dans 11 cas sur 12, les parents étaient séparés et le 12^{ème} cas présentait un conflit parental majeur.

Nous avons observé que 37,5% des enfants uniques présentant un RSA ont un père inconnu ou décédé (contre 13% des patients RSA). Cette différence est statistiquement significative (test de Fisher exact : Odds Ratio=7,17 ; p=0,005).

81% d'entre eux ont au moins un père ou une mère anxieux (se) et/ou dépressif (ve). 26% d'entre eux ont leurs deux parents qui présentent des antécédents anxieux et/ou dépressifs. 36% des patients ont un père anxieux ou dépressif, parmi eux, 57% de garçons. Près de ¾ des patients ont une mère anxieuse et dépressive, parmi eux, on retrouve 55% de filles.

Antécédents personnels des patients :

12 patients (14,5%) ne présentent aucun antécédent psychologique dans l'enfance.

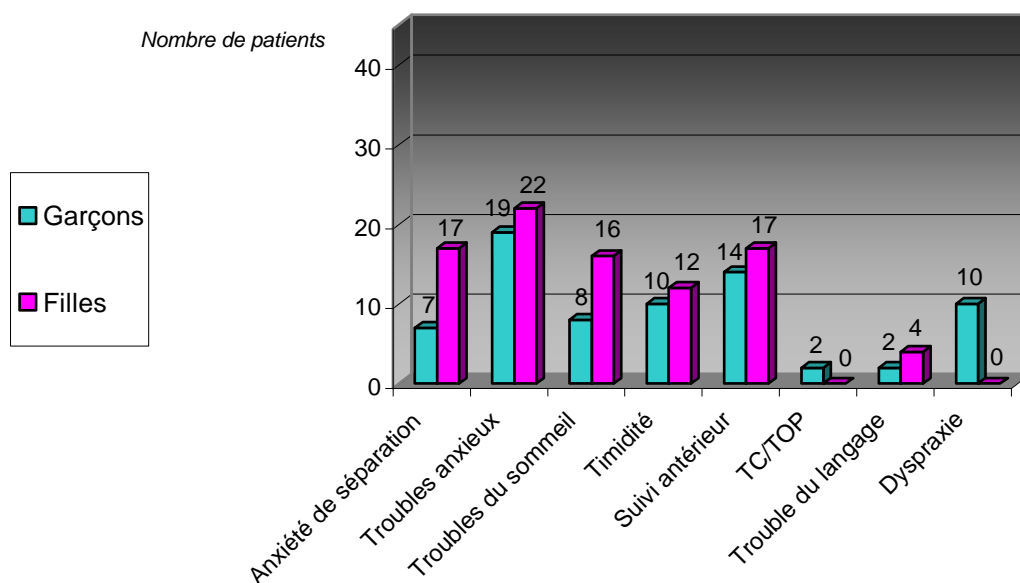


Figure 12 : Antécédents psychologiques des patients RSA

83% de nos patients ont eu des antécédents anxieux ou des troubles du sommeil dans leur enfance.

On observe que l'anxiété de séparation touche surtout les filles, en effet plus de 40% d'entre elles ont un antécédent d'anxiété de séparation dans l'enfance (contre 17% des garçons). (Résultat significatif : $\chi^2 (1)=5,53$; $p=0,018$).

Les antécédents de troubles oppositionnels avec provocation et troubles des conduites ne sont retrouvés que chez deux garçons. Les antécédents de troubles dyspraxiques concernent dix patients, tous des garçons.

31 patients (37%) ont déjà eu un suivi pédopsychiatrique ou psychologique dans leur enfance.

28% des patients présentant un RSA ont des antécédents médicaux non spécifiques (asthme, infections ORL, pathologies infectieuses, diabète, chirurgicaux...)

Mode de vie :

- *Alcool et THC* : Aucun patient ne présente les critères du DSM-IV définissant une consommation abusive de cannabis, et seulement deux sont concernés par une consommation d'alcool abusive sans qu'ils ne présentent des critères de dépendance définis par le DSM-IV.

- *Jeux vidéo* : 16 patients (19,3%) présentent une « pratique excessive des jeux vidéo ». Les études épidémiologiques dans le domaine des jeux vidéo et plus largement de l'usage d'Internet sont très peu nombreuses. Il n'existe pas de questionnaires standardisés permettant une évaluation commune de l'addiction aux jeux vidéo. L'absence de consensus sur les critères diagnostiques s'appliquant à une utilisation intensive, excessive des jeux vidéo ne facilite pas la comparaison des résultats obtenus.

Deux études, l'une menée par l'américain Douglas Gentile⁵⁴ sur des enfants et adolescents de 8 à 18 ans a montré que 8,5 % des jeunes présentaient des symptômes de jeu pathologique avec retentissement familial, social et scolaire, et sur le fonctionnement psychologique du sujet. L'étude de l'espagnol Tejeiro Salguero⁵⁵ montrait un taux semblable chez les jeunes espagnols interrogés.

Il semble donc qu'il existe une comorbidité entre RSA et addiction aux jeux vidéo, sans qu'il ne soit possible dans notre étude de savoir si le RSA précédait ou non l' « addiction » aux jeux.

Dans notre étude, il s'agit de garçons dans 87,5% des cas.

On note une nette prédominance de benjamins (62,5%, résultat significatif : $\chi^2 (1)=8,11$; $p=0,004$).

Ils sont collégiens dans 81,25% des cas, et ont tendance à s'isoler davantage que les autres puisque seulement 18,2% d'entre eux continuent d'aller à l'école (contre 41% des patients avec RSA dans notre étude, ce résultat étant significatif : $\chi^2 (1)=4,04$, $p=0,04$).

31,25% d'entre eux sont décrits comme « non socialisés » (contre 23,8% des autres patients RSA, mais ce résultat n'est pas significatif : $\chi^2 (1)=0,08$; $p=0,77$), et 25% d'entre eux sont « non socialisés » et n'ont aucun investissement autre que les écrans (62,5% d'entre eux n'ont aucun investissement autre que les écrans).

Dans 62,5% des cas les parents sont séparés (contre 46,3% des autres patients RSA, mais ce résultat n'est pas significatif $\chi^2 (1)=1,36$; $p=0,24$).

25% d'entre eux ont des antécédents familiaux de RSA (contre 11,9% des autres patients RSA, mais ce résultat n'est pas significatif : $\chi^2 (1)=0,88$; $p=0,34$).

Au niveau des antécédents personnels, on retrouve 25% de dyspraxies (contre 8,9% chez les autres patients RSA, mais ce résultat n'est pas significatif : $\chi^2 (1)=1,80$; $p=0,17$).

- *Investissements* : 55% de nos patients n'ont aucun investissement en dehors des écrans (59,5% des filles et 51% des garçons sont concernés).

- *Socialisation* : 25,3% de nos patients avec RSA sont décrits comme étant « non socialisés » (sexe ratio =1). Aucune des filles « non socialisées » n'est « dépendante » aux jeux vidéo, alors que 50% des garçons « non socialisés » jouent excessivement.

