



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Thèse

Pour obtenir le grade de

Docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de médecine spécialisé

Par

Soumia Benbrika

Le 14 octobre 2010

**LE REFUS ANXIEUX SCOLAIRE :
A propos de 40 patients hospitalisés dans
le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy**

Composition du Jury :

Professeur D. SIBERTIN-BLANC

Président du jury

Professeur C. VIDAILHET

Membre du jury

Professeur B. KABUTH

Directeur de thèse

Docteur S. ZEYBEK

Membre du jury

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :
- 1^{er} Cycle :
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et
universitarisation études para-médicales »
- 2^{ème} Cycle :
- 3^{ème} Cycle :
- « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »
- « *DES Spécialité Médecine Générale* »
- Filières professionnalisées :
- Formation Continue :
- Commission de Prospective :
- Recherche :
- DPC :

Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ

Professeur Bernard FOLIGUET

M. Christophe NÉMOS

Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Francis RAPHAËL

M. Walter BLONDEL

Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur Didier MAINARD

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)
Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2^{ème} sous-section : (Physiologie)
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT
3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)
Professeur Ali DALLOUL
4^{ème} sous-section : (Nutrition)
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI
3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)
Professeur Christophe PARIS
3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)
Professeur Henry COUDANE
4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)
Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)
Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI
Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER
2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL
3^{ème} sous-section : (Immunologie)
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE
4^{ème} sous-section : (Génétique)
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT
2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)
Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A Notre Maitre et Président

Monsieur le Professeur Daniel Sibertin-Blanc

Professeur de Pédopsychiatrie

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger et de présider ce jury. Nous vous en remercions infiniment.

Nous sommes fières d'avoir été l'une de vos élèves et vous remercions pour la richesse de vos enseignements dont nous avons bénéficié durant les séminaires de pédopsychiatrie.

Par ce modeste travail, veuillez recevoir l'expression de notre plus grande estime et de notre plus profond respect.

A Notre Maitre et Juge

Madame le Professeur Colette Vidailhet

Professeur émérite de Pédopsychiatrie

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury et de juger notre travail.

Nous avons pu bénéficier de votre savoir-faire et de votre pratique psychiatrique lors de notre stage en pédopsychiatrie à Brabois enfants. Nous avons ainsi pu expérimenter les différents protocoles que vous avez mis en place.

Par ce modeste travail, veuillez recevoir l'expression de notre plus grande estime et de notre plus profond respect.

A notre Juge et Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Bernard Kabuth

Professeur de Pédopsychiatrie

Docteur en Psychologie

Nous vous sommes reconnaissante d'avoir accepté de diriger ce travail.

Nous sommes honorée de la confiance que vous nous avez témoignée tout au long de ce travail. Vous avez été d'une disponibilité rare, d'une bienveillance rassurante et de conseils inestimables.

Lors de notre stage en pédopsychiatrie dans votre service, nous avons été initiée à l'exercice de la psychiatrie de l'enfant et l'adolescent. Nous nous sommes étonnée d'y avoir pris goût grâce à votre savoir pédagogique et à la passion d'exercer que vous nous transmettez.

Que ce modeste travail soit pour nous l'occasion d'exprimer notre gratitude et notre plus profond respect.

A Notre Juge et membre du Jury

Madame le Docteur Sandrine Zeybek

Docteur en Médecine

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury et de juger notre travail.

Lors de notre stage en pédopsychiatrie dans votre unité, nous avons apprécié de travailler à vos côtés et d'échanger autour des différentes situations cliniques. Vous nous avez permis d'approfondir notre pratique dans le domaine.

Veillez recevoir par ce modeste travail l'expression de notre plus profond respect.

UN GRAND MERCI à tous ceux qui m'ont aidée à élaborer ce travail :

A Marie Chantal DOSCH, pour ta disponibilité, ton soutien moral et ton aide si précieuse.

A Fabienne Ligier, pour ton aide à des moments critiques, pour ton écoute et ta disponibilité.

A l'équipe du Département d'Information Médicale du Centre Psychothérapie de Nancy,
pour m'avoir aidée à faire de ce travail ce qu'il est.

A l'équipe d'épidémiologie de Brabois, qui nous a permis d'avoir plus d'éclairage à nos
questions.

Au Docteur Bouvel, en dehors du grand savoir que vous nous avez transmis durant
notre stage dans votre service, merci de nous avoir permis de profiter de votre bureau si
confortable pour les moments de labeur.

A toute l'équipe de Brabois enfants : à Leila, Denis, Nelly, Delphine, Orlane , Loic et à
l'équipe infirmière du service. Merci pour votre accueil chaleureux présent à tout moment.

UNE PENSEE TOUTE PARTICULIERE POUR :

Ma famille, toujours présente, toujours soutenante.....Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir toujours encouragée.

A mes amis de première heure : Carine, Frédéric et Madeleine. Nous avons fait un bout de chemin ensemble et j'espère que la route est encore longue...

A toi Karima : tu es ma famille d'adoption lorraine...tu as su mettre du soleil là où il faisait moche...A ta joie, ta bonne humeur, tes conseils, à nos moments ensemble.....merci.

A Fabrice, David et Anne : Merci pour votre accueil. Aux moments festifs et joyeux que nous avons passés ensemble.

A Françoise : Merci pour ton soutien, ton accueil et ta présence.

A Jérôme et Dorothée : Pour nos « After Work » qui se sont raréfiés les derniers mois pour la bonne cause...Merci pour votre soutien.

A tous ceux que j'aime.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

SOMMAIRE

Introduction	14
I. Première partie : étude	17
A. Présentation de l'étude	17
1. Hypothèse et questions	17
2. Objectifs de l'étude	17
3. Description de l'étude	18
4. Recueil de données	19
5. Données recueillies	20
a. Année d'admission	20
b. Données relatives à la situation socio-familiales de l'enfant ou adolescent	20
c. Situation scolaire de l'enfant ou adolescent	20
d. Antécédents somatiques et psychiatriques du patient et de sa famille	21
e. Données sur l'installation et la prise en charge du refus anxieux scolaire avant l'hospitalisation	21
f. Modalités d'hospitalisation dans le service	22
g. Présentation clinique globale pendant l'hospitalisation	23
h. Prise en charge hospitalière proposée	23
i. Evolution pendant l'hospitalisation	24
j. Prise en charge post hospitalière proposée	24
k. Evolution à 3 et 12 mois	24
l. Prise en charge socio-judicaire	25
6. Saisie des données	25
B. Résultats : Description de la population entière	26
1. Répartition du nombre d'admission par année	26
2. Situation sociodémographique et familiale	26
a. Age et sexe	26
b. Lieu de vie des patients	28
c. Situation du couple parentale	29
d. Place dans la fratrie	30

e. Catégorie professionnelle des parents-----	30
3. Situation scolaire des patients-----	31
a. Classe au début du refus anxieux scolaires-----	31
b. Niveau scolaire-----	32
4. Antécédents somatiques et psychiatriques du patient et de sa famille-----	32
a. Antécédents somatiques personnels-----	32
b. Antécédents somatiques parentaux-----	33
c. Antécédents psychiatriques parentaux-----	33
d. Antécédents psychiatriques dans la fratrie-----	34
e. Antécédents psychiatriques personnels-----	35
f. Existence de Difficultés de séparation -----	36
5. Données sur l'installation et la prise en charge du refus anxieux scolaire avant l'hospitalisation-----	38
a. Modalités d'installation du refus anxieux scolaires-----	38
b. Sévérité de la déscolarisation au moment de l'hospitalisation-----	38
c. Prise en charge hospitalière ambulatoire antérieure-----	38
d. Délai entre l'apparition du refus anxieux scolaire et le moment d'hospitalisation-----	39
6. Modalités d'hospitalisation dans le service-----	40
a. Mode d'admission-----	40
b. Motif d'hospitalisation-----	40
7. Présentation clinique globale pendant l'hospitalisation-----	41
a. Refus anxieux scolaire et diagnostics associés-----	41
b. Typologies des diagnostics associés-----	41
c. Les associations entre les différents diagnostics autres que le refus anxieux scolaire -----	43
d. Les traits de caractères dominats-----	43
e. Capacités cognitives-----	44
8. Prise en charge hospitalière proposé-----	45
a. Durée du séjour-----	45
b. L'intégration au protocole « phobie scolaire »-----	45
c. Le traitement psychotrope-----	45

d. Lien avec l'établissement scolaire-----	49
9. Evolution Lors de l'hospitalisation-----	49
a. Reprise de la scolarité pendant le séjour-----	49
b. Evolution de l'état psychique-----	50
c. Modification positive de la dynamique familiale-----	50
10. Prise en charge après proposée hospitalisation-----	51
11. Evolution à 3 et 12 mois-----	52
a. Suivi ambulatoire-----	52
b. Scolarité ordinaire-----	52
c. Cours par correspondance (CNED) -----	53
d. Etat psychologique de l'enfant ou adolescent-----	53
e. Nouvelle hospitalisation-----	56
f. Intervention socio-judiciaire-----	57
C. Résultats : Le profil clinique des patients bénéficiant du protocole « phobie scolaire »	
1. Répartition du nombre d'admission par année-----	58
2. Situation sociodémographique et familiale -----	59
a. Age et sexe-----	59
b. Lieu de vie des patients-----	60
c. Situation du couple parentale-----	61
d. Place dans la fratrie-----	61
e. Catégorie professionnelle des parents-----	61
3. Situation scolaire des patients-----	62
a. Classe au début du refus anxieux scolaires-----	62
b. Niveau scolaire-----	63
4. Antécédents somatiques et psychiatriques du patient et de sa famille-----	63
a. Antécédents somatiques personnels-----	63
b. Antécédents somatiques parentaux-----	64
c. Antécédents psychiatriques parentaux-----	64
d. Antécédents psychiatriques dans la fratrie-----	66
e. Antécédents psychiatriques personnels-----	66
f. Existence de Difficultés de séparation -----	67
5. Données sur l'installation et la prise en charge du refus anxieux scolaire avant l'hospitalisation-----	67

a.	Modalités d'installation du refus anxieux scolaires-----	67
b.	Sévérité de la déscolarisation au moment de l'hospitalisation-----	67
c.	Prise en charge hospitalière ambulatoire antérieure-----	68
d.	Délai entre l'apparition du refus anxieux scolaire et le moment d'hospitalisation----	68
6.	Modalités d'hospitalisation dans le service-----	69
a.	Mode d'admission-----	69
b.	Motif d'hospitalisation-----	69
7.	Présentation clinique globale pendant l'hospitalisation-----	70
a.	Refus anxieux scolaire et diagnostics associés-----	70
b.	Typologies des diagnostics associés-----	71
c.	Les traits de caractères dominats-----	72
d.	Capacités cognitives-----	73
8.	Prise en charge hospitalière proposé-----	75
a.	Durée du séjour-----	75
b.	Le traitement psychotrope-----	76
c.	Lien avec l'établissement scolaire-----	77
9.	Evolution Lors de l'hospitalisation-----	77
a.	Reprise de la scolarité pendant le séjour-----	77
b.	Evolution de l'état psychique-----	77
c.	Modification positive de la dynamique familiale-----	78
10.	Prise en charge après proposée hospitalisation -----	79
11.	Evolution à 3 et 12 mois-----	79
a.	Suivi ambulatoire-----	79
b.	Scolarité ordinaire-----	80
c.	Etat psychologique de l'enfant ou adolescent-----	82
d.	Nouvelle hospitalisation-----	83
e.	Intervention socio-judiciaire-----	83

II. Deuxième partie : Discussion -----85

A. Notre effectif et l'incidence d'hospitalisation annuelle-----85

- | | | |
|----|---------------------------|----|
| 1. | L'effectif----- | 85 |
| 2. | L'incidence annuelle----- | 86 |

B. Situation sociodémographique et familiale des patients -----87

- | | | |
|----|-----------|----|
| 1. | Age ----- | 87 |
|----|-----------|----|

2. Sexe-----	88
3. Situation du couple parentale-----	89
4. La place dans la fratrie-----	89
5. Catégorie socio professionnelle des parents -----	90
C. Situation scolaire du patient-----	91
1. Classe au début du refus anxieux scolaire-----	91
2. Niveau scolaire-----	92
D. Le terrain familial et personnel-----	93
1. Le terrain familial-----	93
a. Les antécédents somatiques parentaux-----	93
b. Les antécédents psychiatriques parentaux-----	93
2. Le terrain personnel-----	95
a. Les antécédents somatiques-----	97
b. Les antécédents psychiatriques-----	97
c. Les capacités cognitives-----	97
d. Les traits de caractères-----	98
E. Du symptôme scolaire à l'hospitalisation-----	100
1. Les formes du refus anxieux scolaires : aigue ou chronique-----	100
2. Quand l'hospitalisation s'impose-elle ?-----	101
3. les objectifs de l'hospitalisation-----	102
F. Le refus anxieux scolaire : tableau clinique global-----	103
1. Le refus anxieux scolaire : symptôme ou maladie ?-----	103
2. Les troubles psychiatriques associés au refus anxieux scolaire-----	104
3. Le refus anxieux scolaire et le trouble angoisse de séparation-----	105
a. Comprendre le refus anxieux scolaire à travers l'angoisse de séparation-----	105
b. La prévalence du trouble ADS dans le refus anxieux scolaire-----	107
4. Refus anxieux scolaire et les troubles thymiques-----	107
a. Refus anxieux scolaire à travers la dépression-----	107
b. La prévalence des troubles thymique dans le refus anxieux scolaire-----	108
5. Refus anxieux scolaire et le trouble phobique-----	109
a. La prévalence des troubles phobiques dans le refus anxieux scolaire-----	109
b. Comprendre le refus anxieux scolaire à travers les troubles phobiques-----	110

6. Refus anxieux scolaire et les autres troubles anxieux (agoraphobie et trouble panique) -----	111
7. Refus anxieux scolaire et les troubles du comportement-----	111
G. La prise en charge proposée dans le service de pédopsychiatrie de Brabois enfants---	113
1. La prise en charge proposée par le service de pédopsychiatrie de Brabois enfant---	113
2. La reprise scolaire dans le refus anxieux scolaires-----	115
3. La durée de séjour-----	116
4. Le traitement psychotrope-----	117
a. Les antidépresseurs-----	118
b. Les benzodiazépines-----	120
c. Autres psychotropes-----	120
5. Le lien avec l'école-----	121
H. Le devenir des patients avec refus anxieux scolaire-----	122
1. Le devenir scolaire-----	123
a. Dans la littérature-----	123
b. Dans notre étude-----	123
2. Le devenir psychique-----	125
a. Le suivi ambulatoire-----	125
b. L'état psychologique-----	126
I. Place d'une intervention socioéducative dans la prise en charge du refus anxieux scolaire-----	130
J. Biais de notre étude-----	131
1. Biais de mesure-----	131
2. Biais de classement-----	132
3. Biais de sélection-----	132
4. Biais des perdus de vue-----	132
K. Conclusions de l'étude et perspectives -----	133
1. Conclusions de l'étude-----	133
2. Perspectives-----	134

III. Troisième partie : Vers de nouvelles propositions de prise en charge du refus anxieux scolaire	135
A. La thérapie cognitive et comportementale	135
1. Naissance et principe de la thérapie cognitive et comportementale	135
2. Efficacité de la thérapie cognitive et comportementale dans le refus anxieux scolaire ¹	135
3. Limites de la thérapie cognitive et comportementale	136
4. Intervention cognitive et comportementale auprès des parents	137
B. Un exemple de prise en charge du refus scolaire : l'analyse fonctionnel et son application thérapeutique	138
1. L'analyse fonctionnelle du refus scolaire	138
2. L'application thérapeutique de refus scolaire	141
C. Proposition d'algorithme de prise en charge	142
 Conclusion	 144
 Annexes	 146
 Bibliographie	 150

INTRODUCTION

L'absentéisme scolaire touche environ 10% des enfants et adolescents en âge scolaire ⁽¹¹³⁾. Il peut être ponctuel, intermittent ou permanent. Lorsqu'il se prolonge ses conséquences ne sont pas à négliger. En effet, Ses répercussions peuvent être d'ordre psychologique, familial social voire professionnel.

Le refus anxieux scolaire est l'une des causes de cet absentéisme scolaire. Il concerne 1 à 2% de la population d'enfants et adolescents en âge scolaire (Cabrol 1996 ⁽²⁹⁾, Egger costello et al 2003 ⁽⁴⁰⁾) et jusqu'à 8% de ceux consultant en psychiatrie (Legaluder et al 2009 ⁽⁹³⁾, Hersov ⁽⁵³⁾). Son incidence est en augmentation.

Qu'est ce le refus anxieux scolaire? Anciennement appelée « phobie scolaire », cette entité clinique a été identifiée pour la première fois en 1932 par Broadwin, psychiatre américain. Dans son article « des fugues des écoliers » ⁽²⁸⁾, l'auteur distingue une forme typique d'absentéisme scolaire qui est l'école buissonnière ou « truancy » d'une forme atypique. Cette deuxième forme concerne des enfants qui refusent de se rendre à l'école pour rester au domicile parental afin de s'assurer que rien n'arrive à leur mère. Puis en 1941 Johnson et al ⁽⁶¹⁾ s'intéressent à ce type d'absentéisme scolaire qu'ils nomment pour la première fois «phobie scolaire ». La phobie scolaire concerne « *des enfants qui pour des raisons irrationnelles refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer* ». Pour ces auteurs, ce trouble s'attache à une problématique de séparation mère enfant. D'autres auteurs (Waldfogel et collaborateurs ⁽¹⁴⁷⁾) liront ce trouble sous l'angle de la phobie au sens Freudien du terme. L'enfant déplace sur l'école ses angoisses en lien avec la relation à sa mère. Par la suite, Hersov, Warren et Launay utiliseront le terme de refus anxieux scolaire pour parler de la même entité clinique. Ce terme a l'avantage de ne pas laisser transparaître une orientation psychopathologique particulière à cette situation clinique.

Au début des années 1980, le refus anxieux scolaire est abordé de façon plus globale dépassant le cadre de l'angoisse de séparation ou de la phobie. C'est alors une défaillance narcissique (Quere 1984 ⁽¹²³⁾, lida Pulik ⁽⁹⁷⁾), une inhibition psychique (lida Pulik ⁽⁹⁷⁾, Birraux ⁽¹⁹⁾), une pathologie de l'agir (Jeammet ⁽⁵⁸⁾) qui sont mis au premier plan. La tonalité

dépressive est aussi retrouvée notamment à l'adolescence par certains auteurs (Braconnier⁽²⁶⁾, Marcelli⁽¹⁰²⁾).

Le traitement du refus anxieux scolaire aigu et transitoire concerne les médecins généralistes et pédiatres (Holzer)⁽⁵⁶⁾. Pour les formes qui persistent la prise en charge intéressera les psychiatres et pédopsychiatres. Initialement, c'est la psychothérapie d'inspiration analytique qui a été le traitement de choix. Puis l'arsenal thérapeutique s'est vu enrichir par l'apport de la chimiothérapie, de la thérapie cognitive et comportementale et des interventions psycho éducatives. Les difficultés pouvant être rencontrées par le thérapeute sont d'une part de savoir dans quel cas utiliser quels moyens thérapeutiques et d'autre part l'objectif de soins à privilégier : reprise de la scolarité immédiate ? Gestion du reste de la symptomatologie présentée par le patient d'abord ?

Lors de notre stage en pédopsychiatrie dans le service du Professeur Kabuth à l'hôpital Brabois enfants, nous avons été confrontés à de multiples situations de refus anxieux scolaire. Nous avons été interpellés par la diversité des tableaux cliniques. Nous nous sommes alors légitimement demandés si le refus anxieux scolaire avait une spécificité clinique ou s'il n'était que le reflet chez l'enfant et l'adolescent d'un trouble psychopathologique plus global. Dans ce dernier cas, de quel ordre est le trouble ?

En outre, ce service hospitalier propose une prise en charge standardisée à de tels patients. Cette prise en charge a comme objectif principal une reprise scolaire depuis l'hôpital après une période de séparation thérapeutique. Les modalités de déroulement de ce protocole sont jointes en annexe.

Cependant, ce protocole (appelé protocole « phobie scolaire ») n'est pas proposé à tous les patients ayant un refus anxieux scolaire alors même qu'il n'y a pas de critères bien établis à l'avance quant à l'inclusion. Nous nous sommes interrogés sur le profil des patients bénéficiant d'une telle prise en charge et sur la prise en charge proposée aux autres patients (avec refus anxieux scolaire mais sans protocole).

Ainsi, notre travail se présentera comme suit :

- ✓ Une première partie faite d'une étude menée sur 40 patients hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie à l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy et manifestant un

refus anxieux scolaire. Nous nous sommes notamment attachés à faire une description sociodémographique et clinique de ces patients. Puis nous nous sommes intéressés à relater la prise en charge proposée par le service en distinguant celle basée sur le protocole « phobie scolaire » du reste. Enfin, nous avons tenté d'avoir une appréciation de l'évolution de ces patients à 3 et 12 mois après leur sortie d'hospitalisation. Pour notre part, cette évolution est en partie le reflet de la qualité de la prise en charge hospitalière.

- ✓ Une deuxième partie concerne la confrontation de nos résultats à ceux de la littérature en retirant les points essentiels actuellement admis en ce qui concerne la psychopathologie et la prise en charge du refus anxieux scolaire en France et dans le monde.
- ✓ Dans la troisième et dernière partie, nous évoquons la thérapie cognitive et comportementale appliquée au refus anxieux scolaire. Ce moyen thérapeutique prometteur a fait l'objet de nombreuses publications avec une certaine efficacité démontrée. Nous décrirons ensuite l'analyse fonctionnelle du refus scolaire, un exemple de prise en charge proposée par les anglo-saxons basée sur les théories cognitives et comportementales. Pour finir, nous tenterons d'élaborer un algorithme de prise en charge du refus anxieux scolaire intégrant les différentes données de la littérature et de notre étude.

I. PREMIERE PARTIE : ETUDE

A. Présentation de l'étude

1. Hypothèses et questions

Ainsi comme nous venons de l'exposer, le refus anxieux scolaire semble s'inscrire dans des tableaux cliniques hétérogènes. Notre hypothèse principale est que **le refus anxieux scolaire n'est qu'un syndrome s'intégrant dans un trouble psychiatrique plus global dont la nature peut être diverse.**

Aussi, la question des modalités de prise en charge reste ouverte. Faut-il s'attaquer à la reprise de la scolarité en priorité ? Faut-il au contraire gérer en premier lieu le trouble psychiatrique associé ? Faut-il adapter cette prise en charge aux comorbidités ?

Notre deuxième hypothèse en découlant est que **la prise en charge du refus anxieux scolaire doit être adaptée à chaque patient.** Qu'en est-il de la prise en charge proposée à Brabois ? Nous avons vu qu'elle n'était pas univoque et que certains avaient le protocole et pas d'autres. Quels sont alors les éléments que le thérapeute de Brabois prend en compte pour orienter la prise en charge ?

2. Objectifs de l'étude

Les objectifs principaux de cette étude sont de décrire la prise en charge proposée aux patients hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy et présentant un refus anxieux scolaire après avoir relevé les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des enfants et adolescents.

Puis nous tenterons d'établir le profil des patients bénéficiant du protocole. Pour cela, nous comparerons le groupe des enfants et adolescents entrant dans le protocole au groupe n'en bénéficiant pas.

Enfin, nous évaluerons l'évolution de notre population durant l'hospitalisation puis à trois et douze mois. Nous comparerons ainsi l'évolution des deux groupes.

3. Descriptions de l'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et observationnelle menée sur la population d'enfants et adolescents hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy entre le 01/01/2004 et le 31/12/2008.

Le choix de la période concernée a été motivé par d'une part la nécessité d'avoir au moins 12 mois de recul quant à l'hospitalisation, et d'autre part par la nécessité de limiter le travail fastidieux qu'a été la sélection de notre échantillon.

En effet, le refus anxieux scolaire ne figure pas en tant que trouble à part entière dans les classifications internationales que sont le DSM-IVTR et la CIM-10. Or la saisie des diagnostics dans le service se fait via la CIM-10.

Deux possibilités se sont présentées à nous. La première aurait été celle de sélectionner toutes les personnes pour lesquelles les diagnostics concernent le trouble angoisse de séparation (F93) ou les troubles anxieux phobique (F 40). La deuxième était de consulter tous les dossiers des patients hospitalisés pendant la période concernée et de sélectionner les patients présentant une symptomatologie de refus anxieux scolaire.

Nous avons opté pour la deuxième méthode afin de ne pas préjuger d'emblée des catégories diagnostiques du refus anxieux scolaire.

Ainsi sur les 665 dossiers de patients hospitalisés entre le 01/01/2004 et le 31/12/2008, nous avons retenu les patients ayant la symptomatologie généralement décrite dans le refus anxieux scolaire et qui comprend:

- Des manifestations anxieuses physiques ou somatiques en rapport avec le fait d'aller à l'école. Ces manifestations pouvaient se produire aussi bien au moment de se rendre en classe que les jours précédents. Dans ce dernier cas, c'est l'anticipation de se rendre en cours qui était à l'origine des symptômes. Bien sur nous nous sommes assurés de vérifier que les plaintes somatiques n'étaient pas en rapport avec un trouble organique avéré.
- **et** un absentéisme scolaire partiel ou total en rapport avec le refus anxieux scolaire.

- L'enfant ou adolescent pouvait justifier son refus d'aller à l'école et ses angoisses par la peur du regard des autres, la peur d'être agressé, ou encore la peur de ne pas réussir. Nous nous sommes assurés que ces craintes étaient irrationnelles, dépassant la réalité.

Nous avons exclu tous les patients qui présentaient un absentéisme scolaire en lien avec :

- L'école buissonnière, à savoir les cas où l'enfant ou adolescent s'absente de l'école pour s'occuper autrement.
- Un désinvestissement scolaire d'ordre dépressif sans manifestations anxieuses.
- Un désinvestissement scolaire stigmaté d'un apragmatisme psychotique et qui ne s'accompagne pas d'angoisse manifeste.

Au total, nous avons retenu **40 patients** qui remplissaient tous les critères suivants :

-hospitalisation dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy

-entre le 01/01/2004 et le 31/12/2008

-avec la symptomatologie du refus anxieux scolaire.

4. Recueil de données

Nous nous sommes servis du dossier médical de chaque patient. Nous avons à disposition la partie du dossier informatisé et accessible via le logiciel CIMAISE et la partie du dossier papier.

Pour la partie suivi à 3 et 12 mois, nous avons, outre le dossier médical, fait appel soit à des collègues par téléphone soit aux familles elles-mêmes. Les familles ont aussi été jointes par téléphone.

5. Données recueillies

Pour chaque patient nous avons recherché les éléments suivants :

a. Année d'admission

Nous avons recensé le nombre de patients hospitalisés par année en comptant 2004, 2005, 2006, 2007 et 2008.

b. Données relatives à la situation socio familiale de l'enfant :

Sont ici relevés :

-l'**âge de début des troubles**,

- **le sexe**,

- **le lieu de vie** en précisant le département et la distance entre le domicile parental et l'hôpital Brabois Enfants (CHU de Nancy),

-**la place dans la fratrie**. Nous avons retenu les places d'enfant unique, aîné et benjamin. Lorsque le patient occupait une autre place nous l'avons alors classé dans « autre place ».

- **la situation du couple parental**. Trois situations ont été choisies : parents en couple, parents séparés mais tous deux présents dans la vie du patient, et parent isolé (soit que l'un des parents est inconnu soit qu'il est décédé).

-et **le niveau socioéconomique des deux parents**. Pour cette dernière donnée nous nous sommes aidés de la grille de nomenclature des catégories socioprofessionnelles selon l'INSEE (l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Ainsi nous avons classé chacun des parents dans l'une des 8 catégories (Cf annexes).

c. Situation scolaire de l'enfant :

Nous avons retenu ici :

- **la classe de début des troubles**. Pour cette donnée, nous avons isolé les tranches suivantes : CP, CE 1 à CM2, 6^{ème}, 5^{ème} à la 3^{ème}, 2de, et première -Terminale. Le CP, la 6^{ème} et la seconde nous ont semblé être des classes charnières et de fait nous avons préféré les isoler des autres classes.

-et **le niveau scolaire du patient** en précisant s'il avait un retard scolaire (d'au moins un an) ou au contraire avance et s'il y avait des difficultés d'apprentissages sans redoublement.

d. Les antécédents médicaux et psychiatriques de l'enfant et sa famille nucléaire :

Ont été recherchés:

- **Les antécédents somatiques personnels.** Nous n'avons considéré que les maladies chroniques ou les maladies ayant occasionné une ou plusieurs hospitalisations. Nous nous sommes limités à retenir la pathologie principale quand il y en avait plusieurs.

- **Les antécédents somatiques parentaux.** Pour cette donnée nous nous sommes limités à préciser si l'un des deux parents avait une maladie organique chronique.

- **Les antécédents psychiatriques personnels.** Ici aussi nous avons pris en considération l'antécédent principal, qu'il ait nécessité un suivi régulier ou une simple consultation.

- **Les antécédents psychiatriques parentaux.** Nous n'avons gardé que l'antécédent principal chez chacun des deux parents.

- **Les antécédents psychiatriques** dans la fratrie. Nous nous sommes limités à préciser leur existence ou absence.

-Enfin nous avons recherché s'il y avait eu, de la part du patient, durant l'enfance, **des difficultés de séparation** (à savoir pleurs excessifs à la rentrée en maternelle ou refus de toute expérience de séparation). Nous avons retenu cette donnée même si elle n'a pas toujours entraîné une consultation spécialisée.

e. Données concernant l'installation et la prise en charge ambulatoire du refus anxieux scolaire :

Ont été précisés :

- **le mode d'installation de la symptomatologie.** Nous avons défini par convenance que lorsque l'absentéisme scolaire ainsi que la manifestation anxieuse associée à l'école

devenaient réguliers en moins de 3 mois alors le refus anxieux scolaire est à installation aiguë. Au delà de 3 mois, on dira que le refus s'est installé de façon insidieuse.

-La sévérité de la déscolarisation au moment de l'hospitalisation. Quand l'enfant ou adolescent n'a pas été à l'école durant au moins une semaine entière, sans qu'aucune raison médicale ne soit présente, alors nous dirons que l'absentéisme dû au refus anxieux scolaire est total. Lorsque l'enfant arrivait malgré tout à aller en cours par intermittence alors l'absentéisme dû au refus anxieux scolaire est considéré partiel.

- La prise en charge ambulatoire avant l'hospitalisation. Pour la prise en charge ambulatoire antérieure à l'hospitalisation nous avons cherché à savoir s'il y en avait une. Nous avons alors précisé si elle était spécialisée (psychologue et/ou psychiatre) ou si elle se faisait en soins primaires.

-Et le délai entre l'apparition du refus scolaire anxieux et l'hospitalisation dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy. Ce délai concerne le temps écoulé entre l'apparition de la symptomatologie refus scolaire et l'hospitalisation dans le service.

f. Les modalités d'hospitalisation dans le service :

Nous avons recherché :

-Le mode d'admission. Nous avons distingué les hospitalisations programmées de celles qui sont survenus au décours immédiat du passage par les urgences pédiatriques de l'hôpital Brabois enfants.

Pour les hospitalisations programmées, soit le spécialiste suivant l'enfant en ambulatoire s'adressait directement aux médecins psychiatres du service pour convenir avec eux d'une date d'admission ; soit c'est lors d'un passage par les urgences pédiatriques de Brabois enfants que le psychiatre ayant vu le patient décidait d'une hospitalisation mais de façon différée ; soit enfin ce sont les parents qui ont directement pris contact avec les médecins du service ; dans ce dernier cas c'est seulement après plusieurs entretiens que la décision de l'hospitalisation est prise.

- Et le motif d'admission.

g. La présentation clinique globale pendant l'hospitalisation :

Outre le refus scolaire anxieux, que nous avons mis en diagnostic principal, nous avons voulu relever:

-**L'existence ou non** d'autres troubles psychiatriques.

-Lorsqu'il y avait des comorbidités, nous avons précisé **le nombre et le type de** ces dernières. Après relecture attentive de chaque dossier, nous avons classé le ou les troubles psychiatriques associés à l'aide du DSM-IVR.

- **le trait de caractère pathologique dominant**. C'est après la lecture attentive de chaque dossier que nous avons pu relever un ou des traits de caractères dominants pour chaque patient. Nous nous sommes référés pour cette donnée à la fois à l'observation clinique lors de l'hospitalisation mais aussi aux éléments rapportés par les parents.

Nous avons retenu comme trait de caractère pathologique tout trait entravant le développement psychoaffectif de l'enfant ou adolescent.

Pour cette donnée, nous n'avons fait appel à aucune classification particulière.

-Les résultats du **bilan cognitif** sont rapportés, lorsqu'une évaluation a été faite.

h. Prise en charge hospitalière proposée :

En dehors des entretiens individuels et familiaux dont tous les patients hospitalisés bénéficient, nous avons tenu à savoir s'il y avait eu :

- **Intégration au protocole « phobie scolaire »**.

- **Prescription de psychotrope**. Quand il y avait un traitement psychotrope nous avons précisé la classe de ce dernier.

- **Lien avec l'école**. On dira qu'un lien est fait avec l'école quand au moins un appel téléphonique est passé par un membre du personnel à l'établissement scolaire. Il peut s'agir de réunion commune entre les intervenants scolaires et médicaux.

i. Evolution lors de l'hospitalisation :

Cette dernière a été appréciée par :

- **La reprise de la scolarité pendant l'hospitalisation.** Celle-ci est évaluable uniquement pour les patient ayant bénéficié de la réintégration scolaire durant le séjour.

- Par **l'amélioration de l'état psychique.** Dans cette rubrique nous avons considéré l'amendement de la manifestation anxieuse en lien avec la scolarité et/ou l'amélioration du trouble psychiatrique associé. Nous nous sommes référés à l'appréciation du clinicien notée dans le dossier médical. Cette appréciation reste pour une part subjective.

-Et par **les modifications positives survenues dans la dynamique familiale.** Sans juger du fonctionnement de cette dernière, a été noté comme changement positif le fait qu'une famille ait tenu compte des conseils du thérapeute et ait mis en application ces derniers. Pour exemple, a été jugé positif le fait que le père soit plus présent pour l'éducation de son enfant ou adolescent.

j. Prise en charge post hospitalière proposée :

En dehors de l'organisation du suivi externe par un psychiatre ou psychologue, nous avons relevé si l'enfant a intégré en plus un hôpital de jour ou un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

k. Evolution à 3 et 12 mois :

Cette dernière s'est faite sur :

-la **poursuite ou non du suivi ambulatoire,**

-le **temps de la scolarisation ordinaire,**

-l'**initiation ou non d'une scolarité par correspondance,**

-l'**état psychologique de l'enfant.** Au travers des éléments notés par le clinicien (psychologue ou psychiatre) ou des dires des parents, nous avons précisé si l'état psychologique de l'enfant est resté identique à celui de la sortie d'hospitalisation, s'il

s'était amélioré ou si au contraire il s'était dégradé. Pour exemple, nous avons recherché si l'humeur s'était altérée, si les moments d'angoisse avaient diminué, si l'isolement s'était majoré...

-**Une nouvelle hospitalisation en psychiatrie** (dans le service mais aussi dans d'autres services du secteur) durant cette période. Nous avons alors précisé le motif de l'hospitalisation.

I. Prise en charge socio- judiciaire

Nous avons voulu savoir si l'enfant ou adolescent a été placé durant la période que nous avons retenue.

Nous avons aussi recherché si une aide éducative a été mise en place pour l'enfant ou l'adolescent.

6. Saisie des données

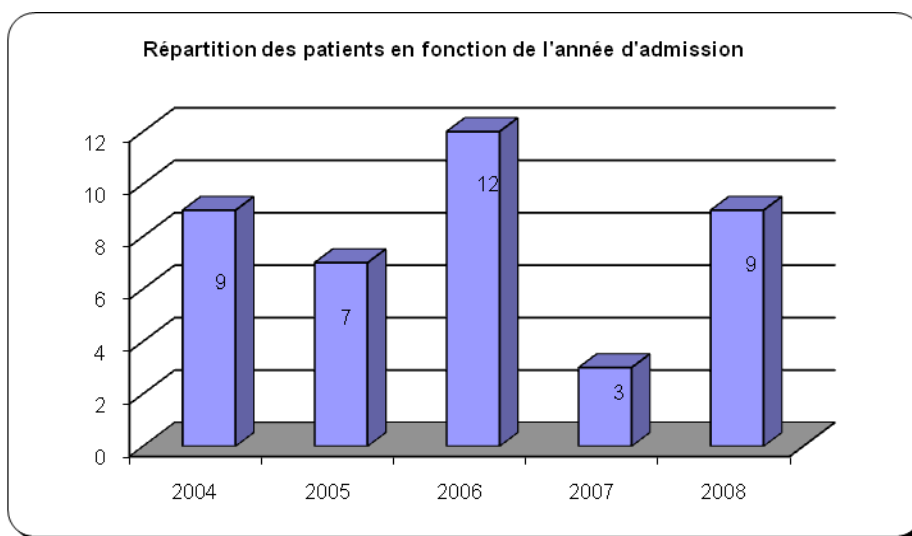
La saisie des données s'est faite à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

La réalisation du masque de saisie des données ainsi que l'analyse statistique s'est faite avec la contribution du département d'information médicale du centre psychothérapique de Nancy (le DIM) ainsi que du service d'épidémiologie clinique du CHU de Nancy. Nous avons utilisé pour ce faire les logiciels SPHINX et SAS.

B. Résultats : Description de la population entière

1. Répartition du nombre d'admission en fonction de l'année

Ainsi entre le 01/01/2004 et le 31/012/2008 nous avons **recueilli 40 patients** hospitalisés présentant la symptomatologie du refus anxieux scolaire. On relève 9 patients admis en 2004 et 2008, 5 en 2005, 12 en 2006 et 3 en 2007. On peut représenter cette répartition comme suit :



Nous pouvons noter un nombre de patients admis maximum en 2006 et un nombre minimum en 2007. L'année 2007 semble être une année où le nombre de patients, hospitalisés et présentant un refus anxieux scolaire, est faible.

Nous ne remarquons pas d'augmentation du nombre de patients admis entre 2004 et 2008.

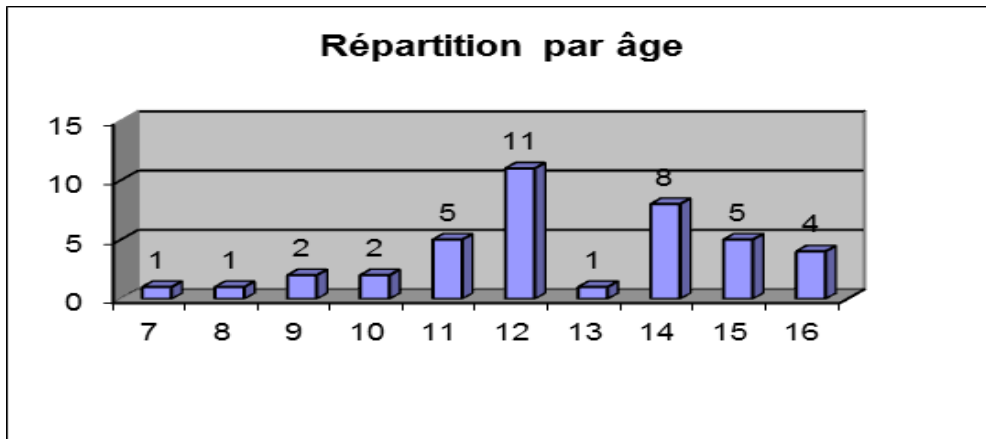
2. Données relatives à la situation sociodémographique et familiale de l'enfant ou de l'adolescent

a. Age et sexe

On relève 20 garçons et 20 filles parmi les 40 patients hospitalisés, soit un sex-ratio égal à 1 dans notre population.

Tout sexe confondu, l'âge maximal de début des troubles observé est de 16 ans et l'âge minimal est de 7 ans, la moyenne d'âge étant de 12.6 ans (+/- 2.26).

