Le dossier – École

Le refus scolaire anxieux

RÉSUMÉ : Le refus scolaire anxieux est un trouble complexe et fréquent en pédopsychiatrie qui débute par un absentéisme progressif ou brutal, faisant souvent suite à des facteurs déclenchants et/ou à une période de déscolarisation (vacances, maladie). Il est important d'être attentifs aux absences, retards ou passages à l'infirmerie des élèves. Ces patients vont fréquemment présenter des manifestations anxieuses et des signes fonctionnels en lien avec la confrontation scolaire. Les profils psychopathologiques sous-jacents sont divers : anxiété de séparation, anxiété sociale, phobie simple, dépression, comorbidités anxieuses. Différents facteurs vont conduire à l'apparition du refus scolaire anxieux : facteurs individuels, familiaux et scolaires.

La prise en charge doit effectivement être globale, multimodale et pluridisciplinaire avec un important travail de réseau et une coordination entre les différents intervenants. Le soin de ces patients doit comprendre une prise en charge du sujet, un accompagnement de la famille et la mise en place d'aménagements scolaires. Il est essentiel de ne pas rédiger de certificat médical attestant de la non-reprise de la scolarité et de ne pas inscrire l'enfant ou l'adolescent au CNED.

E. HIRSCH
Pôle infanto-juvénile,
Centre hospitalier Drôme Vivarais,
MONTÉLÉGER.

La souffrance à l'école, et plus particulièrement celle des enfants qui ne peuvent plus y aller, est actuellement souvent le sujet d'émissions de radio ou d'articles de magazines. C'est une vraie question de santé publique. Cependant, le manque de consensus concernant le refus scolaire anxieux (RSA) entraîne un parcours de soin chaotique et un vécu d'incompréhension ressenti par ces jeunes et leurs familles.

Nous tenterons dans cet article d'apporter des éléments de clarification en redéfinissant les différents termes utilisés pour parler de ces situations et en présentant les différents profils cliniques retrouvés. Nous évoquerons les hypothèses psychopathologiques, ainsi que les propositions de soin qui peuvent être faites à ces patients. Les éléments apportés dans cet article viennent compléter ceux déjà évoqués dans le "Quoi de neuf en pédopsychiatrie ?" de novembre 2016 (*Réalités Pédiatriques* n° 205).

Mais de quoi parle-t-on ? Les termes utilisés

L'évolution du concept (***fig. 1***) est le reflet de l'évolution des théories psychanalytiques et de la diversité des champs d'analyse en jeu (pédopsychiatrique, social, scolaire). Cela explique la multiplicité des termes utilisés pour parler de ces enfants. Il nous semble indispensable de redéfinir ces termes afin d'avoir un langage commun pour limiter les malentendus et la stigmatisation de ces patients, et pour favoriser les échanges entre les différents partenaires.

L'absentéisme est défini par l'Éducation nationale par l'absence non justifiée de l'élève en classe pendant au moins quatre demi-journées par mois.