Symptômes présentés par les patients avec RSA :

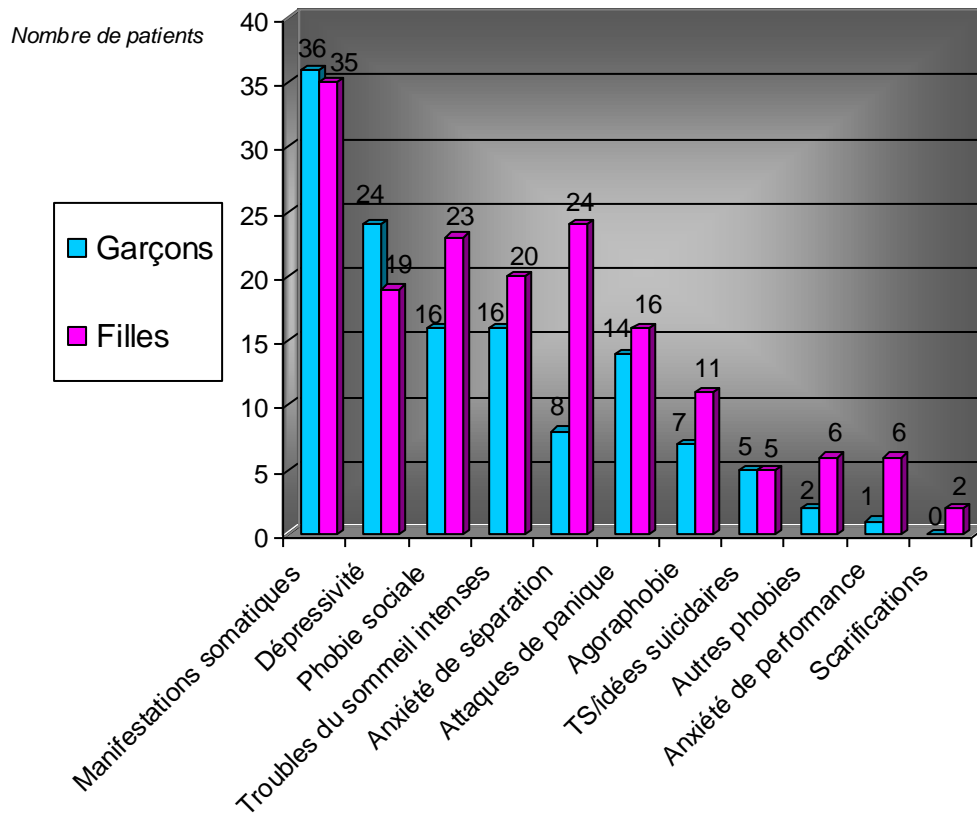


Figure 13 : Symptomatologie des patients présentant un RSA

85,5% des patients avec RSA présentent des **manifestations somatiques d'angoisse associées**, sans différence notable entre les sexes.

52% sont touchés par des **symptômes de dépressivité**, avec une prédominance apparente pour les garçons (58,5% des garçons contre 45,2% des filles, résultat non significatif : $\chi^2(1)=1,46$, $p=0,23$). La place dans la fratrie ou le fait d'être enfant unique n'a pas d'influence sur les symptômes dépressifs.

La **phobie sociale** concerne 47% de nos patients, particulièrement les filles (55% des filles contre 39% des garçons, mais ce résultat est non significatif : $\chi^2(1)=2,06$; $p=0,15$). Parmi les patients concernés par la phobie sociale, on retrouve 41% de benjamins (59% d'entre eux

sont concernés par la phobie sociale, contre 41% des autres patients, mais ce résultat n'est pas significatif : $\chi^2(1)=2,41$; $p=0,12$).

Les **troubles du sommeil intenses** (43% de nos patients) semblent toucher un peu plus les filles (47,6% d'entre elles, contre 39% des garçons), mais ce résultat n'est pas significatif ($\chi^2(1)=0,63$; $p=0,42$).

Le symptôme pour lequel on observe la plus grande différence entre les sexes est l'**anxiété de séparation** (38,5% des patients) : 57% des filles avec RSA sont concernées, contre seulement 19,5% des garçons (résultat significatif : $\chi^2(1)=12,4$; $p=0,0004$).

On observe une continuité entre anxiété de séparation dans l'enfance et anxiété de séparation à l'adolescence : 54% des filles présentant un RSA avec anxiété de séparation présentaient un ATCD d'anxiété de séparation dans l'enfance. On observe aussi un gradient en fonction de la place dans la fratrie : l'anxiété de séparation touche 31% des enfants uniques, 30% des aînés, 41% des cadets et 48% des benjamins, mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif ($\chi^2(3)=2,09$; $p=0,55$).

36% de nos patients sont sujets aux **attaques de panique** (44% des benjamins).

L'**agoraphobie** concerne 21,7% des patients, avec une petite prédominance pour les filles (26% d'entre elles sont touchées, contre 17% des garçons, mais ce résultat n'est pas significatif : $\chi^2(1)=1,01$; $p=0,31$).

12% de nos patients déclarent des **idées suicidaires** (autant de garçons que de filles, avec une prédominance d'aînés et d'enfants uniques).

L'**anxiété de performance** qui touchent 5,4% de nos patients semblent concerner davantage les filles (14,3% d'entre elles contre 2,4% des garçons) mais cette différence n'est pas significative, les effectifs étant petits. On retrouve 57% d'aînés.

Diagnostiques CIM 10 des patients avec RSA :

Nous nous sommes intéressés aux diagnostics CIM-10 de nos patients, en sachant que la qualité du codage dépendait du psychothérapeute, ce qui explique certaines incohérences par rapport aux symptômes décrits précédemment.

Codes CIM10	NB	%	G	F
Population RSA	83		41	42
F32 Episode dépressif	19	23%	8 19,5%	11 26%
Au moins un F4 (Troubles névrotiques, liés à un facteur de stress et tb somatoformes)	75	90%	33 80%	42 100%
F40 Troubles anxieux phobiques	44	53%	19 46%	25 59%
F41 Autres troubles anxieux	25	30%	13	12
F43 réaction à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation	9	11%	6 15%	3 7%
F45 Troubles somatoformes	19	23%	6 15%	13 31%
F50 troubles de l'alimentation	4		0 0%	4 10%
F93 Troubles émotionnels débutant dans l'enfance	23	28%	7 17%	16 38%
F93.0 angoisse de séparation de l'enfance	16	19%	2 5%	14 33%
Au moins un Z6 : conditions psychosociales	59	71%	30	29
Pas de Z6	24	29%	11	13
Z63.5 séparation ou divorce	34	41%	19	15

Tableau 9 : Diagnostiques CIM 10 des patients présentant un RSA

26% des filles sont dépressives (contre 19,5% des garçons), alors que le symptôme « dépressivité » touchait plus les garçons (différence non significative).

100% des filles présentent un trouble anxieux, 80% des garçons.