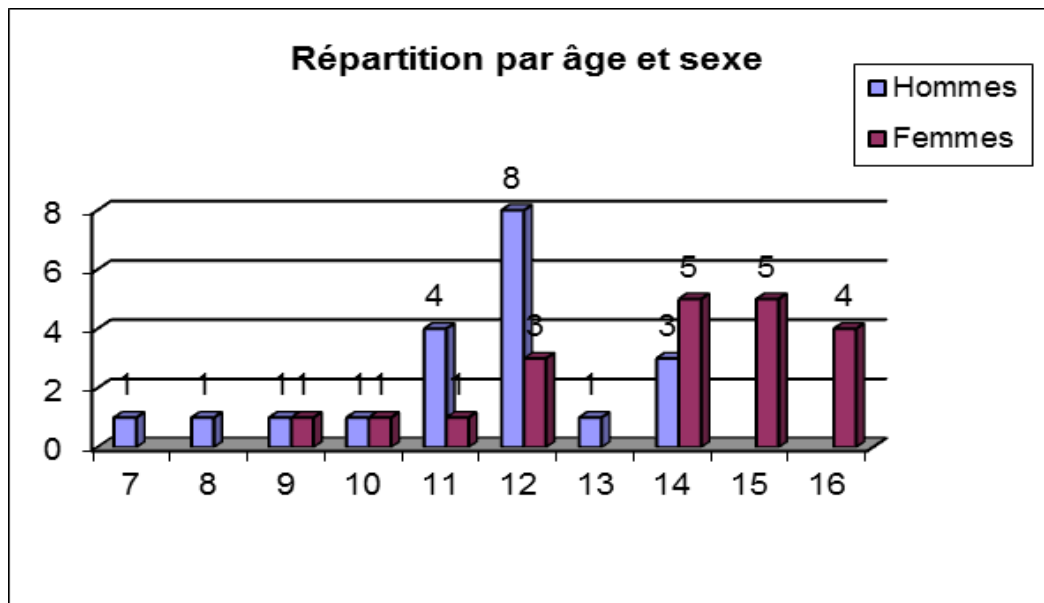
Les patients se répartissent comme suit :



On voit que 12 ans est l'âge le plus représenté avec 11 patients soit 27.5% de l'effectif global (n=40).

On peut aussi noter que 18 patients ont 13 ans et plus (soit 45%), et 11 patients ont 11 ans et moins (soit 27.5%). Les adolescents semblent être plus concernés dans notre population que les enfants et préadolescents.

Quant à la répartition en fonction de l'âge et du sexe on a :



On peut noter qu'à 16 et 15 ans seules les filles sont représentées avec 4 cas, alors qu'à 7 et 8 ans seuls les garçons le sont avec 1 cas. Les garçons sont aussi surreprésentés à 12 ans avec 8 cas contre 3 cas de filles. Ainsi entre 7 et 12 ans on retient 16 garçons (soit 80% des garçons) alors qu'entre 12 et 16 ans on a 14 filles (soit 70% des filles).

L'âge moyen des garçons est de 11.45 ans (+/- 1.85) et l'âge moyen des filles est de 13.75 ans (+/- 2.07).

Dans notre population, l'adolescente semble plus concernée par le refus anxieux scolaire que l'adolescent tandis que ce trouble est plus représenté par le garçon dans l'enfance et la préadolescence.

b. Lieu de vie des patients

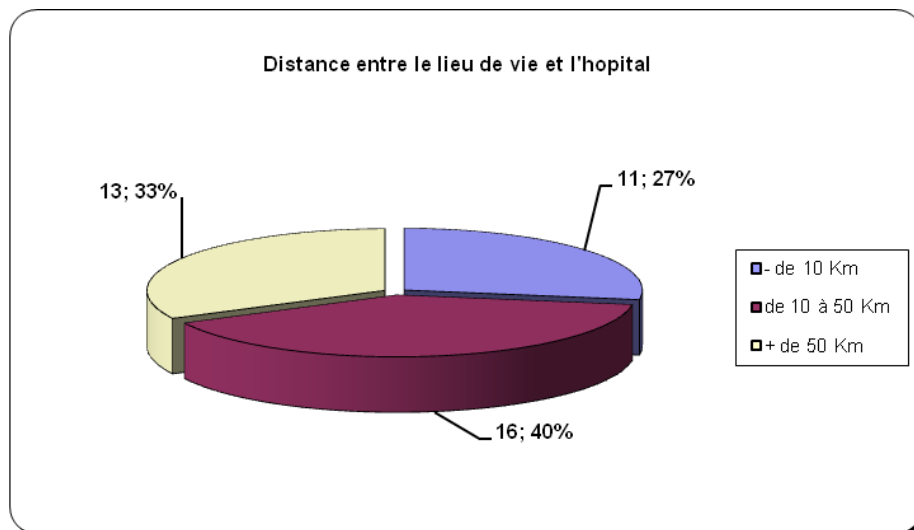
80% de notre effectif (n=32) vit dans le département de Meurthe et Moselle (54), soit dans le même département où se trouve le CHU de Nancy.

15% habite dans les autres départements de la région Lorraine à savoir en Moselle, dans les Vosges ou en Meuse.

Enfin 5% de notre effectif provient d'un département hors région Lorraine. Il s'agit là du département de Franche Comté.

Il nous a aussi paru important de préciser la distance entre le lieu de vie du patient et l'hôpital car cela peut intervenir dans la décision de proposer une réintégration scolaire avec accompagnement infirmier.

Ainsi on observe :



La majorité des patients, soit 40%, habite à plus de 10km et moins de 50Km de l'hôpital Brabois Enfants.

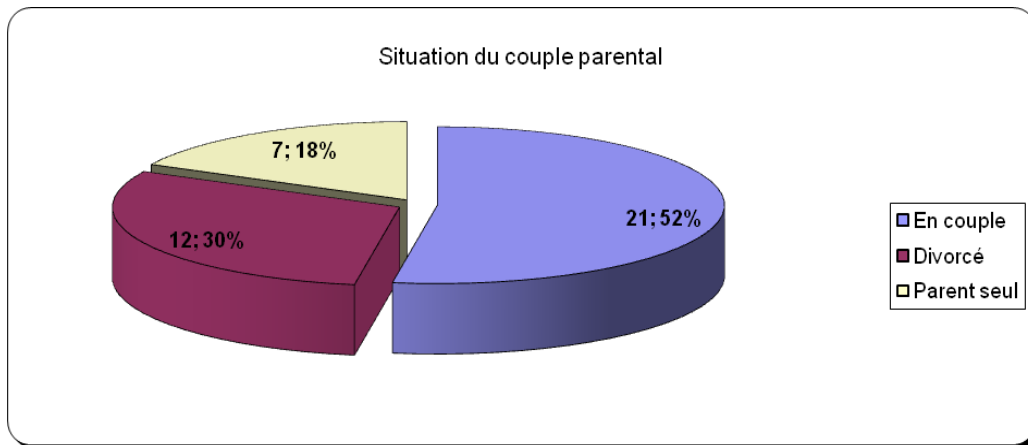
c. Situation du couple parental

21 patients habitent avec leurs parents qui sont soit mariés soit en concubinage.

12 ont des parents séparés. L'enfant ou l'adolescent continue à voir ses deux parents.

7 patients ne vivent qu'avec l'un de ses parents, soit parce que l'autre est décédé (n=4), soit parce qu'il est inconnu.

On peut ainsi résumer cette répartition :



d. Place dans la fratrie

Par souci de simplification, nous avons retenu ici les enfants issus du couple parental, mettant de côté les fratries recomposées.

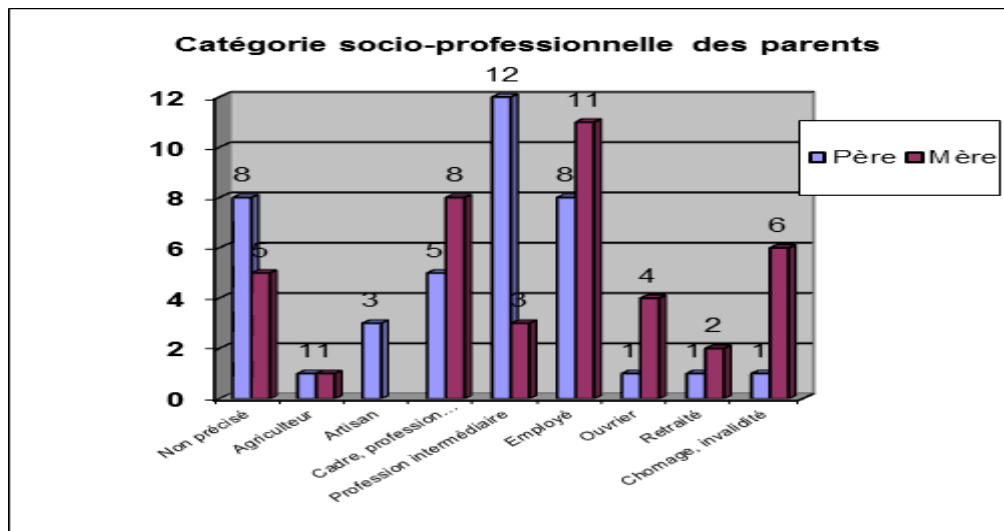
9 patients sont enfant unique, 12 sont les aînés de la fratrie, 10 sont benjamins et 9 ont une position intermédiaire.

Ainsi aucune position ne paraît franchement prédominante dans notre population.

e. Catégorie professionnelle des parents

Nous nous sommes servis pour cette donnée du tableau des catégories socio-professionnelles de l'INSERM. Ce tableau contient 8 catégories numérotées de 1 à 8 (cf annexe)

Voici la répartition :



Nous n'avons pas de précisions pour cette information pour 8 pères et 5 mères.

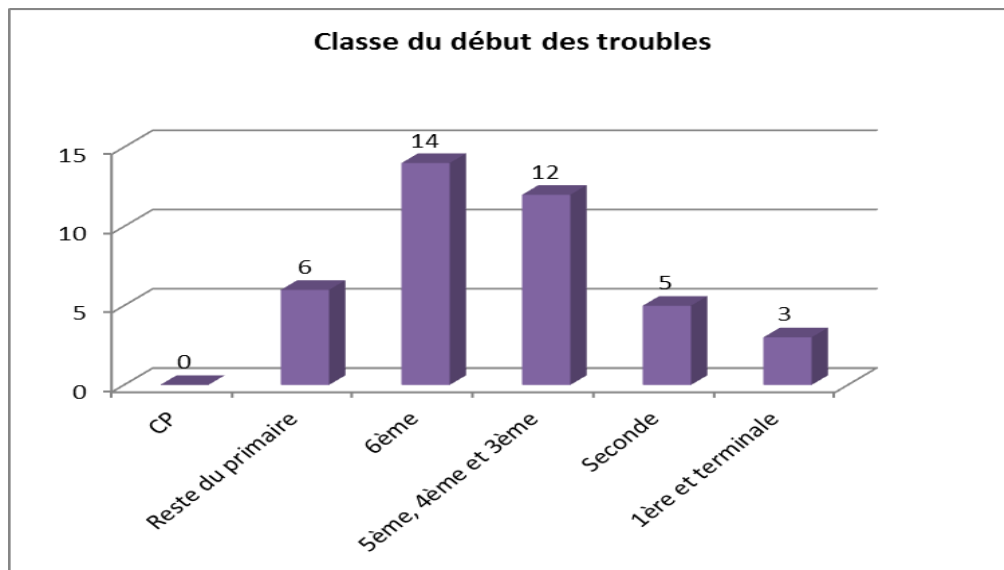
Ainsi chez les parents dont on dispose de cette information on note que 2 pères et 8 mères n'ont pas d'activités professionnelles car retraités, au chômage, au foyer ou invalides.

On note aussi que parmi les parents exerçant une profession ce sont les professions intermédiaires et les employés qui sont les plus représentés avec 34 parents (sur $n=73$), soit 46%.

3. Situation scolaire du patient

a. Classe au début du refus anxieux scolaire

Voici la répartition du nombre de patients en fonction de la classe du début des troubles :



Sur l'effectif global de notre échantillon, 26 patients sont au collège quand leur refus anxieux scolaire débute, soit 65% de notre effectif. Parmi les 26, 14 cas surviennent en 6^{ème}, soit 53% des cas survenus au collège.

La 6ème semble être une classe surreprésentée dans notre échantillon.

Parmi les 14 cas ne survenant pas au collège on note 8 cas au lycée et 6 en primaire.

b. Niveau scolaire des patients

Sur les 39 patients chez lesquels l'information est précisée, 20 ont un niveau scolaire correspondant à leur âge, soit 51%

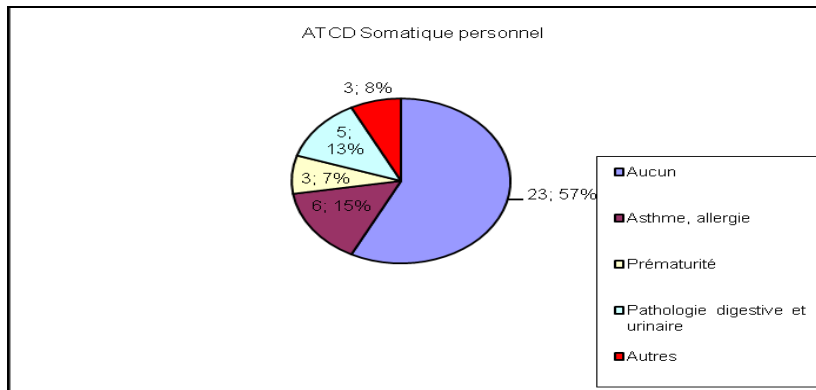
12 (30%) jeunes ont un retard scolaire d'au moins une classe ; 3 ont des difficultés d'apprentissages sans pour autant qu'ils n'aient de retard associé.

4 ont une avance scolaire.

4. Antécédents médicaux et psychiatriques de l'enfant et de sa famille nucléaire

a. Antécédents somatiques personnels

On relève :



57% de notre échantillon global est indemne de toute maladie somatique chronique.

43% (n= 17) ont donc au moins une maladie somatique nécessitant un suivi et pouvant être à l'origine d'hospitalisation en pédiatrie.

Parmi ces 17 patients, 15% souffrent essentiellement d'asthme ou d'allergie, 13% de pathologie digestive ou urinaire, 7% de complication de prématurité et 8% d'autres choses.

Parmi les autres pathologies organiques on a un cas de surdité, 1 cas de strabisme et un cas d'obésité.

b. Antécédents somatiques parentaux :

Sur les 40 patients, 90% d'entre eux (n=36) ont des parents indemnes de toutes pathologies somatiques invalidantes ou handicapantes.

4 cas seulement ont un seul parent atteint d'un trouble organique conséquent.

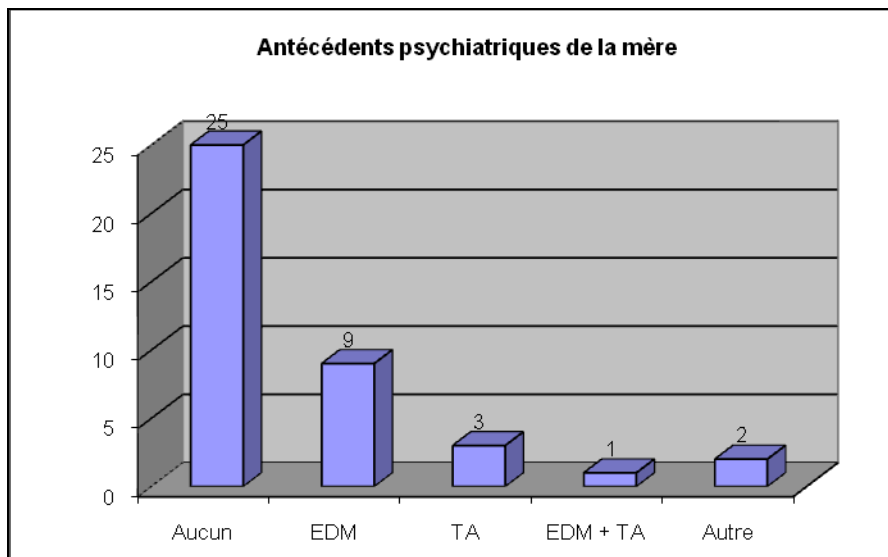
Aucun n'a les deux parents concernés.

c. Antécédents psychiatriques parentaux

• Chez la mère :

Parmi les 40 mères, 25 (62.5%) n'ont pas d'antécédent psychiatrique répertorié.

Les 15 restantes ont des antécédents qui se repartissent comme tel :



EDM : épisode dépressif majeur

TA : trouble anxieux

Parmi les autres troubles psychiatriques répertoriés chez la mère, on note un cas de toxicomanie et un cas de psychose.

Les antécédents psychiatriques de la mère semblent dominés par la dépression avec 9 cas répertoriés, soit 60% de l'ensemble des antécédents.

• Chez le père :

Sur les 40 pères, 31 n'ont aucun antécédent rapporté, soit 77%.

23% (n=9) seulement des pères ont un trouble psychiatrique ancien ou encore d'actualité.

Sur ces 9 cas on retient 4 cas d'alcoolisme, 3 cas de trouble anxieux, un cas de dépression et un cas de toxicomanie.

d. Antécédents psychiatriques de la fratrie

Nous avons ici pris en compte tous les membres de la fratrie, recomposée ou non.

Sur les 40 patients, 35 n'ont aucun membre de leur fratrie qui présente un antécédent psychiatrique.

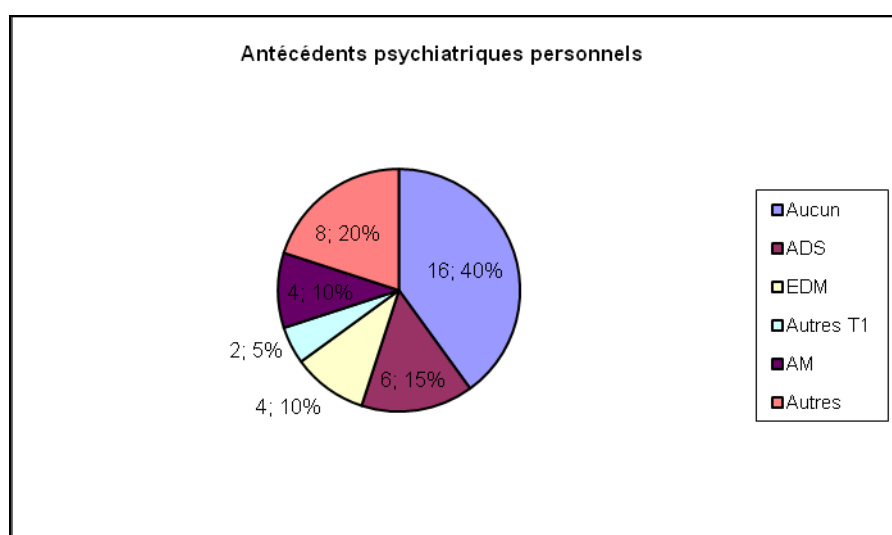
5 ont en revanche au moins un membre qui a bénéficié d'un suivi ou d'une simple consultation spécialisée.

e. Antécédents psychiatriques personnels

Pour cette rubrique nous ne tenons pas compte du refus anxieux scolaire.

Nous avons, pour chaque patient, retenu l'antécédent principal. En fait nous nous sommes référés aux motifs de suivi auprès de psychiatres ou psychologues ainsi qu'aux raisons ayant entraîné de simples consultations auprès de ces professionnels.

Nous retrouvons les résultats suivants :



ADS : angoisse de séparation

EDM : épisode dépressif majeur

Autre TA : autre trouble anxieux

Autres : autre diagnostic

24 patients sur 40 ont eu au moins une consultation spécialisée, soit 60% de notre effectif global.

Les raisons sont dans 20% (n=8) des cas un trouble anxieux avec 15% de trouble angoisse de séparation et 5% d'autre trouble anxieux. On relève dans les autres troubles anxieux un cas de phobie sociale et un cas de trouble obsessionnel compulsif.

Dans 10% des cas on a un épisode dépressif, dans 10% des cas on relève un antécédent d'anorexie mentale.

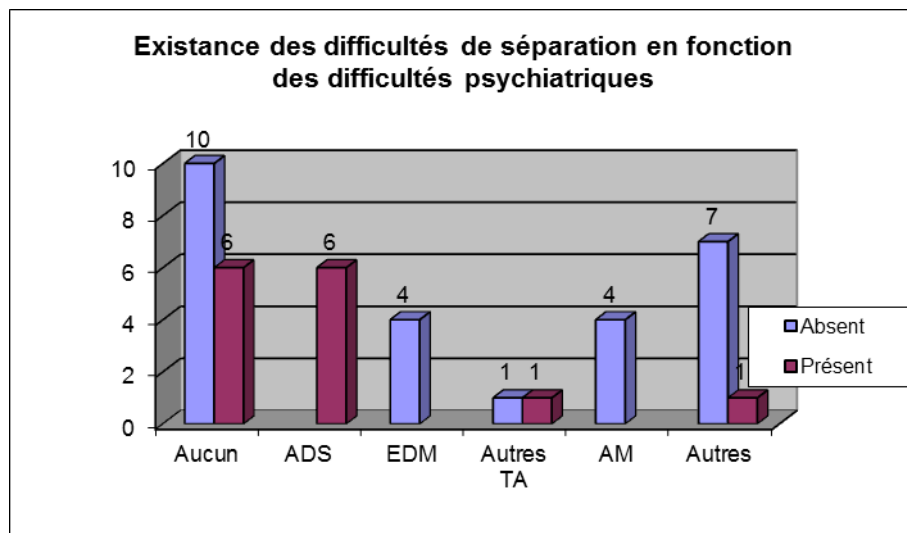
Pour les 20% restant on répertorie 1 cas d'agression physique en dehors de l'école, 2 cas de difficultés familiales, 4 cas de troubles du comportement avec trouble oppositionnel et un cas de trouble conversif.

Ainsi la majorité de notre effectif a présenté un antécédent psychiatrique autre que le refus scolaire avec l'impression que les troubles anxieux et notamment le trouble ADS est sur représenté dans notre population.

f. Existence passée de difficultés de séparation :

Sur n=40, 14 ont eu pendant leur enfance du mal à vivre l'éloignement de leur environnement familial.

Il est intéressant de chercher cette donnée en fonction des antécédents psychiatriques :



Ainsi on remarque que chez tous les patients ayant un antécédent d'ADS (n= 6), les difficultés de séparation sont toujours présentes. Ceci n'est pas étonnant.

Il est important de voir que, parmi les 16 enfants et adolescents vierges de tout antécédent psychiatrique, 6 ont des difficultés de séparations. Aussi les difficultés de séparation se retrouvent parmi d'autres antécédents psychiatriques.

Résumons, avant d'aller plus au loin, les caractéristiques de notre population de patients hospitalisés dans le service entre 01/01/2004 et le 31/01/2010 et présentant un tableau de refus anxieux scolaire :

- le nombre d'admission par an oscille entre 3 et 12 sans tendance à l'augmentation**
- nous avons 20 filles pour 20 garçons, soit un sexe ratio de 1**
- l'âge moyen d'apparition de la symptomatologie de notre échantillon est de 12.6 ans avec une surreprésentation de l'âge de 12 ans.**
- la moyenne d'âge des filles est plus élevée que celle des garçons (13.75 ans versus 11.45ans).**
- 95% de l'ensemble de notre population vit en région lorraine, dont 80% vivant dans le département où se trouve le service hospitaliser.**
- 67% de notre échantillon vit à moins de 50Km du CHU Brabois Enfants.**
- Un peu plus de la moitié des patients, soit 51%, vivent avec leurs deux parents. Le tiers a des parents séparés, et moins de 20% vivent avec un seul de leur parent.**
- Toutes les positions dans la fratrie sont représentées de façon quasi équivalente avec une légère prédominance des aînés (30%).**
- Parmi les patients dont l'information est disponible, les professions parentales les plus retrouvées sont : les employés, les professions intermédiaires et les cadres dénotant d'un niveau socioéconomique de notre population moyen à élevé.**
- Près des deux tiers de notre échantillon est scolarisé au collège au moment de l'apparition du refus anxieux scolaire. La moitié est en classe de 6^{ème}. Un début des troubles au lycée et en primaire est retrouvé de façon quasi similaire dans le tiers restant.**

-51% des patients ont un niveau scolaire en rapport avec leur âge. En revanche 30% ont au moins 1 an de retard scolaire.

-57% de notre échantillon global est indemne de tout antécédent somatique. Parmi les antécédents somatiques les plus retrouvés, nous relevons l'allergie et l'asthme avec les maladies digestives et urinaires.

-Un antécédent psychiatrique personnel est retrouvé dans 60% des cas, avec 20% de trouble anxieux, 10% de dépression, 10% d'anorexie mentale et 20% d'autres troubles.

-Parmi les parents, 10% ont un antécédent somatique notable. 23% des pères ont un antécédent psychiatrique avec au premier plan un alcoolisme ou un trouble anxieux. 37.5% des mères ont au moins un antécédent psychiatrique. Il s'agit alors le plus souvent de dépression et de trouble anxieux.

-Concernant la fratrie, seuls 5% des patients ont au moins un membre de ses frères et sœurs qui ont un antécédent psychiatrique.

5. Données concernant l'installation et la prise en charge ambulatoire du refus anxieux scolaire :

a. Modalités d'installation du refus anxieux scolaire

Dans notre échantillon, on note que la moitié des refus anxieux scolaires s'est installée insidieusement (sur plus de 3 mois), soit 20 cas.

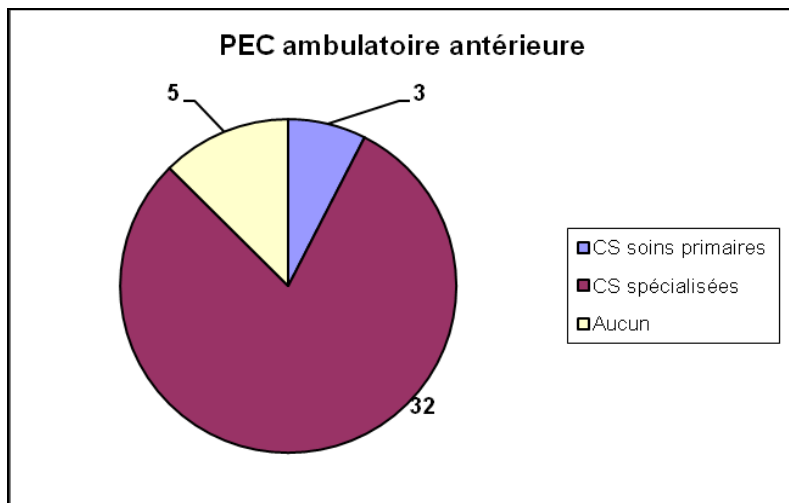
b. Sévérité de la déscolarisation au moment de l'hospitalisation

Sur n=40, 31 ont une déscolarisation totale (depuis une semaine au moins) au moment de leur admission dans le service, soit 77.5% de notre échantillon.

c. Prise en charge ambulatoire antérieure

Nous avons distingué ici l'absence de prise en charge, la prise en charge en soins primaires et la prise en charge par un spécialiste, ce dernier pouvant être un psychiatre ou un psychologue.

Nous retrouvons la répartition suivante :



PEC : Prise en charge

Nous avons donc 32 patients sur 40, soit 80%, qui bénéficiaient d'un suivi ambulatoire spécialisé au moment de leur hospitalisation dans le service.

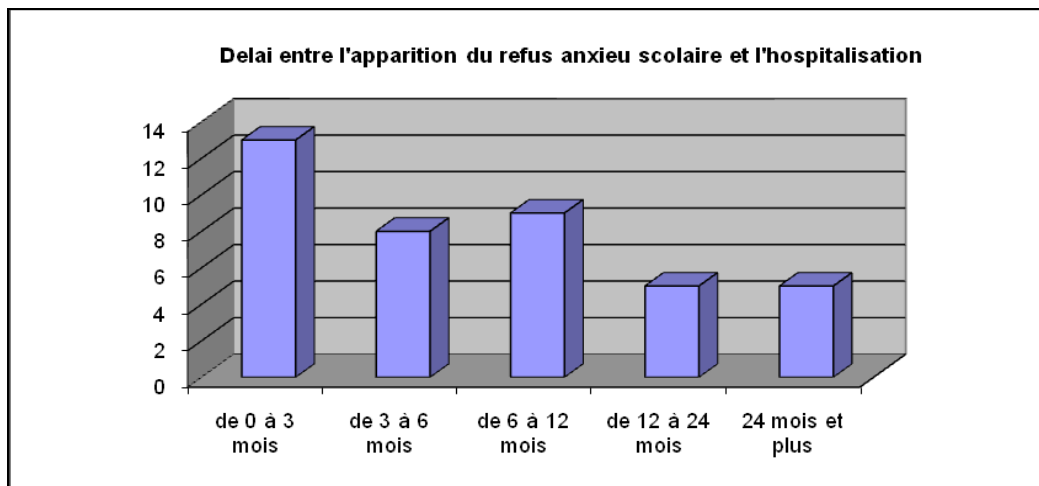
Dans 80% de cas l'hospitalisation vient donc compléter une prise en charge ambulatoire adaptée mais a priori insuffisante à elle seule.

Notons aussi que pour 12.5% des cas l'hospitalisation en psychiatrie ne fait suite à aucune prise en charge ambulatoire.

d. Délai entre l'apparition du refus anxieux scolaire et l'hospitalisation dans le service

Pour les patients qui ont été hospitalisés dans le service à plusieurs reprises entre le 01/01/2004 et le 31/12/2008 (n=2) nous avons pris en compte la première hospitalisation.

Nous pouvons représenter le résultat ainsi :



Nous remarquons que sur les 40 patients, 30 sont hospitalisés dans l'année suivant l'apparition des troubles, soit 75% de notre effectif. Parmi les 30, 13 le sont dans les 3 mois, soit 32% de l'effectif global.

5 patients sont hospitalisés dans l'unité dans le courant de la 2^{ème} année après l'apparition de leur symptomatologie et 5 le sont après la 2^{ème} année.

Notons que le délai maximal est de 120 mois (n=1), soit 10 ans, et que le délai minimal est de 2 semaines (n=3).

6. Les modalités d'hospitalisation dans le service :

a. Mode d'admission

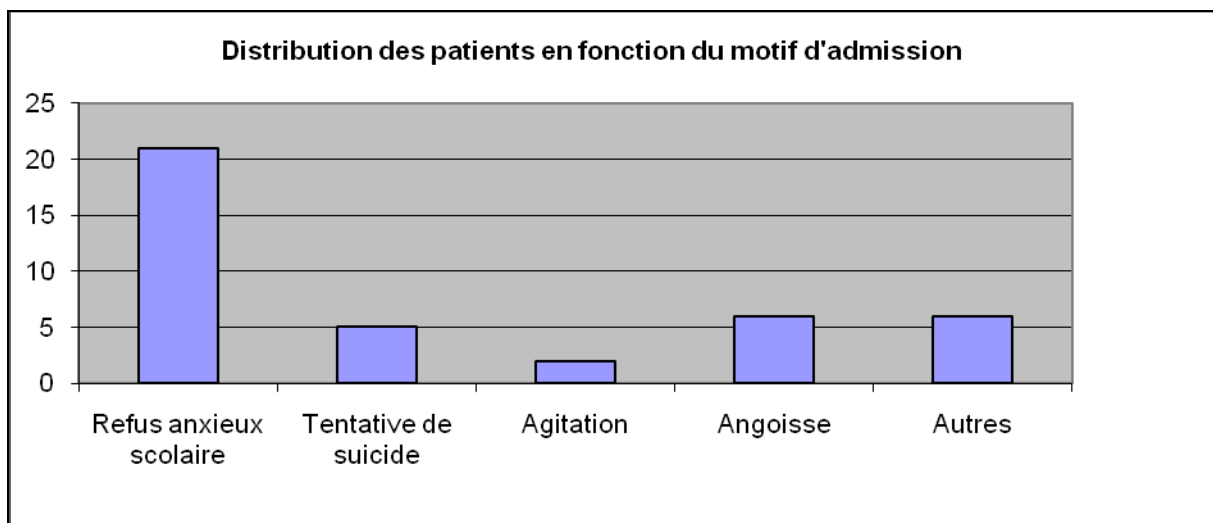
Pour 23 patients (sur n=40), l'hospitalisation a été programmée.

Pour les 17 autres, l'admission dans le service s'est faite en urgence.

b. Motif d'hospitalisation

Même si les 40 patients ont un refus anxieux scolaire, ils n'ont pas tous été hospitalisés pour ce motif. Dans 52.5% des cas c'est en effet l'absentéisme scolaire qui indique l'hospitalisation mais dans 47.5% des situations c'est toute autre chose.

Voici une illustration des raisons indiquant l'hospitalisation :



Dans les autres motifs on retient la tristesse de l'humeur, fugue de l'école, trouble du comportement alimentaire de type anorexique, rituels et difficultés à la marche avec bilan neurologique négatif.

On comprend d'emblée que l'orientation thérapeutique dépendra du motif d'admission.

7. Présentation clinique globale pendant l'hospitalisation

a. Refus anxieux scolaire et diagnostics associés

Dans notre étude, nous avons d'abord cherché s'il y avait au moins un diagnostic associé au refus anxieux scolaire.

Sur n=40 seuls 3 patients ne présentent aucun trouble psychiatrique associé au refus anxieux scolaire soit 7.5% de notre échantillon.

b. Typologie des diagnostics associés

Parmi les 37 autres cas, on relève 20 qui n'ont qu'un diagnostic associé, 14 qui ont en deux et 3 qui ont en 3.

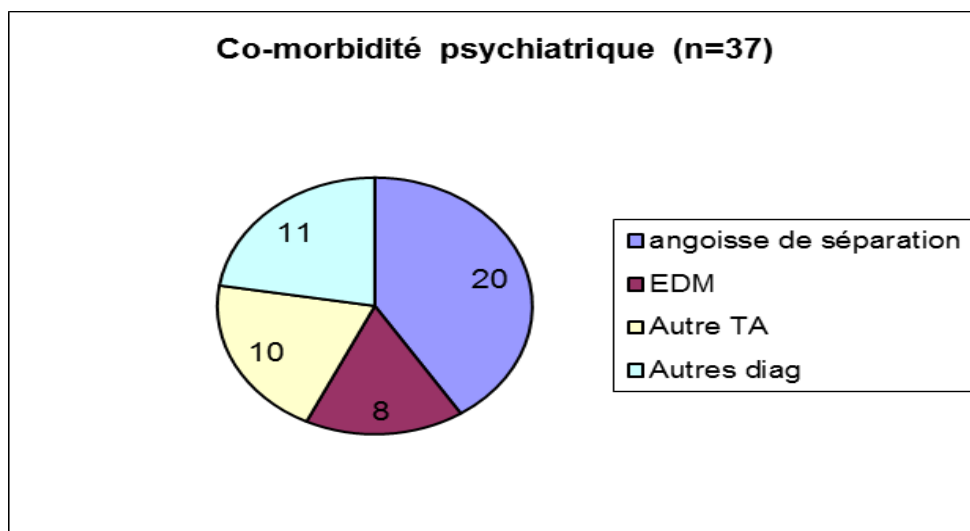
Ainsi le refus anxieux scolaire est dans **92.5% des cas associé à au moins un trouble psychiatrique.**

Sur les 40 patients, la moitié a un trouble angoisse de séparation, soit $n=20$; 10 ont un autre trouble anxieux avec 4 cas de trouble panique, 2 cas d'agoraphobie, 1 cas de phobie sociale, 2 cas de phobie spécifique et un cas de trouble obsessionnel compulsif. **Ainsi dans notre population le refus anxieux scolaire est associé à un trouble anxieux dans 75% des cas.**

Quant à l'association avec un trouble thymique, on remarque 8 cas sur 40 qui ont un épisode dépressif majeur caractérisé. Néanmoins on retient 7 cas supplémentaires, qui présentent une « dépressivité » de l'humeur avec mésestime de soi. **De façon générale on peut dire que dans 37.5% des cas l'adolescent a une humeur basse.**

Les autres diagnostics associés rencontrés sont : 3 cas d'anorexie mentale, 3 cas de trouble oppositionnel avec provocation, 1 cas de trouble des conduites, 1 cas de trouble schizophrénique et 1 cas de trouble conversif.

Ainsi sur les 37 cas dont le refus anxieux scolaire est associé à un trouble psychiatrique, la proportion de chaque trouble psychiatrique associé est la suivante :



Il est intéressant de noter que chez les 3 refus anxieux scolaires sans autre comorbidité psychiatrique, 2 ont des antécédents psychiatriques dont 1 anorexie mentale et 1 trouble oppositionnel avec provocation.

c. Associations entre les différents diagnostics, autre que le refus anxieux scolaire

Nous pouvons résumer comme suit les différentes associations de diagnostic

	Angoisse de séparation (n=20)	EDM (n=8) +dépressivité (n=7)	Autre troubles anxieux (n=10)	Autres diagnostics (n=9)
Angoisse de séparation		5	3	3
EDM +dépressivité	5		5	1
Autres troubles anxieux	3	5		1
Autres diagnostics	6	3	1 (anorexie mentale)	

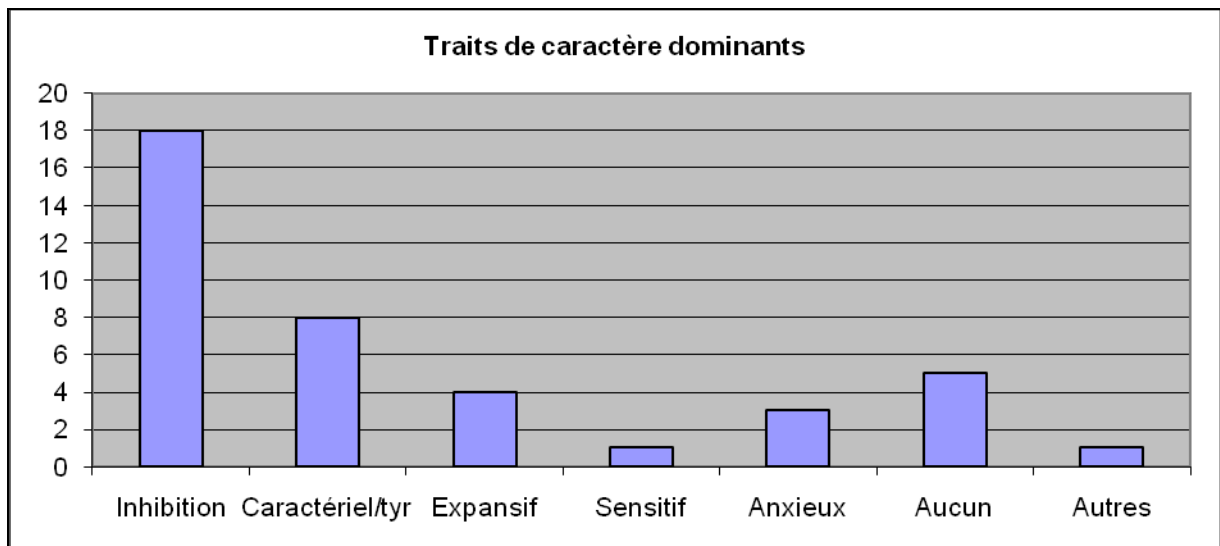
Seuls 9 cas de trouble angoisse de séparation ne sont associés à aucun autre trouble. **Dans plus de la ½ des cas, le trouble angoisse de séparation est associé à un autre trouble que le refus anxieux scolaire.** Il s'agit d'1/4 des cas de trouble de l'humeur et pour le reste nous relevons 2 cas d'anorexie mentale, 3 cas de trouble oppositionnel avec provocation, un cas de trouble des conduites.

Pour les 10 patients ayant un autre trouble anxieux associé à leur refus anxieux scolaire, la moitié présente en même temps une humeur basse, 2 n'ont aucun autre trouble (hormis le refus anxieux scolaire) et 1 a une anorexie mentale avec trouble angoisse de séparation.

Par contre une humeur basse (EDM et dépressivité) est associée à un autre trouble (hormis le refus anxieux scolaire) dans près des 2/3 des cas. En effet seuls 5 cas n'ont qu'un trouble de l'humeur avec 3 un EDM et 2 une dépressivité. L'humeur basse est plus souvent présente dans les troubles anxieux autres que le trouble angoisse de séparation.

d. Les traits de caractères pathologiques dominants

On a ainsi la distribution suivante



18 patients ont comme trait dominant une inhibition psychique ou intellectuelle, soit 45% de l'effectif global.

8 cas ont un comportement tyrannique ou caractériel. Ce sont dans ces cas des enfants qui veulent imposer leur loi, qui supportent difficilement la contrainte et qui ont tendance à réagir de façon immature à leur âge.

Notons qu'à l'inverse de l'inhibition, une certaine tendance à l'expansion affective et émotionnelle peut se voir. C'est le cas de 4 patients, avec 3 filles et 1 garçon.

5 cas n'ont aucun trait de caractère pathologique dominant.

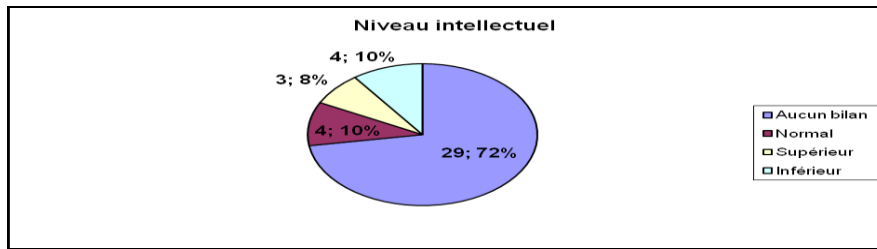
1 cas a une sensibilité et 1 autre une impulsivité exagérée.

Notons que parmi les 3 cas de refus scolaire chez qui aucun trouble psychiatrique associé n'a été retrouvé, 2 ont tendance à être tyrannique et caractériel et 1 a tendance à l'inhibition.

e. Capacités cognitives

On s'est référé ici au bilan cognitif quand ils ont été faits. L'évaluation, quand elle a été réalisée, a été faite soit par le WISC soit à l'aide du PM38.