Le dossier – École

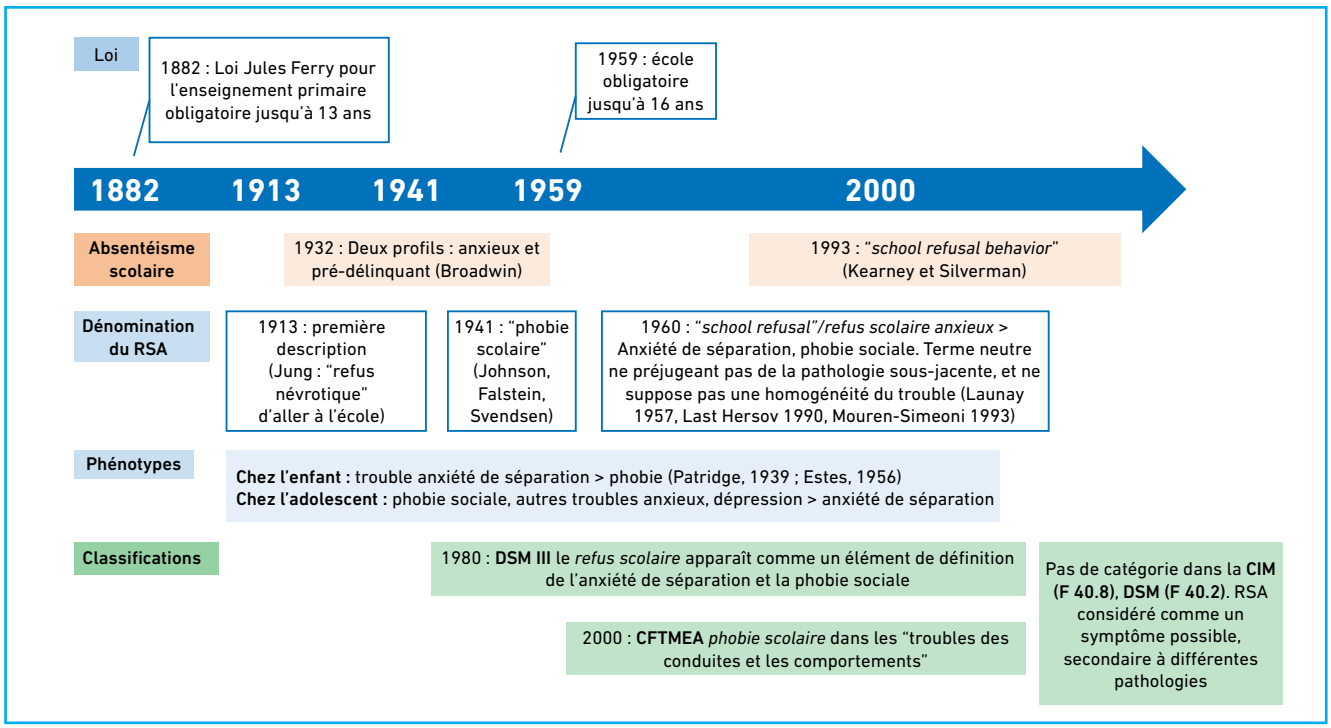

Fig. 1 : L'évolution du concept de refus scolaire anxieux.

On parle de **décrochage scolaire** lorsqu'un élève quitte l'institution scolaire, abandonne ses études, arrête le cursus en cours avant qu'il ne soit terminé. Plusieurs raisons peuvent justifier cet arrêt : préférer trouver un travail rémunéré, être en échec scolaire ou ne plus arriver à aller en cours par exemple. Les notions de refus scolaire anxieux et de décrochage scolaire ne sont pas complètement superposables et correspondent aux lectures de la psychiatrie et de la sociologie.

La **déscolarisation** se définit dans les textes de l'Éducation nationale comme la mise hors de l'établissement scolaire de l'élève concerné. Cette définition peut être comprise comme la manifestation ultime de l'absentéisme (définition que nous retenons) ou comme l'absence d'inscription dans un établissement scolaire. Dans les situations de refus scolaire anxieux, nous parlons de déscolarisation quand l'enfant ne va plus en cours de façon complète, à l'inverse des absences perlées où l'enfant est absent de temps en temps. Il reste, dans un premier temps, très souvent inscrit dans son établissement scolaire.

Le comportement de refus scolaire (*school refusal behavior*) est un terme qui a été proposé par Kearney et Silverman dans les années 1990 [1]. Il renvoie au comportement d'absentéisme, soit le fait qu'un enfant refuse d'aller à l'école et/ou d'y rester la journée entière. Nous trouvons sous cette appellation deux catégories d'élèves. Ceux qui ne peuvent pas aller à l'école en lien avec une dimension anxieuse et/ou dépressive. Ce sont les situations de phobie scolaire ou refus scolaire anxieux (RSA). Et ceux qui ne veulent pas aller à l'école, que l'on nomme "école buissonnière" en France ou *truancy* dans la littérature anglo-saxonne.

On peut considérer les comportements de refus scolaire comme un spectre avec deux extrémités. D'un côté les élèves présentant plutôt des troubles internalisés (troubles anxieux sévères, éléments dépressifs), et de l'autre les élèves refusant la scolarité et qui présentent des troubles externalisés. Il y a une zone de recouvrement entre les deux [2]. Il est essentiel de faire la différence entre ces différents profils (***fig. 2***), afin de ne pas renforcer les représentations erronées et le sentiment d'injustice ressenti par les jeunes présentant un refus scolaire anxieux, et afin de proposer une prise en charge adéquate.

La phobie scolaire est un terme qui a été pour la première fois utilisé en 1941 par Adelaide M. Johnson [1]. Ce terme est controversé car il ne reflète pas la diversité des profils psychopathologiques, cependant il reste très utilisé dans la littérature française. N. Catherine et J.-P. Raynaud [3] préfèrent parler **des phobies scolaires** au pluriel.

Le refus scolaire anxieux (*school refusal*), qui a été utilisé à partir des années 1960 [1], est un terme descriptif et athéorique. Il ne suppose pas d'une homogénéité du trouble [2] et a l'intérêt de mettre en avant la symptomatologie anxieuse.