59% des filles sont phobiques, contre 46% des garçons (différence non significative : $\chi^2(1)=1,45$; $p=0,23$).

Les troubles somatoformes, et les troubles émotionnels débutant dans l'enfance, notamment l'angoisse de séparation, concernent davantage les filles.

e) Profils cliniques des patients présentant un RSA validés par le psychothérapeute

Devant l'hétérogénéité des tableaux rencontrés, nous avons tenté de distinguer des profils cliniques dans cette dernière partie de notre étude.

Pour ce faire, nous avons fait une analyse des correspondances multiples, puis une classification ascendante hiérarchique.

1) Analyse des Correspondances Multiples (ACM)

La méthode des coudes nous conduit à retenir 4 axes que représentent 33.92% de l'inertie totale, *i.e.* qui permettent de résumer 33.92% du tableau de données.

Les axes sont définis de façon suivante :

- Axe 1 : qu'on pourrait définir par « le comportement social » (variables : mode d'absentéisme, phobie sociale, trouble du sommeil, non socialisation, addiction aux écrans).
- Axe 2 : qu'on pourrait définir par « la famille » (variables : écart d'âge dans la fratrie, rang dans la fratrie, père décédé ou inconnu).
- Axe 3 : variables : sexe, anxiété de séparation dans l'enfance, anxiété de séparation actuelle, dépressivité.
- Axe 4 : encore plus difficile à caractériser sur l'homogénéité des paramètres (variables : attaques de panique, niveau de scolarité, écart d'âge maximum)

La Figure 14 représente le nuage des individus sur les deux premiers axes factoriels et suggère l'existence de deux groupes distincts de patients, d'où l'intérêt d'une classification ascendante hiérarchique pour caractériser ces groupes. Le nuage des variables n'est pas représenté car peu lisible compte tenu du nombre important de variables.

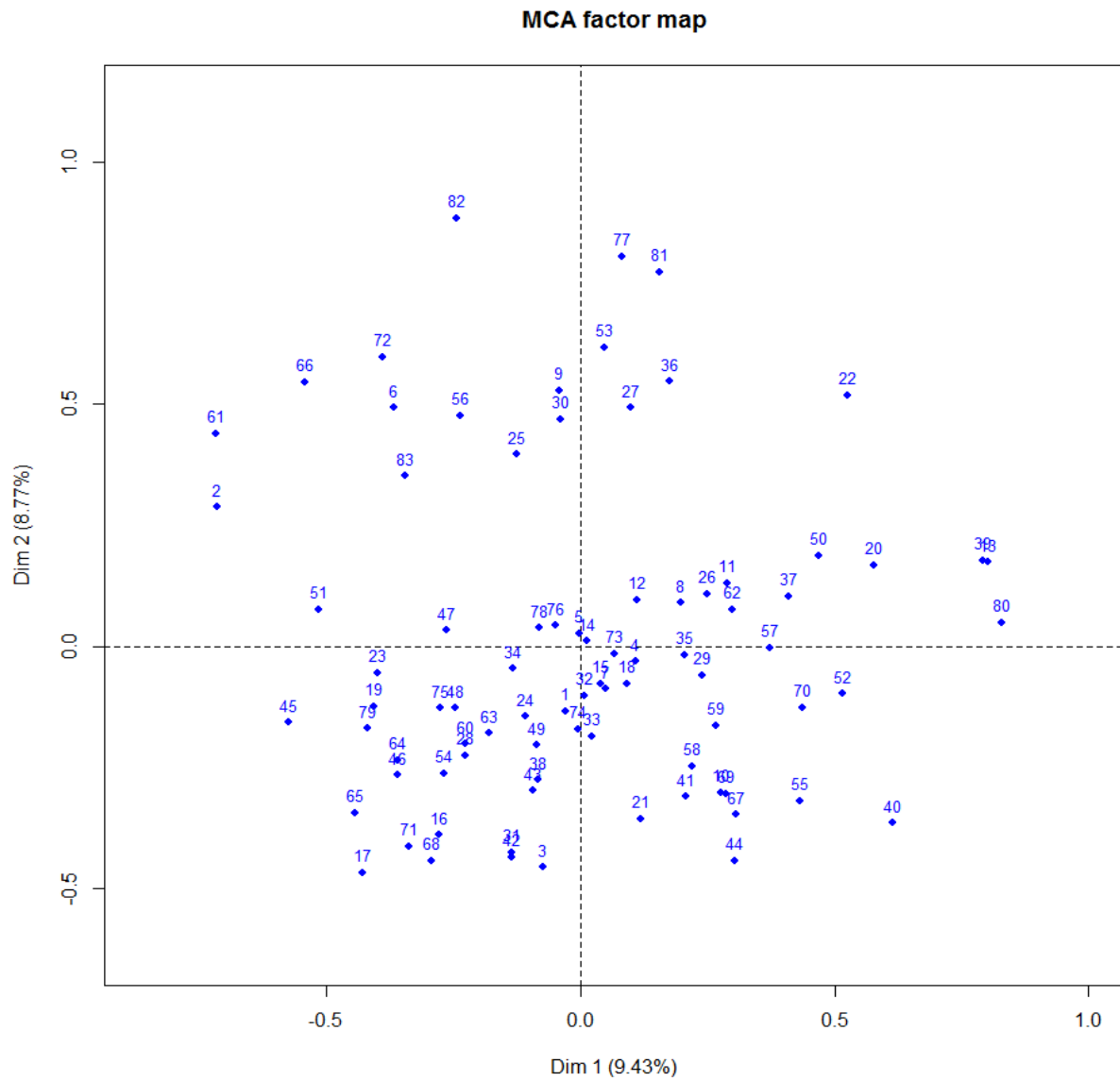


Figure 14 : Représentation des individus sur les deux premiers axes

2) Classification Ascendante Hiérarchique

Deux classes peuvent être caractérisées ($n_1=66$, $n_2=17$) et sont décrites dans le tableau 10.