On a :



On voit ici que la passation du bilan cognitif n'est effectuée que dans 28% de cas, soit $n=11$.

Quand l'évaluation est faite, elle retrouve alors 4 patients avec un niveau intellectuel dans la norme, 3 de niveau intellectuel supérieur à la normale et 4 de niveau intellectuel inférieur à la normale.

8. Prise en charge hospitalière proposée

a. Durée du séjour hospitalier

La durée moyenne du séjour dans le service pour notre échantillon est de 27 jours (± 49).

La durée minimale a été de 2 jours et la durée maximale du séjour a été de 285 jours. Dans le premier cas, il s'agissait d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire dans un contexte anxieux passager. Dans le second cas, il s'agissait d'une anorexie mentale très sévère chez un garçon.

b. L'intégration au protocole « phobie scolaire »

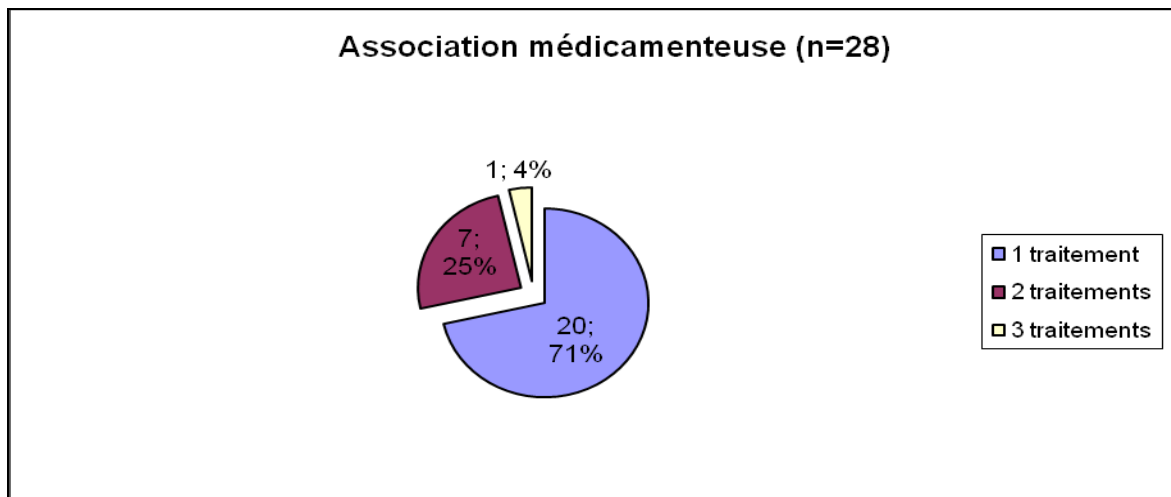
La moitié de notre effectif global a été intégré dans ce protocole.

Nous verrons ultérieurement les caractéristiques cliniques du groupe ayant bénéficié du protocole.

c. Le traitement psychotrope

Nous nous sommes intéressés ici à la prescription de sortie d'hospitalisation.

70% des patients, soit $n=28$, sortent avec au moins un traitement psychotrope prescrit. Il peut exister plusieurs associations médicamenteuses comme le montre la figure suivante :

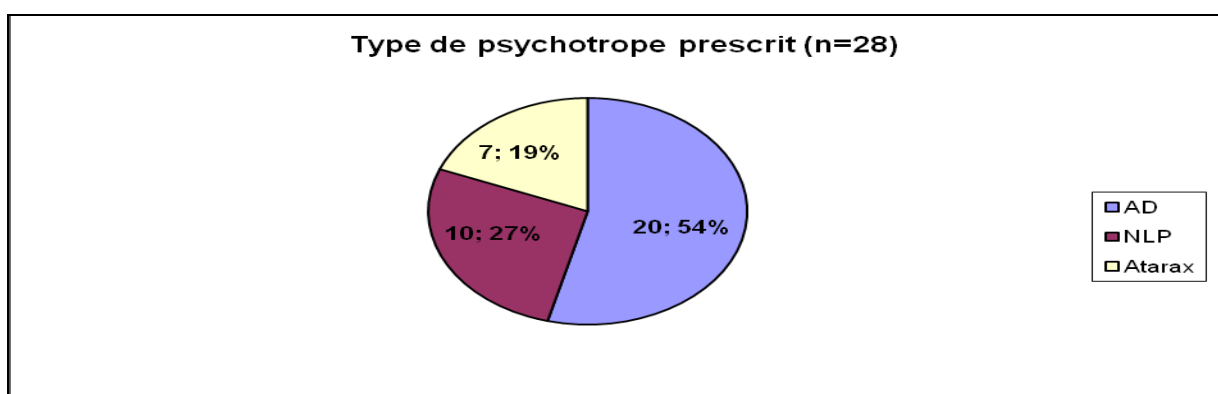


On voit que l'association de 3 molécules est rare, 4% des cas. En revanche la monothérapie paraît être la règle avec 71% des prescriptions.

Parmi les psychotropes prescrits on relève :

- des antidépresseurs.
- des neuroleptiques.
- des anxiolytiques, l'ATARAX est le représentant de cette classe.

Voici comment se répartit la prescription en fonction de la classe :



AD : antidépresseurs

NLP : neuroleptiques

Parmi les 20 patients bénéficiant d'un traitement antidépresseur, 17 ont du ZOLOFT (sertraline), 1 a du SEROPLEX (escitalopram), 1 a du NORSET (mirtazapine) et 1 a de l'IXEL (milnacipran) . Il s'agit donc dans 19 cas sur 20 d'un inhibiteur de la recapture de la sérotonine.

Parmi les 10 patients bénéficiant d'un traitement par neuroleptique, 9 sont sous RISPERDAL et un sous TERCIAN.

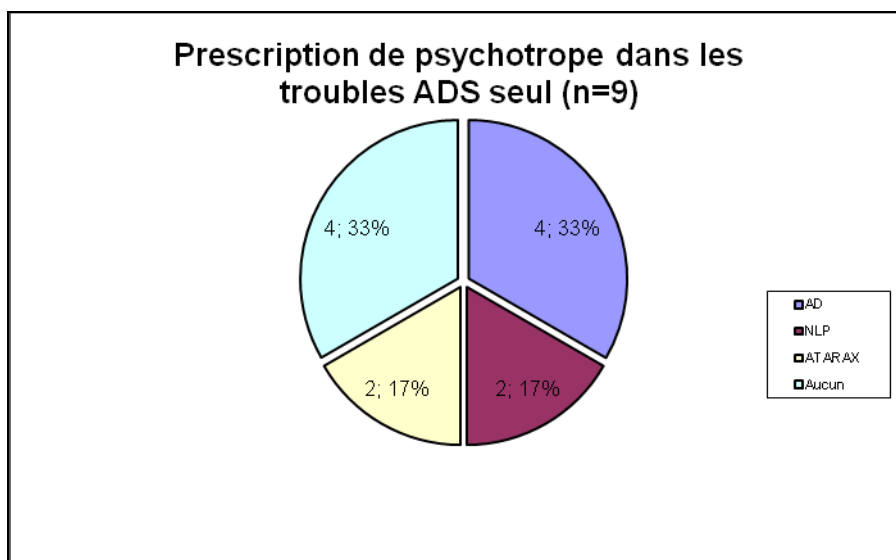
Quant au traitement anxiolytique on voit que les benzodiazépines ne sont jamais prescrites dans notre population.

On remarque aussi qu'à aucun moment deux molécules d'une même classe ne sont associées.

A présent, penchons nous sur le traitement psychotrope prescrit pour chaque trouble, comorbidités exclues.

- psychotrope et trouble angoisse de séparation (n=9)

Comme le montre la figure ci-après on voit que sur les 9 cas qui ne présentent qu'un trouble angoisse de séparation associé au refus scolaire, 4 n'auront aucun traitement, 4 autres ont une prescription d'antidépresseur, 2 ont une prescription de neuroleptique et 2 d'ATARAX.



Parmi les 5 patients bénéficiant d'une chimiothérapie, 2 n'ont qu'un seul psychotrope l'un un neuroleptique et l'autre un antidépresseur.

3 autres patients ont deux psychotropes associés avec 1 association antidépresseur/neuroleptique, 1 association antidépresseur/Atarax et 1 association neuroleptique/Atarax.

En revanche aucun n'a les 3 classes thérapeutiques.

- Psychotropes et épisode dépressif majeur et dépressivité (n=5)

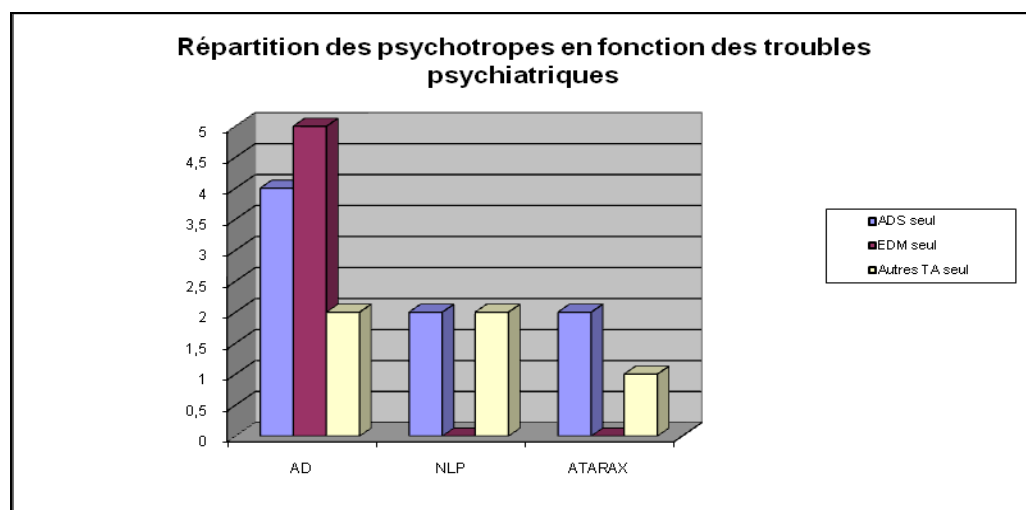
Les 5 patients qui ne présentent qu'un épisode dépressif associé à leur refus scolaire sont traités par un antidépresseur. Il n'existe pas d'autre prescription pour ce groupe.

Quant aux 2 personnes qui ne présentent qu'une dépressivité de l'humeur associée à leur refus scolaire, l'une bénéficie d'un traitement antidépresseur et l'autre d'un antidépresseur et d'un neuroleptique.

- Psychotropes et les autres troubles anxieux (5)

Les 5 patients qui n'ont qu'un autre trouble anxieux associé au refus scolaire bénéficient d'une prescription médicamenteuse en monothérapie. Ainsi 2 ont un traitement antidépresseur, 2 ont un traitement neuroleptique et 1 a de l'ATARAX.

Résumons ces différentes données concernant les prescriptions par trouble psychiatrique sur le graphique suivant :



AD : antidépresseur

NLP : neuroleptique

Dans notre population, nous remarquons que les antidépresseurs sont plus prescrits dans les états dépressifs et la dépressivité que dans les troubles anxieux.

Les neuroleptiques ne sont jamais prescrits pour les troubles de l'humeur. En revanche, Ils sont autant prescrits dans le trouble angoisse de séparation que dans les autres troubles anxieux.

La mise d'un patient sous Atarax semble être réservée au trouble angoisse de séparation.

Toutefois, malgré ses différences de prescription retrouvées, à la vue du faible nombre de patients pour chaque classe thérapeutique, nous ne pouvons en tirer des conclusions statistiquement significatives.

d. Lien avec l'établissement scolaire

Sur les 40 patients, un lien avec l'établissement scolaire a été fait par un soignant du service chez 25 d'entre eux, soit 62.5%.

Sur les 25 patients, 20 ont bénéficié du protocole « phobie scolaire ». Ainsi pour seulement ¼ des autres patients le lien avec l'école a fait partie de la prise en charge hospitalière.

9. Evolution lors de l'hospitalisation

a. Reprise de la scolarité pendant le séjour

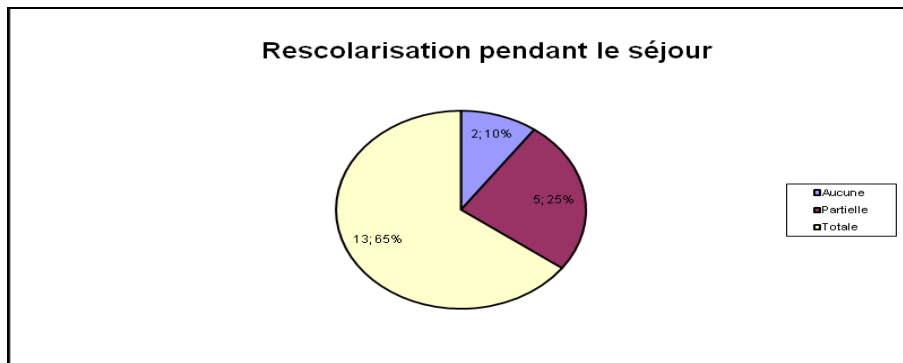
Cette donnée n'a de pertinence que pour les patients qui ont bénéficié d'une réintégration scolaire pendant l'hospitalisation. Or la réintégration scolaire n'est faite que dans le cadre du protocole « phobie scolaire ».

Sur les 20 patients inclus dans ce protocole tous n'ont pas pu réintégrer leur établissement scolaire.

18 ont pu être rescolarisés, dont 13 totalement et 5 partiellement, soit 95% de l'effectif global.

Chez les 2 patients restant, aucune rescolarisation depuis l'hôpital n'a été possible. L'un des patients avait un trouble angoisse de séparation avec trouble oppositionnel et est resté hospitalisé exceptionnellement pendant 105 jours. L'autre est une jeune fille de 15 ans ayant présenté son refus anxieux scolaire de façon brutale. Elle avait une franche opposition à tous soins.

Voici la répartition de ce résultat :



b. Evolution de l'état psychique

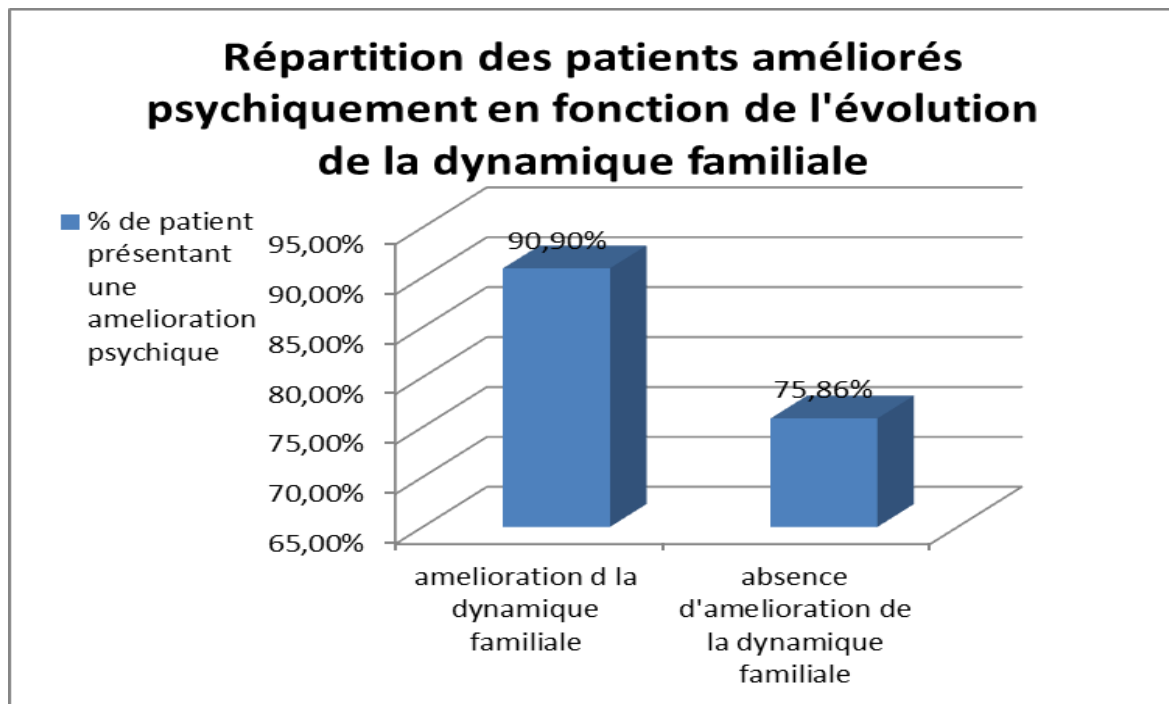
Chez 6 patients, sur $n=40$, nous n'avons noté aucune amélioration clinique pendant l'hospitalisation, soit 15% de notre effectif global. Ainsi dans 85% des cas une amélioration est observée.

L'amélioration clinique a été partielle dans 47.5% des cas ($n=19$) et totale dans 37.5% des cas ($n=15$).

c. Modification positive de la dynamique familiale

Dans 11 cas sur 40, il a été observé que la famille s'est mobilisée positivement et a apporté d'importantes modifications dans son fonctionnement habituel.

Il nous paraît intéressant de voir l'évolution psychique de l'enfant ou adolescent en fonction de l'existence ou non d'une mobilisation familiale positive.



Ainsi sur les 11 patients dont la famille a modifié son fonctionnement de façon positive, 10 ont une amélioration de leur état psychologique (partielle ou totale) soit 90% de l'effectif.

Sur les 29 patients dont le fonctionnement familial n'a pas changé 22 ont eu une amélioration clinique (totale ou partielle) soit 75% de l'effectif.

Il y a un donc un plus fort taux d'amélioration clinique (totale ou partielle) chez les jeunes dont la famille a réaménagé son fonctionnement habituel.

10. Prise en charge proposée après l'hospitalisation

Ainsi chez tous les patients de notre échantillon, un suivi ambulatoire a été organisé. Ce suivi comprenait toujours des consultations auprès d'un psychiatre ou psychologue.

Pour 3 patients sur 40, soit 7.5% de notre effectif, une prise en charge supplémentaire en hôpital de jour, du service de pédopsychiatrie de Brabois Enfants a été proposée.

Aucune prise en charge en centre d'accueil thérapeutique partiel n'a été proposée.

Ainsi la prise en charge du refus anxieux scolaire en ambulatoire se limite pour plus de 90% des cas à de simples consultations spécialisées.

11. Evolution à 3 et 12 mois après la fin de l'hospitalisation

a. Suivi ambulatoire

- Suivi à 3 mois

A 3 mois, sur n=30, 23 patients sont toujours suivis, soit 76% de l'effectif concerné.

- Suivi à 12 mois

A 12 mois, sur n=29, 18 ont toujours un suivi, soit 62% de l'effectif pour lequel cette information a pu être notée.

- Evolution du suivi entre 3 et 12 mois

Nous notons que le pourcentage de personnes suivies baisse avec le temps passant alors de 76% à 62% entre 3 et 12 mois.

Rappelons que 80% de notre échantillon global (n=40) avait un suivi ambulatoire spécialisé avant son hospitalisation dans l'unité.

b. Scolarité ordinaire

- A 3 mois (n=29)

Sur les 29 patients pour lesquels nous avons pu recueillir cette information, 14 patients n'ont aucune scolarité en établissement, soit 48.2% de notre échantillon ; 7 ont une scolarité par intermittance soit 24% de notre échantillon ; et 8 ont une scolarité ordinaire sans absentéisme scolaire, soit 27.6% de notre population ;

Ainsi, près de la moitié de notre échantillon n'a aucune scolarité à 3 mois d'évolution.

- A 12 mois (n=29)

Sur un effectif de 27 patients, 8 patients n'ont aucune scolarité à 12 mois, soit 29.6% de notre échantillon ; 9 ont une scolarité par intermittance, soit 33.3% de notre échantillon ; et 10 ont une scolarité sans absentéisme aucun, soit 37% de notre échantillon.

Nous notons une majorité de situations cliniques, soit 70% de cas, où la scolarité est reprise que ce soit avec ou sans intermittance.

- Evolution de l'état de scolarisation entre 3 et 12 mois

	Aucune scolarité	Scolarité partielle	Scolarité totale
A 3 mois (n=29)	14	7	8
A 12 mois (n=27)	8	9	10

Le nombre de patients non scolarisés diminue de quasi la moitié passant de 14 à 8 entre 3 et 12 mois. Cette baisse se fait au profit d'une reprise scolaire partielle ou totale.

c. Cours par correspondance via le CNED

- A 3 mois (n=30)

1 patient bénéficie de cours par correspondance dans les 3 mois suivant l'hospitalisation.

- A 12 mois (n=29)

2 patients recourent à ce mode de scolarité passé 12 mois.

d. Etat psychologique de l'enfant et adolescent

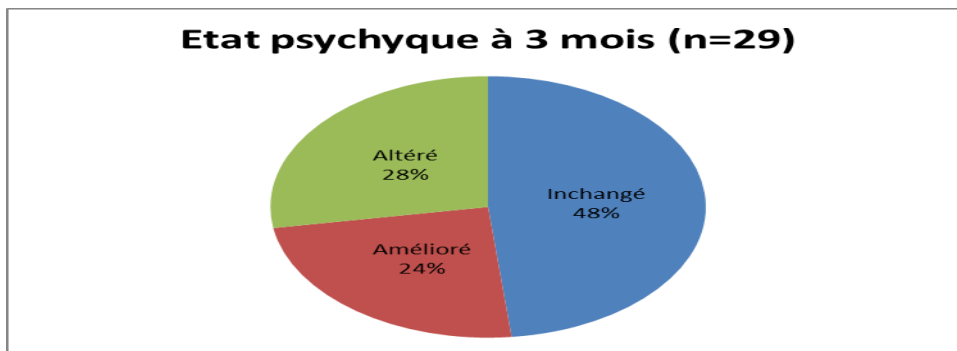
- A 3 mois (n=29)

Nous notons, sur les 29 patients pour lesquels nous avons réussi à obtenir cette information, 14 cas dont l'état psychologique ne s'est pas modifié, soit 48% de l'échantillon.

7 personnes ont vu leur état s'améliorer 3 mois après leur sortie d'hospitalisation du service de pédopsychiatrie, soit 24%.

Pour 8 cas, 28% de l'échantillon, la situation psychologique s'est au contraire dégradée.

Résumons ainsi ce résultat :

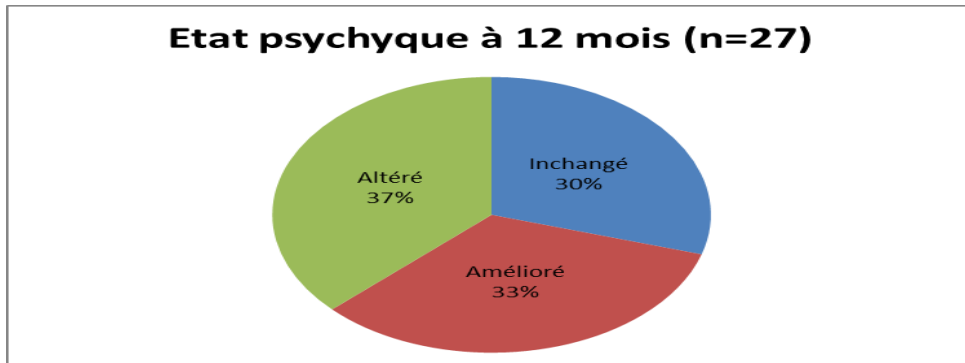


- A 12 mois (n=27)

Comme il est précisé sur le schéma ci après, nous notons que 8 patients ont leur état psychologique inchangé un an après leur hospitalisation, soit 30% de l'effectif.

9 ont vu leur état s'améliorer dans les 12 mois, soit 33% de l'effectif concerné.

Pour 10 patients, l'état psychologique s'est dégradé dans l'année qui a suivi leur hospitalisation dans le service.



- Evolution de l'état psychique entre 3 et 12 mois

On peut d'emblée noter que entre 3 et 12 mois, le pourcentage de cas dont l'état psychique reste inchangé diminue, passant 48 à 30%.

Nous pouvons aussi remarquer que le pourcentage des situations cliniques, où l'état psychique s'altère ou s'améliore, augmente entre 3 et 12 mois.

Nous avons voulu comparer l'évolution de la scolarité et celle de l'état psychique, afin de voir notamment si il existait une corrélation entre une amélioration de la scolarisation et celle de l'état psychique.

Evolution croisée de la scolarisation du patient et de son état psychique à 3 mois

	Aucune reprise scolaire		Reprise scolaire partielle ou totale		p
Etat psychique amélioré ou inchangé	N	%	N	%	0,4327
	4	50	14	66,7	
Etat psychique altéré	4	50	7	33,3	

Nous constatons, que parmi les patients n'ayant aucune scolarité à 3 mois, la moitié a un état psychique altéré par rapport à la sortie de l'hospitalisation, l'autre moitié concerne des patients dont l'état psychologique est resté stable voire s'est amélioré.

Parmi les patients scolarisés totalement ou partiellement, les 2/3 sont psychologiquement stables ou améliorés, et le dernier tiers concerne des patients altérés psychologiquement.

Toutefois, ces différences ne sont pas statistiquement significatives et on peut dire que dans notre échantillon, **il n'y a pas de corrélation évidente entre l'évolution psychique et la reprise ou non de la scolarité à court terme.**

Evolution croisée de la scolarisation du patient et de son état psychique à 12 mois

	Aucune reprise scolaire		Reprise scolaire partielle ou totale		p
Etat psychique amélioré ou inchangé	N	%	N	%	0,0993
	4	40	14	82,3	
Etat psychique altéré	6	60	3	17,7	

Nous observons que parmi les patients scolarisés partiellement ou totalement à 12 mois, 82.3% ont un état psychologique resté stable ou amélioré, et 17.7% ont une altération psychologique.

60% des patients non scolarisés sont altérés psychiquement.

Au vu de ces données, et d'après le test statistique, nous pouvons avancer que **12 mois après la sortie d'hospitalisation, les enfants et adolescents ayant un état psychologique inchangé ou amélioré avaient plus souvent une scolarité totale ($p=0.0393$)**.

e. Nouvelle hospitalisation en psychiatrie (n=29)

Sur n=29, 7 patients ont de nouveau été hospitalisés dans un service de pédopsychiatrie, soit 25% de notre effectif.

Pour 4 d'entre eux, l'hospitalisation a été motivée par la persistance ou la réapparition du refus anxieux scolaire (2 patients ont été hospitalisés dans le même service et 2 sur une structure pour adolescents de prise en charge longue appelée « les Glacis »).

Pour les 3 autres cas, c'est au décours d'une tentative de suicide que l'hospitalisation s'est faite. Dans les 3 situations, il s'agissait d'une intoxication médicamenteuse volontaire.

f. Intervention judiciaire (n=31)

L'intervention du système éducatif et judiciaire a du faire partie de la prise en charge de 8 enfants et adolescents, soit 25% de l'effectif concerné.

3 patients ont été placés, 1 avant l'apparition du refus anxieux scolaire et 2 au décours de l'installation de la symptomatologie.

Les 5 autres ont bénéficié d'une assistance éducative en milieu ouvert. Pour tous, cette mesure a été mise en place afin de compléter la prise en charge du refus anxieux scolaire.

C. Résultats : Profil clinique des patients bénéficiant du protocole « phobie scolaire »

Ainsi nous allons à présent nous intéresser aux caractéristiques socio démographiques et cliniques du groupe de patients intégrés au protocole. Nous allons essayer notamment de préciser les différences entre ce groupe et le groupe qui n'a pas été inclus au protocole.

Rappelons que l'une de nos hypothèses est que ce protocole n'est pas uniquement proposé aux patients qui présentent un trouble angoisse de séparation. En outre nous pensons que le praticien considère d'autres éléments cliniques pour soigner un patient atteint du refus anxieux scolaire. En effet la sévérité de la déscolarisation, ou le contexte familial ne sont-ils pas des éléments importants qui peuvent influencer la prise en charge ?

Nous allons donc tenter de voir quels sont les autres critères d'inclusion dans le protocole. Pour ce faire nous avons recherché, pour plusieurs caractéristiques, s'il y avait une différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Par commodité, nous nommerons « PPS 1 » le groupe de patients inclus dans le protocole « phobie scolaire » et « PPS 0 » le groupe non inclus.

Comme cité plus haut, sur les 40 patients inclus dans notre étude, 20 ont été inclus au protocole « phobie scolaire », soit la moitié de notre effectif total.

1. Répartition du nombre d'admissions en fonction de l'année

Dans le groupe PPS 1, nous comptabilisons 4 patients admis en 2004, 4 en 2005, 5 en 2006, 2 en 2007 et 5 en 2008.

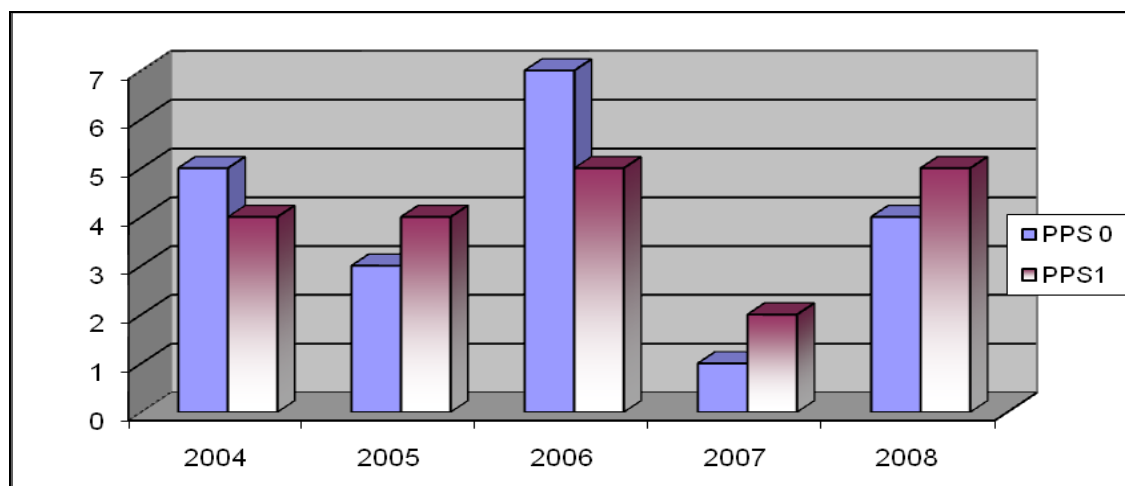
Entre le 01/01/2004 et le 31/12/2008, 4 à 5 patients, hospitalisés chaque année dans le service de pédopsychiatrie de Brabois enfants, sont inclus dans le protocole phobie scolaire.

Toutefois ce chiffre n'est que de 2 pour l'année 2007.

Pour le groupe PPS 0, 5 patients ont été hospitalisés en 2004, 3 en 2005, 7 en 2006, 1 en 2007 et 4 en 2008.

Nous remarquons que le nombre de patients admis chaque année, présentant un refus anxieux scolaire et ne bénéficiant pas du protocole, est très variable d'une année à l'autre, passant par un maximum en 2006 (n=7) et d'un minimum en 2007 (n=1).

Comme l'illustre la figure ci-après, le nombre de patients inclus au protocole « phobie scolaire » est plus important en 2005, 2007 et 2008 que le nombre de patients non inclus. En 2004 et 2006 la tendance est inverse. Cette distribution paraît aléatoire.



2. Situation sociodémographique et familiale

a. Age et sexe

Dans le groupe PPS 1, la moyenne d'âge à l'apparition du refus anxieux scolaire est de 12 ans (+/- 2.58), avec un âge maximal de 16 ans et un âge minimal de 7 ans.

7 patients, sur n=20, ont moins de 12 ans lorsque la symptomatologie scolaire s'installe, soit 35% de l'effectif ; 6 patients ont 12 ans et 7 autres ont au delà de 12 ans.

Ainsi le protocole « phobie scolaire », basé rappelons le sur la séparation thérapeutique et sur la réintégration scolaire, est proposé dans le refus anxieux scolaire que le début du trouble soit dans l'enfance ou l'adolescence.

Quant à la répartition par sexe, 13 patients, sur n=20, sont de sexe masculin.

Au sein du groupe PPS 0, l'âge moyen est ici de 13 ans, avec un âge maximal de 16 ans et un âge minimal de 10 ans. Parmi les 20 patients hospitalisés, présentant un refus anxieux

scolaire sans toutefois intégrer le protocole, 4 débutent leur refus avant 12 ans, 5 à 12 ans et 11 à plus de 13 ans. Dans ce groupe nous avons une surreprésentation des adolescents.

13 patients sont de sexe féminin, soit 65% de notre effectif.

Au vu de ces résultats, nous pourrions penser que le protocole est plus souvent proposé aux patients de sexe masculin. Mais les différences constatées ne sont pas statistiquement significatives ($p>0.05$) et le hasard pourrait expliquer à lui seul ces écarts.

Même si la moyenne d'âge semble plus basse dans le groupe PPS 1 que dans le groupe PPS 0 (12 ans versus 13 ans), cette différence reste modeste.

b. Lieu de vie des patients

85% de notre effectif du groupe PPS 1, soit 17 patients, habitent dans le département de Meurthe et Moselle, c'est-à-dire dans le même département que l'hôpital Brabois enfants.

2 patients habitent dans d'autres départements de la région lorraine; 1 autre patient habite une autre région.

Dans ce groupe, 3 personnes habitent à plus de 50 Km de l'hôpital, soit seulement 15% de notre effectif. Pour le reste la moitié habite à moins de 10 km et l'autre moitié à plus de 10 km mais moins de 50 km de l'hôpital.

Concernant le groupe PPS 0, 1 patient habite hors de la Lorraine, 19 habitent la Lorraine dont 15 la Meurthe et Moselle.

Quant à la distance entre le domicile familial et l'hôpital, il est intéressant de noter que 10 patients sur 20, soit la moitié du groupe concerné, habitent à plus de 50 km de l'Hôpital.

Nous remarquons donc qu'une longue distance, entre le lieu de vie du patient et l'hôpital, paraît être un frein pour l'intégration d'un patient au protocole phobie scolaire. En effet alors que dans le groupe PPS 0 la moitié de l'effectif vient de plus de 50 km, seul 15% vient d'aussi loin dans le groupe PPS. Cette différence est statistiquement significative ($p=0.015$).

c. Situation du couple parental

Parmi les patients inclus au protocole « phobie scolaire », 10 vivent avec leurs deux parents, que ces derniers soit mariés ou non, soit 50% de l'effectif.

7 enfants ou adolescents ont des parents séparés mais continuent à voir les deux.

Enfin, les 3 autres n'ont qu'un seul parent.

Pour le groupe PPS 0, 11 patients vivent avec leurs deux parents ; 5 ont des parents séparés et 4 n'ont qu'un seul parent.

La situation parentale ne paraît pas différer entre les deux groupes et l'intégration au protocole ne paraît pas en dépendre.

d. Place dans la fratrie

Résumons cette donnée pour les 2 groupes dans le tableau suivant :

	Enfant unique	Enfant aîné	Enfant benjamin	Position autre
Groupe PPS 1	4	5	6	5
Groupe PPS 0	5	7	4	4

Nous remarquons que les positions aîné et unique sont légèrement surreprésentées dans le groupe de patients ne bénéficiant pas du protocole.

Au contraire les enfants en position benjamine ou autre sont plus représentés dans le groupe PPS 1.

Ces différences de place dans la fratrie entre les deux groupes restent cependant minimes pour être significatives.

e. Catégorie professionnelle des parents

Nous n'avons pu recueillir l'information que pour 27 patients, soit 67.5% de notre échantillon.

Pour le groupe PPS 1 , cette information est recueillie pour 36 parents, 18 mères et 18 pères.

Pour les mères, les catégories les plus représentées sont celles *des cadres et professions intellectuelles supérieures* avec 4 mères (20%), la catégorie *des employés* avec 5 mères (25%) et la catégorie *des autres personnes sans activités professionnelles* avec 4 mères (20%).

Pour les pères, ce sont *les professions intermédiaires* et *les employés* qui sont les plus représentés avec respectivement 8 (40%) et 5 parents (25%).

Au sein du groupe PPS 0, la donnée n'est disponible que pour 31 parents, 17 mères et 14 pères.

Pour les mères, ce sont la catégorie *des cadres et professions intellectuelles supérieures* et la catégorie *des employés* qui comptabilisent le plus de mères avec respectivement 4 et 6 parentes.

Pour les pères, 4 sont classés parmi *les professions intermédiaires* (20%) et 3 dans la catégorie des employés (15%).

Nous remarquons que, pour les deux parents, ce sont les mêmes catégories socio professionnelles qui sont les plus représentées dans les deux groupes.

La seule différence notable est la plus grande surreprésentation des mères en inactivité dans le groupe PPS 1. Mais cette différence n'est pas significative ($p > 0.05$).

3. Situation scolaire du patient

a. Classe du début des troubles

Nous pouvons représenter le résultat pour les deux groupes sur le tableau suivant :

	CE1 à CM2	6ème	5 ^{ème} à 3ème	2nde	1 ^{ère} et terminale
Groupe PPS 1	5	7	4	2	2
Groupe PPS 0	1	7	8	3	1

Rappelons qu'aucun patient n'a débuté son refus anxieux scolaire avant ou au cours de la classe du cours préparatoire (CP).

Dans les deux groupes, nous notons que la majorité des patients débute son trouble au collège. Néanmoins, nous avons plus de patients débutant leur refus anxieux scolaire au primaire dans le groupe de patients entrant dans le protocole.

Ce résultat rejoint celui de la différence d'âge observé entre les deux groupes, à savoir la présence d'un nombre plus grand de patients âgés de moins de 12 ans dans le groupe PPS 1.

b. Niveau scolaire

Sur les 20 patients du groupe PPS 1, 11 n'ont aucune difficulté scolaire. Ils ont un niveau scolaire tout à fait adapté à leur âge.

5 ont redoublé au moins une classe (25%), alors que 3 autres rencontrent des difficultés sans pour autant qu'ils ne redoublent une classe.

1 seul patient a une avance scolaire par rapport à son âge.

Nous notons que 9 patients du groupe PPS 0, soit 47%, ont un niveau scolaire en adéquation avec leur âge.

37% de l'effectif, soit 7 patients, ont redoublé au moins une fois.

Les 4 autres patients ont une avance scolaire.

Nous notons, avec étonnement, qu'il y a une plus grosse proportion de jeunes ayant redoublé dans le groupe PPS 0. On aurait pu imaginer que la réintégration scolaire est plus souvent proposée aux patients avec retard scolaire afin de réduire leur échec à l'école. Or cela semble être le contraire. Nous aborderons ce point dans notre discussion.

4. Antécédents somatiques et psychiatriques du patient et de sa famille nucléaire

a. Antécédents somatiques personnels

La figure suivante illustre la répartition des antécédents dans chacun des 2 groupes :

	Groupe PPS 1	Groupe PPS 0
Aucun antécédent somatique	8 patients (40%)	15 (75%)
Asthme, allergie	4 (20%)	2 (10%)
Maladie digestive ou urinaire	1 (5%)	2 (10%)
Prématurité	5 (25%)	0
Autre	2 (10%)	1 (5%)

Deux résultats frappent.

D'une part, il paraît exister une plus grande prévalence des antécédents somatiques chez les patients à qui on ne propose pas le protocole pour leur refus anxieux scolaire. En effet, alors que seuls 40% des patients du groupe PPS 1 ont un antécédent somatique, 75% des patients du groupe PPS 0 ont en un. Cette différence est statistiquement significative ($p=0.022$).

D'autre part, la prématurité est l'antécédent somatique le plus retrouvé dans le groupe de patients dont la prise en charge a inclus le protocole. Cet antécédent est plus souvent retrouvé dans le groupe PPS 1 que dans le groupe 0.

b. Antécédents somatiques parentaux

Parmi les patients inclus au protocole, seuls 3 sur $n=20$, ont l'un de leurs parents atteint d'une maladie somatique chronique ou handicapante, soit 15% de notre effectif.

Dans le groupe PPS 0, seul un patient a l'un de ses parents concerné par une maladie organique nécessitant des soins au long court.

La bonne santé somatique des parents paraît être la règle pour la plupart des parents de notre population, que ce soit dans le groupe PPS 1 que dans le groupe PPS 0.

c. Antécédents psychiatriques des 2 parents

- Chez les mères :

Dans le groupe PPS 1, 13 mères sur 20, n'ont aucun antécédent psychiatrique rapporté au moment où leur enfant est hospitalisé dans le service, soit 65% de l'effectif. 35% ont donc au moins un antécédent psychiatrique notable et rapporté.

Parmi les 7 mères dont un antécédent psychiatrique a été relevé, 5 ont eu ou ont encore un état dépressif au moment de l'hospitalisation de leur enfant, 1 a une phobie sociale et 1 a une toxicomanie.

- Chez les pères :

Pour les pères, 16 n'ont aucun antécédent psychiatrique notable, soit 80% de nos effectifs. 2 pères ont un alcoolisme chronique au moment de l'hospitalisation de leur enfant, 1 a une phobie sociale et 1 toxicomane.

Concernant le groupe PPS 0, seul 40% des mères (n=8) ont un antécédent de pathologie psychiatrique, dont 4 un état dépressif, 2 un trouble anxieux, 1 état mixte associant dépression et trouble anxieux et 1 cas de psychose.

25% des pères, soit n=5, ont eu ou ont toujours un trouble psychiatrique, dont 2 alcoolismes chroniques, 2 troubles anxieux et un état dépressif.

Les mères de notre population ont pour près des 2/3 des cas une bonne santé mentale, que ce soit pour un groupe ou l'autre. Nous remarquons que dans les deux groupes, la dépression et les troubles anxieux sont les antécédents les plus retrouvés.

Dans les deux groupes, les pères ont pour près des 4/5 une bonne santé mentale. Les antécédents les plus retrouvés sont ici l'alcoolisme chronique et les troubles anxieux.

La seule différence notée est l'existence d'antécédents tels que la toxicomanie présente uniquement parmi les parents des patients participant au protocole. Mais cette différence n'est pas statistiquement significative ($p>0.05$).

d. Antécédents psychiatriques de la fratrie

4 patients inclus au protocole ont au moins un membre de la fratrie qui a bénéficié ou bénéficiait toujours d'un suivi psychiatrique au moment de l'hospitalisation, soit 20% de l'échantillon.

Seul 1 patient du groupe PPS 0 a au moins un membre de la fratrie qui a dû rencontrer un psychiatre au moins une fois.

Il semble que la fratrie des patients, inclus dans le protocole, est plus sujette aux antécédents psychiatriques avec un rapport de 3 pour 1. Mais cette différence peut être liée au hasard.

e. Antécédents psychiatriques personnels

Comme le montre le tableau ci après, nous notons une plus grande prévalence d'antécédents psychiatriques dans le groupe de patients à qui le protocole n'a pas été proposé. En effet, 16 patients (80%) de ce groupe ont eu au moins une consultation auprès d'un psychiatre par le passé. Ce chiffre n'est que de 8 pour le groupe PPS 1, soit 40%.

	Groupe PPS 1 (n=20)	Groupe PPS 0 (n=20)
Aucun antécédent	12	4
Trouble angoisse de séparation	2	4
dépression	2	2
Autre trouble anxieux	0	2
Anorexie mentale	0	4
Autre trouble	4	4

Ainsi le protocole phobie scolaire est plus souvent proposé à des patients dont la symptomatologie scolaire est apparue alors même qu'il n'avait aucun antécédent psychiatrique ($p=0.0372$).

Des antécédents d'anorexies mentales et de troubles anxieux autres que le trouble ADS sont présents dans le groupe PPS 0 et totalement absents dans l'autre groupe.

f. Existence de difficultés de séparation

Dans le groupe des patients intégrés au protocole « phobie scolaire » ($n=20$), 9 ont eu des antécédents de difficulté de séparation soit 45% de l'échantillon. Ce chiffre n'est que de 5 patients, soit 25%, pour l'autre groupe.

Il y aurait donc dans le groupe PPS 1, plus de difficultés de séparation que dans l'autre groupe. Nous ne pouvons toutefois pas affirmer statistiquement ces différences.

5. Données sur l'installation et la prise en charge ambulatoire du refus anxieux scolaire avant l'hospitalisation

a. Modalité d'installation du refus anxieux scolaire

Alors que 12 patients du groupe PPS 1 ont vu leur symptomatologie scolaire s'installer insidieusement, soit 60% de l'échantillon ($n=40$), 8 ont eu au contraire une installation brutale de leur refus scolaire.

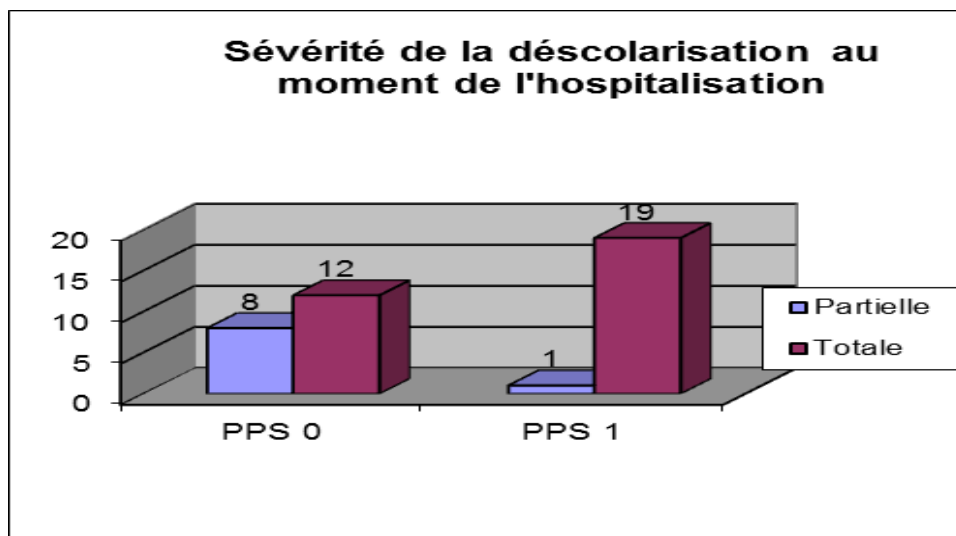
La répartition est l'inverse dans le groupe PPS 0. Dans ce groupe 60% de l'effectif a présenté un refus scolaire anxieux chronique de façon aigüe.

Cette différence relevée quant au mode d'apparition du refus scolaire n'est cependant pas significative.

b. Sévérité de la déscolarisation au moment de l'hospitalisation

Comme il est indiqué sur le diagramme ci-après, la quasi-totalité des patients admis dans le protocole « phobie scolaire » est totalement déscolarisée au moment de l'hospitalisation dans le service. En effet seul un patient de ce groupe n'est pas totalement déscolarisé.

Dans le groupe PPS 0, seuls 8 patients ont rompu toute scolarisation au moment de leur séjour dans le service.



Cette différence entre les deux groupes est significative et on peut avancer que **le protocole « phobie scolaire » est plus souvent proposé aux patients dont la déscolarisation est totale ($p = 0.0089$)**.

c. Prise en charge ambulatoire antérieure

Dans les deux groupes, nous notons une majorité de situations cliniques où le patient avait une prise en charge par un psychiatre ou un psychologue (18 patients du groupe PPS 1 et 14 dans le groupe PPS 0) avant l'hospitalisation. Seul un patient du groupe PPS 1 n'a aucun suivi contre 4 de l'autre groupe. Enfin, un autre patient du groupe PPS1 est pris en charge par un médecin généraliste contre 2 du deuxième groupe.

Nous ne notons pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne les modalités de prise en charge ambulatoire existantes avant l'hospitalisation dans le service.

d. Délai entre l'apparition du refus anxieux scolaire et l'hospitalisation

Nous pouvons noter, comme le montre le tableau suivant, que dans le groupe de patients inclus dans le protocole une majorité de patients (n=7) est hospitalisé entre 6 à 12 mois après l'apparition de leur refus scolaire. Dans ce même groupe, 5 patients ont été hospitalisés plus d'un an après le début de leurs symptômes, avec 1 patient admis 10 ans après le début de ses symptômes.

Dans le groupe de patients non intégrés au protocole, une majorité (n=8) de patients est admise dans les trois mois suivant le début du refus anxieux scolaire. Le délai le plus long ici noté est de 36 mois, soit 3 ans.

Même si nous notons une certaine différence entre les deux groupes elle n'est pas statistiquement significative.

	Groupe PPS 1	Groupe PPS 0
Moins de 3 mois	5	8
Entre 3 et 6 mois	3	5
Entre 6 et 12 mois	7	2
Entre 12 et 24 mois	1	4
Au-delà de 24 mois	4	1

6. Modalités d'hospitalisation dans le service

Pour cette donnée, nous rappelons le lecteur que nous avons précisé le mode d'admission dans l'unité (en urgence ou programmé) ainsi que le motif d'hospitalisation.

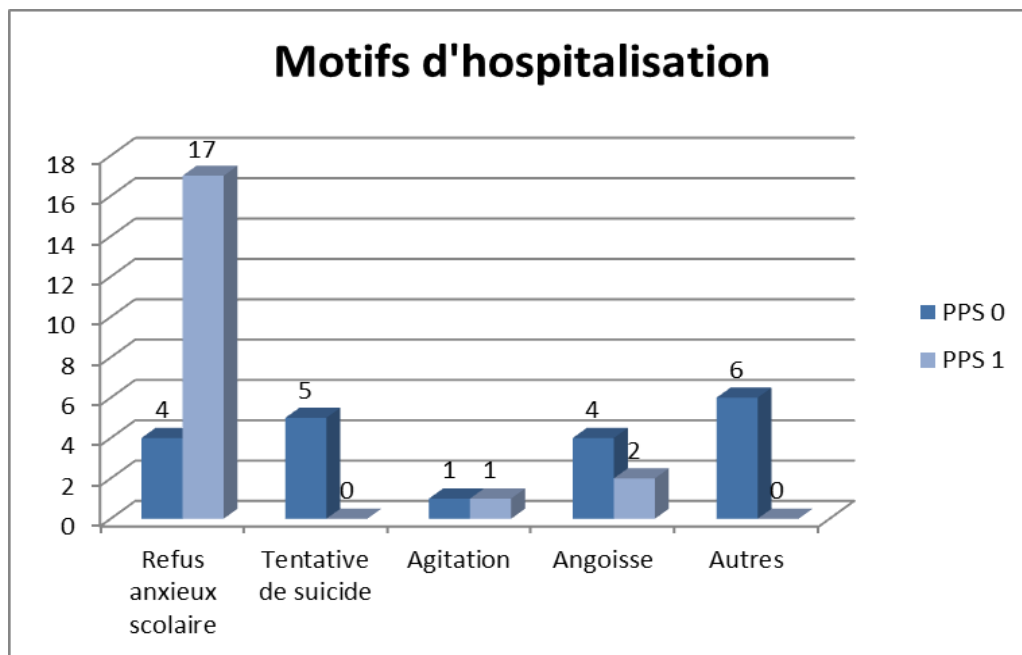
a. Mode d'admission

L'hospitalisation a été programmée pour 16 patients du groupe PPS I, soit 80% de l'effectif, et pour 7 patients du groupe PPS 0, soit 65%. **Ainsi le protocole est plus souvent proposé aux patients dont l'hospitalisation a été programmée (p=0.0045).**

b. Motif d'admission

Nous constatons pour cette donnée que 17 patients du groupe PPS 1 ont été admis dans le service pour leur refus anxieux scolaire, les 3 autres patients l'ont été soit au décours d'un état d'agitation au moment d'aller en classe (n=1) soit pour angoisse (n=2).

Dans le groupe PPS 0 les motifs d'hospitalisation sont plus disparates avec seulement 4 patients admis pour le motif de refus anxieux scolaire. On notera que 5 patients ont été hospitalisés au décours d'une tentative de suicide, 1 dans les suites d'un état d'agitation, 4 pour angoisse et 6 autres patients l'ont été pour d'autres motifs. Dans les autres motifs on relève une humeur triste (n=2), une anorexie mentale (n=2), un trouble de la marche d'origine psychosomatique (n=1) et des rituels (n=1).



La différence constatée entre les deux groupes est significative et on peut conclure que **le protocole « phobie scolaire » est plus souvent proposé aux patients admis pour le motif de refus anxieux scolaire ($p= 0.001$)**.

7. La présentation clinique globale pendant l'hospitalisation :

a. Refus anxieux scolaire et diagnostics associés

Parmi les 20 patients admis dans le protocole, 1 personne n'a aucun trouble psychiatrique avéré hormis le refus anxieux scolaire, les 19 autres ont au moins un trouble psychiatrique associé à leur refus scolaire. Parmi ceux-là, 10 n'ont qu'un seul trouble psychiatrique associé, 8 en ont deux et 1 autre patient a 3 troubles psychiatriques associés.

Dans le groupe PPS 0, 2 patients n'ont aucun trouble psychiatrique associé à leur symptomatologie scolaire, 10 ont en un, 6 ont deux diagnostics associés et 2 en ont trois.

Nous ne relevons donc pas de différence majeure entre les deux groupes en ce qui concerne l'association du refus scolaire anxieux à d'autres troubles psychiatriques. La tendance reste la même, à savoir que le refus scolaire est quasi toujours associé à au moins un trouble psychiatrique. Dans la moitié des cas plus d'un trouble psychiatrique est relevé.

b. Typologie des diagnostics associés

Nous allons illustrer les types de diagnostics associés pour chacun des groupes.

	Groupe PPS 0 (n=20)	Groupe PPS 1 (n=20)	Recherche d'une différence significative (p)
Trouble angoisse de séparation	7	13	P=0.0610
Autres troubles anxieux	7	3	P=0.1492
EDM	6	2	P=0.1185
Dépressivité	1	6	P= 0.6399
Autres troubles psychiatriques	6	4	P=0.6399

Nous pouvons constater que les patients inclus dans le protocole présentent plus de trouble angoisse de séparation et plus d'état de dépressivité que les patients du groupe PPS 0. En revanche les patients du groupe PPS 0 présentent plus souvent les autres troubles anxieux

(avec essentiellement des troubles phobiques et troubles paniques) ainsi que des états dépressifs caractérisés.

Si on détaille les autres troubles psychiatriques, dans le groupe PPS 1 on retrouve 3 cas de trouble oppositionnel avec provocation et un cas de trouble des conduites. Dans le groupe PPS 0, nous relevons 3 cas d'anorexie mentale, 1 cas de schizophrénie débutante, un cas de trouble conversif et un cas de trouble des conduites.

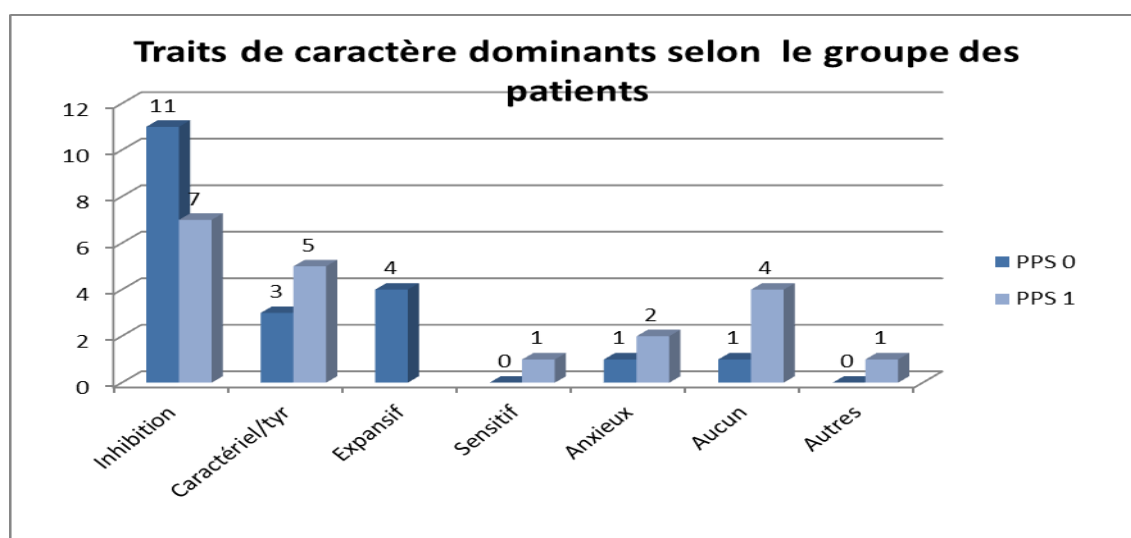
Une tendance serait que le protocole est plus souvent proposé aux patients ayant un trouble angoisse de séparation et à ceux ayant des troubles du comportement. Mais l'analyse statistique ne permet pas de conclure à une différence significative ($p>0.05$).

c. Les traits de caractères pathologiques dominants

Nous ne notons aucun trait de caractère pathologique chez 4 patients du groupe PPS 1, soit 20% de l'effectif. Dans le groupe PPS 0, 1 patient n'a n'en pas, soit 55% de l'échantillon.

Une tendance à l'inhibition est notée dans les deux groupes, avec 55% des patients du groupe PPS 0 (soit 11 patients) et 35% du groupe PPS 1 (soit 7 patients). Les enfants et adolescents sont tyranniques et caractériels dans 25% des cas du groupe PPS 1 et 15% des cas dans le groupe PPS 0.

Quant aux autres traits de caractère pathologique retrouvés, nous les illustrons comme suit :



Le trait expansif n'est retrouvé que dans le groupe PPS 0 (3 patients), au contraire du trait sensitif qui n'est présent que chez un patient du groupe PPS 1.

Au vu du faible nombre de patients pour chaque trait de caractère nous ne pouvons rendre ces différences significatives même si on note que le protocole « phobie scolaire » est plus souvent proposé aux patients avec une tendance à la tyrannie, alors que l'inhibition n'entraîne pas toujours une intégration au protocole.

d. Niveau intellectuel et cognitif

Dans le groupe de patients PPS 1, nous ne disposons de cette donnée que pour 4 patients seulement, soit 20% de l'effectif. Parmi les 4, la moitié a un bilan cognitif normal, $\frac{1}{4}$ a un bilan inférieur à la norme et $\frac{1}{4}$ a un bilan supérieur.

Dans le groupe PPS 0, même si l'évaluation des capacités cognitives est faite plus souvent, nous disposons des résultats que pour 6 patients. $\frac{1}{3}$ de ces patients a des capacités dans les normes, $\frac{1}{3}$ les a supérieur à la normale et $\frac{1}{3}$ les a inférieur à la normale.

De façon générale, la réalisation du bilan cognitif reste occasionnelle, quelque soit le groupe. Toute interprétation excessive de ces résultats serait inappropriée. Nous pouvons en revanche nous interroger sur les raisons expliquant le faible recours à ces tests. Ne sont-ils utilisés qu'en cas de doute ? Ou ne sont-ils pas effectués faute de temps et de moyen ? Nous discuterons ce point ultérieurement.

Ainsi au vu des éléments précédents, et comme le montre le tableau récapitulatif suivant, nous pouvons conclure que les critères d'inclusion des patients dans le protocole « phobie scolaire » les plus significatifs sont : la distance entre le lieu de vie et le service, les antécédents personnels psychiatriques et somatiques, la sévérité de la déscolarisation, les modalités d'admission dans le service (urgence versus programmée) et le motif d'admission dans l'unité.

En revanche, les données concernant le niveau socioéconomique parental, la situation du couple parental, la place dans la fratrie, le retard ou l'avance scolaire, les antécédents somatiques et psychiatriques parentaux, le type d'antécédents psychiatrique personnels ainsi que le type de prise en charge ambulatoire antérieur ne semblent pas intervenir dans l'intégration des patients au protocole.

Variables	Groupe (n=20)	PPS1 (n=20)	PPS 0	L'analyse statistique de la différence observée (p)
-distance domicile parental-hôpital				
• <10 Km	8	3		P=0.0149
• Entre 10 et 50 Km	9	7		
• >50	3	10		
-antécédents somatiques personnels :				
• Absent	12	5		P=0.0219
• Présent	8	15		
-antécédents psychiatriques personnels :				
• absent	12	4		P=0.0372
• présent	8	16		
-sévérité déscolarisation au moment de l'hospitalisation :				
	19	12		P=0.0089
• totale	1	8		
• partielle				
-mode d'admission				
• programmée	16	7		P=0.0045
• urgent	4	13		
-motif d'admission :				
• refus scolaire	17	4		
• tentative de suicide	0	5		
• agitation	1	1		P<0.001
• angoisse	2	4		
• autre	0	6		

Le protocole « phobie scolaire » est réalisé le plus souvent chez les patients :

- habitant le plus souvent à moins de 50Km,
- sans antécédent somatique et psychiatrique,
- avec une déscolarisation totale,
- dont l'admission a été programmée,
- et dont le motif d'admission a été le refus anxieux scolaire.

Aussi même si les différences constatées entre les deux groupes ne sont pas significatives, nous relevons que les patients inclus dans le protocole ont une moyenne d'âge plus basse, sont plus souvent de sexe masculin, sont plus souvent scolarisés en primaire, ont eu plus souvent des difficultés de séparation dans l'enfance non prise en charge. Ils ont plus souvent un trouble angoisse de séparation et un trouble oppositionnel avec provocation. Une plus grande tendance à la tyrannie est aussi relevée chez ces patients. En outre, le délai entre l'apparition des troubles et la prise charge hospitalière est plus long.

Après avoir décrit le profil des patients qui bénéficient du protocole « phobie scolaire », nous allons à présent nous intéresser au reste de la prise en charge proposée dans les deux groupes. En effet en dehors de la réintégration scolaire et de la séparation thérapeutique proposées uniquement aux patients inclus dans le protocole, la prise en charge diffère-t-elle par d'autres aspects ?

8. Prise en charge hospitalière proposée

a. Durée du séjour

La durée de séjour moyenne pour les patients du groupe PPS 1 est de 16.80 jours (+/- 20.93). 19 patients sur 20, soit 95% de notre effectif, restent hospitalisés moins de 20 jours. Un seul

patient est resté hospitalisé plus de 100 jours (3 mois et demi). Il s'agissait là d'un jeune garçon de 8 ans qui avait comme diagnostic un trouble angoisse de séparation avec un trouble oppositionnel. Chez ce jeune, l'amendement de l'angoisse de séparation n'a pu être obtenue. La durée de séjour la plus courte est de 9 jours (n=2).

Dans le groupe PPS 0, la durée de séjour moyenne est de 36.90 jours (+/- 66.04). 90% de l'effectif reste hospitalisé moins de 50 jours. Un patient a séjourné dans l'unité durant 150 jours (soit 5 mois) et un autre durant 250 jours. Le premier cas concernait une fillette de 10 ans et demi admise pour anorexie mentale sévère avec état dépressif majeur. Le deuxième cas est celui d'un garçon de 11 ans admis pour phobie de déglutition avec anorexie mentale. La durée de séjour minimale dans ce groupe est de 2 jours.

La durée de séjour est ainsi en moyenne plus courte chez les patients bénéficiant du protocole, en comparaison au groupe PPS 0 (2 semaines versus 5 semaines).

b. le traitement psychotrope

Dans le groupe PPS 0, 4 patients seulement n'ont aucune prescription de psychotropes, alors que ce chiffre est de 8 pour le groupe PPS 1. Il existe donc une plus grande prescription de psychotropes chez les patients ne bénéficiant pas du protocole « phobie scolaire ».

Quant aux classes médicamenteuses prescrites dans chaque groupe, nous illustrons comme suit :

	neuroleptique	antidépresseur	Atarax
Groupe PPS 0 (n=12)	4	11	4
Groupe PPS 1 (n=16)	6	9	3

Ainsi les neuroleptiques ont été plus souvent prescrits chez les patients inclus dans le protocole que chez les autres, à l'inverse les antidépresseurs ont été prescrits plus chez les patients du groupe PPS 0. L'Atarax quant à lui semble utilisé dans les mêmes proportions dans les deux groupes.

Nous ne pouvons cependant tirer aucune conclusion statistiquement significative pour ces différences du fait du faible nombre de patients.

c. Lien avec l'école

Ce lien a toujours été fait lorsque le sujet a eu le protocole « phobie scolaire ». En revanche, l'équipe médicale et paramédicale n'a fait ce lien que chez le ¼ des patients du groupe PPS 0.

Il semble donc qu'outre l'intégration au protocole, la prise en charge entre les deux groupes diffère par certains points. En effet, les patients inclus au protocole ont une durée de séjour moins grande, une prescription de psychotrope moins élevée avec une tendance à une plus grande prescription de neuroleptique dans ce groupe. Enfin, alors que le lien avec l'école est fait systématiquement lorsque le patient est dans le protocole, il ne l'est que parfois pour les autres patients.

9. Evolution lors de l'hospitalisation

a. Reprise scolaire pendant le séjour

Cette donnée n'est appréciée que pour le groupe PPS 1 et est détaillée plus haut.

b. Evolution de l'état psychique

Sur les 20 patients du groupe PPS 0, aucune amélioration clinique n'a été notée par le praticien chez 3 patients. Parmi les 17 autres, 9 ont vu leur état psychologique restauré entièrement et 8 ont eu une amélioration partielle.

Dans le groupe PPS 1, aucun bénéfice sur leur état psychologique n'a été relevé chez 3 patients, alors que 11 ont eu une amélioration partielle de leurs troubles. Seul 6 patients ont eu une régression totale de leurs symptômes (scolaire et autres).

Dans ce dernier groupe, il est intéressant de comparer l'évolution de l'état psychologique et celle de la scolarisation pendant le séjour :

	La reprise de la scolarité durant le séjour (n=20)	Amélioration de l'état psychologique (n=20)
Aucune	2 (10%)	3
Partielle	5 (25%)	11
Totale	13 (65%)	6

Nous notons que la reprise d'une scolarité totale n'est pas synonyme d'une amélioration complète de l'état psychiatrique. En effet alors que 13 patients reprennent les cours de façon assidue et régulière, à peine 6 ont une amélioration psychologique complète.

Aussi, 1 patient semble avoir eu une reprise de la scolarité sans que pour autant ses troubles, autres que le refus scolaire, ne soient améliorés.

En outre, l'évolution de l'état psychologique semble être équivalente par certains points dans les deux groupes, avec le même nombre de patients non amélioré et amélioré (partiellement et totalement). En revanche on note un meilleur taux d'amélioration psychique totale dans le groupe PPS 0 (9 patients versus 6).

Ces constatations nous amène à l'hypothèse, qu'à court terme, la reprise ou non de la scolarisation ne paraît pas influencer sur l'état psychologique et vice versa.

c. Modification positive de la dynamique familiale

Sur les 20 familles des patients inclus dans le protocole, une certaine modification positive a été notée chez 6 d'entre elles, soit chez 30% des familles. Ce chiffre est de 5 parmi les familles du groupe PPS 0.

De fait, à la vue des éléments cités plus haut, nous pouvons avancer que le protocole « phobie scolaire » ne permet pas, à court terme, une meilleure amélioration psychologique ni une meilleure mobilisation familiale.

Quant à son impact sur la scolarisation, nous avons relevé que pendant le séjour 90% des enfants et adolescents intégrés au protocole réussissait à aller en classe (de façon continue ou partielle). Mais il serait hâtif de conclure à une efficacité sur la symptomatologie refus scolaire. Nous discuterons cette donnée plus loin.

10. Prise en charge psychiatrique après hospitalisation

Concernant les soins organisés en ambulatoire au décours de l'hospitalisation, la seule différence observée entre les deux groupes, est la mise en place d'une prise en charge en hôpital de jour sur le service chez trois patients ayant bénéficié du protocole.

Il s'agit dans les trois cas de garçons âgés respectivement de 13, 14 et 15 ans et tous avaient des parents divorcés. 2 patients avaient un trouble angoisse de séparation. Le troisième n'avait aucun trouble psychiatrique avéré autre que le refus scolaire. En revanche, il était tyrannique et caractériel. Chez ces trois adolescents une rescolarisation avait été obtenue durant le séjour et l'amélioration psychologique n'a été que partielle chez les deux présentant un trouble angoisse de séparation.

Nous avons aussi voulu comparer l'évolution des deux groupes à distance de l'hospitalisation. Ainsi nous avons désiré savoir s'il y avait des différences quant à la qualité de la scolarisation et de l'état psychologique.

11. Evolution à 3 et 12 mois après l'hospitalisation

a. Suivi ambulatoire

- à 3 mois

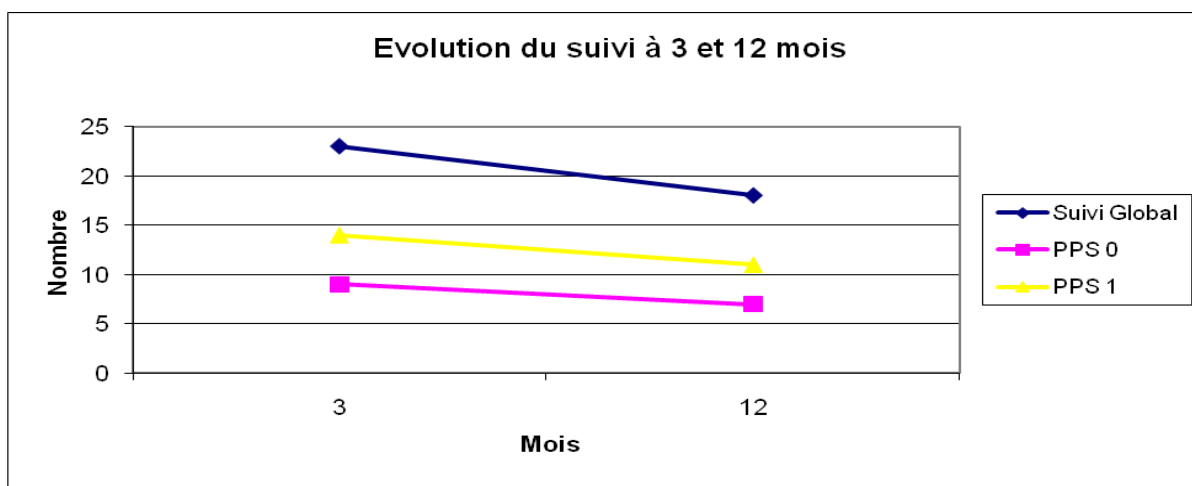
Nous disposons de cette information pour 13 patients du groupe PPS 0 et pour 18 patients du groupe PPS 1. Ce suivi est poursuivi par 10 patients du groupe PPS 0 (soit 77%) et par 14 patients du groupe PPS 1 (soit 77% de l'effectif).

- à 12 mois

Parmi les 17 patients du groupe PPS 1 dont nous disposons de la donnée, 10 ont encore un suivi psychiatrique ou psychologique à cette période, soit 55% de l'effectif.

Pour le groupe PPS 0, 8 patients sur 12 ont encore un suivi spécialisé, soit 68% de l'effectif.

Voici une représentation graphique de l'évolution du suivi, pour les deux groupes :



Nous notons une même évolution pour les deux groupes, à savoir une baisse du nombre de patients suivis entre 3 et 12 mois. Dans le groupe des patients ayant eu le protocole, le pourcentage de patients suivis à 12 mois est plus bas que pour l'autre groupe (55% versus 68%)

b. Scolarité ordinaire à 3 et 12 mois

- à 3 mois

	Aucune scolarité	Scolarité partielle	Scolarité totale
Groupe PPS 0 (n=13)	6 (46%)	3 (23%)	4 (31%)
Groupe PPS 1 (n=18)	6 (33%)	4 (22%)	8 (45%)

Nous pouvons constater plusieurs choses :

D'une part, nous remarquons un meilleur taux de scolarité totale dans le groupe PPS 1, comparé au groupe PPS 0. Le taux de scolarité partielle reste quasiment le même entre les deux groupes, alors que les patients du groupe PPS 0 ont un plus fort taux de déscolarisation totale.

Aussi, dans le groupe de patients ayant profité de la réintégration scolaire pendant le séjour nous observons une augmentation du taux de patients déscolarisés totalement. Alors que seuls 2 patients n'ont pas réussi à aller en classe durant le séjour, 6 ont un absentéisme total 3 mois après leur sortie d'hospitalisation. En outre, le pourcentage de patients scolarisés totalement a diminué durant cette période, passant de 65% pendant l'hospitalisation à 45% 3 mois après. Le taux de scolarisation partiel semble se maintenir quant à lui.

- A 12 mois

	Aucune scolarité	Scolarité partielle	Scolarité totale
Groupe PPS 0 (n=12)	2 (17%)	3 (25%)	7 (58%)
Groupe PPS 1 (n=17)	7 (41.2%)	0	9 (53%)

Dans les deux groupes, nous observons une amélioration de la scolarisation totale, puisque le taux de scolarisation totale passe de 31 à 58% dans le groupe PPS0, et de 45 à 53% dans le groupe PPS 1.

En revanche, le taux de déscolarisation totale continue à augmenter dans le groupe PPS 1 (passant de 33% à 41.2%), tandis que dans le groupe PPS 0 ce taux chute considérablement (passant de 46% à 17%).

Le taux de scolarité partielle reste le même dans le groupe PPS 0, alors qu'il baisse et devient nul dans le deuxième groupe. Dans ce dernier groupe, on a l'impression que soit les patients arrivent à aller en classe et ils le font de façon assidue et régulière, soit ils sont dans l'impossibilité totale de le faire.

L'évolution de la scolarisation à 12 mois de sortie de l'hospitalisation, paraît meilleure chez les patients n'ayant pas bénéficié du protocole « phobie scolaire », alors que la tendance était inverse à 3 mois post hospitalisation

c. Etat psychologique à 3 et 12 mois

- A 3 mois

Chez les 18 patients ayant eu le protocole et dont on a pu obtenir cette information, 8 n'ont pas vu leur état psychologique se modifier (44%), 3 ont eu une amélioration clinique rapportée (17%) et 7 autres au contraire ont vu leur état psychologique se dégrader (soit 39%).

Dans le groupe de patients non inclus au protocole, nous n'avons cette donnée que pour 13 enfants et adolescents. 8 (61.5%) sont restés stables psychiquement, 4 ont vu leurs troubles psychiatriques s'améliorer (31%) et 1 seul s'est dégradé (7.7%).

Au regard des éléments disponibles, il semble que l'état psychologique des patients non inclus au protocole reste plus stable ou s'améliore plus avec le temps que celui des patients inclus au protocole.

La différence notée entre les deux groupes quant au taux de dégradation de l'état psychologique est importante laissant penser que l'amélioration obtenue au cours de l'hospitalisation pour les patients inclus au protocole n'est que transitoire. Aussi, nous notons une plus grande absence de cette donnée parmi ceux n'ayant pas bénéficié du groupe. On pourrait supposer que les patients « perdus de vue » dans ce groupe vont justement moins bien.

- A 12 mois

Nous allons résumer les résultats sur le tableau qui suit :

	Etat psychique inchangé	Etat psychique amélioré	Etat psychique altéré
Groupe PPS 0 (n=12)	4 (33%)	6 (50%)	2 (17%)
Groupe PPS 1 (n= 17)	4 (23%)	5 (30%)	8 (47%)

Là aussi, nous disposons de cette donnée chez un plus grand nombre de patients du groupe PPS 1. Dans ce groupe, l'altération psychique est encore plus importante qu'à 3 mois (8 patients versus 7). Il y a aussi une augmentation du nombre de patients dont l'état s'est amélioré. Le nombre d'enfants dont l'état psychologique reste stable diminue de moitié entre 3 et 12 mois.

Parmi les patients non inclus au protocole, le nombre d'état psychique stable baisse aussi de moitié à la faveur d'une augmentation du nombre de patients dont l'état s'améliore (4 à 3 mois et 6 à 6 mois).

La différence observée entre les deux groupes semble persister, avec une plus forte proportion dans le groupe PPS 0 de patients dont l'état psychologique s'altère.

d. Nouvelle hospitalisation

Sur les 7 ré hospitalisations survenues dans l'année suivant la sortie du service de Brabois enfants, 5 concernaient des patients ayant eu le protocole « phobie scolaire ».

Parmi ces 5 ré hospitalisations, 4 ont été motivées par une récurrence ou une non résolution du refus anxieux scolaire. Une l'a été pour une tentative de suicide.

Parmi le groupe PPS 0, seuls deux patients ont été de nouveau hospitalisés pour une tentative de suicide.

e. Intervention socio-judiciaire

Sur les 10 interventions socio-judiciaires répertoriées dans notre étude, 6 concernaient des patients du groupe PPS 1 et 4 l'autre groupe.

On relève une intervention éducative chez 4 patients du groupe PPS 1 contre seulement 1 dans le groupe PPS 0.

Un placement de l'enfant ou adolescent a été noté chez 2 patients du groupe PPS 1 et 3 du groupe PPS 0.

Ainsi, d'après les données recueillies à 3 et 12 mois, il en sort que :

-La majorité des patients dans les deux groupes bénéficie encore d'un suivi spécialisé.

-Le pourcentage de patients encore suivis à 12 mois est plus fort parmi les patients n'ayant pas bénéficié du protocole.

-A 3 mois, les patients ayant eu le protocole ont une meilleure scolarisation que les autres, alors qu'à 12 mois, l'assiduité scolaire paraît meilleure chez les patients non inclus au protocole.

-L'état psychologique des patients des deux groupes se modifie au cours du temps, soit vers une amélioration soit vers une dégradation.

-Une altération psychologique survient plus souvent chez les patients ayant eu le protocole scolaire. Le nombre de ré hospitalisations plus élevée dans ce groupe vient appuyer cette observation.

II. Deuxième partie : Discussion

A. Notre effectif et l'incidence d'hospitalisation annuelle

1. L'effectif

Notre étude concerne 40 patients hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy entre 2004 et 2008 et présentant une symptomatologie de refus anxieux scolaire.

Dans les travaux français menés pour décrire la population de patients avec refus anxieux scolaire, l'effectif considéré reste modeste. Dans l'étude de Racle (2006) ⁽¹²⁴⁾ portant sur la description des patients hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Grenoble entre 1996 et 2004, l'échantillon est composé de 48 patients. Dans l'étude de Revol (2000) ⁽¹²⁸⁾ portant sur l'ensemble des patients suivis pour refus anxieux scolaire par le département de la Vienne entre 1991 et 2000, l'échantillon comporte 45 patients. Dans l'étude de Cabrol (1996) ⁽²⁹⁾ faite sur les enfants et adolescents hospitalisés entre 1985 et 1995 à l'hôpital Debré et ayant les critères de refus anxieux scolaire, 51 patients étaient retenus.

Dans le monde, les études concernent des effectifs variables : 33 patients dans l'étude indienne de Mukesh et al ⁽¹¹⁵⁾ faite sur les patients suivis par le service de psychiatrie pour adolescents à l'institut national de la santé mentale entre 2000 et 2001 ; 25 patients dans le travail rapporté par une équipe turque (Ozcan et al ⁽¹²¹⁾) ; Bernstein et al (1990) ⁽¹⁵⁾ se servent d'un échantillon de 76 patients suivis par le service universitaire de pédopsychiatrie dans le Minnesota entre 1985 et 1988.

Ainsi, les effectifs des différentes études restent modérés alors même que souvent la période d'inclusion considérée est voisine de 10 ans et que les auteurs considèrent les patients suivis en ambulatoire.

Finalement, notre échantillon paraît grand au regard des autres travaux dans la mesure où nous nous sommes limités à une période d'inclusion de 4 ans et que nous avons choisi une population hospitalisée.

Une explication à ce taux relativement élevé de brassage du refus anxieux scolaire par le service est que du fait d'une prise en charge standardisée proposée par l'unité, les

praticiens ambulatoires adressent plus facilement ces patients à Brabois. Le service jouerait le rôle de « centre expert » pouvant accueillir des patients de toute la Lorraine. Nous avons vu notamment que certes 80% des patients hospitalisés provenaient du département de Meurthe et Moselle, mais les 20% restant proviennent d'autres départements voire d'une autre région.

2. L'incidence annuelle

L'incidence du refus anxieux scolaire est dite en augmentation (Mouren et Delorme 2006 ⁽¹¹³⁾). Dans sa thèse L. Racle (2006) ⁽¹²⁴⁾, objective une augmentation de l'incidence des hospitalisations en rapport avec le refus anxieux scolaire dans le service universitaire de pédopsychiatrie de Grenoble entre 1986 et 2003. Ainsi de 0 hospitalisation par an entre 1986 et 1989, le service accueillait 7 à 10 patients en 2003. Revol ⁽¹²⁸⁾, dans son étude sur 45 cas de phobie scolaire suivis par le département de la Vienne (centre médico-psychologique, hospitalisation, accueil de jour) entre 1991 et 2000, retrouvait une augmentation du nombre de patients pris en charge pour ce motif (1 cas en 1991 à 8 en 1999). Daillet ⁽³⁵⁾ trouve aussi une augmentation du nombre de patients (suivis ou hospitalisés) par le département de Meurthe et Moselle puisque ce nombre passait de 15 cas entre 1980 et 1989 à 40 cas entre 1990 et 1994.

Pourquoi une augmentation de la fréquence d'un tel symptôme ? Certains auteurs accusent l'évolution sociétale et le remaniement familial dans ce phénomène. L'exemple du Japon illustre bien cette réalité puisque les psychiatres japonais ont été exposés de façon explosive aux situations de difficultés scolaires au sein de leurs consultations. Le refus anxieux scolaire peut atteindre 75% des consultations pour non assiduité scolaire (Koizumi. E ⁽⁸⁰⁾). Dans la société japonaise, plus qu'ailleurs, l'enfant doit être le meilleur, il doit viser l'élite. Cette pression et recherche de l'élitisme atteint le milieu familial appauvri par ailleurs (père absent, faible autorité..). Le jeune qui refuse d'aller à l'école, est alors confronté à la nécessité de se montrer tel qu'on l'attend, et lorsqu'il n'y arrive pas il se sent inhabituel, inutile, honteux et aliéné (Tsuji Heyiro ⁽¹⁴²⁾).