Variable	Modalité	Classe 1	Classe 2	Total
Sexe	Garçon	33(50)	8(47.1)	41(49.4)
	Fille	33(50)	9(52.9)	42(50.6)
Niveau de scolarité	Collège	27(40.9)	8(47.1)	35(42.2)
	Lycée ou +	39(59.1)	9(52.9)	48(57.8)
Mode d'absentéisme	Perlé	27(40.9)	7(41.2)	34(41)
	Perlé puis total	34(51.5)	10(58.8)	44(53)
	Total d'emblée	5(7.58)	0(0)	5(6.02)
Rang dans la fratrie	Enfant unique	0(0)	16(94.1)	16(19.3)
	Aîné	23(34.8)	0(0)	23(27.7)
	Cadet	17(25.8)	0(0)	17(20.5)
	Benjamin	26(39.4)	1(5.88)	27(32.5)
Ecart d'âge maximum	0	0(0)	16(94.1)	16(19.3)
	De 0 à 5 ans	33(50)	1(5.88)	34(41)
	De 5 à 10 ans	24(36.4)	0(0)	24(28.9)
	Plus de 10 ans	9(13.6)	0(0)	9(10.8)
Séparation parentale	Non	35(53)	7(41.2)	42(50.6)
	Oui	31(47)	10(58.8)	41(49.4)
RSA dans la fratrie	Non	54(81.8)	17(100)	71(85.5)
	Oui	12(18.2)	0(0)	12(14.5)
Père inconnu ou décédé	Non	62(93.9)	10(58.8)	72(86.7)
	Oui	4(6.06)	7(41.2)	11(13.3)
Père anxieux, dépressif ou antécédents psychiatriques	Non	41(62.1)	12(70.6)	53(63.9)
	Oui	25(37.9)	5(29.4)	30(36.1)
Mère anxieuse ou dépressive	Non	18(27.3)	3(17.6)	21(25.3)
	Oui	48(72.7)	14(82.4)	62(74.7)
AS enfance	Non	46(69.7)	13(76.5)	59(71.1)
	Oui	20(30.3)	4(23.5)	24(28.9)
Autre trouble anxieux et du sommeil	Non	20(30.3)	3(17.6)	23(27.7)
	Oui	46(69.7)	14(82.4)	60(72.3)
Trouble des apprentissages	Non	55(83.3)	13(76.5)	68(81.9)
	Oui	11(16.7)	4(23.5)	15(18.1)
Addiction aux écrans	Non	52(78.8)	15(88.2)	67(80.7)
	Oui	14(21.2)	2(11.8)	16(19.3)
Pas socialisé	Non	49(74.2)	13(76.5)	62(74.7)
	Oui	17(25.8)	4(23.5)	21(25.3)
Aucun investissement autre que les écrans.	Non	27(40.9)	10(58.8)	37(44.6)
	Oui	39(59.1)	7(41.2)	46(55.4)

Troubles du sommeil intenses	Non	37(56.1)	10(58.8)	47(56.6)
	Oui	29(43.9)	7(41.2)	36(43.4)
Troubles somatiques	Non	10(15.2)	2(11.8)	12(14.5)
	Oui	56(84.8)	15(88.2)	71(85.5)
Agoraphobie	Non	52(78.8)	13(76.5)	65(78.3)
	Oui	14(21.2)	4(23.5)	18(21.7)
Phobie sociale	Non	35(53)	9(52.9)	44(53)
	Oui	31(47)	8(47.1)	39(47)
Anxiété séparation	Non	39(59.1)	12(70.6)	51(61.4)
	Oui	27(40.9)	5(29.4)	32(38.6)
Dépressivité	Non	36(54.5)	4(23.5)	40(48.2)
	Oui	30(45.5)	13(76.5)	43(51.8)
Attaque de panique	Non	41(62.1)	12(70.6)	53(63.9)
	Oui	25(37.9)	5(29.4)	30(36.1)

Tableau 10 : Description des classes obtenues après CAH (effectif (%))

Légende : chiffres entre parenthèses = proportion en pourcentage des paramètres pour chaque classe

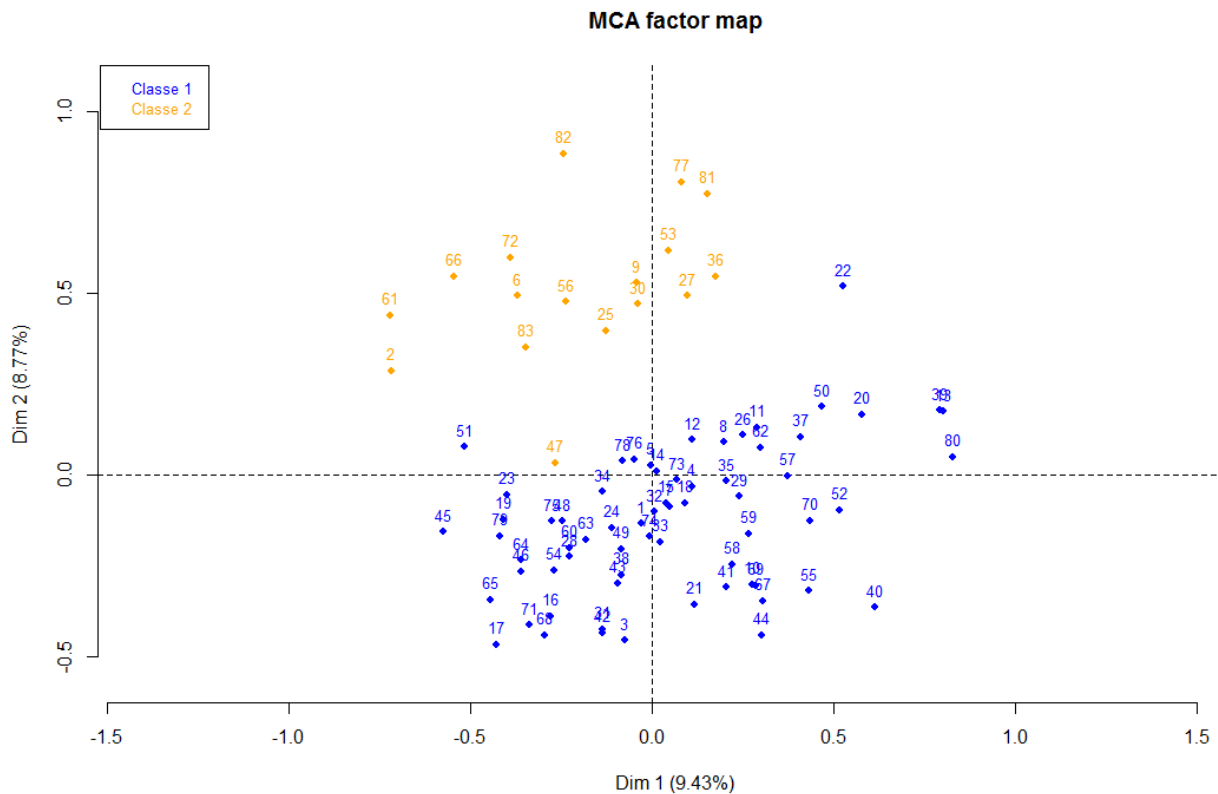


Figure 15 : Nuage des individus selon la classe

On peut résumer les tendances des deux classes dans le tableau suivant :

	Classe 1	Classe 2
Effectif	66	17
Scolarité	Absentéisme total d'emblée	-
Famille	ATCD RSA dans la fratrie, père anxieux ou dépressif	Enfant unique, parents séparés, père inconnu ou décédé, mère anxieuse et/ou dépressive
Antécédents	Anxiété de séparation dans l'enfance	Troubles anxieux et dus sommeil, troubles des apprentissages
Mode de vie	Addiction aux écrans, absence d'investissement	-
Symptômes	Anxiété de séparation et attaques de panique	Forte dépressivité
Caractérisation psychopathologie des deux groupes	Blocage	Perte

Tableau 11 : Profils cliniques

Grâce à ces résultats, nous avons pu identifier trois profils cliniques.

- Le premier profil est celui des enfants uniques (classe 2), dont les parents sont souvent séparés et qui parfois ne connaissent pas leur père ou ne le voit plus du tout (père inconnu ou décédé), et dont la mère est volontiers anxieuse et/ou dépressive. On retrouve dans leur enfance des troubles anxieux et du sommeil, et des troubles des apprentissages. Non protégé par leur milieu familial, une forte dépressivité les caractérise.

Si la classe 2 nous semble assez homogène, la classe 1 en revanche, nous paraît comporter deux sous-groupes en fonction du sexe. Nous pouvons donc distinguer deux autres profils :

- Le deuxième profil est celui des garçons, plutôt derniers de la fratrie, fragilisés par des antécédents familiaux de RSA chez un grand frère ou un père anxieux et/ou dépressif. Suite à un événement déclenchant parfois minime à l'école (moqueries la plupart du temps) ils vont subitement cesser d'aller à l'école, et s'isoler chez eux, trouvant refuge auprès des jeux vidéo. La question de la quête identificatoire se pose pour ces garçons.
- Le troisième profil est celui constitué par les filles, plutôt dernières de la fratrie, qui présentent depuis l'enfance une anxiété de séparation. Elles seraient sujettes à des

attaques de panique survenant à l'école, justifiant ainsi un absentéisme (qui reste parfois « perlé ») lors des moments de recrudescence de leur anxiété de séparation.

4) Discussion

Dans notre étude, nous avons été confronté à la difficulté liée au caractère non consensuel du RSA, et malgré la référence permanente aux définitions d'Ajuriaguerra, Holzer et Halfon, il existe incontestablement un biais lié aux différentes orientations des psychothérapeutes sollicités pour la réalisation de notre étude rétrospective.

Dans la première partie de notre étude, la grille de situations cliniques évoquant un RSA a permis de repérer 183 patients de 2009 à 2012, soit 10% des demandes.

La validation diagnostique par les psychothérapeutes a confirmé 83 cas de RSA sur cette même période, soit 4,5% des patients consultant au centre Oreste.

Ce taux, proche des données de la littérature (5% des consultations de pédopsychiatrie¹), augmente de 2009 à 2012, passant de 3,1% à 6,3% des consultations.

Il semble cependant plus probable que cette augmentation soit le reflet d'un meilleur repérage de ces situations (notamment suite à une campagne d'information sur le RSA organisée dans les établissements scolaires en 2011) et non d'une réelle recrudescence du phénomène de RSA en Indre et Loire.

Pour 75 patients (41% des patients repérés initialement), l'hypothèse d'un RSA a finalement été écartée, et il n'a pas été possible de conclure pour 39 patients (21%).

La Valeur Prédictive Positive de cette grille de situations cliniques (probabilité de présenter un RSA si l'on présente au moins l'un des critères de la grille) est donc relativement faible (38%) et aucun critère en particuliers n'est vraiment prédictif d'une validation diagnostique.

14 patients présentant un RSA (17% des cas) ont échappé au repérage initial car ils ne présentaient aucun critère de la grille dans leur motif d'appel. Après lecture du courrier du médecin tiers demandeur, seuls 6 patients n'étaient toujours pas repérés (le RSA s'est alors révélé lors des consultations).

La sensibilité de cette grille de situations cliniques (probabilité d'être dépisté par cette grille si l'on présente un RSA) est alors de 93% (si l'on considère le motif d'appel et le courrier du médecin tiers demandeur).

Ces résultats sont plutôt satisfaisants puisque notre but est de repérer précocement tous les cas de RSA, et qu'un excès de suspicion diagnostique n'a pas de conséquence négative pour nos patients. Cette grille de situations cliniques évoquant un RSA semble donc être un outil intéressant pour repérer dans les meilleurs délais les cas de RSA consultant au Centre Oreste, et leur proposer au plus vite une prise en charge adaptée à leur problématique.

Le repérage des cas de RSA en amont du Centre Oreste paraît en revanche plus difficile. Seuls 19% des cas de RSA ont été adressés par le médecin tiers demandeur avec pour motif « RSA » ou « phobie scolaire » (les courriers des médecins ont été relus pour les patients validés RSA).

D'autre part, 30% des patients présentant ce motif d'appel n'étaient finalement pas des cas de RSA (patients « faux positifs »).

Rappelons ici que nous n'avons pas vérifié le contenu du courrier du médecin tiers demandeur pour les patients « non RSA », nous ne pouvons donc pas écarter la possibilité que ce soit les mères appelant le secrétariat qui emploient excessivement ces termes.

Environ 50% des patients repérés par la grille de situations cliniques sont adressés par les médecins généralistes, 15% par les médecins scolaires, et ce quelle que soit leur validation diagnostique ultérieure. Les médecins scolaires ne semblent donc pas plus compétents que les médecins généralistes pour dépister les cas de RSA.

Cette difficulté de repérage est sans doute liée à l'hétérogénéité des tableaux cliniques des cas de RSA, et au caractère très peu spécifique des symptômes d'appel, notamment « *anxiété, stress, mal-être par rapport à la scolarité* » qui est retrouvé chez 74,7% des patients « faux positifs », et « *somatisations, malaises à l'école ou avant d'y aller* » (28% des « faux positifs »).

66,7% de ces patients « faux positifs » présentent une pathologie psychiatrique de l'axe I suffisante pour expliquer les difficultés présentées (dépression, TCA, TOC...).

On peut émettre l'hypothèse que le mal-être et l'anxiété ressentis par rapport à l'école chez ses patients soit en réalité une conséquence de leur pathologie psychiatrique sous-jacente (74% des

pathologies psychiatriques retrouvées sont associées à une « *anxiété, un mal-être ou un stress par rapport à l'école* »).

Cependant, 76% des 25 cas « faux positifs » ne présentant pas de pathologies de l'axe I présentent « *une anxiété, un mal-être, ou un stress par rapport à l'école* ».

Nous rappelons là encore qu'il s'agit des motifs énoncés par la personne appelant le secrétariat et non des signes cliniques annoncés dans les certificats des tiers demandeurs. Les parents auraient-ils tendance à accuser l'école d'être à l'origine du mal-être de leur enfant ?

Dans le groupe des patients « RSA avérés », le sexe ratio est proche de 1, ce qui est conforme aux données de la littérature.

L'âge moyen des patients présentant un RSA dans notre étude est de 15,3 ans, sans différence significative entre les garçons et les filles. Cet âge correspond au 3^{ème} pic classiquement identifié par les auteurs (les 1^{er} et 2^{ème} pics échappant à notre étude puisque les patients de moins de 14 ans ne sont pas reçus au Centre Oreste).