Dans notre étude, rappelons que le nombre de patients admis annuellement et présentant un refus anxieux scolaire oscille entre un minimum de 3/an (2007) et 12/an en 2006. **Nous**

ne remarquons pas d'augmentation de l'incidence annuelle d'admission, ce qui est en désaccord avec les données de la littérature.

On peut supposer que nos résultats ne reflètent pas exactement l'évolution de l'incidence de la symptomatologie scolaire. En effet, dans la mesure où une partie des patients hospitalisés dans le service bénéficie du protocole « phobie scolaire », on peut imaginer que le service ne peut accueillir à cet effet qu'un certain nombre de patients par an et que ce nombre est peu variable. Toute variation de l'incidence serait donc liée au nombre de patients qui ne bénéficient pas du protocole et qui sont admis pour d'autres raisons que le refus anxieux scolaire.

B. Situation sociodémographique et familiale des patients

1. Sexe

Sur les 40 patients de notre étude, on retient 20 garçons et 20 filles, soit un sexe ratio égal à 1.

Dans les premières études faites sur le refus anxieux scolaire, une large prédominance masculine était retrouvée avec un sexe ratio de 2-3/1 (Hersov 1960⁽⁵²⁾, Dugas et Guériot⁽³⁹⁾, Warren⁽¹⁴⁸⁾, Rodriguez⁽¹²⁹⁾, Daillet 1996⁽³⁵⁾).

Actuellement, le sexe ratio semble en cours d'égalisation. Il est retrouvé proche de un dans les études de Bernstein (1988)⁽¹⁴⁾, Last et Strauss (1990)⁽⁸⁶⁾ et gal (1993)⁽⁴⁵⁾. Dans l'étude de Racle⁽¹²⁴⁾, on relève 54% des garçons contre 46% des filles. Cette répartition est de 56% des garçons contre 44% des filles dans le travail de Ozcan⁽¹²¹⁾ ou encore 57% des garçons contre 43% des filles dans l'étude de Mukesh.

Nos résultats viennent donc conforter cette tendance à l'égalisation du sexe ratio qui semble concomitante à l'évolution socioculturelle avec une obligation scolaire pour tous.

Aussi, il semble que ce sexe ratio diffère en fonction de la tranche d'âge considérée. Pour Desombre (1990)⁽³⁷⁾, les filles seraient plus représentées dans les tranches d'âges inférieures et les garçons plus nombreux à l'adolescence. En contradiction avec ces résultats, Revol⁽¹²⁸⁾

trouve une moyenne d'âge plus élevée chez les filles que chez les garçons (15 ans versus 13 ans).

2. Age

On admet classiquement trois pics de fréquence de survenue du refus anxieux scolaire : entre 5 et 7 ans (entrée à l'école primaire), à 11-12 ans (entrée au collège) et entre 13 et 15 ans (Hersov, Last et Strauss). Les préadolescents et adolescents sont plus représentés que les enfants et l'âge de début tardif serait de moins bon pronostic avec l'existence de troubles psychopathologiques plus sévères (Julian et Elliot ⁽⁶²⁾).

Dans notre population, le pic de survenu du refus anxieux scolaire est de 12 ans, ce qui est en accord avec l'un des pics rapporté dans la littérature. Un deuxième pic est celui de 14 ans. Notre échantillon est composé d'une plus forte proportion d'adolescents (72%) que de préadolescents et d'enfants ce qui laisse à penser que la symptomatologie dans notre population est sévère. Nous ne sommes pas étonnés de voir que notre population présente une plus grande sévérité dans la mesure où il s'agit d'une population hospitalisée.

De plus, les filles sont plus âgées que les garçons dans notre étude, puisque 80% des garçons ont moins de 12 et moins, et que 70% des filles ont 12 ans et plus. Cette prédominance des filles à l'adolescence et l'importance de la proportion des adolescents dans notre échantillon pourraient expliquer un sexe ratio égal à 1.

Deux questions viennent nous bousculer :

- Pourquoi l'adolescent est-il plus sujet au refus anxieux scolaire sévère? Nous tenterons d'apporter quelques éclairages à cette question plus loin.
- Pourquoi les adolescentes développent-elles plus souvent un refus anxieux scolaire que les adolescents? Le processus de l'adolescence est-il plus complexe chez la jeune fille ?

Cette question reste ouverte pour le moment dans la mesure où nous ne disposons pas, à l'heure actuelle, d'hypothèses explicatives dans la littérature.

3. Situation du couple parental

Alors que les premières études menées sur les enfants atteints de phobie scolaire retrouvaient une majorité de famille biparentale (90% dans l'étude de Dugas et Guériot ⁽³⁹⁾), des études plus récentes objectivent un pourcentage de familles disloquées de plus en plus grand entre 30 et 50 % (Last et Strauss, Bernstein et al, Revol, Racle).

En accord avec ces données, nous retrouvons que dans 52% des cas le patient vit avec ses deux parents. Dans 30% des cas, les parents sont séparés mais l'enfant continue à voir ses deux parents. Enfin, 18% des patients ne connaissent qu'un seul de leurs parents, soit que l'autre parent est décédé soit qu'il est inconnu.

Cette augmentation de la proportion des familles séparées s'inscrit elle aussi dans une évolution sociétale. En effet depuis la seconde moitié du XXème siècle, le taux de divorce n'a cessé d'augmenter passant de 10% en 1970 à 45% en 2001 pour se stabiliser (données de l'INED).

On pourrait mettre en parallèle l'augmentation de l'incidence du refus anxieux scolaire et celle de la dislocation familiale. Comme nous le verrons plus loin, l'une des raisons de ce refus scolaire est l'angoisse de séparation. Cette angoisse de séparation est expliquée par un lien d'hyper dépendance entre l'enfant et l'un des parents, la mère le plus souvent. Dans les familles monoparentales ce lien n'est-il pas exacerbé ?

En outre, il ne faut pas oublier que les familles modernes sont de plus en plus recomposées, faites de beaux parents. Ces derniers peuvent tout aussi bien occuper une place parentale vacante. Ainsi, plus que le lien parental biologique ou la composition physique des familles, il est tout aussi important voire plus d'identifier le rôle qu'occupe chaque parent.

4. La place dans la fratrie

Il a longtemps été considéré que les enfants les plus touchés par le refus anxieux scolaire occupaient une place particulière dans la fratrie, une place d'enfants aînés, benjamins ou

uniques. De tels enfants auraient une attention toute particulière de la part de leurs parents (hyper protégés, image de l'enfant idéal qui n'a pas le droit à l'échec..).

Dans leur étude portant sur 68 patients, Dugas et Guériot ⁽³⁹⁾ trouvent que dans 90 % des cas l'enfant atteint de phobie scolaire occupe une place particulière dans la fratrie, c'est-à-dire enfant unique, aîné ou dernier. Hersov ⁽⁵²⁾ trouve également une plus grande fréquence des enfants uniques ou derniers de la fratrie.

Dans sa thèse, Revol (1999) ⁽¹²⁸⁾ trouve une prédominance des benjamins (51%), les aînés représentaient 25% de son échantillon et les enfants uniques 9 %.

Racle ⁽¹²⁴⁾, dans son étude sur 48 patients, trouve 21 % d'enfants uniques, 29 % d'aînés, 46 % de benjamins et 4% de rang intermédiaire.

Dans notre étude, nous n'avons considéré que les enfants issus d'une même union ce qui limite le nombre d'enfants par fratrie .Nous avons alors recensé autant d'enfants uniques, benjamins ou en position intermédiaire. Seule la position aînée est légèrement surreprésentée (25% versus 22.5% pour les autres positions). Les aînés, benjamins et enfants uniques représentent 77.5% de l'ensemble de l'échantillon.

Mais cette distinction des places a-t-elle encore de l'importance aujourd'hui ? Il faut contextualiser ces données à la société occidentale dans laquelle le nombre d'enfants par union est souvent de deux voire trois et les fratries sont souvent recomposées (l'aîné peut se retrouvé en position de benjamin...). Plus que la position dans la fratrie, c'est surtout la place qu'a l'enfant dans la dynamique familiale qu'il est important d'explorer.

Il est d'usage aujourd'hui de ne plus considérer le rang dans la fratrie comme ayant un rôle dans la genèse du trouble.

5. Catégorie socioprofessionnelle des parents

Berg (1992) ⁽⁷⁾ ne trouve pas de niveau socio-économique particulier parmi les parents d'enfants atteints de refus anxieux scolaire à l'opposé de ceux des enfants faisant l'école buissonnière. Dans ce dernier cas, il s'agit le plus souvent de milieu défavorisé.

Dans l'étude de Racle ⁽¹²⁴⁾, 29 % des parents étaient dans la catégorie cadre et profession intellectuelle, 20 % étaient des ouvriers et 17 % étaient des artisans. Dans notre étude, les cadre/professions intellectuelles, les professions intermédiaires et les employés sont représentés dans respectivement 32.5%, 37% et 32% des cas, soit de façon équivalente. **Ces résultats confirment les données de Berg selon lesquels le refus scolaire ne touche pas de classes socio-économiques particulières.**

Christopher et Kearney, dans leur revue de la littérature de 2007 portant sur le refus scolaire, citent les facteurs de risques de l'absentéisme scolaire parmi lesquels figurent la pauvreté et la précarité familiale. Il faut préciser que ces auteurs regroupent refus anxieux scolaire et école buissonnière ce qui pourrait expliquer la divergence avec les données précédentes.

C. Situation scolaire du patient

1. Classe au début du refus anxieux scolaire

Nous avons relevé que 65% des cas de refus anxieux scolaire dans notre population survenaient au collège dont la moitié apparaissait en classe de 6^{ème}. Nos résultats ne sont pas isolés. Revol ⁽¹²⁸⁾ objective 52% de son échantillon ayant débuté leur refus anxieux scolaire au collège dont la plupart en 6^{ème}.

La sixième reste une étape difficile pour un enfant devenant préadolescent. Elle représente un changement d'établissement, un changement du cercle amical et la nécessité d'une plus grande autonomie de la part du préadolescent. C'est donc une période qui requiert beaucoup de faculté d'adaptation de la part du jeune. Le passage au collège est donc une période à risque pour lui.

Il est admis l'existence de facteurs déclenchants dans le refus anxieux scolaire (Lebovici et Le Nestour ⁽⁹²⁾, Berg). Les uns sont liés à l'enfant lui-même (maladie somatique, intervention chirurgicale...), les autres à la situation scolaire (changement d'établissement, de classe, passage dans le secondaire...), d'autres encore peuvent être liés à la situation familiale

(perte d'un parent, conflit intra familial). Tous ces événements ont pour point commun de venir heurter la sécurité intérieure de l'enfant et de générer par conséquent une angoisse qui ne peut être contrôlée loin du domicile familial (Hersov, 1991⁽⁵³⁾).

De tels événements ne sont pas toujours suivis du refus anxieux scolaire mais c'est chez l'enfant dont l'équilibre psychologique est fragile que cette expérience de perte (réelle ou imaginaire) peut engendrer de tels symptômes.

2. Niveau scolaire

Près d'un tiers de notre échantillon (30%) a redoublé au moins une classe et 7% rencontre des difficultés scolaires.

Gal (1993)⁽⁴⁵⁾, dans son étude menée sur 62 cas de refus anxieux scolaire pris en charge dans les centres hospitaliers universitaires de Nancy, Tours, Limoges et Poitiers trouve 22.6% de retard scolaire. Ce pourcentage est de 38% dans l'étude de Revol⁽¹²⁸⁾. **Ainsi, le redoublement scolaire est fréquemment rencontré chez ces patients pourtant classiquement décrits comme de » bons élèves » (Duags et Gueriot, Berg).**

Ce retard scolaire est-il la conséquence d'un absentéisme important ? Ou n'est-il pas que le reflet de difficultés scolaires que peuvent rencontrer ces enfants ou adolescents ? Si des difficultés scolaires sont présentes, de quels ordres sont-elles ? Sont-elles dues à des capacités intellectuelles limitées ? Ou ne peuvent-elle pas être que l'expression de troubles psychopathologiques sous-jacents ?

Dans sa thèse sur une population d'adolescents suicidaires nancéiens, Ligier⁽⁹⁸⁾ retrouve que 50% des patients avaient un retard scolaire d'au moins un an, ce qui est plus que dans notre étude. **Sans préjuger du niveau cognitif de ces patients qui refusent d'aller à l'école, les résultats de Ligier viennent illustrer la réalité selon laquelle, la présence d'un trouble psychopathologique peut être pourvoyeuse à elle seule de difficultés et retard scolaires.**

D. Le terrain familial et personnel

1. Le terrain familial

a. Les antécédents somatiques parentaux :

Peu d'études sont disponibles au sujet de la prévalence des antécédents somatiques chez les parents d'enfants présentant un refus anxieux scolaire. Racle ⁽¹²⁴⁾ recense 22 % d'antécédents somatiques chez les pères et 32 % d'antécédents somatiques chez les mères. L'antécédent le plus fréquent chez le père est la hernie discale. Chez la mère étaient au premier rang l'hypertension artérielle, le cancer du sein et l'asthme.

Dans notre étude, seuls 10% des patients de notre échantillon a l'un de ses parents atteints d'une pathologie somatique invalidante. Aucun n'a les deux parents concernés par une maladie organique handicapante. Ce pourcentage est plus faible que celui de l'étude de Racle. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que nous ayons été plus restrictifs quant à la retenue des antécédents. En effet, nous n'avons gardé que les maladies somatiques chroniques avec un retentissement palpable (par l'inquiétude des parents ou des conséquences physiques), alors que Racle a répertorié tous les antécédents y compris les épisodes aigus (lumbago, pyélonéphrite...).

Même si l'existence d'une maladie somatique chez l'un des parents peut déclencher ou entretenir un refus anxieux scolaire (Desombre ⁽³⁷⁾, Holzer ⁽⁵⁶⁾, Mouren-simeomi ⁽¹¹³⁾) (l'enfant ne veut aller à l'école car il craint que quelque chose d'horrible n'arrive à ses proches en son absence (Bowlby ⁽²⁵⁾)), la présence d'une maladie organique grave chez les parents semble rare et l'idée selon laquelle ces enfants ne vont pas à l'école pour veiller auprès de leurs parents malades ne serait-elle pas fausse idée?

Toutefois, il semble que les antécédents somatiques chez les parents sont plus souvent retrouvés dans le cas de refus anxieux scolaire avec dépression associée (Kolvin et al 1984 ⁽⁸¹⁾). Aussi, l'enfant ou adolescent peut aussi être inquiet si l'un de ses parents a un trouble psychiatrique.

b. Les antécédents psychiatriques parentaux

- Chez les parents

Chez la mère, il est largement démontré la fréquence des troubles thymiques (dépressifs), troubles anxieux et troubles de la personnalité (Agras 1959 ⁽¹⁾, Davidson 1960 ⁽³⁶⁾, Hersov 1960 ⁽⁵⁴⁾, Britton 1969 ⁽²⁷⁾, Quere 1984 ⁽¹²³⁾, Last et Francis 1987 ⁽⁸⁵⁾, Walter et Mcshane 2001 ⁽¹⁰⁸⁾). Racle trouve 66 % des mères avec un antécédent psychiatrique. Parmi les mères de notre étude, 37.5% ont au moins un antécédent psychiatrique avec dans la moitié des cas la présence d'une dépression.

Chez les pères, même si l'existence d'un antécédent psychiatrique est moins fréquente (20% en général), il n'en demeure pas moins qu'il est généralement retrouvé des antécédents de troubles anxieux, de troubles addictifs (alcool) et thymique (Hersov ⁽⁵⁴⁾, Berg 1992 ⁽⁷⁾, Mcshane et Walter 2001 ⁽¹⁰⁸⁾). Dans notre étude, rappelons que 23% des pères ont au moins un antécédent psychiatrique avec au premier rang l'éthylisme et les troubles anxieux.

Aussi Bernstein et al, en 1990 ⁽¹⁶⁾, comparent deux groupes d'enfants l'un avec refus anxieux scolaire et l'autre témoin. Les ascendants du premier degré des enfants atteints de refus anxieux scolaire sont plus sujets aux troubles thymiques et anxieux. Une autre étude comparative menée par une équipe turque (Ozcan, 2006 ⁽¹²¹⁾) retrouve 6.5 fois plus d'antécédents psychiatriques chez les mères (dépression, trouble anxieux généralisé et trouble panique) et 4.5 fois plus chez les pères (alcoolisme et dépression) d'enfants présentant un refus anxieux scolaire en comparaison à des enfants témoins.

Le profil psychiatrique des parents de notre étude est en accord avec ceux de la littérature avec l'existence d'antécédent psychiatrique chez 60% des parents.

Ainsi, les enfants ou adolescents qui développe un refus anxieux scolaire baignent pour la plupart dans un environnement où cohabitent angoisse, appréhension de tous, manque d'ouverture vers le monde extérieur. Comment peuvent-ils alors s'épanouir et quitter leur domicile parental avec quiétude ?

Nous verrons ultérieurement que le refus anxieux scolaire est le plus souvent l'expression d'un trouble dépressif ou anxieux. La question d'une certaine hérédité se pose à nous : transmission génétique ? Apprentissage comportemental ?

Pour tenter de répondre à cette interrogation, Muris et al (1996) ⁽¹¹⁶⁾ relèvent les peurs présentes chez de tels patients ainsi que celles de leurs parents. Elles sont les mêmes. Les

auteurs supposent un apprentissage de ces comportements et cognitions. Les parents peuvent transférer leurs pensées anxieuses ainsi que leurs comportements d'évitement à leurs enfants (Moore et al 2004 ⁽¹¹²⁾, Whaley et al 1999 ⁽¹⁵¹⁾).

- La fratrie

Chez la fratrie, des antécédents psychiatriques (anxieux, dépressif) et scolaires sont retrouvés dans 20 % des cas (Gittelman et Klein 1975 ⁽⁴⁹⁾, Bernstein et Garfinkel 1988 ⁽¹⁴⁾, Racle ⁽¹²⁴⁾). Nous en trouvons dans 12.5% des cas, soit dans de plus faibles proportions. Un manque de données pourrait expliquer ce pourcentage plus bas. En tous les cas, nous constatons que malgré un environnement familial identique, certains auront un symptôme et pas d'autres. Qu'est ce qui détermine le choix du symptôme ? L'une des réponses est que le symptôme se développe en fonction du terrain individuel.... Dans un environnement identique, l'enfant exprimera ou non un trouble.

2. Le terrain personnel

a. Les antécédents somatiques

L'existence d'une maladie somatique a été relevée chez 43% des enfants et adolescents dans notre étude. Il s'agissait alors dans la majorité des cas soit d'une problématique allergique soit d'une pathologie digestive ou urinaire.

L'intrication des pathologies somatiques et du refus anxieux scolaire a d'emblée été évoquée par les auteurs (Johnson et al ⁽⁶³⁾, Sperling ⁽¹³⁵⁾). D'une part, les manifestations anxieuses, aux moments d'aller en classe, peuvent se présenter sous forme de douleur abdominale, de nausée ou encore de céphalées. D'autre part, la maladie somatique peut elle-même être pourvoyeuse du refus anxieux scolaire (après une longue période d'hospitalisation ou de séjour à la maison, l'enfant préfère rester au domicile parental pour continuer à avoir des bénéfices secondaires, pour éviter le regard des autres sur un corps fragilisé dans son intégrité physique).

Il est retrouvé une grande fréquence des troubles psychosomatiques chez ces patients, comme l'asthme, l'eczéma, l'obésité ou les troubles sphinctériens (Leger et al ⁽⁹⁴⁾). Dans sa thèse, Racle trouve des antécédents somatiques chez 27% des patients de son échantillon avec au premier rang l'atopie.

Vila et al (1999) ⁽¹⁴⁶⁾ montrent, en comparant un groupe d'enfants asthmatiques et un autre d'enfants diabétiques, que les premiers sont plus sujets à développer un trouble anxieux notamment un trouble anxieux généralisé. Or le refus anxieux scolaire est très souvent associé à un trouble anxieux.

En outre, l'équipe japonaise de Tomada (1997) ⁽¹⁴⁰⁾ s'est attachée à montrer l'existence de différentes perturbations chrono-biologiques chez ces patients. Ces derniers sont plus sujets à une dysrégulation du cycle du cortisol, de l'équilibre glycémique et de la thermorégulation. Le débit de perfusion cérébrale dans les régions fronto-temporales est retrouvé diminué chez ces patients. D'après l'auteur, ces différentes anomalies entraîneraient un syndrome de fatigue chronique avec refus anxieux scolaire secondaire.

La prématurité a été retrouvée dans 7% des cas dans notre étude. Il n'existe pas de données rapportées dans la littérature sur le lien entre prématurité et refus anxieux scolaire ou trouble anxieux en général. Toutefois, on peut supposer qu'elle puisse être le nid d'une problématique de séparation mère enfant en ce qu'elle peut venir fragiliser le lien mère bébé. La mère est soit trop protectrice soit rejetante vis à vis de son enfant. Elle se trouve dans une ambivalence oscillant entre le désir de ce nouveau-né et son rejet. De plus, la prématurité peut être cause de séquelles neurologiques lesquelles séquelles peuvent entraîner une limitation des capacités intellectuelles et d'adaptions. Ces dernières favoriseraient aussi le refus anxieux scolaire.

Une certaine fragilité organique, notamment de type psychosomatique, retrouvée chez 43% des patients de notre étude, peut donc favoriser la survenue d'un trouble anxieux et en l'occurrence un refus anxieux scolaire.

Soulignons l'importance de savoir interrompre les investigations complémentaires devant des plaintes somatiques dont on suspecte une origine anxieuse, et de pouvoir prévenir la survenue d'un refus anxieux scolaire après une période d'hospitalisation ou de séjour à

domicile du fait de la décompensation d'une maladie somatique. En outre, la réalisation de certificats médicaux pour justifier les absences scolaires doit être évitée dans le cadre du refus anxieux scolaire (Mouren ⁽¹¹³⁾, Le heuzey ⁽⁹¹⁾).

b. Les antécédents psychiatriques

Gal ⁽⁴⁵⁾, dans son travail de thèse en 1993, trouvait des difficultés psychologiques antérieures chez ces enfants avec épisodes d'anxiété de séparation transitoire, des problèmes d'alimentation (anorexie), des troubles du sommeil (terreurs nocturnes et cauchemars). L'auteur évoquait une défaillance de l'expérience de séparation qui est soit absente soit traumatique. Dans l'échantillon de Racle, 86 % de patients avaient eu au moins une consultation spécialisée (psychologues et/ou psychiatres) avant l'apparition de leur refus anxieux scolaire et dans 91 % des cas c'était pour un trouble anxieux isolé.

Outre le refus anxieux scolaire, 60% des patients de notre échantillon avaient bénéficié d'au moins une consultation spécialisée (psychiatre ou psychologue) par le passé. Les raisons étaient les troubles anxieux (troubles anxiété de séparation en premier lieu), la dépression ou l'anorexie mentale. A ceci, s'ajoutent les cas de difficultés de séparation qui n'avaient pas entraîné de consultations spécialisées (n=6 soit 15%).

Nos résultats viennent confirmer ceux des études antérieures (Johnson, Gal, Racle) et soutiennent l'idée d'une fragilité psychologique sur laquelle vient se greffer le refus anxieux scolaire.

c. Les capacités cognitives

On a rapidement considéré que ces patients étaient de bons élèves avec de bonnes capacités intellectuelles. Dugas et Guériot ⁽³⁹⁾, dans leur étude sur 68 cas de phobiques scolaires, relèvent une moyenne de quotient intellectuel global de 109 soit une valeur supérieure à la normale. Ces auteurs rapportent toutefois une faible productivité verbale au test du Rorschach ainsi qu'une inhibition affective.

Vera et al ⁽¹⁴⁵⁾ retrouvent des difficultés d'apprentissage dans leur échantillon de phobiques scolaires avec des cas de dyslexie, dyscalculie et dysorthographe non repérées avant l'éclosion des troubles.

Nayllor et al ⁽¹¹⁹⁾ comparent deux groupes d'enfants l'un présentant un refus scolaire et l'autre sans. Les deux groupes avaient des troubles psychiatriques similaires. Les quotients intellectuels globaux et de performance étaient identiques dans les deux groupes. Cependant les enfants avec refus anxieux scolaire avaient un QI verbal plus bas et présentaient plus de difficultés d'apprentissage.

Dans notre étude, seuls 28% des patients ont bénéficié d'une évaluation des capacités cognitives. Parmi les jeunes qui ont été évalués, on a le même nombre de patients avec des capacités intellectuelles normales, inférieures ou supérieures à la normale. Ce pourcentage reste faible et s'il ne nous permet pas de préciser les facultés cognitives de notre échantillon, il nous interroge en revanche sur les raisons d'une si faible fréquence de passation des tests. Il est évident que bien souvent l'impression clinique nous oriente vers l'existence ou non d'une déficience intellectuelle et un bilan n'est demandé que si un doute existe à ce sujet. On pourrait donc supputer que lorsqu'aucune évaluation cognitive n'est faite, alors le patient semblait avoir des capacités normales.

Malgré des capacités cognitives d'apparence normales, les enfants et adolescents présentant un refus anxieux scolaire semblent en difficulté pour mobiliser leur potentiel cognitif. Cette difficulté est en partie liée à une certaine inhibition psychoaffective.

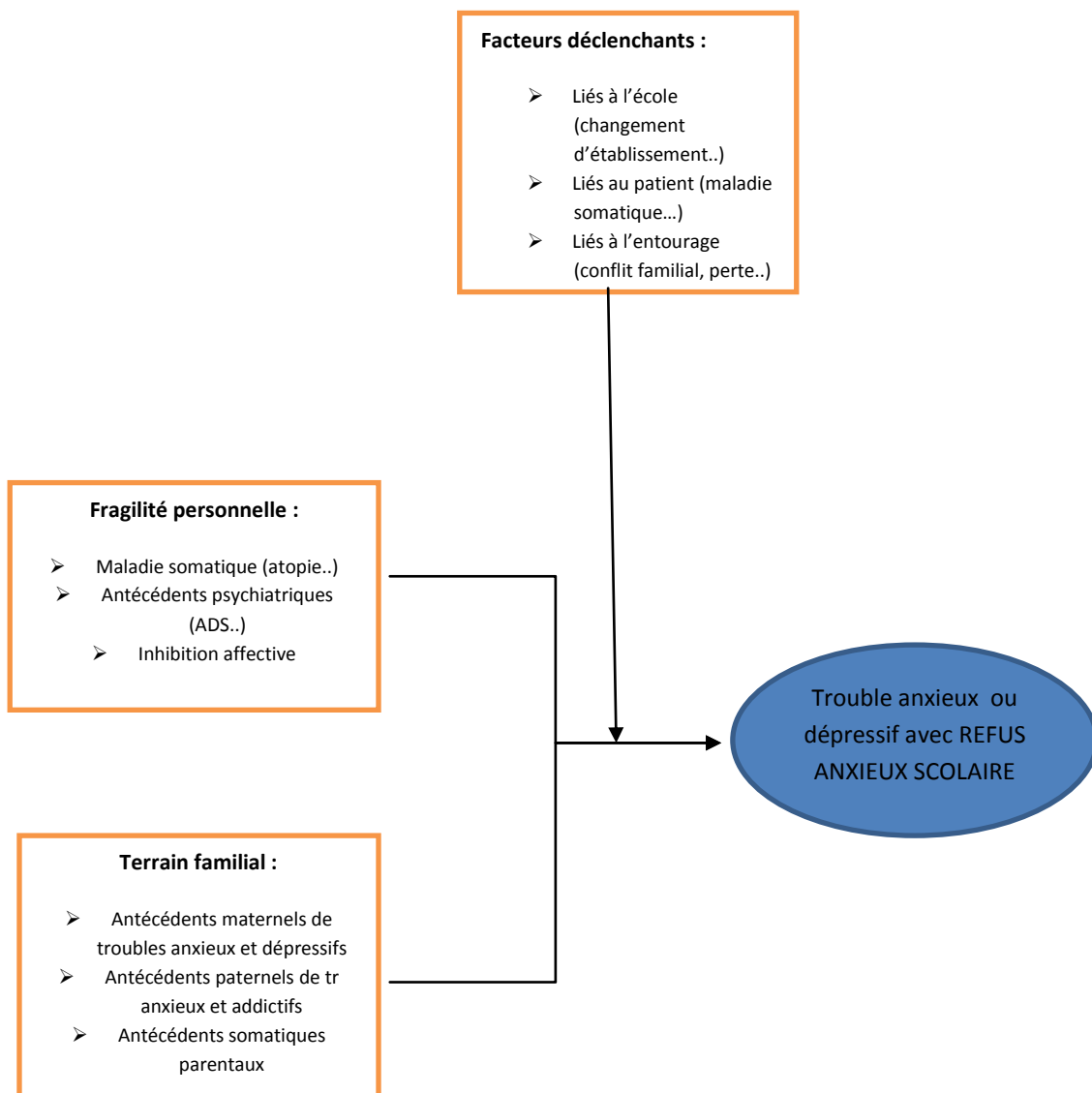
d. Les traits de caractères

Ces enfants et adolescents sont souvent décrits comme timides, introvertis et inhibés (Kagan ⁽⁶⁴⁾, J.f Rosenbaum ⁽¹³⁰⁾). Pour certains auteurs, ce tempérament inhibé aurait une valeur prédictive dans le développement des troubles anxieux et par conséquent dans le refus anxieux scolaire (Kagan et al 1987 ⁽⁶⁴⁾, Prior et al 2000 ⁽¹²²⁾, Bidermann et al 2001 ⁽¹⁸⁾). Dans notre échantillon, seuls 45% des patients sont décrits comme inhibés ou introvertis.

Nous avons pu relever 10% de situations cliniques où au contraire l'expansion émotionnelle était au premier plan. Il s'agissait dans 3 cas sur 4 de jeunes adolescentes avec une labilité émotionnelle. Cette expansion pourrait n'être que le reflet d'une trop forte angoisse que le jeune ne peut gérer (car l'enveloppe de par excitation fait défaut). Elle pourrait aussi n'être que l'expression d'un processus de l'adolescence enclenché. En effet, pour Marcelli ⁽¹⁰¹⁾, l'humeur de l'adolescent est caractérisée par une instabilité avec des moments de déprime

et des moments d'exubérance, de jubilation ou d'excitation. Ces modifications émotionnelles sont étroitement en lien avec l'environnement. L'adolescent peut ainsi sortir de sa tristesse lorsqu'il reçoit un coup de fil, la visite d'un copain.... Comme la majorité des patients expansifs sont des adolescents, **on pourrait dire que les patients expansifs dans notre étude sont en pleine phase d'adolescence et leur développement psychoaffectif est donc adapté à leur âge.**

Avant d'aller plus au loin on pourrait ainsi résumer les circonstances de survenue du refus anxieux scolaire :



E. Du symptôme scolaire à l'hospitalisation

1. Les formes du refus anxieux scolaire : aiguës ou chroniques

Sperling ⁽¹³⁶⁾ en 1967 identifie les formes de phobie scolaire aiguës ou chroniques au sein desquelles figurent les formes traumatiques ou induites.

Les formes aiguës traumatiques surviennent à tout âge sans antécédent phobique notable au décours d'un évènement traumatique qui a présenté pour l'enfant « une menace de perdre le contrôle sur la réalité ».

Les phobies scolaires aiguës induites surviennent dans un contexte de relation pathologique parents enfant. L'auteur propose ici un abord thérapeutique via le parent inducteur (la mère le plus souvent).

Les formes chroniques induites ou traumatiques témoignent d'un trouble grave de la personnalité et concernent des tableaux cliniques plus complets.

Margaret.R, Paccioné – Dyszelwski et Marie ann Contessa-Kislus (1992) ⁽¹⁰⁵⁾, tentent de différencier les formes aiguës et chroniques du refus anxieux scolaire au travers trois situations. Les formes aiguës apparaissent au décours immédiat d'un traumatisme (expérience de perte), chez un jeune sans antécédents (psychiatrique ou scolaire). L'enfant arrive à extérioriser ses affects dépressifs, il reste concerné par sa scolarité. Ses parents sont rapidement alertes par rapport à la situation et consultent un spécialiste. Les formes chroniques de refus anxieux scolaire débutent insidieusement chez un patient avec un antécédent de refus scolaire et aux performances scolaires faibles. Dans ce deuxième cas, l'enfant est peu expressif, la communication intrafamiliale est altérée. Rejoignant Sperling, ces auteurs pensent que le refus anxieux scolaire chronique n'est que la manifestation d'une perturbation grave de la personnalité.

Dans notre population, la moitié a développé un refus anxieux de façon chronique, à savoir de façon insidieuse sur plus de 3 mois. Chez ces derniers, arriver en hospitalisation ne signifie-t-il pas une certaine gravité dans la situation clinique ?

Nous voulons préciser la complexité de rechercher les facteurs déclenchant une pathologie psychiatrique, et notamment le refus anxieux scolaire. Un refus anxieux scolaire peut survenir soit au décours d'un événement traumatisant (mort d'un proche) soit au décours d'un événement de vie stressant (changement d'établissement, départ d'un camarade...). Il nous paraît exister une différence entre événements traumatisants et événements de vie stressants. Les premiers ont une valeur de traumatisme universel, les seconds peuvent devenir traumatisants pour certaines personnes. Dans notre étude, nous avons pris le parti de ne pas relever de facteur déclenchant le refus anxieux scolaire car, si les événements traumatisants sont facilement identifiés par les praticiens ceci dès le premier entretien, les événements de vie stressants semblent plus difficiles à repérer nécessitant alors plusieurs rencontres thérapeute patient afin de repérer la valeur traumatisante d'un tel événement.

2. Quand l'hospitalisation s'impose-t-elle ?

Dans notre étude, l'hospitalisation survient alors même que le patient est suivi par un spécialiste dans 80% des cas. Cela veut dire que chez plus des deux tiers des patients la prise en charge ambulatoire est insuffisante pour juguler la symptomatologie des patients.

77.5% des patients sont hospitalisés à un moment où ils n'ont plus aucune scolarité. Cette déscolarisation totale signe une certaine gravité dans le tableau clinique puisqu'elle est elle-même pourvoyeuse de complications tels l'isolement plus grand, la dévalorisation de soi...

Aussi lorsqu'on se penche sur les raisons ayant motivé cette hospitalisation on note qu'outre la symptomatologie scolaire en elle-même (qui représente 52.5% des situations), les autres raisons notables sont les tentatives de suicide, l'état d'angoisse aiguë, l'agitation, la tristesse de l'humeur.

Devant une situation de refus anxieux scolaire, la question de proposer une hospitalisation peut donc se poser au thérapeute. La plupart des auteurs (Desombre, Dugas et Gueriot, Quere, Holzer, Leheuzey, Hersov) s'accordent quant à ses indications chez de tels patients. Il faut l'envisager devant :

- les cas chronicisés dont la prise en charge ambulatoire paraît dépassée. Quere ⁽¹²³⁾ parle d'un contrat (généralement sur une période de 3 à 6 mois) de retour à l'école que le thérapeute doit d'emblée établir avec l'enfant ou adolescent et ses parents. Lorsqu'il vient à ne pas être rempli alors, à l'image de la prise en charge des anorexiques, l'hospitalisation s'impose.
- chez les patients dont l'entourage familial semble être un frein à la guérison,
- chez les patients en grande souffrance psychologique avec velléités suicidaires, un état dépressif sévère, une angoisse majeure ou encore un isolement important.

Dans le cadre de notre étude, nous remarquons que les indications de l'hospitalisation dans le refus anxieux scolaire sont semblables à celle de la littérature avec notamment l'idée selon laquelle elle ne doit pas se faire en premier lieu sauf quand le tableau est dominé par une symptomatologie autre que scolaire.

3. Les bénéfices de l'hospitalisation dans le refus anxieux scolaire

Pour Mille ⁽¹¹⁰⁾, l'hospitalisation offre l'occasion pour le jeune d'expérimenter d'autre mode d'échange, de s'appuyer sur le groupe et de s'identifier à des adultes différents. L'enfant ou adolescent dans son retranchement et son isolement trouvera en l'institution une certaine contenance, un endroit « réceptacles aux projections de l'enfant pour qu'il puisse les élaborer » (Quere).

Pour Jeammet ⁽⁵⁹⁾, l'espace institutionnel qu'il qualifie de « transitionnel » vient suppléer la défaillance momentanée des mécanismes de défenses de l'adolescent. Cet espace doit jouer un rôle de « pare-excitation » antérieurement joué par la mère. L'hospitalisation doit ainsi permettre au jeune la restauration du fonctionnement mental en lui offrant une possibilité d'extérioriser ses affects, la possibilité d'un rétablissement du sentiment de continuité et d'une reprise des investissements objectaux.

L'hospitalisation peut être aussi un moment de séparation entre l'enfant et ses parents (Kabuth et al) ⁽⁶³⁾. Cette séparation peut être très douloureuse dans un premier temps mais permettra au patient de se rendre compte que toute séparation n'est pas synonyme de mort

(sa mort ou celle de ses proches). Elle permet en outre à certains éléments conflictuels d'éclater et d'avoir une chance d'être abordés par le thérapeute. Ce dernier se trouve « bombardé » par l'agressivité de la part du patient mais aussi de ses parents. Il doit pouvoir reprendre les projections agressives du patient tout en les élaborant avec lui.

L'hospitalisation peut aussi servir de lieu de reprise de la scolarité. Le jeune pourra ainsi faire part directement de ses inquiétudes, ses difficultés.

F. Le refus anxieux scolaire : tableau clinique global

1. Le refus anxieux scolaire : symptôme ou maladie ?

La quasi-totalité de notre effectif, à savoir 92.5%, a au moins un trouble psychiatrique associé au refus anxieux scolaire. Nos résultats rejoignent ceux de Gail et Bernstein (1986)⁽⁴⁴⁾ dont l'étude retrouvait que 89% des patients avaient au moins un diagnostic psychiatrique associé. A l'opposée, Egger et al (2003)⁽⁴⁰⁾ ne relèvent un diagnostic psychiatrique que dans 24.5% des cas sur un échantillon de 165 jeunes avec un refus anxieux scolaire. La question de savoir si le refus anxieux scolaire est une entité clinique à part entière reste encore ouverte même si **les classifications internationales des troubles mentaux (DSM V-TR et CIM 10) ont tranché depuis plusieurs années en faveur de la non spécificité diagnostique du refus anxieux scolaire.**

En effet, dans ces classifications internationales, le refus anxieux scolaire ne figure pas en tant que trouble psychiatrique à part entière. Dans ces deux classifications, il apparaît en tant que critère diagnostique du trouble angoisse de séparation (F93 dans la CIM 10, 309 – 21 dans le DSM IV TR). Aussi ce diagnostic peut être porté par le praticien dans la catégorie des troubles anxieux et phobique (phobie spécifique, phobie sociale).

Dans la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA), le refus anxieux scolaire ou phobie scolaire n'apparaît à aucun moment. Il peut être classé à défaut dans les « pathologies de la personnalité » sous la rubrique « pathologie narcissique ou anaclitique, dépression chronique, abandonisme » où l'angoisse de

séparation trouve sa place. On peut aussi le classer au chapitre des « difficultés scolaires non classables ailleurs ».

2. Les troubles psychiatriques associés au refus anxieux scolaire

Alors qu'initialement le refus anxieux scolaire n'était abordé que sous l'angle de la problématique de l'angoisse de séparation, plusieurs études se sont attachées par la suite à montrer que d'une part l'angoisse de séparation n'était pas toujours présente et que d'autre part le refus anxieux scolaire pouvait s'intégrer à d'autres tableaux cliniques.

L'une des premières études s'intéressant à la description des tableaux cliniques du refus anxieux scolaire a été menée par Gail, Bernstein et al en 1986 ⁽⁴⁴⁾. Les auteurs se sont servis d'entretiens semi structurés qu'ils ont fait passer à une population de 26 enfants et adolescents présentant la symptomatologie de refus anxieux scolaire et suivis par un service de pédopsychiatrie dans le Minnesota. L'échantillon était composé majoritairement de garçons (61%) et la moyenne d'âge était de 13 ans. Chez les patients ayant au moins un trouble psychiatrique associé au refus anxieux scolaire (89%), 69% avait une dépression. 27% seulement des patients avait un trouble angoisse de séparation. En outre, la moitié de l'effectif avait un trouble mixte à savoir anxieux et dépressif. Les auteurs concluent ainsi que le refus anxieux scolaire s'intégrait soit à un trouble anxieux soit à un trouble dépressif.

Last et Strauss ⁽⁸⁶⁾, en 1990, relèvent les diagnostics psychiatriques selon le DSM-III présents chez 63 patients atteints de refus anxieux scolaire âgés entre 7 et 17 ans. 38% avaient un diagnostic primaire de trouble angoisse de séparation, 30% avaient une phobie sociale et 22% avaient une phobie simple spécifique.

McShane et al (2001) ⁽¹⁰⁸⁾ distinguent trois types de troubles psychiatriques pouvant exister concomitamment au refus anxieux scolaire : les troubles anxieux avec en chef de file le trouble angoisse de séparation, les troubles de l'humeur dont la dépression et la dysthymie, et enfin les troubles du comportement.