La moitié des patients présentant un RSA sont adressés par leur médecin généraliste, sans qu'il ne soit possible de distinguer les réelles demandes des médecins traitants, des cas où ils ont été sollicités pour rédiger le certificat médical demandé. Une grande proportion des patients reçus au Centre Oreste (tous motifs confondus) sont adressés par les médecins généralistes. Il est donc indispensable que les médecins traitants repèrent ces patients « phobiques scolaire » le plus rapidement possible, devant certains signes d'alerte (demandes incessantes de certificats médicaux pour justifier des absences, plaintes somatiques répétées notamment le lundi matin et les jours de rentrée).

Peu de cas de RSA sont adressés par les services de santé scolaire (16% en moyenne sur les 4 années). Ceci est étonnant puisque ces patients présentent une symptomatologie aisément repérable à l'école par les différents acteurs. Les enseignants peuvent être alertés par un changement de comportement en classe, une baisse des résultats, l'évitement de certains contrôles ou des cours d'EPS ; l'infirmière scolaire par des attaques de panique, des plaintes somatiques fréquentes ; le CPE par des retards récurrents, des absences répétées, ou un isolement dans la cour. Tous devraient bien sûr être formés à reconnaître ces signes de refus scolaire anxieux, et avertir rapidement le médecin scolaire. Celui-ci doit bien sûr être informé des dispositifs de soins auxquels il peut adresser un élève en difficulté. On a d'ailleurs noté qu'en 2010 et 2011, les médecins scolaires avaient adressés 20% des cas de RSA, alors qu'ils

n'en avaient décelés aucun en 2009. Cela est peut-être la conséquence d'une campagne d'information sur le RSA réalisée à cette période dans certains établissements.

Seulement 5% des patients présentant un RSA sont déscolarisés (c'est-à-dire qu'ils ne sont inscrits dans aucun établissement scolaire, ni au CNED).

Parmi les lycéens, 82% sont en filière générale et technologique, ce qui confirme bien que le RSA touche des patients n'ayant pas de difficultés scolaires en général.

Plus de 84% des cas de RSA se sont révélés entre la classe de 4^{ème} et la classe de 1^{ère}, avec un pic (36% des cas) observé en 2^{nde}, classe « charnière » réputée difficile, souvent redoutée par les élèves. Un pic moins notable (19,3 %) apparaît en 4^{ème}, mais ce résultat est sans doute biaisé puisque le Centre Oreste n'accueille des patients qu'à partir de 14 ans (parfois dans leur 14^{ème} année).

La notion d'absentéisme est retrouvée chez tous les patients présentant un RSA. Dans 41% des cas, il demeure « perlé », l'élève fréquentant l'école de manière plus ou moins régulière. Ce mode d'absentéisme est probablement plus à risque d'un retard de prise en charge, puisque l'adolescent promet à ses parents pendant de nombreuses semaines que la situation va s'arranger. Dans 59% des cas, il interrompt sa scolarité, parfois de façon brutale en cas d'événement déclenchant de type moqueries.

Les retards répétés (35% des patients) doivent aussi être pris en compte, puisqu'ils peuvent être considérés comme de « petites absences ».

Près de la moitié des patients avec RSA ont des parents divorcés ou séparés.

La proportion d'aînés et de benjamins semble élevée mais nous n'avons pas comparé ces données avec celles d'un groupe témoin « non RSA ».

Dans les 14,5% de patients ayant un antécédent de RSA dans leur fratrie, nous avons observé qu'il s'agit souvent de garçons dont les parents sont séparés (75%) et que c'est toujours un grand frère qui présente (ou a présenté) un RSA.

On retrouve une forte proportion de troubles anxieux et/ou dépressifs chez les parents : près de 75% des mères, 36% des pères. Dans 26% des cas, les deux parents sont concernés. 37,5% des enfants uniques qui présentent un RSA ont un père inconnu ou décédé.

Tous ces paramètres (antécédents de troubles anxieux et dépressifs chez les parents, séparation parentale, père inconnu ou décédé notamment chez les enfants uniques, mais aussi antécédent familial de RSA) seraient donc des facteurs de risque de développer un RSA.

Seulement 12% des patients présentant un RSA n'ont aucun antécédent psychologique dans l'enfance.

Chez les autres, on retrouve 83% de troubles anxieux ou de troubles du sommeil. L'anxiété de séparation de l'enfance touche davantage les filles (40% des filles avec RSA et 17% des garçons). Dans notre étude, les antécédents de troubles dyspraxiques (12%) ne concernent que les garçons.

Nous n'observons pas de comorbidité entre abus d'alcool ou de cannabis et RSA.

En revanche, il semble que nos patients présentant un RSA soient plus enclins à une pratique excessive des jeux vidéo que la population générale du même âge. Il s'agit souvent de garçons collégiens et derniers de la fratrie, qui ont plus tendance à s'isoler à la maison (seulement 18% d'entre eux continuent de se rendre à l'école).

Dans notre étude, il n'est cependant pas possible de savoir si cette « addiction aux jeux » précédait ou non le RSA et la déscolarisation. Nous avons aussi l'impression que ces patients étaient moins bien socialisés que les autres, qu'ils avaient moins d'investissement autre que les écrans, que leurs parents étaient plus souvent séparés, et qu'on retrouvait plus d'antécédent de dyspraxie et de RSA dans la fratrie, mais aucun de ces résultats n'était statistiquement significatif.

Un quart des patients avec RSA est décrit par les psychothérapeutes comme « non socialisé » (sexe ratio =1) ; 50% des garçons « non socialisés » jouent excessivement aux jeux vidéos, ce qui n'est pas le cas des filles.

Les manifestations somatiques d'angoisse sont retrouvées très fréquemment chez les patients avec RSA (plus de 85%).

Un certain nombre de symptômes sont fréquemment rencontrés chez ces patients : dépressivité (52%), phobie sociale (47%), troubles du sommeil intenses (43%), anxiété de séparation (38,5%), attaques de panique (36%), agoraphobie (22%).

Le seul symptôme pour lequel on observe une différence significative entre les sexes est l'anxiété de séparation qui touche 57% des filles avec RSA, contre 19,5% des garçons. Il semble y avoir une continuité avec l'enfance puisque 54% d'entre elles ont un antécédent

d'anxiété de séparation dans l'enfance. Par ailleurs, nous avons observé un gradient d'anxiété de séparation en fonction du rang dans la fratrie mais qui n'est pas statistiquement significatif.

L'interprétation clinique de ces résultats descriptifs, ainsi que de l'analyse des correspondances multiples et de la classification ascendante hiérarchique, a permis d'identifier trois profils cliniques, que nous pouvons interpréter sur un plan psychopathologique de la façon suivante:

Les adolescents issus de la classe 1 (profils 2 et 3) pourraient être caractérisés par la notion de « blocage », l'enrayement de leur processus d'adolescence avec une connotation phobique (angoisse de la vie dans le futur adolescent?)

Nous retrouvons les spécificités cliniques suivantes :

- absentéisme total d'emblée donc brutal
- caractère brutal également des attaques de panique et de l'anxiété de séparation
- peur des engagements dans la vie réelle et refuge dans la vie virtuelle avec présence des écrans.

Nous observons deux variantes en fonction du sexe.

Pour les garçons, nous supposons un problème d'identification à cause du grand écart dans la fratrie (blocage de l'aîné qui doit frayer la voie et blocage du dernier qui doit quitter le nid), des antécédents des RSA dans la fratrie, et surtout de l'image d'un père anxiodépressif.

Pour les filles: il existe un risque de lien insécure dans l'enfance qui peut jouer sur la confiance en soi à l'adolescence (expériences d'anxiété de séparation et contact avec une mère anxiodépressive).

Les adolescents de la classe 2 (profil 1) pourraient être caractérisés par la notion de « perte » avec une connotation dépressive (angoisse de la mort dans le futur adolescent?)

Nous retrouvons les spécificités cliniques suivantes :

- expériences de séparation/deuil
- enfant unique donc pas d'étayage par la fratrie et solitude relative
- terrain d'anxiété et de dépressivité
- troubles des apprentissages renforçant le manque de confiance en soi

IV) CONCLUSION

Le refus scolaire anxieux, trouble d'apparence banale probablement aussi vieux que l'école, reste encore un concept difficile à appréhender tant les tableaux psychopathologiques sous-jacents sont diverses. Cette pathologie invalidante, encore mal connue, ne fait pas l'objet de suffisamment de recherches. Ce phénomène particulièrement complexe est ancré à la croisée des chemins : le fonctionnement psychique de l'adolescent, les attentes parentales, la culture, l'école et l'organisation de la société. La nosographie encore incertaine dans les classifications internationales, et l'hétérogénéité clinique rendent difficile le repérage de ces situations, pourtant nombreuses.

En effet, si certains signes « bruyants » (attaques de panique, malaises à l'école...) sont repérables aisément, d'autres plus discrets (absences ou retards répétés, anxiété...) demandent une grande vigilance, car tout retard de prise en charge aura des effets sur son succès. Il existe probablement « des » refus scolaires, et en pratique on rencontre tous les degrés de gravité en terme de pronostic et de personnalité sous-jacente.

Sa gravité potentielle exige un dépistage précoce de la part des professionnels qui s'occupent de la santé des adolescents (médecins généralistes, pédiatres, médecins et infirmières scolaires, pédopsychiatres et psychologues), des enseignants et des services sociaux.

Une prise en charge spécialisée, en lien avec l'école et la famille, est nécessaire pour accueillir les signes de souffrance de ces adolescents et de leurs proches, et les accompagner sur le chemin de l'école.

De nouveaux développements prometteurs, issus d'une conceptualisation fonctionnelle du refus scolaire plutôt que symptomatique, devraient permettre de proposer des prises en charge individualisées, « sur mesure », adaptées à la diversité clinique que l'on observe dans cette pathologie. Il semble en effet délétère de laisser un adolescent trop longtemps déscolarisé chez lui et il appartient au praticien qui en a la responsabilité de créer les conditions d'une remobilisation des investissements scolaires par un travail en réseau cohérent et durable.

La recherche devra s'appliquer à évaluer quelle est, en France, la part des facteurs culturels (qu'ils s'agissent de situations transculturelles ou de la modification des traits constitutifs de notre culture) dans l'émergence et le développement des refus scolaires, pour identifier les leviers d'action potentiels.

V) ANNEXE : Grille de recueil de données des patients validés « RSA »

Nom :	N° :
--------------	-------------

<p><u>Motif d'appel :</u></p> <p><u>Tiers demandeur :</u></p> <p><u>Symptômes énoncés /tiers :</u></p>

<u>SCOLARITE :</u>			
<u>Classe :</u>	<u>ATCD redoublement :</u>	OUI	NON
	<u>ATCD saut de classe :</u>	OUI	NON
<u>Mode début de l'absentéisme :</u>	Perlé	Perlé puis total	Total d'emblée
<u>Retards fréquents :</u>	OUI	NON	

<u>FAMILLE :</u>			
<u>Place dans la fratrie :</u>	A	C	B U
	Précision :		
<u>Composition familiale :</u>	séparation :	OUI	NON
<u>ATCD familiaux :</u>			
- ATCD de RSA dans la fratrie :	OUI	NON	
- Père inconnu ou décédé :	OUI	NON	
- Père anxieux et/ou dépressif :	OUI	NON	
- Mère anxieuse et/ou dépressive :	OUI	NON	

<u>PATIENT :</u>			
<u>ATCD médicaux du patient :</u>			
<u>ATCD psychologiques du patient :</u>			
- Anxiété de séparation dans l'enfance :			
- Autre trouble anxieux :			
- Trouble du sommeil :			
- Suivi psycho/psy antérieur :			
- TOP/TC :			
- Timidité :			
- Trouble du développement précoce :	précocité :		Tb « dys » :
- Autre :			

MODE DE VIE :

<u>Ecrans :</u>	Non/un peu	jeux pathologique
<u>Amis :</u>	aucun/très peu	normal/beaucoup
<u>Troubles du sommeil :</u>	Non/Légers	Intenses
<u>Investissement autre que les écrans :</u>	OUI	NON
<u>OH :</u>	Non/Occasionnel	Régulier/massif
<u>THC :</u>	Non/Occasionnel	Régulier/addictif

Symptômes actuels :

- manifestations somatiques :
- agoraphobie :
- phobie sociale :
- autre phobie :
- dépressivité
- attaque de panique :
- anxiété de séparation :
- scarifications :
- TS ou idées suicidaires :

CODE CIM 10 :

VII) REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

-
- ¹ Girardon N, Guillonnet J, « Phobie scolaire à l'adolescence », *Perspectives Psy* Vol. 48, n° 4 (1 décembre 2009): 375-381.
- ² Holzer, L., Halfon, O. (2006). Le refus scolaire. *Archives de pédiatrie*, 13, 1252-1258.
- ³ *Soins Pédiatrie-Puériculture*, N° 267, juillet/Août 2012, Dossier « La phobie scolaire ».
- ⁴ Johnson AM. (1941). School phobia. *Amer. J. Orthopsychiatry*, 11, 702-711.
- ⁵ Sperling M. (1972). Les phobies scolaires. Classification, dynamisme, traitement. *Revue Française de Psychanalyse*, 20 (2), 265-286.
- ⁶ Bowlby J. *Attachement et perte*. Paris : PUF, 1978.
- ⁷ Lebovici, S., Le Nestour, A. (1977). A propos des phobies scolaires graves. *La psychiatrie de l'enfant*, 1977, XX (2), 383-432.
- ⁸ Launay C. *L'hygiène mentale des écoliers de 6 à 10 ans*. Paris : PUF : 1959.
- ⁹ Ajuriaguerra J. *Manuel de Psychiatrie de l'enfant*. Paris, Masson, 1974.
- ¹⁰ Kearney CA, Silverman WK. A preliminary analysis of a functional model of assessment and treatment for school refusal behavior. *Behav Modif* 1990; 340-66.
- ¹¹ Kearney CA. *School refusal behavior in youth : a functional approach to assessment and treatment*. Washington, Dc; 2001.
- ¹² Honjo , Kasahara Y, Ohtaka K. School refusal in Japan. *Acta Paedopsychiatr* 1992;55:29-32.
- ¹³ Dugas M, Gueriot C. Les phobies scolaires. Etude clinique et psychopathologique. *Psychiatr Enfant*, 1977 ; 20:307-82.
- ¹⁴ Lida-Pulik H, Colin B, Basquin M. La phobie scolaire à l'adolescence. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1996 ; 44(5) :211-4.
- ¹⁵ Gal JM. *Contribution clinique et psychopathologique à l'étude des phobies scolaires de l'enfant et l'adolescent (thèse)*. Poitiers, 1993.
- ¹⁶ François-Poncet CM. La phobie scolaire. *Nervure*, 2002 ; 26(6) :27-31.
- ¹⁷ Birraux A. Refus scolaire et difficultés d'apprentissage à l'adolescence. *Encycl Med Chir. Psychiatrie*. 37-216-D10. Paris, France ; 1999, 4p.
- ¹⁸ N. Catheline, (2012), *Psychopathologie de la scolarité*. 3^{ème} édition, Paris : Masson.