King et al (2001) ⁽⁷⁶⁾ proposent d'envisager le refus anxieux scolaire sous trois angles : le trouble angoisse de séparation, le trouble phobique et la dépression. L'idée selon laquelle il faut séparer les troubles phobiques et les autres troubles anxieux (angoisse de séparation,

trouble anxieux généralisé ou encore trouble panique) est supportée par d'autres auteurs (Martin et al 1999, Cabrol 1995). Ces auteurs individualisent le terrain familial sur lequel survient le refus anxieux scolaire. Les antécédents de trouble panique ou d'agoraphobie chez les parents favoriseraient l'émergence d'un trouble anxieux chez l'enfant alors que les antécédents phobiques favorisent la survenue d'une phobie.

Dans notre étude, nous avons relevé comme troubles psychiatriques principaux associés : le trouble angoisse de séparation (50% des cas), les autres troubles anxieux (dans 25% des cas), les troubles de l'humeur avec l'état dépressif majeur et la dépressivité (dans 37.5% des cas).

Nos résultats congruent vers ceux de la littérature confortant l'idée selon laquelle le refus anxieux scolaire demeure un symptôme du registre névrotique pouvant se voir soit dans le cadre d'une dépression, soit dans le cadre d'un trouble anxieux soit dans le cadre d'un trouble mixte.

Tenter de comprendre ce symptôme ne peut donc se faire qu'au travers du ou des diagnostics (s) auquel (s) il se trouve associé.

3. Refus anxieux scolaire et le trouble angoisse de séparation

a. Comprendre le refus anxieux scolaire à travers l'angoisse de séparation

L'enfant en développement passe par un stade d'angoisse de séparation. Lors de cette phase du développement toute tentative de séparation avec la mère ou les parents peut être génératrice de manifestations psychiques massives. Spitz ⁽¹³⁷⁾ a identifié le stade de la peur des étrangers survenant quand le nourrisson a entre 6 et 8 mois. Le bébé, indifférent jusque-là à tout changement par rapport aux personnes environnantes, manifeste alors de l'angoisse et de la peur lorsqu'il est en présence d'un visage non familial. Parallèlement, s'il est longtemps séparé de sa mère, le nourrisson entre le plus souvent dans une dépression anaclitique se caractérisant par de l'indifférence au milieu environnant, par un arrêt du développement, par une anorexie et des troubles du sommeil.

Bowlby et Robertson ⁽²⁵⁾ décrivent les réactions de jeunes enfants séparés de leurs mères. Ces derniers s'agitent tout d'abord, crient et se mettent à la recherche de leurs mères. Puis l'enfant désespéré devient inactif, est triste et paraît indifférent au monde environnant.

Enfin, si la séparation perdure longtemps, l'enfant se détache de sa mère et accepte le soin de n'importe quelle personne. Pour l'auteur, ces manifestations sont des signaux de l'existence d'un attachement entre l'enfant et sa mère.

Puis, vers 2 ans, l'enfant acquiert la capacité à pouvoir se séparer au moins momentanément de ses parents ^(137, 99). Cela lui permet alors de s'ouvrir au monde extérieur et de s'autonomiser. Cette capacité à pouvoir s'individualiser de ses parents peut être entravée si les conditions ne sont pas optimales (attachement maternel insécure, absence de tiers pour casser la dyade mère enfant...).

Quoi d'étonnant de voir survenir un refus anxieux scolaire chez ces patients qui se trouvent dans l'impossibilité de vivre sans la présence de leur entourage (la mère) ? Il est fréquent de voir des manifestations anxieuses les premiers temps de la rentrée scolaire chez le tout jeune. Mais ces manifestations sont transitoires et d'intensité légère ; lorsqu'elles perdurent dans le temps et qu'elles sont intenses, on peut légitimement évoquer une problématique de séparation non encore résolue chez l'enfant.

Qu'en est-il de l'angoisse de séparation à l'adolescence ? La présence d'une angoisse de séparation à l'adolescence signe pour certains auteurs la continuité d'une angoisse de séparation existante depuis la jeune enfance. (Westenburg et al 1999) ⁽¹⁵⁰⁾. De tels adolescents ont vu leur développement affectif perturbé et la sévérité de ces tableaux cliniques est plus grande que lorsqu'il existe un autre trouble anxieux (Westenburg ⁽¹⁵⁰⁾, Southam et al ⁽¹³⁵⁾). Ainsi, la prise en charge, doit être intensifiée chez ce type de patients (Layne 2003) ⁽⁹⁰⁾.

En outre, il est possible qu'une certaine angoisse de séparation resurgisse à l'adolescence alors même qu'elle s'était résolue. En effet, l'adolescent, en position dépressive, se sert de la béquille disponible, à savoir son lien avec ses parents. Il s'accroche à ce lien d'autant plus s'il a été marqué par une certaine hyper dépendance. Pourtant, il doit justement s'en défaire progressivement. Le jeune se trouve dans une double contrainte dont une façon d'échapper est la phobie scolaire (Jeammet) ⁽⁶⁰⁾.

b. La prévalence du trouble ADS parmi les cas de refus anxieux scolaire

Le trouble angoisse de séparation est retrouvé dans des proportions variables selon les études le pourcentage oscillant entre 12% (étude indienne menée par Mukesh et al en 2006, étude japonaise de Hoshino et al) ⁽⁵⁷⁾ et 80% (étude Borchardt et al 1994) ⁽²³⁾. Martin et al ⁽¹⁰⁶⁾ trouvent une proportion de 49% de trouble angoisse de séparation dans leur échantillon. Dans notre étude, elle est de 50%.

Il semble que les différences de proportions retrouvées dans les différentes études soit en partie en lien avec la moyenne d'âge dans chaque étude. Plus cette moyenne d'âge est élevée, moins le trouble angoisse de séparation est présent. Le trouble angoisse de séparation atteint moins souvent les adolescents et plus souvent l'enfant (Bernstein et al 1997) ⁽¹⁵⁾. Aussi, le pays où les études sont menées semble jouer sur l'importance du trouble angoisse de séparation au sein d'échantillon de patients ayant un refus anxieux scolaire. Pour exemple, les jeunes du Japon et de l'Inde présentent moins d'angoisse de séparation et plus d'état dépressif. En Turquie, cela semble être le contraire. Comme si la culture, au sein de laquelle baigne l'enfant ou l'adolescent, conditionnait l'expression symptomatologique de sa souffrance psychologique.

4. Refus anxieux scolaire et les troubles thymiques

a. Le refus anxieux scolaire à travers la dépression

La dépression concerne plus souvent les adolescents au contraire de l'angoisse de séparation qui touche les plus jeunes (Bernstein). Cela n'est pas étonnant car les enjeux de l'adolescence constituent « une menace dépressive » pour le jeune (Braconnier) ⁽²⁶⁾.

L'adolescence est une période durant laquelle le jeune est confronté notamment à un travail de deuil. L'adolescent doit progressivement abandonner sa relation fantasmatique d'avec ses parents, l'investissement libidinal doit être dirigé vers les objets extérieurs à la famille. Il doit abandonner l'image idéale qu'il a de lui-même « sans subir de désillusionnement trop brutal et trop massif qui risque de léser définitivement ses assises narcissiques, ce d'autant plus que la personnalité antérieure sera plus fragile » (Jeammet) ⁽⁵⁸⁾. Dans cette position dépressive, l'adolescent « s'accroche à l'objet précoce incorporé garant de la continuité

narcissico-objectale et du sentiment d'omnipotence infantile » (Marcelli) ⁽¹⁰³⁾. Braconnier relie la crise dépressive de l'adolescence à l'angoisse de séparation qu'a connue l'enfant. Pour lui, la gravité dépend en partie de l'importance de cette angoisse de séparation. Dans notre étude, le 1/3 des patients ayant une humeur basse ont aussi un trouble angoisse de séparation.

Les exigences scolaires (penser, s'exprimer et être évalué) viennent heurter le Moi de l'adolescent déjà fragilisé. De façon défensive, ce dernier ne peut reprendre que par la répression de toute pensée, par l'évitement situationnel, par le repli et la passivité (Birreaux ⁽²⁰⁾, Lida Pulk ⁽⁹⁷⁾).

Marcelli ⁽¹⁰²⁾ propose la synthèse suivante en ce qui concerne la survenue de la phobie scolaire à l'adolescence « elle trouve son origine dans un lien infantile d'hyperdépendance mère enfant ; elle se constitue ensuite autour des défaillances dans les processus d'identification au parent du sexe opposé d'un côté et de l'incapacité de la figure paternelle à s'imposer dans ce lien primaire d'un autre côté. Elle s'actualise enfin sous l'effet de la double contrainte d'une part des exigences de penser à l'école et d'autre part des conflits d'allégeance au groupe des pairs ». On comprend que le tableau clinique est souvent dominé par de multiples troubles comme l'angoisse de séparation associée à une dépression.

b. La prévalence des troubles thymiques dans le refus anxieux scolaire

La prévalence des troubles de l'humeur, essentiellement la dépression, dans une population présentant un refus anxieux scolaire est aussi variable (entre 13 et 50%). La dépression peut être dans certaines études le trouble psychiatrique principal mais le plus souvent elle est comorbide (Kearny et al 1993 ⁽⁶⁷⁾, Heyne, King, Tonge, 2001 ⁽⁵⁵⁾).

Pour certains auteurs, la dépression de l'humeur chez les patients présentant un refus anxieux scolaire est toujours retrouvée mais à des degrés variables. Les manifestations anxieuses ne seraient que l'expression d'une certaine dépressivité de l'humeur. Kolvin et al (1984) ⁽⁸¹⁾ analysent 51 cas de phobiques scolaires et distinguent deux groupes l'un avec trouble de l'humeur (45% de l'effectif) et l'autre sans. Les jeunes avec refus anxieux scolaire et état dépressif majeur avaient une humeur plus labile, avaient plus de pleurs et plus de velléités suicidaires que les patients sans état dépressif caractérisé. Ils se plaignaient plus

souvent de trouble du sommeil. En outre, dans ce même groupe, les familles étaient plus souvent monoparentales, les parents avaient plus souvent un trouble psychiatrique (anxieux ou dépressifs) et étaient plus sujets à des maladies somatiques chroniques.

L'étude de Shuji Honjo et al (2001) ⁽¹³²⁾ vient étayer cette hypothèse. Les auteurs comparent deux groupes d'enfants et adolescents, les premiers présentant un état dépressif majeur avec absentéisme et les seconds un refus anxieux scolaire. Dans le premier groupe, les scores obtenus à la passation de la CDI (Children Depression Inventory) étaient plus élevés que dans l'autre groupe. Cependant, les patients avec refus anxieux scolaire avaient tout de même des scores de CDI plus élevés que la normale.

Il est à préciser la difficulté que peut avoir le clinicien à étiqueter comme pathologiques les affects dépressifs chez l'adolescent. Ainsi les critères considérés concernant les troubles de l'humeur diffèrent d'une étude à l'autre. Certains auteurs ne répertorient que les états dépressifs majeurs caractérisés. D'autres y mettent aussi la dysthymie augmentant par conséquent le pourcentage des troubles de l'humeur. Pour notre part, nous avons distingué les deux, seuls 20% ont un état dépressif majeur, ce qui reste un pourcentage relativement faible en comparaison aux autres données. Ceci est d'autant plus vrai que notre population est adolescente. Ce faible pourcentage peut s'expliquer notamment par la plus grande prévalence du trouble angoisse de séparation dans notre étude, et cela préjuge d'une certaine ancienneté des troubles parmi nos patients (puisque le plus souvent le trouble angoisse de séparation débute dans l'enfance).

5. Refus anxieux scolaire et les troubles phobiques

a. Prévalence du trouble phobique dans le refus anxieux scolaire

Les troubles phobiques sont aussi fréquemment retrouvés chez les patients phobiques scolaires, tels la phobie sociale ou les phobies spécifiques. Ces deux dernières sont retrouvées dans la plupart des études dans 20 à 30% des cas (Last et Strauss 1990 ⁽⁸⁶⁾, Martin et al 1999 ⁽¹⁰⁶⁾, Borchardt en 1994 ⁽²³⁾, Mukesh et al 2006 ⁽¹¹⁵⁾). Elles touchent essentiellement les adolescents (Mouren). Dans notre étude, nous avons relevé peu souvent les troubles phobiques (3 cas sur 40). Comment interpréter ce faible pourcentage ?

Nous pensons que du fait du caractère hospitalier de notre population, nous avons sélectionné des patients dont le tableau clinique est plus sévère. Or le trouble angoisse de séparation a une moins bonne évolution que les autres troubles anxieux (Westenberg) ⁽¹⁵⁰⁾ et entraînerait donc plus souvent des hospitalisations.

Pourquoi le trouble angoisse de séparation est-il de plus mauvais pronostic ? On pourrait émettre l'hypothèse que la phobie est un symptôme plus structuré que l'angoisse de séparation qui est un symptôme plutôt brut. La phobie se référant à une tentative de résolution d'un conflit intrapsychique œdipien où la castration doit opérer. A l'opposé, le trouble angoisse de séparation se réfère à un stade de développement précœdipien (Sperling) où l'enfant ne se voit qu'au travers des parents qu'il considère comme des prolongements de lui-même.

b. Comprendre le refus anxieux scolaire à travers les troubles phobiques

Alors que dans le trouble angoisse de séparation l'enfant refuse d'aller à l'école de peur de quitter chez lui, dans le refus anxieux scolaire lié aux troubles phobiques la peur est projetée à l'extérieur.

Dans la phobie sociale, la peur est situationnelle. L'enfant ou adolescent ne peut supporter le regard et le jugement des autres. Le jeune appréhende les situations d'évaluation dans lesquelles il craint de ne pas être à la hauteur. Le patient est capable de pointer du doigt la situation qui lui est insupportable (trajet pour aller à l'école, moment de rentrer dans l'enceinte de l'établissement...). La stratégie de fuir l'école permet à l'enfant de faire l'économie de conflits intrapsychiques plus ou moins importants.

Les phobies spécifiques peuvent engendrer le refus scolaire quand l'objet de la peur se trouve à l'école (Mukesh et al 2006). Mais il est difficile, surtout chez les plus jeunes, de distinguer une peur développementale et une peur pathologique.

Le refus anxieux scolaire, phobie spécifique de l'école ? Bieder ⁽¹¹⁷⁾ propose une analyse temporo-spatiale de l'école. Il distingue trois espaces différents avec chacun une fonction différente : d'abord la zone se situant entre la maison et l'école (le trajet) qui fait appel au fait de devoir quitter le foyer, la mère et la famille ; puis il y a le temps scolaire où l'enfant

apprend, et est obligé de penser. Enfin, il y a la zone périphérique (la cour de récréation, la cantine, l'escalier...) qui permet au jeune de rentrer en lien avec le groupe.

On voit donc la difficulté de parler d'une phobie spécifique de l'école tant ce lieu fait appel à différentes choses. S'intéressant à la spécificité d'une phobie de l'école, Silverman et al (1992) se sont attachés à rechercher et qualifier la peur de l'école chez les enfants atteints de refus anxieux scolaire en les comparant à d'autres enfants. Même si les peurs des patients phobiques scolaires sont plus grandes que chez les autres, l'intensité des peurs reste insuffisamment élevée pour porter le diagnostic de phobie de l'école.

6. Refus anxieux scolaire et les autres troubles anxieux (agoraphobie et trouble panique).

De façon générale, le trouble panique et l'agoraphobie sont retrouvés dans moins de 10% des situations de refus anxieux scolaires. Ces deux troubles seraient l'expression de l'angoisse de séparation à l'âge adulte, ce qui expliquerait leur faible fréquence dans l'enfance voire l'adolescence (Mufson et Weissman 1992 ⁽¹¹⁴⁾, Hayward 2004 ⁽⁵¹⁾, Bataglia et al 1998 ⁽³⁾). Nous avons relevé dans notre étude, 4 cas de trouble panique et 1 d'agoraphobie (soit 12.5%), soit des données en accord avec la littérature.

Le trouble anxieux généralisé est aussi retrouvé dans une moindre mesure, moins de 10% des cas (Martin et al 1999, Ozlem). Lorsqu'il est présent bien souvent il est comorbide à d'autres troubles. Pour Mehran (2004, dans Lajeunesse et al) ⁽⁸³⁾, plus qu'un diagnostic le trouble anxieux généralisé s'apparenterait à un trait de personnalité où l'angoisse est flottante, omniprésente et portée sur tous les domaines. Nous n'avons objectivé aucun trouble anxieux généralisé dans notre étude, est ce à dire que le clinicien considère ses manifestations comme un trait de caractère ?

7. Refus anxieux scolaire et trouble du comportement

En outre, nous avons relevé 3 cas de trouble oppositionnel avec provocation et 1 cas de trouble des conduites, soit 10% des patients qui ont des troubles du comportement soit à l'intérieur de la maison (trouble oppositionnel) soit à l'extérieur de celle-ci (troubles des

conduites). Ces troubles du comportement sont tous associés à un trouble angoisse de séparation. Aussi, 20% des patients ont un comportement tyrannique et caractériel.

Dans son étude, Egger et al (2003) trouve 5% de trouble oppositionnel et 5% de trouble des conduites parmi les patients ayant un refus anxieux scolaire.

L'existence d'un comportement tyrannique et d'opposition a souvent été décrite par les auteurs. Sperling ⁽¹³⁵⁾ peint le profil des enfants phobiques scolaires comme des enfants dans l'omnipotence, dans la pensée magique avec une relation ambivalente à leur mère. Pour l'auteur, ces enfants sont encore à un stade sadique-anal. Ils restent avec leur mère pour éviter la confrontation à la réalité et donc à une éventuelle mort psychique. Lorsqu'on les confronte à cette réalité fuie, les réactions n'en peuvent être que violentes. Birraux ⁽²⁰⁾ assimile les phobies scolaires à de véritables «phobie de l'activité de pensée» et l'inhibition de la pensée laisse place au vécu dans l'agir.

Lida PuliK et al décrivent deux types de phobie scolaire à l'adolescence : une forme dépressive où l'adolescent reste au domicile familial avec des ruminations et de la honte ; et une forme caractérisée par la prédominance des agirs avec de l'opposition ouverte au milieu familial, des errances angoissées, des conduites addictives et des comportements auto-agressifs souvent avec une quête d'appartenance à des bandes plus ou moins marginalisées.

Pourtant, le refus anxieux scolaire a été initialement distingué de l'école buissonnière, qui correspond à une forme d'absentéisme scolaire dans laquelle l'enfant ou adolescent ne va pas en classe pour s'occuper autrement. Les enfants faisant l'école buissonnière ont souvent été décrits comme délinquants, avec des troubles du comportement.

Egger et al (2003) comparent deux groupes de jeunes l'un avec un refus anxieux scolaire (n=165) et l'autre avec un tableau de « truancy » ou école buissonnière (n=517). Les auteurs retrouvent des états dépressifs chez 7.5% des cas de jeunes faisant l'école buissonnière, contre 13.5% dans l'autre groupe. Aussi il y avait 2 à 3 fois plus de trouble des conduites et de trouble oppositionnel chez les jeunes faisant l'école buissonnière en comparaison aux autres. En revanche, les deux types de patients avaient les mêmes inquiétudes sociales et faisaient autant de cauchemars. Ils avançaient les mêmes peurs quand ils étaient séparés de leurs parents. Les deux groupes ne différaient pas en termes de conditions sociales et

familiales (niveau socioéconomique, antécédents familiaux). Toutefois, Les patients présentant un refus anxieux scolaire avaient un niveau d'anxiété plus élevée, avaient plus de plaintes somatiques et avaient plus de difficultés d'endormissement. Du fait de certaines similitudes entre les deux types de jeunes, la tendance actuelle des anglo-saxons, notamment Kearney et ses collaborateurs, est d'unifier ces deux groupes de patients rejoignant alors l'idée de Lida Pulik émis plus haut.

Mais nous voulons rester prudents quant à cette nouvelle vision des choses, car les profils restent différents notamment en regard des troubles du comportement. Les enfants qui ont un refus anxieux de l'école sont plutôt perturbateurs à la maison, alors que les autres ont des conduites antisociales....

G. La prise en charge du refus anxieux scolaire : exemple du service de pédopsychiatrie de Brabois enfants

La prise en charge du refus anxieux scolaire doit être multimodale (Mouren, Holzer). Catheline et Marcelli ⁽³⁰⁾ diront que « *le traitement des adolescents phobiques scolaires est difficile, nécessairement pluri focal et souvent décevant* ». De multiples moyens thérapeutiques sont à disposition du thérapeute qui doit savoir les associer. Il dispose de la thérapie cognitive et comportementale, de la psychothérapie d'inspiration analytique, de la thérapie familiale, de la chimiothérapie et de l'intervention éducative.

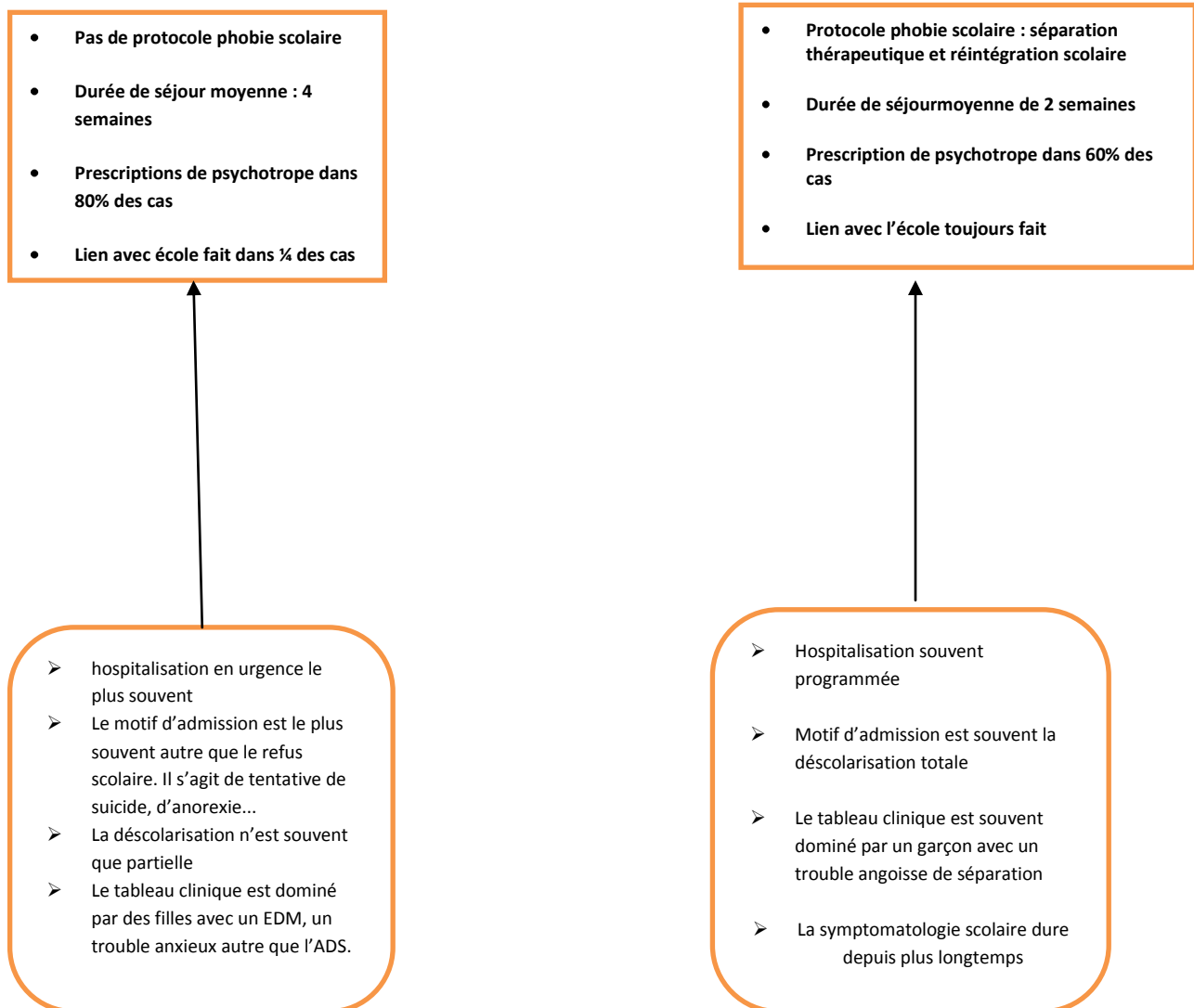
1. La prise en charge proposée par le service de pédopsychiatrie de Brabois

Nous avons pu exposer dans notre partie « résultats » qu'il y avait deux profils de patients hospitalisés dans le service et présentant un refus anxieux scolaire. Le premier groupe de patients arrive en urgence, pour un motif tout autre que le refus anxieux scolaire. Ces patients ont encore une certaine scolarité au moment de l'hospitalisation. Le tableau clinique est souvent marqué par un état dépressif majeur ou un trouble anxieux autre que le trouble anxieux de séparation. Le deuxième groupe est celui d'enfants ou adolescents dont

l'hospitalisation a été programmée pour le motif de refus anxieux scolaire. Il s'agit souvent de patients totalement déscolarisés, de sexe masculin et avec un trouble angoisse de séparation.

Nous avons vu que la prise en charge différait point par point entre les deux groupes de patients.

Schématisons ces deux profils comme suit :



Ainsi, la reprise de la scolarité est l'objectif de soin principal quand la scolarité est totalement rompue et quand la symptomatologie scolaire est au premier plan. Ailleurs, le thérapeute ne semble pas privilégier la réintégration scolaire. C'est d'abord la gestion de la

crise (suicidaire ou dépressive) qu'il gère. La prise en charge est alors plus centrée sur les autres symptômes psychiatriques autres que scolaires.

Quels sont les objectifs que le thérapeute, de façon générale, doit privilégier ? Quels sont les éléments qui peuvent l'orienter ? La prise en charge du service de Brabois est-elle finalement adaptée ? Pour tenter de répondre à ces questions, nous allons voir ce qui est rapporté dans la littérature et nous pencher ensuite sur l'évolution de notre population.

2. La reprise scolaire dans le refus anxieux scolaire

De façon générale, l'absentéisme scolaire peut entraîner de lourdes conséquences d'ordre scolaire, professionnel et social (Christopher et Kearney 2007) ⁽³³⁾. Il est considéré comme un facteur de risques de conduite suicidaire, de comportement sexuel dangereux, de grossesse précoce et de conduite addictive (Kogan et al 2005 ⁽⁷⁹⁾, Tramontina et al 2001 ⁽¹⁴¹⁾, Us Census 2005 ⁽¹⁴³⁾). Il est aussi associé à l'abandon scolaire, à l'échec marital et social ainsi qu'à la sortie du système de soins et de prévention (somatique et psychiatrique).

Que la lutte contre cet absentéisme soit un objectif premier, cela peut s'entendre. Plusieurs auteurs privilégient le retour en classe immédiat dans le cadre du refus anxieux scolaire (Mille 74, Mouren, Le heuzey, Desombre, Kearny).

Pour d'autres, le retour en classe précoce n'est nullement gage d'une évolution psychique positive et doit être relayé au second plan (Sperling). Ces auteurs craignent notamment qu'un retour rapide en classe ne fasse que déplacer la symptomatologie sur un autre domaine.

Querre ⁽¹²³⁾ résumera la difficulté des objectifs à viser chez ces patients comme suit « *c'est dire toute l'importance et la difficulté à définir un cadre thérapeutique qui doit éviter deux écueils : celui de vouloir réduire trop vite le symptôme et à l'inverse celui de ne pas le prendre en compte. La nature de ce cadre thérapeutique sera fonction, bien entendu, de la gravité et surtout de l'ancienneté du trouble* ».

En France, peu de services pédopsychiatriques hospitaliers effectuent la reprise de la scolarisation depuis l'enceinte de l'hôpital. Est-ce un choix de différer la reprise scolaire ? Est-ce un manque de moyens ? **Dans la littérature, nous ne disposons pas de données**

relatives à l'efficacité ou l'inefficacité d'une reprise scolaire rapide depuis un service hospitalier.

Par ailleurs, l'un des moyens de thérapie étudié et ayant montré son efficacité dans le refus anxieux scolaire est la thérapie cognitive et comportementale. Cette thérapie a comme objectif principal un retour rapide en classe. Toutefois cette technique s'effectue en ambulatoire, sur plusieurs séances et la reprise scolaire se fait progressivement. Nous aborderons plus en détail, ultérieurement, ce moyen thérapeutique en citant les bénéfices et les limites.

3. La durée de séjour

La durée de séjour hospitalier moyenne dans notre étude a été de 27 jours +/- 49. Cette durée est beaucoup plus faible que la durée moyenne d'hospitalisation dans le service de pédopsychiatrie de Grenoble qui est de 9.5 semaines ⁽¹²⁸⁾.

Dans notre étude, nous avons vu qu'en réalité la durée de séjour différait selon que le patient avait le protocole « phobie scolaire » ou pas :

- Dans le cadre du protocole, la durée de séjour est fixée de façon rigide à l'avance et est de 2 semaines en moyenne. On peut imaginer que la fin de l'hospitalisation est fixée plus en lien avec la fin de la durée du protocole, que par rapport à l'état psychique du patient. Il est rassurant de savoir à l'avance la durée de séjour surtout en psychiatrie. En effet, au contraire des autres spécialités médicales, le psychiatre a moins de faits objectifs (température, prise de sang, radiographie...) pour authentifier l'amélioration clinique de son patient. Il est obligé de se soumettre au discours du patient, à ses observations, à l'observation de l'équipe.... autant d'éléments empreints de subjectivité.
- Pour les autres patients, la durée de séjour est de 5 semaines en moyenne, elle est plus souple et s'adapte de fait plus à l'état psychique du patient. On pourrait avancer que plus le sujet est hospitalisé longtemps, plus il bénéficie de séances de psychothérapie et plus il effectue un travail psychique complet.

On peut émettre l'hypothèse que les patients bénéficiant du protocole font moins ce travail psychologique car d'une part ils restent hospitalisés moins longtemps que les autres et d'autre part ils mobilisent beaucoup d'énergie pour reprendre la scolarité et supporter la séparation avec leurs proches, laquelle énergie ne pouvant servir à l'introspection.

Il est d'autant plus regrettable que le temps consacré à la psychothérapie en hospitalisation soit limité chez ces patients, car c'est justement ce travail qui devra aboutir à un déclic qui permettra à l'avenir à la psychothérapie ambulatoire d'être plus efficace qu'elle ne l'a été par le passé.

Pour autant, il est difficile d'affirmer que plus la durée de séjour est longue et plus le patient ira mieux....

4. Le traitement psychotrope

Chez ces patients dont la symptomatologie anxieuse et parfois thymique peut être invalidante, le thérapeute pourra s'aider des psychotropes. Ils ne sauraient être utilisés seuls ni en première intention mais peuvent être utiles en complément d'une prise en charge plus globale (Holzer) ⁽⁵⁶⁾. Murphy et Wolkind (1996) ⁽¹¹⁷⁾ dans leur revue de la littérature statuent que le traitement pharmacologique n'a qu'une place minime dans le traitement du refus scolaire. Au contraire, King et al (1995) ⁽⁷⁷⁾ avancent que la chimiothérapie peut être d'une aide précieuse surtout lorsque le refus anxieux scolaire est associé à un trouble angoisse de séparation ou à un état dépressif.

Dans notre étude, 70% des patients ont une prescription médicamenteuse à la sortie d'hospitalisation avec une monothérapie pour la plupart. Dans l'étude de Racle ⁽¹²⁴⁾, ce pourcentage est 79%. Dans le travail de Revol ⁽¹²⁸⁾, 69% des patients suivis pour refus anxieux scolaire ont une chimiothérapie. **Comme cela est décrit dans la littérature, le thérapeute de Brabois enfants se sert souvent de cette béquille thérapeutique dans la prise en charge du refus anxieux scolaire.**

Dans le cadre du refus anxieux scolaire, les classes les plus étudiées et les plus utilisées sont les antidépresseurs et les anxiolytiques. Nous avons relevé que les antidépresseurs étaient la classe médicamenteuse la plus utilisée dans notre population.

a. Les antidépresseurs

- Les antidépresseurs tricycliques

Les premiers psychotropes étudiés dans ce trouble sont les antidépresseurs tricycliques avec au premier plan l'Imipramine. Les études sont divergentes à ce sujet car certaines concluent à une certaine efficacité de la molécule sur le refus anxieux scolaire par rapport au placebo (Gittelman –Klein et Klein 1980 ⁽⁴⁷⁾) alors que d'autres recherches ne retrouvent pas de différence entre l'administration d'un traitement antidépresseur tricyclique (Imipramine ou Clomipramine) et le placebo (Gittelman-Klein 1992 ⁽⁴⁸⁾, Bernay et coll 1981 ⁽⁹⁾, Bernstein et Garfinkel en 1990 ⁽¹³⁾, Klein, Koplewicz et Kanner en 1992 ⁽⁷⁸⁾).

En fait, il semble que l'efficacité de ces molécules soit dépendante du tableau clinique auquel se trouve intégré le refus anxieux scolaire. Layne et al (2003) suivent une cohorte de jeunes avec refus anxieux scolaire à qui de l'Imipramine a été administré. Les patients qui avaient un plus fort taux d'absentéisme scolaire au début de la prise en charge ainsi qu'un trouble angoisse de séparation avaient une moins bonne évolution clinique. Aussi associée à une thérapie cognitive et comportementale, l'Imipramine semble améliorer le taux de scolarisation et l'amendement de la symptomatologie dépressive (Bernstein et al en 2000, Last et Francis 1988). Kutcher, dans sa revue de la littérature de 1997, conclut que les antidépresseurs tricycliques doivent encore faire leur preuve dans la dépression chez l'adolescent.

Toutefois, devant les effets secondaires imputables à cette classe pharmacologique, notamment les risques cardiaques, et devant les divergences quant à leur efficacité, les antidépresseurs tricycliques sont peu utilisés laissant alors place aux inhibiteurs de la recapture spécifique de la sérotonine (IRSS). **Suivant cette tendance générale à abandonner l'usage des antidépresseurs tricycliques dans le refus anxieux scolaire, lorsqu'un traitement antidépresseur a été initié chez nos patients, il s'agissait toujours d'un traitement par IRSS.**

- Les inhibiteurs de la recapture spécifique de la sérotonine (IRSS).

Les IRSS ont largement démontré leur efficacité dans les troubles anxieux de l'enfant et l'adolescent non seulement en ce qui concerne le trouble obsessionnel compulsif mais aussi

la phobie sociale, le trouble angoisse de séparation et le trouble anxieux généralisé (Seidel L, Walkup JT en 2006, Tandon et Pruette en 2008). Il semble que l'efficacité de ces molécules soit plus probante dans les troubles anxieux de l'enfant et l'adolescent que dans la dépression. La Fluoxetine (10 à 20 mg/j), la Sertraline (85 à 160mg/j), la Paroxetine (10 à 50 mg/j) sont les plus utilisées.

Ces molécules restent d'un usage facile, avec peu d'effets secondaires. Toutefois, la FDA (Food and Drug Federation) a alerté quant au risque de passage à l'acte suicidaire chez les jeunes qui en bénéficient et toute prescription de ce type de traitement doit être associée à la surveillance d'un tel risque.

Dans notre échantillon, un traitement antidépresseur n'est pas systématiquement initié dans les troubles anxieux. Dans le trouble angoisse de séparation il n'est utilisé qu'une fois sur deux. C'est aussi le cas pour les autres troubles anxieux. En revanche, dans les états dépressifs majeurs ainsi que dans la dépressivité, un IRSS est toujours mis en place. Lorsqu'un IRSS est débuté, il s'agit du ZOLOFT (Sertraline) dans 85% des cas. **Nous remarquons donc que le thérapeute de Brabois enfants initie plus facilement un traitement antidépresseur IRSS dans les troubles thymiques que dans les troubles anxieux, alors même que l'efficacité de ces molécules chez l'enfant et l'adolescent est mieux démontrée dans les troubles anxieux.**

En fait, dans notre population lorsqu'un traitement antidépresseur n'est pas initié dans un trouble anxieux, souvent un traitement par RISPERDAL est mis en place. On connaît l'efficacité d'une telle molécule dans le trouble obsessionnel compulsif quand un traitement antidépresseur est mal supporté ou inefficace. On pourrait donc imaginer que le praticien préfère mettre du RISPERDAL dans les cas de troubles anxieux les plus sévères.

Les neuroleptiques sont une classe pharmacologique peu étudiée dans le cadre du refus anxieux scolaire. Nous signalerons quelques écrits à ce sujet. Abe (In Gaspard et al en 2007) rapporta en 1975 l'obtention du retour en classe obtenu grâce au Dogmatil (Sulpride) dans des cas de dépression avec refus de l'école. Certains auteurs (Leslie et Linet, Mikkelsen et al) ont au contraire incriminé les neuroleptiques (Orap et Haldol) dans la survenue du refus anxieux scolaire chez des patients (phobiques scolaires ou non) traités par ces molécules. Leslie et Linet parlent de «syndrome d'anxiété de séparation des neuroleptiques».

b. Les benzodiazépines

Les études sur l'efficacité de ces molécules dans les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent sont peu nombreuses et se raréfient vers la fin des années 1990, période durant laquelle les troubles anxieux commençaient à être traités par les antidépresseurs tricycliques. Les quelques écrits à ce sujet retrouvaient cependant une amélioration de la symptomatologie anxieuse en cas de prise de benzodiazépines (D'Amato et Kraft in Bernstein et al 1990 ⁽¹³⁾).

Devant les risques d'accoutumance et de dépendance, de troubles mnésiques et attentionnels, ces molécules ne doivent servir que d'un traitement d'appoint. Certains auteurs recommandent même d'éviter leur usage chez l'enfant et l'adolescent (King et al 1995, Murphy et Wolkind 1996). **En accord avec ces auteurs, aucune prescription de benzodiazépine n'est faite chez les patients de notre étude lors de leur hospitalisation.**

c. Autres psychotropes

- Les bêtabloquants

Cette classe pharmacologique a démontré son intérêt dans les troubles anxieux (notamment angoisse de performance, et anxiété situationnelle) chez l'adulte.

Chez l'enfant et l'adolescent, peu d'études sont disponibles sur le sujet. Fournieret, Desombre, De Villard et Revol rapportent une étude faite sur trois cas de refus anxieux scolaire, associé à un trouble angoisse de séparation, chez lesquels outre un traitement antidépresseur (IRSS), un traitement par Propranolol a été mis à la dose de 20 mg/j. Les auteurs concluent à un bénéfice apporté par la molécule notamment en ce qui concerne le retour précoce à l'école. Cette efficacité peut être expliquée par la participation du système neurovégétatif dans les manifestations anxieuses.

L'usage des bêtabloquants reste toutefois limité dans le refus anxieux scolaire, ce qui est conforté par notre étude dans laquelle un tel traitement n'a jamais été initié.

- Les anti-histaminiques

Cette classe thérapeutique dont le chef de file est l'Hydroxysine (ATARAX) est utilisée chez l'adulte dans les crises d'angoisse aiguës, quel que soit le type du trouble associé.

Chez l'enfant, il est aussi d'usage de s'en servir dans les mêmes indications même si peu d'études sont disponibles sur l'efficacité et les modalités d'usage de cette classe dans les troubles anxieux et le refus anxieux scolaire. **En tous les cas, l'utilisation de l'ATARX se fait dans 19% des cas dans notre étude. Ceci peut s'expliquer par l'absence d'effet secondaire tel le risque de dépendance et d'accoutumance. Néanmoins une certaine sédation est possible.**

5. Le lien avec l'école

Le rôle de l'école a aussi été incriminé dans la genèse du refus anxieux scolaire. Bolman (1970) pointe du doigt la tristesse des locaux et les exigences scolaires trop grandes. Leger et al reprochent au système scolaire la faible implication des enseignants dans la souffrance de l'enfant. Ils pensent en effet que l'angoisse de séparation peut concerner le pédagogue. A ce sujet, Diatkine et Valentin s'interrogent sur la qualité des premiers contacts à l'école chez les enfants développant les symptômes du refus anxieux scolaire.

Marcelli (1995) ⁽¹⁰⁴⁾ évoque les deux façons dont le trouble peut être perçu. Soit c'est l'enfant qui est déviant et malade par rapport aux exigences scolaires, soit au contraire c'est l'école qui est toxique et cause de plusieurs troubles par ses exigences (rythme scolaire, effectifs chargés, ignorance de la variabilité des élèves).

D'autres auteurs signalent tout simplement qu'il est essentiel de prendre en compte l'école quand on s'occupe d'enfants ou adolescents souffrant de refus anxieux scolaire. Ajuriaguerra (1977) signale qu'il faut aborder la phobie scolaire par rapport à la situation quadrangulaire père-mère-enfant-école.