-
- ¹⁹ Bailly, D. (2004). *L'angoisse de séparation chez l'enfant et l'adolescent* (2^{ème} édition). Paris : Masson.
- ²⁰ Marcelli, D, Braconnier, A. (2008). *Adolescence et psychopathologie* (7^{ème} édition). Paris : Masson.
- ²¹ Marra D, Garel P, Legendre C. Phobie scolaire et troubles de l'anxiété en milieu scolaire.
- ²² King NJ, Ollendick TH, Tonge BJ. School refusal : assessment and treatment. Boston, 1995.
- ²³ Desombre H, Fourneret P, Revol O, et al. Le refus scolaire anxieux. Archives de pédiatrie, 1999 ; 6 : 97-101.
- ²⁴ Miike T, Tomoda A, Jhodoi T, et al. Learning and memorization impairment in childhood chronic fatigue syndrome manifesting as school phobia in Japan. Brain Dev 2004; 26: 442-7.
- ²⁵ Holzer L, Plancherel B, Schwarz F, et al. Use of Repeatable Battery fort the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) in a psychiatric adolescent population (abstract). Schizophr Res 2004; 70s :106.
- ²⁶ Catheline N. (2006). Environnement scolaire de l'enfant et l'adolescent. EMC-Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-200-E-40.
- ²⁷ Botbol M, Barrere Y, Speranza M. Psychoses à l'adolescence. EMC. Psychiatrie/pédopsychiatrie, 37-215-B-30. Paris: Elsevier, SAS, 2005.
- ²⁸ Lamotte F, et al. Les phobies scolaires à l'adolescence. Neuropsychiatr Enfance Adolesc (2009), doi :10.1016/j.neurenf.2009.10.004
- ²⁹ Jeammet P. Réalité externe et réalité interne, importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. Rev Fr Psychanal 1980 ; 3-4 :481-521.
- ³⁰ Choffardet S. A propos d'un cas de phobie scolaire. Rev Fr Psychiatr Psychol Med, 2004 ; 74 :59-63.
- ³¹ Bos P. The separation individualisation process of adolescence. Psychoanal stud Child. 1965; 22:162-73.
- ³² Jeammet P. Diagnostic et évaluation des troubles psychiatriques à l'adolescence. Inf Psychiatr 2003 ; 79(8) : 701-8.
- ³³ Goëb JL, Durieux C. accueillir en hôpital de jour dans une unité d'hospitalisation à temps plein. Lettre Psychiatr Fr 2009, 184 :16-8.
- ³⁴ Anzieu D. Le Moi-peau. Paris : Dunod ; 1995.
- ³⁵ Golse B. (2002). Phobie scolaire, phobies scolaires. *Nervure*, XV (6), 24-26.
- ³⁶ Kearney CA, Silverman WK. Family environment of youngsters with school refusal behavior : a synopsis with implications for assessment and treatment. Am J Fam Ther 1995; 23: 59-72.

-
- ³⁷ Lacour-Gonay, C. Entre enfance et adolescence : des collégiens en mal d'apprendre. *Enfance&Psy*, 28 (3), 107-115.
- ³⁸ Kearney CA, Albano AM. The functional profiles of school refusal behavior. Diagnostic aspects. *Behav Modif* 2004 ; 28 : 147-61.
- ³⁹ Jeammet P. 1992. « La thérapie bifocale, une réponse possible à certaines difficultés à l'adolescence », *Adolescence*, 10,2, p. 371-383.
- ⁴⁰ Corcos, M. 1999. « La thérapie bifocale ». *Neuropsychiatrie de l'enfant et l'adolescent*, Vol 47, N°4.
- ⁴¹ Scharmann Guy « Rejets d'école à l'adolescence », *Enfance&Psy*, n° 2011/3 n°52, p78-88. DOI : 10.3917/ep.052.0078
- ⁴² Vacher-Neill, N. (2001). Un entre-deux, l'hospitalisation soins-études à long terme. *Enfance&Psy*, 13 (1), 101-107.
- ⁴³ Botbol, M. Mammari, N. Barrère, Y. (2006). Institutions soins études en psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte. *EMC Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 37-218-A-15.
- ⁴⁴ Vera L, Imbert M. Les phobies sociales. *Soins psychiatr* 1996 ; 183-184 : 17-8.
- ⁴⁵ Catheline N. Quand penser devient douloureux. Intérêt d'un travail thérapeutique de groupe en institution et avec médiateur dans la pathologie du jeune adolescent. *Psychiatr Enfant* 2001, XLIV (1) : 169-210.
- ⁴⁶ Catheline N. De la douleur au plaisir de penser : place de la médiation. In : *L'absentéisme scolaire, du normal au pathologique*. Paris : Hachette Littérature ; 2006.
- ⁴⁷ Jeammet P, Corcos M. Problématiques nouvelles à l'adolescence : la dépendance et ses aménagements. *Références psychiatriques*. Paris : Doin, 2000.
- ⁴⁸ Jeammet P. Les agirs à l'adolescence. *Rev prat Psychiatr* 1996 ; 1 :17-24.
- ⁴⁹ Kabuth B, Lozniewski R, Ferrand M, Vidailhet C. Phobie scolaire et hospitalisation pédiatrique : d'une séparation à l'autre. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1994 ;42(8-9) :561-3.
- ⁵⁰ Berg, I. Absence from school and mental health. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 154-66.
- ⁵¹ Elliott JG. School refusal : issues of conceptualisation, assessment, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40: 1001-12.
- ⁵² J-L. Gaspard et al. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 55 (2007) 367-373.
- ⁵³ Marcelli D. L'école, un facteur d'épanouissement, de stress ou d'angoisse chez l'enfant. Colloque de l'école buissonnière à la phobie scolaire : école, famille et soins, Caen, 21 mars 2012.
- ⁵⁴ Gentile et al, 2009

⁵⁵ Tejeiro Salguero, 2002