Une collaboration entre l'école et les autres services (médicaux, sociaux) doit être privilégiée pour une meilleure amélioration de l'enfant (Bowen, Richman 2002). Kearney et Bates ⁽⁶⁶⁾ proposent par exemple que cette coordination se fasse de façon hebdomadaire lors d'entretiens regroupant parents, professeurs et équipe médicale. D'autres auteurs proposent de sensibiliser le système scolaire afin d'augmenter le climat positif à l'école et de faciliter les transitions entre les différents établissements scolaires (Reid 2003) ⁽¹²⁵⁾. Il peut

aussi être nécessaire d'aménager l'emploi du temps du jeune et de l'adapter à ses difficultés éventuelles (Lever et al 2004 ⁽⁹⁶⁾, Reid 2007 ⁽¹²⁷⁾).

En France, une circulaire du ministère de l'éducation nationale datant de mars 1993 a permis aux parents et aux élèves de pouvoir aménager le temps scolaire sous la forme de projet d'accueil individualisé (PAI). Cet aménagement est possible lorsque l'enfant nécessite des soins sur ses temps scolaires (soin somatique, psychiatrique). La réalisation de ce projet se fait après concertation des parents, professeurs et de l'équipe médicale.

Dans notre étude, nous avons vu qu'une (voire plusieurs) rencontre (s) avec l'équipe pédagogique de l'établissement où va l'enfant est (sont) toujours effectuée (s) lorsqu'une réintégration scolaire est faite depuis l'école. Ce temps sert à l'équipe médicale à expliquer la souffrance du patient aux professeurs. Car ces derniers peuvent se sentir coupables dans le refus et les difficultés scolaires du patient et en formation réactionnelle être rejetant vis-à-vis de lui. L'équipe soignante aide l'équipe pédagogique à mettre du sens sur les problèmes de l'enfant et à trouver des moyens pour y palier. Enfin, un PAI peut être mis en place au moins le temps de la reprise scolaire.

Par contre, pour les autres patients, ce lien avec l'école n'est nullement systématique et ne se fait que dans 25% des cas. Nous avons aussi vu que chez ces patients, la reprise scolaire n'est pas l'objectif de l'hospitalisation. Aussi chez ces derniers, il existe une souffrance autre que scolaire au premier plan. Finalement, ce lien avec l'école est-il primordial lors de l'hospitalisation dans ces cas ?

H. Le devenir des patients avec refus anxieux scolaire

Pour cette partie, nous avons voulu décrire séparément l'évolution des patients ayant eu le protocole « phobie scolaire » et les autres patients. En effet, ces deux groupes diffèrent par la présentation clinique mais aussi la prise en charge qui leur a été proposée. Nous nous sommes penchés sur l'évolution des symptômes scolaires ainsi que sur l'évolution psychique globale du patient.

1. Le devenir scolaire

a. Dans la littérature

De nombreux auteurs admettent que le retour à l'école dans le refus anxieux scolaire se fait dans la majorité des cas (Coolidge et al 1964, Rodriguez 1956, Wess et al 1967, Hersov 1991, Berg 1976). Il est souvent retrouvé dans les différentes études que près des deux tiers des patients finissent par retourner en classe. Ces résultats ont été obtenus sur des suivis de patients portant sur de nombreuses années. Pour certains auteurs, la reprise d'une scolarité ordinaire se fait dans près d'un quart des cas de façon spontanée sans prise en charge particulière (Kearney et Tilotson 1998).

Toutefois, lorsque la scolarité est reprise, elle est souvent émaillée par de nombreuses absences ponctuelles, à l'occasion notamment de moments anxiogènes. Coolidge, dans une étude ancienne datant de 1964, a suivi pendant 5 à 10 ans le devenir de 49 patients de 13 ans ayant présenté un refus anxieux scolaire. 47 patients reprennent une certaine scolarité. Mais, il persistait chez ces patients de nombreuses petites difficultés comme la crainte des examens, des malaises variés, panique devant des situations nouvelles...

b. Dans notre étude

Rappelons les résultats de notre étude :

	En sortie d'hospitalisation		à 3 mois		à 12 mois	
	Groupe PPS1 (n=20)	Groupe PPS 0 (n=20)	Groupe PPS1 (n=18)	Groupe PPS 0 (n=13)	Groupe PPS1 (n=16)	Groupe PPS 0 (n=12)
Aucune scolarité	10%	Non renseigné	33%	46%	43.8%	17%
Scolarité partielle ou totale	90.2%	Non renseigné	67% (22% scolarité partielle)	56% (23% scolarité partielle)	56.2% (0% scolarité partielle)	83% (25% scolarité partielle)

PPS 1 : patients ayant eu le protocole « phobie scolaire »

PPS 0 : patients sans protocole « phobie scolaire »

- Les patients n'ayant pas eu le protocole

Chez les patients n'ayant pas eu le protocole « phobie scolaire », nous notons que plus des deux tiers des cas ont une certaine scolarité après un an d'évolution, ce qui est en accord avec les données de la littérature. Corroborant les données de Coolidge, nous relevons la persistance de moments difficiles liés à l'école, puisqu'une certaine partie des patients (25%) garde quelques moments d'absentéisme.

En accord avec les données rapportées concernant le devenir scolaire dans notre population, nous relevons parmi les patients n'ayant pas eu le protocole un tiers sans aucune scolarité un an après leur prise en charge hospitalière. Est-ce à dire que pour tous ceux là le devenir professionnel est péjoratif ?

A ce sujet, Flakierska et al, dans leurs deux études (1988 et 1997), ne retrouvent pas de différence significative en ce qui concerne le niveau de scolarité ainsi que l'insertion socioprofessionnelle chez les patients ayant présenté un refus anxieux scolaire en comparaison à un groupe de patients vierges de toute symptomatologie scolaire.

Valles et Oddy (1984) ont comparé l'évolution socioprofessionnelle et familiale chez de jeunes adultes ayant présenté un refus anxieux scolaire dans le passé à celle d'adultes sans antécédents psychiatriques particuliers. La situation socioprofessionnelle ne semblait pas différer entre les deux groupes. Ces résultats confortent ceux de Flakierska et viennent laisser une note d'optimisme en heurtant l'idée répandue selon laquelle une assiduité scolaire constante est indispensable pour une bonne insertion sociale.

Nous regrettons le fait que nous ayons peu de recul dans notre étude avec comme conséquence l'impossibilité d'évaluer le devenir socioprofessionnel dans notre population.

- Les patients ayant eu le protocole

En revanche, parmi les patients ayant eu le protocole « phobie scolaire » durant l'hospitalisation, seuls 43.8% ont une certaine scolarité après un an d'évolution. **Nous**

pouvons dire que ces patients ont une moins bonne évolution scolaire que celles de l'autre groupe et celle rapportée par la littérature. Plusieurs hypothèses peuvent être émises à ce sujet. Nous les aborderons lorsque nous nous pencherons sur le devenir psychologique.

Aussi, chez ce même groupe de patients, nous remarquons que le bénéfice apporté par l'hospitalisation sur la reprise de la scolarité se perd avec le temps avec une augmentation progressive du nombre de patients déscolarisés.

Comment comprendre cette évolution ? :

- Les patients trouvent-ils de la ressource pour se rendre en classe alors même qu'ils ne sont pas améliorés en hospitalisation? En faveur de cette hypothèse, on remarque que durant l'hospitalisation, seuls 30% sont totalement améliorés psychiquement alors même que plus du double arrive à aller en classe de façon assidue. La reprise de la scolarité paraît être un artifice chez au moins une partie des patients.
- On pouvait aussi évoquer que le cadre contenant de l'hospitalisation permet au patient de retourner en classe et qu'une fois au domicile ce bénéfice est perdu car les parents sont moins psychiquement aptes à contenir leur enfant que l'institution.... Dans ce dernier cas la place d'une intervention éducative est importante.

2. Le devenir psychique

a. Le suivi ambulatoire

- Les patients n'ayant pas eu le protocole

Le suivi spécialisé continue à être honoré dans 77% des cas 3 mois après l'hospitalisation et dans 62% des cas 12 mois après. Nous remarquons donc que ces patients restent pour une grande majorité des cas consommateurs du système de soins pendant plusieurs mois. Ainsi comme le suggère Flakierska et al (1997), **le refus anxieux scolaire s'intègre à des tableaux cliniques nécessitant une prise en charge au long court avec l'existence d'une certaine dépendance quant au système de soin.**

Le nombre de patients suivis diminue entre 3 et 12 mois. Cela peut être pour plusieurs raisons, soit que les patients allant mieux arrêtent tout suivi, soit qu'au contraire devant la non amélioration de la situation les patients et leur famille abandonnent le suivi.

- Les patients ayant eu le protocole

La tendance à la poursuite du suivi spécialisé est ici maintenue avec 77% de suivi à 3 mois et 55% à 12 mois. Nous notons toutefois qu'il y a moins de patients suivis à 1 an dans ce groupe en comparaison aux autres patients. Mais il faut préciser qu'en réalité nous disposons de cette donnée pour plus de patients dans ce groupe que dans l'autre. Est-ce que c'est justement lié à la rupture de suivi chez les patients n'ayant pas eu le protocole ?

b. L'état psychologique

- Dans la littérature

Querre, en 1984, précise que malgré les bons résultats obtenus sur le retour scolaire, l'amélioration clinique reste superficielle et ces patients gardent un champ d'activités rétréci, des affects déprimés et des relations interpersonnelles pauvres.

Berg s'est beaucoup intéressé à l'évolution clinique globale chez les enfants phobiques scolaires. Dans une étude de 1976 portant sur 126 patients phobiques scolaires évalués trois ans après leur sortie d'hospitalisation, un tiers souffrait encore de symptômes sévères et de difficultés considérables d'adaptation sociale. Les troubles psychiatriques rencontrés étaient l'agoraphobie, la dépression, un cas de schizophrénie. Un tiers avait une vie normale et un autre tiers gardait des symptômes avec toutefois une adaptation sociale convenable. L'auteur mène de nouveau en 1985 une étude sur 168 cas de refus anxieux scolaire suivis pendant six ans : 42% des sujets sont globalement améliorés, 33% ont une amélioration certaine mais partielle et enfin 25% sont peu ou pas améliorés.

Flakierska et al (1988 et 1997) rapportent que les adultes ayant souffert de refus anxieux vivent plus fréquemment chez leurs parents et ont moins d'enfants que les autres, ce qui signe une certaine dépendance de ces patients vis-à-vis de leur entourage.

En outre, les antécédents de refus anxieux scolaire sont retrouvés chez la moitié des patients adultes présentant un trouble anxieux ou dépressif (Newman et al, Berg et Marks 1974). Un antécédent de trouble angoisse de séparation avec refus anxieux scolaire est souvent retrouvé chez les adultes souffrant de trouble panique ou d'agoraphobie, alors que les adultes souffrant de dépression ont plus souvent présenté un refus anxieux scolaire avec un trouble phobique (Martin et al 1999). **L'évolution psychique des patients ayant présenté un refus anxieux scolaire durant leur enfance se ferait donc soit vers un trouble anxieux type trouble panique ou agoraphobie, soit vers une dépression.**

De rares évolutions vers des états limites ou des états psychotiques ont été relevées (Diatkine et valentin 1995, Lebovici et le Nestour). Lorsque cela arrive, il s'agit le plus souvent d'adolescents avec des formes de refus anxieux scolaire sévère.

- Les patients n'ayant pas eu le protocole

A 3 mois, 61% des patients ont un état psychologique identique à celui de la sortie d'hospitalisation, 31% ont vu leur état s'améliorer et 19% d'entre eux se sont au contraire altérés psychiquement. A 12 mois d'évolution, le 1/3 des patients est resté stable psychiquement, la moitié se sont améliorés et seuls 17% des patients se sont dégradés psychiquement. Nous approchons des données retrouvées par Berg en 1985.

Nous pouvons faire quelques remarques :

- L'état psychologique des patients a tendance à évoluer avec le temps (passage de 61% d'état stable à 33% entre 3 et 12 mois).
- Cette évolution est positive, puisque on note plus d'amélioration entre 3 et 12 mois (19%) que d'altération psychique (2%).
- On peut penser que cette amélioration clinique est liée au suivi ambulatoire.
- Aussi, on remarque que le taux d'amélioration psychique et celui de reprise de la scolarité entre 3 et 12 mois sont du même ordre (20%). **L'amélioration psychique du patient semble gage de la reprise de la scolarité.**

- Les patients ayant eu le protocole

Là encore, l'évolution des patients se fait de façon plus péjorative que pour le groupe des patients n'ayant pas eu le protocole. En effet, 3 mois après leur sortie d'hôpital, 39% des

patients présentent une altération de leur état psychologique, 17% restent stables psychiquement. A 12 mois, le pourcentage des patients dont l'état psychologique est altéré continue à augmenter passant à 47%. Celui des patients améliorés augmente aussi (30%) mais reste plus faible que celui des autres patients. Enfin, Le nombre de patients stables baisse à 22%.

Dans ce groupe, la tendance à la modification de l'état psychologique du jeune entre 3 et 12 mois est aussi relevée. En revanche, cette modification se fait à l'avantage d'une altération psychologique.

Stigmate de cette évolution, nous pouvons rappeler que dans ce groupe le nombre de patients ré hospitalisés en psychiatrie dans l'année est de 5 (soit 25%), contre 2 (10%) dans le groupe des patients n'ayant pas eu le protocole.

Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer l'évolution scolaire et psychologique plus péjorative chez ces patients :

- Ces patients présentent un tableau clinique plus sévère que les autres, avec plus de facteurs de moins bon pronostic.

Dans la littérature, nous retrouvons les facteurs de mauvais pronostic suivants : l'âge avancé ⁽¹⁴⁴⁾, le sexe masculin ⁽¹²⁹⁾, l'ancienneté des troubles dépassant les 2 ans ⁽⁶⁵⁾, la structure psychopathologique sous-jacente ainsi qu'une dynamique familiale conflictuelle ⁽¹⁰²⁾, l'existence d'une dépression et des capacités intellectuelles limites ⁽⁷⁾, la présence d'une angoisse de séparation à l'adolescence ^(134, 150).

Dans le groupe de patients ayant eu le protocole, nous avons vu que la moyenne d'âge était plus élevée, le sexe masculin était plus représenté, le trouble angoisse de séparation plus présent et un délai entre l'apparition des troubles et l'hospitalisation plus long. Il semble donc exister plus de facteurs de mauvais pronostic dans ce groupe que chez les autres patients.

- Est-ce à dire que la prise en charge hospitalière proposée à ces patients est finalement inadaptée ?

En réponse à cette question, nous remarquons que la reprise de la scolarité obtenue en hospitalisation se perd une fois le patient retourné chez lui. La durée de séjour plus courte minimise le temps de la psychothérapie. La prescription moins grande de psychotrope limite un certain apport thérapeutique.

Nous pourrions penser qu'au lieu de se centrer sur la reprise scolaire chez ces patients dont l'état clinique est plus sévèrement atteint, une intensification de la psychothérapie ainsi que celle des psychotropes seraient plus opportune. Nous pourrions aller jusqu'à proposer chez ces derniers une prise en charge institutionnelle au long court sous forme d'hôpital de jour ou d'internat scolaire médicalisé par exemple.

Un exemple de prise en charge en hôpital de jour d'adolescents présentant un refus anxieux scolaire est celui de **l'accueil thérapeutique de jour « Mosaïque » dans le département de la Vienne** ⁽¹²⁴⁾.

Cet atelier a été ouvert en 1997 pour des adolescents présentant une problématique de refus anxieux scolaire associé à d'importantes défaillances narcissiques avec forte inhibition psychique. Cet atelier utilise comme support le groupe des pairs. Ainsi l'adolescent participe à plusieurs ateliers (atelier à médiation corporelle, atelier à médiation cognitive...). Le plaisir détourne l'angoisse du jeune qui peut enfin s'exprimer, se positionner. Le groupe lui permet une certaine identification, un étayage narcissique, une prise de conscience au travers des problèmes d'autrui.

L'admission dans cet hôpital de jour se fait après une consultation auprès du pédopsychiatre référent de la structure. Durant ce premier entretien, un questionnaire d'évaluation (de l'angoisse et la dépression) est rempli par le jeune. Aussi le patient et ses parents signent un contrat d'engagement aux soins. La reprise de la scolarité se fait après une période de cinq semaines sous la forme d'un PAI. L'orientation du patient vers cette structure se fait souvent soit par le psychiatre traitant, soit par un généraliste ou pédiatre, soit pour une faible proportion par l'école elle-même.

A Nancy, nous disposons d'une structure, type internat médicalisé, pour adolescents nommée « **les Glacis** ». Cette dernière accueille des jeunes ayant une souffrance

psychologique (dépression, trouble anxieux, refus anxieux scolaire) et dont l'étayage parental est défaillant. Après un premier entretien d'évaluation avec le pédopsychiatre référent, durant lequel la motivation aux soins du patient et de sa famille est appréciée, l'enfant intègre la structure durant au moins deux semaines. Durant cette période, parents et enfants sont séparés, le comportement du patient est observé, le patient participe à toutes les activités thérapeutiques proposées, un infirmier scolaire dépendant de la structure repère les éventuelles difficultés scolaires du patient, et un lien avec l'école est fait. A la fin des quinze jours, un projet de soin est minutieusement élaboré incluant temps scolaire, temps en atelier thérapeutique et temps au domicile parental. La durée de séjour au sein des Glacis est de l'ordre d'une année scolaire en moyenne.

Dans notre étude, nous avons vu que parmi les patients ré hospitalisés dans l'année suivant la sortie de Brabois, deux l'ont été sur les Glacis. On pourrait se demander si une intégration de ces patients d'emblée dans cette structure (sans passer par une hospitalisation conventionnelle) ne serait pas gage d'une meilleure évolution ou du moins de permettre une évolution favorable plus rapide.

I. Place d'une intervention socioéducative dans la prise en charge du refus anxieux scolaire

Les familles de ces enfants, parfois disloquées avec un parent absent, peuvent entretenir le symptôme de l'enfant par leur tolérance, leur ambivalence ⁽¹²³⁾. Ils peuvent se sentir démunis devant cet enfant qui refuse avec ardeur d'aller à l'école.

Les soutenir, les guider doit aussi être un volet de la prise en charge surtout lorsque le jeune a des troubles du comportement avec une opposition franche (Le Heuzy). Cette intervention psycho-éducative est dévolue aux services sociaux, avec parfois la nécessité qu'un juge pour enfant intervienne afin de rappeler les obligations scolaires du jeune ainsi que le devoir des parents (Leheuzey). Berg 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 ⁽⁶⁾.

Parfois cette seule intervention psycho éducative peut s'avérer efficace dans la gestion du refus anxieux scolaire. Une étude randomisée menée par Last, Hansen et Franco (1990) compare les effets de la thérapie cognitive et comportementale à ceux d'une prise en charge psycho éducative. Les deux prises en charge ont permis les mêmes améliorations, à savoir une amélioration de l'assiduité scolaire et de l'état psychologique. Ces améliorations avoisinaient les 70% de retour scolaire et 50% à 60% de diminution des angoisses et des affects dépressifs. Hayne et al ont aussi montré l'importance de la seule guidance parentale dans l'amendement de la symptomatologie scolaire.

Nous avons vu que dans notre étude, une mesure éducative a été mise en place dans 12.5% des cas et qu'un placement de l'enfant hors du cercle familial a été fait dans les mêmes proportions. Ainsi dans ¼ des situations cliniques, la gestion de l'enfant par les parents a été jugée insuffisante voire défailante. Il est difficile pour autant de conclure à une causalité entre la déficience du cadre éducatif et la genèse du refus anxieux scolaire. Nous pourrions tout simplement penser que ces parents, qui peuvent présenter des antécédents psychiatriques personnels, n'arrivent pas à astreindre leur enfant à aller en classe.

J. Biais de notre étude

1. Biais de mesure

Dans notre étude, nous nous sommes servis de l'appréciation globale des différents praticiens pour juger notamment des évolutions psychologiques et scolaires. Nous pouvons donc regretter le manque de précision. L'usage des échelles psychiatriques aurait pu minimiser **ce biais de précision**.

Aussi, dans la partie devenir à 3 et 12 mois, lorsque nous ne trouvons pas d'information dans le dossier médicalisé, nous appelions les parents. Nous leur posons des questions (sur la reprise scolaire, l'existence ou non de moments d'angoisse...). Les réponses peuvent avoir été influencées par **un biais de mémoire**. Toutefois la période de recul considérée reste relativement petite minimisant ce biais.

2. Biais de classement

Ce type de biais concerne le fait de classer des gens en « malade » ou « non malade ». Dans notre étude, nous avons sélectionné nos patients après une lecture minutieuse de tous les dossiers des patients hospitalisés entre la période considérée pour ne garder que les patients répondant à nos critères établis au préalable.

Toutefois, certains patients restaient cependant difficiles à classer du fait d'un certain chevauchement par exemple entre un refus scolaire dû à une perte d'intérêt total et le refus scolaire lié à de l'angoisse....

3. Biais de sélection

Dans la partie discussion, nous avons abordé certaines caractéristiques de notre population qui étaient inhérentes au fait qu'il s'agissait de patients hospitalisés. Notre échantillon avait pour exemple certains facteurs de gravité.

Ceci nous pousse à être prudents et à se rappeler qu'il ne s'agit là que du reflet de l'état d'une certaine partie du refus anxieux scolaire et que donc toute généralisation des résultats doit l'être avec prudence.

4. Biais des perdus de vue

Dans la partie devenir à 3 et 12 mois, nous avons vu que les informations n'étaient disponibles que pour une partie des patients. Nous avons plus de données pour les patients ayant eu le protocole « phobie scolaire ». Il y avait donc des patients qui étaient perdus de vue (soit qu'ils n'étaient plus suivis, soit que nous n'arrivions pas à joindre leurs parents). Cette perte de vue n'est pas toujours liée au hasard et on pourrait supposer que pour certains patients l'arrêt de tout suivi peut se faire alors même qu'il persiste une certaine souffrance psychologique.

K. Conclusions de l'étude et perspectives

1. Conclusions de l'étude

Nous allons à présent répondre aux questions et hypothèses initialement posées dans notre travail :

- Notre première hypothèse était que **le refus anxieux scolaire n'est qu'un syndrome s'intégrant dans un trouble psychiatrique plus global dont la nature peut être diverse**. Nous avons pu illustrer par nos résultats et les données de la littérature qu'effectivement derrière le refus anxieux scolaire, nous retrouvons de multiples troubles psychiatriques. Ces troubles sont soit d'ordre anxieux, soit d'ordre dépressif, soit alors anxio-dépressif.
- Puis nous sommes interrogés sur les modalités de prise en charge de ces situations cliniques et il nous semblait que **la prise en charge du refus anxieux scolaire devait être adaptée à chaque patient**. En regard des différents arguments cités plus haut, nous pouvons conclure que le traitement doit prendre en compte les facteurs pronostiques notamment l'âge et le trouble psychiatrique associé au refus anxieux scolaire. En d'autres termes, lorsqu'on est face à des situations de refus anxieux scolaire chez des adolescents avec une problématique de trouble angoisse de séparation, la reprise scolaire doit être relayée au second plan avec au contraire une intensification de la prise en charge psychiatrique (psychothérapie, ateliers thérapeutiques.).
- Enfin, concernant la prise en charge proposée par le service de pédopsychiatrie de Brabois enfants, nous avons pu voir que le protocole n'était pas proposé aux patients qui pouvaient en tirer le plus de bénéfice. Pour autant, cela n'exclut aucunement son efficacité potentielle pour un autre profil de patients (jeunes enfants, déscolarisation récente...).

2. Perspectives

Dans notre étude, nous avons pu avoir l'évolution des patients bénéficiant notamment du protocole en la comparant à celle du reste de notre échantillon ainsi qu'aux données de la littérature. Ceci nous permet d'avoir un aperçu sur l'efficacité ou non du protocole mais ne nous permet en aucun cas de conclure à sa supériorité ou son infériorité en comparaison à d'autres modalités de prise en charge.

Pour mieux juger de l'efficacité du protocole, il faudrait envisager une étude comparative incluant deux groupes d'enfants avec des critères sociodémographiques et cliniques équivalents mais qui auraient des modalités de traitement différents : un groupe aurait le protocole « phobie scolaire » et un autre une prise en charge standard.

III. Troisième partie : Vers de nouvelles propositions de prise en charge du refus anxieux scolaire

A. La thérapie cognitive et comportementale (TCC)

1. Naissance et principe de la thérapie cognitive et comportementale

L'application de la thérapie cognitive et comportementale dans le refus anxieux scolaire a été envisagée en premier lieu par les anglo-saxons à la fin des années 1960. En 1965, Kennedy rapporte une étude faite sur 50 cas de patients présentant un refus anxieux scolaire qu'il avait traités par un protocole de réintégration scolaire et qu'il avait suivis durant 8 ans. Son programme comportait notamment un retour forcé en classe. Tous les patients ont eu une rémission de leur symptomatologie scolaire, laquelle rémission a été maintenue 8 ans après. Il est à noter que 80% des patients inclus avaient moins de 12 ans. Mais il ne s'agissait là que des prémices de la thérapie cognitive et comportementale qui évoluera par la suite.

La thérapie cognitive et comportementale vise à aider l'enfant à mieux gérer son anxiété, à modifier ses schémas de pensée erronée et à réintégrer progressivement l'école (Kennedy 1965, Heyne et al 2001). Cette approche thérapeutique utilise plusieurs procédés, le plus souvent de façon combinée, comme la désensibilisation, l'exposition progressive aux stimuli (en l'occurrence l'école), la relaxation avec notamment le contrôle de la respiration abdominale, la modélisation des schémas de pensée... (Christopher et Kearney). Le nombre de séances est fixé à l'avance sur une durée limitée de traitement ce qui confère à cette modalité thérapeutique un certain avantage.

2. Efficacité de la thérapie cognitive et comportementale dans le refus anxieux scolaire

C'est d'abord aux travers de cas cliniques rapportés ou d'études faites sur un faible nombre de patients que l'efficacité de la thérapie cognitive et comportementale a été démontrée (Mansdorf et Lukens, en 1987, McNamara 1988). L'efficacité rapportée concernait essentiellement le retour à l'école.

Puis, les essais cliniques évaluant l'effet de cette thérapie ont été comparatifs. Blagg et Yude (1984) appliquent chez 30 patients atteints de refus anxieux scolaire des techniques de thérapie comportementale. Ils suivent leur évolution en la comparant à celle d'un groupe de 30 enfants et adolescents présentant la même symptomatologie mais traités par une psychothérapie. Après un an de traitement, un retour scolaire (total ou partiel) a été observé chez 93.3% des patients traités par thérapie cognitive et comportementale, contre 37.5% dans l'autre groupe. Les auteurs restent cependant prudents dans leur conclusion du fait de la non randomisation des deux groupes.

C'est vers la fin des années 1990, que des essais cliniques randomisés ont commencé à être faits comparant l'efficacité de la TCC à d'autres prises en charge. King et al (1998) comparent l'évolution de deux groupes d'enfants et adolescents atteints de refus anxieux scolaire, l'un bénéficiant de TCC et l'autre ne bénéficiant d'aucune prise en charge (car sur liste d'attente). Une amélioration de l'assiduité scolaire a été obtenue chez 88% du groupe de patients recevant la TCC contre 29% dans l'autre groupe. Aussi une amélioration de l'anxiété et de la thymie (d'après le ressenti du patient et de ses parents) a été notée dans le premier groupe et pas dans le deuxième. Ces améliorations étaient maintenues 3 mois après l'arrêt de la prise en charge. Ces résultats sont nuancés par l'étude de Last, Hansen et Franco (1998) qui ne retrouve pas de supériorité de la thérapie cognitive et comportementale par rapport à une intervention psycho éducative.

.

3. Limites de la thérapie cognitive et comportementale

Il faut préciser que la plupart des études évaluant l'efficacité de la TCC ont été menées sur des patients présentant une symptomatologie scolaire répondant aux critères de Berg associée à un trouble anxieux caractérisé. La symptomatologie dépressive n'a pas toujours été retenue dans les critères d'inclusion, parfois elle a même été exclue (King). Or, dans certaines études, la dépression et sa sévérité semblaient entraver la bonne réponse à la thérapie cognitive appliquée à des troubles phobiques ou anxieux (Bernstein 1991 et 1996, Berman et al 2000, Southam-Gerow 2001).

Ann et al, en 2003, mènent une étude pour identifier les facteurs prédictifs d'une meilleure réponse à la thérapie cognitive et comportementale chez les patients atteints de refus anxieux scolaire. L'échantillon comportait 41 patients présentant, outre la symptomatologie scolaire, un état dépressif majeur et un trouble anxieux. Tous ont bénéficié d'un protocole de thérapie cognitive et comportementale, mais seulement la moitié a reçu de l'imipramine. Les auteurs ont relevé comme facteurs prédictifs d'une meilleure réponse thérapeutique l'association de la TCC et du traitement antidépresseur, la présence d'un trouble anxieux ou phobique autre que l'anxiété de séparation ou la phobie sociale et le sexe masculin. Les auteurs concluent à la nécessité d'intensifier la prise en charge chez ces patients en présence d'une dépression, d'un trouble anxieux de séparation ou d'une phobie sociale.

A contrario, Last et Hansen dans une communication de 2001 (In article Ann et Layne 2003) retrouvaient un meilleur taux de bonne réponse à la thérapie cognitive et comportementale chez les enfants atteints de trouble anxieux de séparation. Il faut dire que dans l'étude précédente, les adolescents étaient les plus surreprésentés ce qui pourrait expliquer la divergence de ces deux résultats.

Aussi il semble que le nombre de comorbidités ainsi que les variables sociodémographiques n'interviennent pas dans la réponse thérapeutique à la TCC (Southam-Gerow 2001, Kandall et al 2001, Ann).

Nul ne doute que la thérapie cognitive et comportementale, appliquée notamment au refus anxieux scolaire avec trouble anxieux caractérisé, soit efficace sur l'amendement de la symptomatologie scolaire à court, moyen voire long terme. Cependant, l'efficacité sur l'état psychologique paraît moins grande mais les études à ce sujet sont moins nombreuses et moins rigoureuses. Ainsi, il paraît nécessaire de l'associer à d'autres modalités thérapeutiques.

4. Intervention cognitive et comportementale auprès des parents

Des études incluant les parents au protocole de la thérapie cognitive et comportementale ont été menées et concluent à une plus grande efficacité (Gosschalk 2004, Kearney et Bates

2005, Lauchlan 2003, Moffitt et al 2003). L'implication du réseau social et scolaire est aussi prônée par ces mêmes auteurs.

Thienemann et al, en 2006, mènent une intervention cognitive et comportementale groupale auprès des parents d'enfants et adolescents présentant un trouble anxieux. Ces jeunes n'avaient alors aucune prise en charge parallèle. L'intervention entreprise sur 12 semaines comportait des programmes de renforcement, d'exposition, d'entraînement aux habilités sociales.... Les auteurs retrouvent alors une amélioration des troubles anxieux chez les enfants et adolescents. Seuls 45% de ces derniers avait encore un diagnostic de trouble anxieux posé. Cette amélioration clinique a été plus probante chez les patients présentant un trouble angoisse de séparation (versus phobie sociale ou trouble obsessionnel compulsif) et chez les patients dont les parents avaient eux-mêmes une dépression ou un trouble anxieux.

En outre, Nauta et al, en 2003, associe une prise en charge cognitive et comportementale chez des patients présentant un trouble anxieux à une prise en charge psycho éducative chez leurs parents. Il n'a pas été relevé un bénéfice supplémentaire à associer les deux types d'interventions.

On pourrait penser que traiter les parents d'enfants atteints de refus anxieux scolaire ou traiter les patients eux mêmes reviendrait au même, comme si ce qui est appris à l'un est transmis à l'autre. Ceci rejoint nos propos cités plus haut concernant l'apprentissage des peurs et des comportements d'évitement transmis aux enfants par les parents.

B. Un exemple de prise en charge du refus anxieux scolaire : l'analyse fonctionnelle et son application thérapeutique

1. L'analyse fonctionnelle du refus anxieux scolaire

Au-delà de l'approche psychopathologique, une lecture fonctionnelle, proposée par Kearney et ses collaborateurs à la fin des années 1990, peut aussi être faite pour comprendre le comportement du patient refusant d'aller à l'école. Elle vise à rechercher la fonction qu'a le

refus scolaire et qui maintient le comportement de l'enfant. L'enfant refuse d'aller à l'école pour une ou plusieurs raisons parmi les suivantes (Kearney et Albano 2004, Kearney Chapman et Cook 2005, Kearney et al 2006) :

- Pour éviter des stimulations scolaires provoquant des émotions négatives, de l'anxiété ou de la dépression. Il s'agit le plus souvent d'enfants jeunes qui ont des difficultés à identifier la source de stress. Parfois ils pointent du doigt des changements de classe ou d'emploi du temps, le trajet en bus ou encore le fait de rentrer dans l'établissement. Cette fonction est souvent retrouvée chez les jeunes présentant un trouble anxieux généralisé ;
- Pour échapper à des situations sociales dans lesquelles il est évalué. Cette fonction est le plus souvent retrouvée chez des enfants plus âgés et des adolescents qui ont des difficultés d'interactions avec leurs pairs, qui supportent mal les situations d'examens ou de présentations orales ou qui n'arrivent pas à manger à la cantine en compagnie des autres. Les troubles psychiatriques causant ce type de fonction sont la phobie sociale, le trouble anxieux généralisé. Les jeunes sont souvent timides et ont un comportement d'évitement ;
- Pour bénéficier de l'attention de ses parents ou de son entourage. L'enfant préfère ici rester à la maison en compagnie de ses parents sans que l'école soit source de stress. Ces patients ont souvent un trouble angoisse de séparation ou un trouble oppositionnel ;
- Ou encore pour avoir des bénéfices secondaires tels le fait de jouer à la console, de regarder la télévision.... Ce type de fonction du refus anxieux scolaire se retrouve typiquement chez les grands enfants ou adolescents faisant l'école buissonnière et dont le fonctionnement familial est marqué par l'existence de conflit. Ces jeunes ont souvent des troubles oppositionnels ou des troubles des conduites.

Ce modèle fonctionnel s'applique à toutes les formes de refus scolaire, qu'ils soient anxieux ou non, et a pour objectif une évaluation précise permettant d'adapter la prise en charge au type de fonction qu'a la symptomatologie scolaire. L'analyse fonctionnelle a montré son

intérêt et son utilité dans une étude récente menée sur 222 jeunes refusant d'aller à l'école. En outre, elle permettrait une meilleure prédiction du taux d'absentéisme scolaire que les mesures traditionnelles de la peur, de l'anxiété ou de la dépression (33).

Pour préciser au mieux la fonction du refus anxieux scolaire, les auteurs (Kearney et Silverman) ont mis en place en 1993 une échelle d'évaluation «the School Refusal Assessment Scale» (SRAS) qui a été revue en 2002 (Kearney et Christopher). L'échelle est faite de 24 items sous forme de questions réparties entre les quatre fonctions décrites plus haut. Elle doit être faite en présence de l'enfant et d'au moins l'un de ses parents. Chaque item est coté de 0 (jamais) à 6 (toujours). A la fin de la passation l'examineur additionne les cotations et relève la ou les fonctions dominantes. Plusieurs études ont permis de donner sa validité clinique et éthique à cette échelle (Charmaine et al 2003).

Voici l'échelle telle qu'elle se présente dans sa version révisée :

School Refusal Assessment Scale-Revised Item:

- How often do you have bad feelings about going to school because you are afraid of something related to school (e.g., tests, school bus, teacher, fire alarm)? (1) -How often do you stay away from school because it is hard to speak with the other kids at school? (2) -How often do you feel you would rather be with your parents than go to school? (3) -When you are not in school during the week (Monday to Friday), how often do you leave the house and do something fun? (4) -How often do you stay away from school because you will feel sad or depressed if you go? (1) -How often do you stay away from school because you feel embarrassed in front of other people at school? (2) -How often do you think about your parents or family when in school? (3) -When you are not in school during the week (Monday to Friday), how often do you talk to or see other people (other than your family)? (4) -How often do you feel worse at school (e.g., scared, nervous, sad) compared to how you feel at home with friends? (1) -How often do you stay away from school because you do not have many friends there? (2) -How much would you rather be with your family than go to school? (3) -When you are not in school during the week (Monday to Friday), how much do you enjoy doing different things (e.g., being with friends, going places)? (4) -How often do you have bad feelings about school (e.g., scared, nervous, sad) when you think about school on Saturday and Sunday? (1) -How often do you stay away from places in school (e.g., hallways, places where certain groups of people are) where you would have to talk to someone? (2) -How much would you rather be taught by your parents at home than by your teacher at school? (3) -How often do you refuse to go to school because you want to have fun outside of school? (4) -If you had less bad feelings (e.g., scared, nervous, sad) about school, would it be easier for you to go to school? (1) -If it were easier for you to make new friends, would it be easier for you to go to school? (2)	<i>Parent version items</i> -How often does your child have bad feelings about going to school because he/she is afraid of something related to school (e.g., tests, school bus, teacher, fire alarm)? (1) -How often does your child stay away from school because it is hard for him/her to speak with the other kids at school? (2) -How often does your child feel he/she would rather be with you or your spouse than go to school? (3) -When your child is not in school during the week (Monday to Friday), how often does he/she leave the house and do something fun? (4) -How often does your child stay away from school because he/she will feel sad or depressed if he/she goes? (1) -How often does your child stay away from school because he/she feels embarrassed in front of other people at school? (2) -How often does your child think about you or your spouse or family when in school? (3) -When your child is not in school during the week (Monday to Friday), how often does he/she talk to or see other people (other than his/her family)? (4) -How often does your child feel worse at school (e.g., scared, nervous, sad) compared to how he/she feels at home with friends? (1) -How often does your child stay away from school because he/she does not have many friends there? (2) -How much would your child rather be with his/her family than go to school? (3) -When your child is not in school during the week (Monday to Friday), how much does he/she enjoy doing different things (e.g., being with friends, going places)? (4) -How often does your child have bad feelings about school (e.g., scared, nervous, sad) when he/she thinks about school on Saturday and Sunday? (1) -How often does your child stay away from places in school (e.g., hallways, places where certain groups of people are) where he/she would have to talk to someone? (2) -How much would your child rather be taught by you or your spouse at home than by his/her teacher at school? (3) -How often does your child refuse to go to school because he/she wants to have fun outside of school? (4)
--	---

-Would it be easier for you to go to school if your parents went with you? (3) -Would it be easier for you to go to school if you could do more things you like to do after school hours (e.g., being with friends)? (4) -How much more do you have bad feelings about school (e.g., scared, nervous, sad) compared to other kids your age? (1) -How often do you stay away from people in school compared to other kids your age? (2) -Would you like to be home with your parents more than other kids your age would? (3) -Would you rather be doing fun things outside of school more than most kids your age? (4) <i>Parent version items</i> -How often does your child have bad feelings about going to school because he/she is afraid of something related to school (e.g., tests, school bus, teacher, fire alarm)? (1)	-If your child had less bad feelings (e.g., scared, nervous, sad) about school, would it be easier for him/her to go to school? (1) -If it were easier for your child to make new friends, would it be easier for him/her to go to school? (2) -Would it be easier for your child to go to school if you or your spouse went with him/her? (3) -Would it be easier for your child to go to school if he/she could do more things he/she likes to do after school hours (e.g., being with friends)? (4) -How much more does your child have bad feelings about school (e.g., scared, nervous, sad) compared to other kids his/her age? (1) -How often does your child stay away from people in school compared to other kids his/her age? (2) -Would your child like to be home with you or your spouse more than other kids his/her age would? (3) -Would your child rather be doing fun things outside of school more than most kids his/her age? (4)
---	--

Note: 1 = avoidance of stimuli that provoke negative affectivity subscale item; 2 = escape from aversive social and/or evaluative situations subscale item; 3 = pursuit of attention subscale item; 4 = pursuit of tangible reinforcement subscale item

2. L'application thérapeutique de l'analyse fonctionnelle du refus scolaire

Une fois l'analyse fonctionnelle effectuée, le thérapeute pourra choisir la prise en charge la plus adaptée à la fonction qu'au refus scolaire.

Voici les différentes prises en charge à proposer selon la fonction du refus scolaire (33) :

-Prescriptive interventions based on function of school refusal behavior <u>>1. Refusing school to avoid school-based stimuli that provoke negative affectivity (child-based)</u> Psychoeducation regarding anxiety and its components Somatic management techniques such as relaxation training and deep diaphragmatic breathing Gradual re-exposure to school setting using anxiety and avoidance hierarchy Self-reinforcement of gains <u>>2. Refusing school to escape aversive social and/or evaluative situations (child-based)</u> Psychoeducation regarding anxiety and its components Somatic management techniques such as relaxation training and deep diaphragmatic breathing Cognitive restructuring to modify irrational thoughts Practicing coping skills in real-life social and evaluative situations Gradual re-exposure to school setting using anxiety and avoidance hierarchy Self-reinforcement of gains <u>>3. Refusing school to pursue attention from significant others (parent-based)</u> Modify parent commands toward brevity and clarity Establish a set morning routine prior to school as well as daytime routines as necessary Establish rewards for attendance and punishments for nonattendance Forced school attendance in specific cases <u>>4. Refusing school to pursue tangible rewards outside of school (family-based)</u> Contingency contracting that involves increasing incentives for attendance and disincentives for nonattendance Establish times and places for family members to negotiate problem solutions Communication skills training Escorting a youth to school and classes as necessary Increasing monitoring of attendance Peer refusal skills training (to refuse offers from others to miss school)
--

Nous remarquons que l'intervention doit inclure les parents lorsque le refus scolaire a une fonction d'apporter des bénéfices secondaires ou de l'attention de la part des proches. Les auteurs proposent une certaine façon de faire aux parents devant le trouble de leur enfant comme par exemple de le punir lorsqu'il s'absente, de l'accompagner à l'école, de ritualiser le moment de se rendre en classe...Ainsi il s'agit pour les parents d'être à la fois fermes mais aimants.

Kearney et Silverman (1990) rapportent une étude préliminaire sur l'application de l'analyse fonctionnelle et de la prise en charge adaptée à celle-ci chez 7 patients avec refus scolaire. 6 réussissent à reprendre leur scolarité à temps plein et 1 a intégré une formation professionnelle. Les scores aux échelles de stress ont aussi été améliorés et le bénéfice apporté par cette prise en charge a été maintenu jusqu'à 6 mois après. Chorpita et al (1996) rapportent des résultats similaires sur 10 cas de filles avec refus scolaire, et l'amélioration clinique a été maintenue jusqu'à 24 mois après arrêt de la prise en charge. Puis en 1999, Kearney et Silverman comparent l'évolution de deux groupes de patients différents par les modalités de prise en charge. Les patients dont le traitement a été basé sur l'analyse fonctionnelle du refus scolaire ont eu une meilleure évolution (clinique et scolaire) que ceux traités indépendamment de celle-ci.

C. Proposition d'un algorithme de prise en charge dans le refus anxieux scolaire

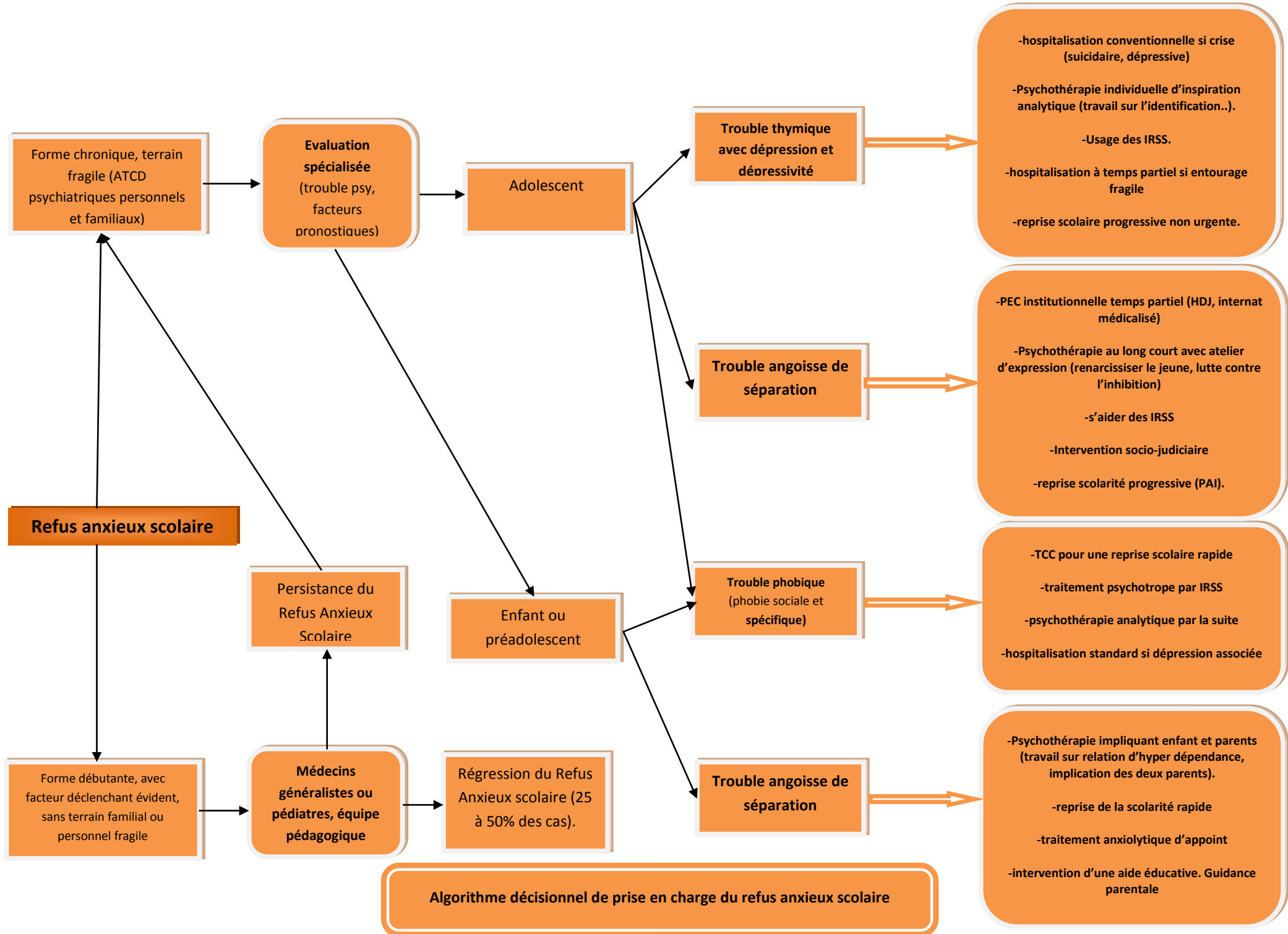
Intégrant l'apport de la littérature et les résultats de notre étude, nous allons à présent tenter de résumer sous forme d'organigramme la prise en charge du refus anxieux scolaire à proposer en fonction du tableau clinique.

Légende :

-TCC : thérapie cognitive et comportementale

-IRSS : inhibiteurs de la recapture à la sérotonine

-ATCD : antécédents



CONCLUSION

A travers notre étude, et en accord avec les données de la littérature, nous avons illustré la réalité selon laquelle le refus anxieux scolaire s'intégrait à des tableaux cliniques hétérogènes. Ces tableaux sont essentiellement dominés soit par un trouble anxieux, en premier lieu le trouble angoisse de séparation, soit par un état dépressif ou de dépressivité. Dans de nombreuses situations, l'association des deux troubles est rencontrée. Ainsi, le refus anxieux scolaire perd de sa spécificité diagnostique et il faudrait à présent considérer en premier lieu le trouble psychopathologique global.

Nous avons aussi rapporté un exemple de prise en charge hospitalière du refus anxieux scolaire. Cette dernière comportait pour certains patients une reprise de la scolarité depuis l'établissement de soin. Grâce à l'évaluation du profil ainsi que du devenir de ces patients à 3 et 12 mois, nous avons conclu que axer les soins sur la réintégration scolaire chez les adolescents avec une problématique de trouble angoisse de séparation n'était pas l'objectif de soin premier. Nous avons rejoint ainsi l'hypothèse selon laquelle l'existence d'une angoisse de séparation à l'adolescence sous-tendait un développement psychoaffectif profondément perturbé. Le traitement de ces jeunes doit être lourd et la reprise scolaire doit être reléguée au second plan. C'était là déjà une idée émise par les premiers auteurs s'étant penchés sur le refus anxieux scolaire.

Comme il est habituellement décrit, le devenir de notre population entière à 3 et 12 mois montrait une reprise scolaire chez les deux tiers des patients, une poursuite du suivi psychiatrique chez la majorité d'entre eux et une tendance à l'amélioration psychique. Toutefois, nous avons vu qu'une partie de nos patients avait une moins bonne évolution du fait de l'existence de facteurs de mauvais pronostic (adolescence, sexe masculin, présence d'un trouble angoisse de séparation...). .

Deux questions viennent alors à nous : Comment intensifier la prise en charge chez ces patients dont le tableau clinique est plus grave ? Comment peut-on prévenir ces formes de refus anxieux scolaire ? A la première interrogation nous avons évoqué l'idée d'un hôpital de jour ou d'un internat scolaire. Quant à la deuxième, nous pouvons penser que face à un refus anxieux scolaire d'apparition récente, le repérage des personnes à risque ainsi que leur

orientation d'emblée en soin spécialisé pourrait améliorer le pronostic. Le repérage passerait par l'identification des personnes à terrain individuel ou familial fragile. Les personnes les plus à même de le faire sont les médecins généralistes, les pédiatres ou encore le personnel scolaire. Il faudrait alors sensibiliser ces personnes et les former.

Annexes

Prise en charge hospitalière des Phobies Scolaires à l'hôpital d'enfants de Brabois

L'entité "phobie scolaire" où un enfant ou un adolescent n'est plus capable de se rendre à l'école, n'est souvent qu'un symptôme de troubles où la problématique de "dépendance" entre le patient et sa famille est souvent complexe et difficilement mobilisable.

C'est pourquoi quand il y a eu échec de la prise en charge familiale et individuelle en ambulatoire et à la condition que la famille habite aux alentours de Nancy, une hospitalisation avec séparation thérapeutique peut être proposée.

Modalités d'admission :

L'hospitalisation est faite après une consultation pédopsychiatrique, avec l'avis du chef de clinique. Ce sont des séjours programmés, après avoir pris l'avis du cadre de santé (ou infirmiers) en fonction des lits disponibles.

La mise en place du dispositif de réintégration scolaire, que nous allons décrire ci-dessous, nécessite toujours d'être planifiée et organisée car elle entraîne une modification du tableau de service de l'équipe infirmière (nombre d'infirmiers présents plus important).

Modalités d'hospitalisation, temps plein :

❶ Dans le service, mise en place :

- d'une "séparation thérapeutique", fixée par le médecin devant l'enfant et ses parents,
- d'un enseignement en relation avec le niveau scolaire de l'enfant ou de l'adolescent,
- des entretiens psychiatriques et activités à visée thérapeutique (éventuellement indication d'un examen psychologique).

❷ Protocole de réintégration scolaire :

à partir de l'unité d'hospitalisation :

- rencontres avec l'équipe pédagogique de l'établissement scolaire afin d'établir les modalités de réintégration (interne /ou chef de clinique + infirmier(ère)s)
- accompagnement infirmier lors de la réintégration scolaire faite à partir de l'hôpital

❸ Poursuite du suivi psychiatrique ou psychologique

Modalités de l'hospitalisation de jour :

❶ Dès l'entrée, mise en place :

- d'un enseignement, sous forme de cours, en relation avec le niveau scolaire de l'enfant ou de l'adolescent.

❷ Protocole de réintégration scolaire :

À partir du domicile :

- accompagnement infirmier
- rencontres avec l'équipe pédagogique de l'établissement scolaire afin d'établir un bilan du déroulement de cette réintégration et entrevoir les modalités du « relais » familial.

"La séparation thérapeutique" est d'une durée minimum d'une semaine. Elle est fixée par le médecin le jour de l'admission. Dès l'entrée dans l'unité de soins, l'adolescent n'a plus de contact avec son entourage (parents, amis,...) ; pas de visite, pas de communication téléphonique, pas de courrier.

Le patient bénéficie d'entretiens psychothérapeutiques réguliers, (interne référent), d'un examen psychologique selon la décision du médecin, d'un examen médical somatique et examen du carnet de santé (par l'externe) avec compte rendu dans le dossier médical et lors de la synthèse.

Pour ce qui concerne l'enseignement :

- Pour le primaire, des cours sont donnés par les instituteurs de l'hôpital d'enfants.
- Pour le secondaire, ce sont des professeurs de l'association *AISCOBAM* (*A*ide *S*COlaire *B*énévole aux *A*dolescents *M*alades) qui interviennent sur leur temps personnel.

Un maximum de matières est dispensé dans la semaine. Il s'agit des matières principales et/ou de matières pour lesquelles l'adolescent est en difficulté.

Dans le cadre du Protocole de réintégration scolaire, l'équipe de l'unité de pédopsychiatrie rencontre l'équipe pédagogique au sein de l'établissement scolaire. Peuvent se réunir les enseignants de l'élève hospitalisé, le proviseur, le professeur principal, le médecin et/ou psychologue scolaires, l'infirmière scolaire, l'assistante sociale scolaire et l'équipe soignante de l'hôpital constituée du médecin référent du patient, si possible de l'infirmier référent et du cadre infirmier.

Cette synthèse a pour but de faire le point sur la situation scolaire et hospitalière tout en respectant le secret médical.

Les modalités de la prise en charge pédopsychiatrique sont expliquées et s'adaptent à l'aménagement proposé par l'établissement scolaire.

Sur proposition conjointe, un planning scolaire est établi : reprise partielle ou totale de la scolarité.

L'accompagnement infirmier à partir de l'unité d'hospitalisation consiste :

- Parfois, avant la reprise scolaire, à se rendre plusieurs fois à proximité du lieu scolaire,
- Lors de la reprise scolaire, à effectuer les trajets à partir de l'hôpital (allers-retours matin, midi et soir),
- A rencontrer régulièrement les personnels de l'établissement (surveillants, enseignants,...).

L'équipe pédagogique de l'établissement scolaire est informée du déroulement de la prise en charge.

L'infirmier peut participer, pour soutenir et aider l'adolescent et sa famille, **aux premiers trajets** effectués à partir du domicile. Ensuite, l'adolescent les effectue seul ou accompagné d'un membre de son entourage.

Dans les deux cas d'accompagnement, l'équipe infirmière reste disponible à tout moment pour pouvoir se rendre dans l'établissement scolaire immédiatement en cas de nécessité. Cette disponibilité suppose des moyens suffisants en personnel (infirmiers) et en matériel (véhicule à disposition en permanence et sur place).

Toutes les décisions concernant ces enfants sont prises lors des « flash » de 9 heures ou lors de la synthèse du jeudi et sont écrites dans le dossier médical et infirmier.

Bibliographie

1. Agras S. The relationship of school phobia to childhood depression. *Am. J. Psychiatry* 1959; 116: 333-336.
2. Ajuriaguerra J. La phobie scolaire. In: Ajuriaguerra J, Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris: Masson, 1977: 915-919.
3. Battaglia M, Bertella S, Politi E, Bernardeschi L, Perna G, Gabriele A, Bellodi L. Age at onset of panic disorder: influence of familial liability to the disease and of childhood separation anxiety disorder. *Am J Psychiatry*. 1995 Sep; 152(9):1362-4.
4. Berg I, Butler A, Hall G. The outcome of adolescent school phobia. *Br J Psychiatry*. 1976 Jan;128:80-5.
5. Berg I, Jackson A. Teenage school refusers grow up: a follow-up study of 168 subjects, ten years on average after in-patient treatment. *Br J Psychiatry*. 1985 Oct; 147: 366-70.
6. Berg I, Marks I, McGuire R, Lipsedge M. School phobia and agoraphobia. *Psychol Med*. 1974 Nov;4(4):428-34.
7. Berg I. Absence from school and mental health. *Br. J. Psychiatry*, 1992; 161: 154-166.
8. Berman S, Weems C, Silverman W, Kurtines W (2000), Predictors of outcome in exposure-based cognitive and behavioral treatments for phobic and anxiety disorders in children. *Behav Ther* 31:713–731
9. Berney, T., Kolvin, I., & Bhate, S. R. (1981). School phobia: A therapeutic trial with clomipramine and short-term outcome. *British Journal of Psychiatry*, 138, 110 ±118.
10. Bernstein G, Borchardt C (1991), Anxiety disorders of childhood and adolescence: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30:519–532.
11. Bernstein G, Crosby R, Perwien A, Borchardt C (1996), Anxiety Rating for Children-Revised: reliability and validity. *J Anxiety Disord* 10:97–114.

12. Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR, Crosby RD, Kushner MG, Thuras PD, Last CG. Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000 Mar; 39(3):276-83.
13. Bernstein GA, Garfinkel BD, Borchardt CM. Comparative studies of pharmacotherapy for school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990 Sep; 29(5):773-81.
14. Bernstein GA, Garfinkel BD. Pedigrees, functioning, and psychopathology in families of school phobic children. *Am J Psychiatry*. 1988 Jan; 145(1):70-4.
15. Bernstein GA, Massie ED, Thuras PD, Perwien AR, Borchardt CM, Crosby RD. Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 May; 36(5):661-8.
16. Bernstein GA, Svingen PH, Garfinkel B. School phobia: patterns of family functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990 Jan; 29(1):24-30.
17. Bieder J. Le vécu scolaire. *Ann. Med. Psychol. Paris*, 1977 ; 1 (4) : 684-690.
18. Biederman J, Hirshfeld-Becker DR, Rosenbaum JF, Hérot C, Friedman D, Snidman N, Kagan J, Faraone SV. Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *Am J Psychiatry*. 2001 Oct;158(10):1673-9.
19. Birraux A. éloge de la phobie. PUF, le fil rouge, 1994 : 202-225.
20. Birraux A. Refus scolaire et difficultés d'apprentissage à l'adolescence. *Enc. Med. Chir, Psychiatrie*, 37216 D10, 1991.
21. Blagg N, Yule W. (1984). The behavioural management of school refusal: A comparative study. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 119–127.
22. Bolman WM. Systems theory, psychiatry, and school phobia. *Am J Psychiatry*. 1970 Jul; 127(1):25-32.
23. Borchardt CM, Giesler J, Bernstein GA, Crosby RD. A comparison of inpatient and outpatient school refusers. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1994 Summer; 24(4):255-64.

24. Bowen G. L., & Richman J. M. (2002). Schools in the context of communities. *Children and Schools*, 24, 67–71.
25. Bowlby J. *Attachement et perte*. Vol I et II Collection Fil Rouge, PUF, Paris, 1ère édition, 1978.
26. Braconnier A. Menace dépressive et dépression à l'adolescence. *Neuropsychiatr. Enf. Adolesc*, 1998 ; 46 (10-11) : 557-564.
27. Britton R. S. Psychiatric disorders in the mothers of disturbed children. *Child. Psychol. Psychiatry* 1969 ; 10 : 245-258.
28. Broadwin I T. A Contribution to the study of Truancy. *Am. J. of. Orthopsychiatry*, 1932: 253-254.
29. Cabrol S. Approche Clinique et familiale du refus anxieux scolaire : résultats d'une étude d'agrégation familiale chez 51 proposants. These pour le Doctorat en Médecine 1996. Université Paris Ouest.
30. Catheline N, Marcelli D. Les pathologies liées à la scolarité. In: Alvin P, Marcelli D, ed. *Médecine de l'adolescent*. Paris, Masson, 2000: 228-236.
31. Charmaine K. Higa Eric L. Daleiden, and Bruce F. Chorpita. Psychometric Properties and Clinical Utility of the School Refusal Assessment Scale in a Multiethnic Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, Vol. 24, No. 4, December 2002 (C ° 2002)
32. Chorpita, B. F., Albano, A. M., Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1996). A systematic replication of the prescriptive treatment of school refusal behavior in a single subject. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 281–290.
33. Christopher A. Kearney. School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review* 28 (2008) 451–471.
34. Coolidge J C, Brodie R D, Feeney B. A ten-year follow up study of sixty six school-phobic-children. *Am J Orthopsychiatry*. 1964 Jul;34:675-84.
35. Daillet Catherine. La phobie scolaire : étude épidémiologique sur 55 cas. Thèse pour le Doctorat en Médecine, faculté de Nancy, 1996.

36. Davidson S. School phobia as a manifestation of family disturbance. Its structure and treatment. *J. Child. Psychol. Psychiatry and Allied Disciplines* 1960; 1: 270-287.
37. Desombre H, Fournieret P, Revol O, de Villard R. Le refus anxieux de l'école. *Arch.Pédiatr*, 1990 ; 6 (97) : 97-101.
38. Diatkine R, Valentin E. Les phobies de l'enfant et quelques autres formes d'anxiété infantile. In : Lebovici S, Soule M, Diatkine R. traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Tome 2. Paris : PUF, 1995 ; 65 : 1105-1130.
39. Dugas M, Guériot C. Les phobies scolaires : étude clinique et psychopathologique. *Psychiatr. Enfant*, 1977 ; 20 (2) : 307-382.
40. Egger, H. L., Costello, E. J., & Angold, A. (2003). School refusal and psychiatric disorders: A community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 797-807.
41. Flakierska N., Lindstrom M., & Gillberg C. (1988). School refusal: A 15±20-year follow-up study of 35 Swedish urban children. *British Journal of Psychiatry*, 152, 834 ±837.
42. Flakierska-Praquin, N., Lindstrom, M., & Gillberg, C. (1997). School phobia with separation anxiety disorder: A comparative 20±29-year follow-up study of 35 school refusers. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 17±22.
43. Fournieret P, Desombre H, de Villard R, Revol O. Intérêt du propranolol dans la prise en charge du refus anxieux de l'école: à propos de trois observations. *L'encéphale*, 2001; XXVII: 578-584.
44. Gail A, Bernstein GA, Garfinkel BD. School phobia: the overlap of affective and anxiety disorders. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1986 Mar;25(2):235-41.
45. Gal J.M. Déchirures : 62 phobies scolaires. Contribution clinique et psychopathologique à l'étude des phobies scolaires du grand enfant et de l'adolescent. Thèse pour le Doctorat en Médecine, 1993, Poitiers.

46. Gasparda J L , Brandibasb G, Fourastec R. Refus de l'école : les stratégies thérapeutiques en médecine générale. School refusal: therapeutic strategies in general medicine. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 55 (2007) 367–373
47. Gittelman-Klein R, Klein D. Separation Anxiety in school refusal and its treatment with drugs. In: *Out of School*, Ed. Hersov L, Berg I. 1980. John Wiley and Sons: 321-341.
48. Gittelman-Klein R. Imipramine Treatment of children with separation anxiety disorder. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1992; 31 (1): 21-28.
49. Gittelman-Klien R. Psychiatric characteristics of the relatives of school phobic children In: *Mental Health in Children*, Sankar DVS, New York: PJD publications; 1975.
50. Gosschalk P O. (2004). Behavioral treatment of acute onset school refusal in a 5-year old girl with separation anxiety disorder. *Education and Treatment of Children*, 27, 150–160.
51. Hayward C, Wilson KA, Lagle K, Killen JD, Taylor CB. Parent-reported predictors of adolescent panic attacks. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004 May;43(5):613-20.
52. Hersov L .A. Refusal to go to school. *J. Child. Psychol. Psychiat*, 1960 b ; 1 : 137-145.
53. Hersov L. le refus d'aller à l'école. Une vue d'ensemble. In Chiland c, Young J.G. *Le refus de l'école, un aperçu transculturel*. Coll. Fil Rouge, n PUF, Paris, 1991, pp, 13-45.
54. Hersov L.A. Persistent non-attendance at school. *J. Child. Psychol. Psychiat*, 1960 a ; 1 : 130-136.
55. Heyne D, King NJ, Tonge BJ, Cooper H. School refusal: epidemiology and management. *Paediatr Drugs*. 2001;3(10):719-732.
56. Holzer I, Halfon o. Le refus scolaire, The school refusal. *Archives de pédiatrie* 13 (2006) 1252–1258.
57. Hoshino Y, Nikkuni S, Kaneko M, Endo M, Yashima Y, Kumashiro H. The application of DSM-III diagnostic criteria to school refusal. *Jpn. J. Psychiatr. Neurol*. 1987; 41: 1–7.
58. Jeammet Ph. Actualités de l'agir : A propos de l'adolescent. *Nouv. Rev. Psychanal*, 1985 ; 31 : 202-222.

59. Jeammet Ph. L'espace transitionnel en institution: un auxiliaire du fonctionnement mental. In: Adolescence terminée-Adolescence interminable. Alleeon, Norvan, Lebovici. PUF: Psychologie de l'enfant, 1985: 151-165.
60. Jeammet Ph. Peut on parler d'une spécificité de la psychopathologie à l'adolescence ? L'information psychiatrique, 1981; 57 (2): 169-182.
61. Johnson A.M, Falstein E.I, Szurek S, Svendsen M. School phobia. Am. J. Orthopsychiatry 1941; 11: 702-711.
62. Julian G. Elliott. Practitioner Review: School Refusal: Issues of Conceptualizations, Assessment, and Treatment. J. Child Psychol. Psychiat. Vol. 40, No. 7, pp. 1001±1012, 1999.
63. Kabuth B, Lozniewski R, Ferrand M, Vidailhet C: Phobie scolaire et hospitalisation pédiatrique: d'une séparation à l'autre. Neuropsychiatrie de l'enfant, 1994; 42 (8-6): 561-563.
64. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. Child Dev. 1987 Dec; 58(6):1459-73.
65. Kearney A A.,Tillotson C. A. (1998). School attendance. In D. Watson & M. Gresham (Eds.), Handbook of child behaviour therapy (pp. 143±161). New York: Plenum Press.
66. Kearney C. A., & Bates M. (2005). Addressing school refusal behavior: Suggestions for frontline professionals. Children and Schools, 27, 207–216.
67. Kearney, C. A. (1993). Depression and school refusal behavior: A review with comments on classification and treatment. Journal of School Psychology, 31, 267±279.
68. Kearney, C. A., & Albano, A. M. (2004). The functional profiles of school refusal behavior: Diagnostic aspects. Behavior Modification, 28,147–161.
69. Kearney, C. A., & Silverman, W. K. (1990). A preliminary analysis of a functional model of assessment and treatment for school refusal behavior. Behavior Modification, 14, 344–360.
70. Kearney, C. A., & Silverman, W. K. (1999). Functionally-based prescriptive and nonprescriptive treatment for children and adolescents with school refusal behavior. Behavior Therapy, 30, 673–695.

71. Kearney, C. A., Chapman, G., & Cook, L. C. (2005). School refusal behavior in young children. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1, 212–218.
72. Kearney, C. A., Lemos, A., & Silverman, J. (2006). School refusal behavior. In R. B. Mennuti, A. Freeman, & R. W. Christner (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions in educational settings: A handbook for practice* (pp. 89–105).
73. Kendall P, Brady E, Verduin T (2001), Comorbidity in childhood anxiety disorder and treatment outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:787–794.
74. Kennedy W A. (1965). School phobia: Rapid treatment of fifty cases. *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 285–289.
75. King N J, Tonge B J, Heyne D, Young, D., Myerson N, Rollings S, Pritchard M, Ollendick T H. (1998). Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: A controlled evaluation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 375–403.
76. King NJ, Bernstein GA. School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Feb;40(2):197-205.
77. King, N., Ollendick, T. H., & Tonge, B. J. (1995). *School refusal : Assessment and treatment*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
78. Klein, R. G., Koplewicz, H. S., & Kanner, A. (1992). Imipramine treatment of children with separation anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 21±28.
79. Kogan, S. M., Luo, Z., Murry, V. M., & Brody, G. H. (2005). Risk and protective factors for substance use among African American high school dropouts. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 382–391.
80. Koizumi E. Problème de la non assiduité à l'école tel que le voient les services de psychologies scolaires. In : *le refus de l'école, un aspect transculturel* par Chiling. C, Young. J.G. Paris, 1991. ;

81. Kolvin I, Berney TP, Bhate SR. Classification and diagnosis of depression in school phobia. *Br J Psychiatry*. 1984 Oct;145:347-57.
82. Kutcher, S. P. (1997). The pharmacotherapy of adolescent depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 755±767.
83. Lajeunesse S B, Mirabel-Sarron C, Véra L, Mehran F. Manuel de thérapie comportementale et cognitive [Broché] Ed. DUNOD, 2004.
84. Last C.G, Francis G, Hersen M, Kazdin A.E, Strauss CC. Separation anxiety and schoolphobia: a comparison using DSM III criteria. *Am. J. Psychiatry* 1987 ; 144 (5) : 653-657.
85. Last C.G, Francis G. School Phobia. *Advances in Clinical Child Psychology* 1987.
86. Last CG, Strauss CC. School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990 Jan; 29(1):31-5.
87. Last, C G., Hansen C, Franco N. (1998). Cognitive-behavioral treatment of school phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*,37, 404–411.
88. Last, C. G., & Francis, G. (1988). School phobia. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology*, Vol. 11 (pp. 193±222). New York: Plenum Press.
89. Lauchlan F. (2003). Responding to chronic non-attendance: A review of intervention approaches. *Educational Psychology in Practice*, 19, 133–146.
90. Layne AE, Bernstein GA, Egan EA, Kushner MG. Predictors of treatment response in anxious-depressed adolescents with school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Mar; 42(3):319-26.
91. Le Heuzey MF. School phobia or school refusal? *Rev Prat*. 2008 Apr 15;58(7):741-4.
92. Lebovici S, Le Nestour A. A propos des phobies scolaires graves. *Psychiatr. Enf*, 1977 ; 20 (2) 383-432.
93. Le Galudec M, Richard Y, Saint-André S, Garlantézec R, Lazartigues a. Les demandes de consultation en pédopsychiatrie : étude descriptive sur cinq années dans un service

universitaire. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence xxx (2009) xxx-xxx : 611-618.

94. Leger JM, Garoux R. Results of a survey concerning 50 school phobic children, their parents and their teachers Ann Med Psychol (Paris). 1979 Sep; 137(6-7):568-78.

95. Leslie S, Linet MD. Tournett syndrom, pimozide and school phobia: the neuroleptic separation anxiety syndrom. Am J Psychiatry 1985; 142(5).

96. Lever, N., Sander,M. A., Lombardo, S., Randall, C., Axelrod, J., Rubenstein, M., et al. (2004). A drop out prevention program for high-risk inner-city youth. Behavior Modification, 28, 513-527.

97. Lida-Pulik H, Colin B, Basquin M: La phobie scolaire à l'adolescence. Neuropsychiatr. Enfance Adolesc, 1996 ; 44 (5) : 211-214.

98. Ligier F. Devenir psychosocial à 10 ans de 64 adolescents suicidants hospitalisés à l'hôpital d'Enfants de Nancy. Thèse de médecine, 2007, Nancy.

99. Mahler M. La naissance psychologique de l'être humain. Paris, Payot, 1980.

100. Mansdorf I. J, Lukens, E. (1987). Cognitive-behavioral psychotherapy for separation anxious children exhibiting school phobia. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26, 222-225.

101. Marcelli D. Adolescence et dépression. Paris : Masson, 1990.

102. Marcelli D, Braconnier A. Les phobies scolaires. In: Marcelli D et Braconnier a, ed. Adolescence et psychopathologie. Paris, Masson, 1999 : 406-417.

103. Marcelli D. La dépression dans tous ses états : du nourrisson à l'adolescent... et après. Neuropsychiatr. Enf. Adolesc, 1998 ; 46 (10-11) : 489-501.

104. Marcelli D. Les phobies scolaires. In : Marcelli D, ed. Psychopathologie de l'enfant. Paris : Masson, 1995 : 456-460.

105. Margaret.R, Paccioné – Dyszelwski , Contessa-Kislus M A. School Phobia : identification of subtypes as a prerequisite to traetment intervention. *ADOLESCENCE* vol. XXII numéro 86, 1987.
106. Martin C, Cabrol S, Bouvard MP, Lepine JP, Mouren-Siméoni MC. Anxiety and depressive disorders in fathers and mothers of anxious school-refusing children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Jul;38(7):916-22.
107. McNamara E. (1988). The self-management of school phobia: A case study. *Behavioural Psychotherapy*, 16, 217–229.
108. McShane G, Walter G, Rey JM. Characteristics of adolescents with school refusal. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001 Dec;35(6):822-826.
109. Mikkelsen EJ, Detlor J, Cohen DJ. School avoidance and social phobia triggered by haloperidol in patients with Tourette’s disorder. *Am J Psychiatry* 1981;138(12):1572–6.
110. Mille C. Phobies Scolaires. In Ferrai P, Epelbaum C. *Psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent*. Paris: Medecines-sciences Flammarion, 1993: 225-230.
111. Moffitt, C. E., Chorpita, B. F., & Fernandez, S. N. (2003). Intensive cognitive–behavioral treatment of school refusal behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 51–60.
112. Moore PS, Whaley SE, Sigman M. Interactions between mothers and children: impacts of maternal and child anxiety. *J Abnorm Psychol*. 2004 Aug;113(3):471-6.
113. Mouren Marie-Christine, Delorme Richard. School phobia or school refusal: controversial concepts. *Bull Acad Natl Med*. 2006 Nov; 190(8):1629-39; discussion 1639-41.
114. Mufson L, Weissman V. Depression and aniety disorders in parents and chldren: a direct interview study. *J. Anxiety Disord*, 1992,; 6: 1-13.
115. Mukesh Prabhuswamy, Shoba Srinath, Satish Girimaji and Shekhar Seshadrti. Outcome of Children with School Refusal. *Indan J Pediatr*. 2007 Apr; 74(4):375-9.
116. Muris P, Steerneman P, Merckelbach H, Meesters C. The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. *Behav Res Ther*. 1996 Mar;34(3):265-8.

117. Murphy, M., & Wolkind, S. (1996). The role of the child and adolescent psychiatrist. In I. Berg & J. Nursten (Eds.), *Unwillingly to school* (4th ed.) (pp. 129±156). London:Gaskell.
118. Nauta MH, Scholing A, Emmelkamp PM, Minderaa RB. Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: no additional effect of a cognitive parent training. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Nov;42(11):1270-8.
119. Naylor MW, Staskowski M, Kenney MC, King CA. Language disorders and learning disabilities in school-refusing adolescents. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994 Nov-Dec;33(9):1331-7.
120. Newman D J, Moffitt T E, Caspi A, Magdol, L, Silva P A., Stanton W R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 552±562.
121. Ozcan O, Kiliç BG, Aysev A. Psychopathology in parents of children with school phobia. *Türk Psikiyatri Derg*. 2006 Autumn; 17(3):173-80.
122. Prior M, Smart D, Sanson A, Oberklaid F. Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000 Apr;39(4):461-8.
123. Quere J.P. A propos du traitement institutionnel des phobies scolaires graves. *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 1984 ; 32 (12) : 611-622.
124. Racle Laurence. Le refus anxieux de l'école: revue de la littérature et étude personnelle de 48 enfants. Thèse pour le Doctorat en Médecine 2006. Poitiers.
125. Reid K. (2003). A strategic approach to tackling school absenteeism and truancy: The PSSC scheme. *Educational Studies*, 29, 351–371.
126. Reid K. (2003). The search for solutions to truancy and other forms of school absenteeism. *Pastoral Care*, 21, 3–9.
127. Reid, K. (2007). The views of learning mentors on the management of school attendance. *Mentoring and Tutoring*, 15, 39–55.

128. Revol Laurence. La phobie scolaire chez le pré-adolescent et l'adolescent : Réflexions sur de nouvelles stratégies de prise en charge. Thèse pour le Doctorat en Medecine 2000. Grenoble.
129. Rodriguez A, Rodriguez M, Eisenberg L. The outcome of school phobia: a follow-up study based on 41 cases. *Am. J. Psychiatry*, 1959; 116 (6): 540-544.
130. Rosenbaum JF, Biederman J, Bolduc-Murphy EA, Faraone SV, Chaloff J, Hirshfeld DR, Kagan J. Behavioral inhibition in childhood: a risk factor for anxiety disorders. *Harv Rev Psychiatry*. 1993 May-Jun;1(1):2-16.
131. Seidel L, Walkup JT Selective serotonin reuptake inhibitor use in the treatment of the pediatric non-obsessive-compulsive disorder anxiety disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006 Feb-Apr;16(1-2):171.
132. Shuji Honjo, Takanori Nishide, Sachiko Niwa, Yasuko Sasaki, Hitoshi Kaneko, Kayo Inoko, Yumie Nishide. School refusal and depression with school inattendance in children and adolescents: Comparative assessment between the Children's Depression Inventory and somatic complaints. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* (2001), 55, 629–634.
133. Silverman WK, Kearney CA. Listening to our clinical partners: informing researchers about children's fears and phobias. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1992 Jun;23(2):71-6.
134. Southam-Gerow M, Kendall P, Weersing R (2001), Examining outcome variability: correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety clinic. *J Clin Child Psychol* 30:422–436.
135. Sperling M. Analytic first aid in school phobias. *Psychoanal Q*. 1961 Oct;30:504-18.
136. Sperling M. School phobias. Classification, dynamics, and treatment. *Psychoanal Study Child*. 1967;22:375-401.
137. Spitz RA. De la naissance à la parole. La 1ère année de vie. PUF, 1979.
138. Tandon M, Pruett JR Jr. An overview of the use of antidepressants in children and adolescents. *Mo Med*. 2008 Jan-Feb;105(1):79-84; quiz 84-5.

139. Thienemann M, Moore P, Tompkins K. A parent-only group intervention for children with anxiety disorders: pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Jan;45(1):37-46.
140. Tomoda A, Miike T, Yonamine K, Adachi K, Shiraishi S. Disturbed circadian core body temperature rhythm and sleep disturbance in school refusal children and adolescents. *Biol Psychiatry*. 1997 Apr 1;41(7):810-3.
141. Tramontina, S., Martins, S., Michalowski, M. B., Ketzer, C. R., Eizirik, M., Biederman, J., et al. (2001). School dropout and conduct disorder in Brazilian elementary school students. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 941–947.
142. Tsuji Heyiro. Consciousness of self and others in adolescent school refusals. *Jpn. J. Child. Psychiatr.* , 1981; 22 (3): 182-192
143. US Census Bureau. (2005). Educational attainment in the United States: 2004. Washington DC: Author.
144. Valles E, Oddy M. The influence of a return to school on the long-term adjustment of school refusers. *J Adolesc*. 1984 Mar;7(1):35-44.
145. Vera L, Leveau J. Phobie scolaire : introduction, techniques et nouvelles tendances. In : Vera L, Leveau J, *thérapie cognitive et comportementale en psychiatrie infanto juvénile*. Paris : Masson Collection Médecine et Psychologie, 1990 ; 75-92.
146. Vila G, Nollet-Clemençon C, de Blic J, Mouren-Simeoni MC, Scheinmann P. Prevalence of DSM IV anxiety and affective disorders in a pediatric population of asthmatic children and adolescents. *J Affect Disord*. 2000 Jun;58(3):223-31.
147. Waldfoegel S, Coolidge J C, Hahn P B. The development, meaning and management of school phobia; workshop, 1956. *Am J Orthopsychiatry*. 1957 Oct;27(4):754-76; discussion 776-80.
148. Warren W. Acute neurotic breakdown in children with refusal to go to school. *Arch of disease in childhood* 1948; 23: 266-72.
149. Weiss M, Burke A. A five to ten years follow up of hospitalized school phobic children and adolescents. *Am J Orthopsychiatry*, 1967; 37: 294-295.

150. Westenburg P, Siebelink B, Warmenhoven N, Treffers P (1999), Separation anxiety and overanxious disorders: relations to age and level of psychosocial maturity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:1000–1007.
151. Whaley SE, Pinto A, Sigman M. Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *J Consult Clin Psychol.* 1999 Dec;67(6):826-36.

RESUME DE LA THESE:

Le refus anxieux scolaire, manifestation symptomatique chez l'enfant ou l'adolescent en âge scolaire, est une situation clinique identifiée au début du XXème siècle par Braodwin. Depuis lors, elle n'a cessé d'être le sujet de divergence psychopathologique. Les premiers psychiatres à s'être penchés sur la situation clinique ont évoqué une problématique d'angoisse de séparation basée sur un lien d'hyper dépendance mère-enfant. Puis, c'est sous l'angle de la phobie au sens freudien du terme que le refus anxieux scolaire a été approché. Certains psychiatres ont relevé une problématique dépressive voire une défaillance narcissique.

En outre, les conséquences d'un tel tableau clinique peuvent être lourdes lorsqu'il perdure. Elles sont d'ordre socioprofessionnel, familial et psychique. Une prise en charge intensive peut donc être nécessaire. A ce sujet, les objectifs de soins ainsi que les moyens thérapeutiques à privilégier ne font pas encore consensus.

Notre travail, mené sur 40 enfants et adolescents hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie de l'hôpital Brabois-Enfants (CHU de Nancy) entre 2004 et 2008 et présentant un refus anxieux scolaire, a pour but de décrire les différents troubles psychiatriques qui peuvent être associés à cette symptomatologie scolaire ainsi que la prise en charge proposée. Nous nous sommes aussi intéressés au devenir de notre population à court et moyen terme.

Comme cela est admis dans la littérature actuelle, nous trouvons que le refus anxieux scolaire peut s'intégrer à divers troubles psychiatriques. Ces troubles sont d'origine soit anxieuse soit dépressive soit mixte. Une prise en charge adaptée devra prendre en compte, outre la symptomatologie scolaire, des éléments tels que le diagnostic étiologique, l'ancienneté des troubles et l'âge d'apparition. Dans les cas les plus graves, la reprise scolaire ne semble pas être le but premier du traitement.

TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS:

School Phobia: About 40 children and adolescents hospitalized in psychiatry unit of Nancy CHU.

THESE: MEDECINE SPECIALISEE - ANNEE 2010

MOTS CLES: Phobie scolaire, Refus anxieux scolaire : comorbidités, traitement, hospitalisation, devenir.

Adresse de l'UFR :

Université Henri Poincaré, Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la forêt de Haye, 54504 VANDOEUVRE-LES NANCY Cedex