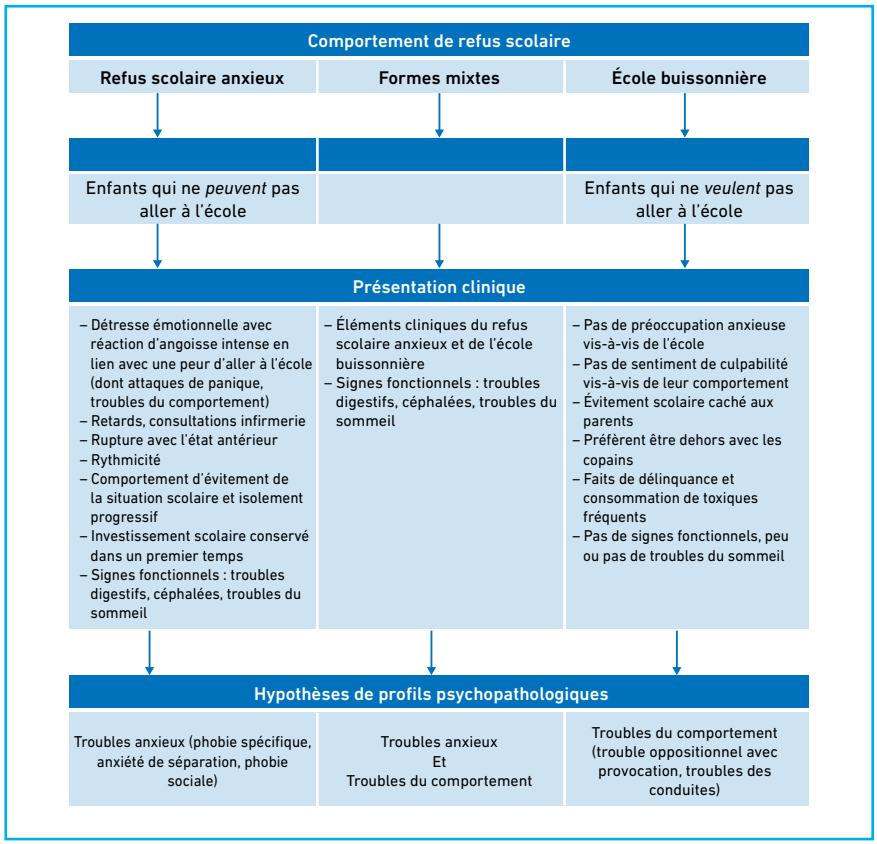

Fig. 2 : Différences entre refus scolaire anxieux et école buissonnière.

Il est important de rappeler que le refus scolaire anxieux n'est pas reconnu comme une entité clinique à part entière par les classifications internationales tel que le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et la Classification internationale des maladies (CIM). Seule la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) fait apparaître la phobie scolaire comme une entité clinique. Les auteurs y classent "*les manifestations d'angoisse majeure avec souvent phénomène panique liées à la fréquentation scolaire et interdisant sa poursuite sous les formes habituelles*".

Dans la littérature, deux définitions cliniques sont fréquemment utilisées [2, 4]. La définition de Berg (1992) s'appuie sur cinq critères diagnostiques :
– réticence ou refus fréquent d'aller à l'école ;
– recherche du réconfort et de la sécurité de la maison, préférant rester près des figures parentales, en particulier pendant les heures de classe ;
– présence de troubles émotifs lorsqu'ils sont confortés à la perspective d'avoir à aller à l'école, comme en témoignent une crainte excessive, des crises de colère, de la tristesse, bien que cela puisse prendre la forme de symptômes physiques inexpliqués ;
– absence de tendances antisociales graves, en dehors de l'agressivité possible lorsque l'on tente de forcer la fréquentation scolaire ;
– le problème n'est pas dissimulé aux parents, qui ont fait des efforts raisonnables pour assurer la présence de l'enfant à l'école au cours de l'histoire du problème.

La deuxième est celle proposée par Ajuriaguerra dans le Manuel de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent publié en 1977. Elle reprend la description clinique faite par A. Johnson en 1941, soit "*ces enfants qui pour des raisons irrationnelles refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer*". Cette définition est surtout retrouvée dans la littérature française.

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

Qui sont ces enfants et adolescents qui ne peuvent pas aller à l'école ?

1. Épidémiologie [1-4]

Les situations de refus scolaires anxieux ne sont pas si rares. Il est difficile d'établir une prévalence exacte par manque de consensus et d'étude épidémiologique. Cependant, les auteurs s'accordent pour dire que les situations de refus scolaire anxieux représenteraient environ 5 à 8 % des consultations en pédopsychiatrie et entre 0,3 et 9 % des enfants en âge scolaire, avec une amplification du phénomène ces quinze dernières années. La prévalence et la gravité du RSA augmentent avec l'âge. Plus ils sont âgés et moins il y a de chances de reprise de la scolarité dans un établissement normal. Le refus scolaire anxieux touche autant les filles que les garçons et tous les milieux socio-économiques.

Il y a trois pics d'âge à risque de débuter ce trouble : l'entrée en primaire vers 5-7 ans, l'entrée dans le secondaire vers 10-12 ans, et à partir du passage de la cinquième à la quatrième (vers 14 ans). L'apparition des troubles semble correspondre à des périodes de maturations somatopsychiques et à des étapes scolaires bien particulières. Ce sont des étapes où les capacités d'adaptation des enfants et adolescents sont mises à l'épreuve.

Le dossier – École

2. Description clinique du RSA [2-4]

Comme nous l'avons vu, ce sont des enfants qui présentent une peur de l'école, qui est assez spécifique car non retrouvée dans les situations d'école buissonnière [5]. Mais l'enfant ou l'adolescent ne peut expliquer cette crainte et promet d'y aller le lendemain. Quand elles sont exprimées, les peurs les plus fréquemment retrouvées sont une peur spécifique de l'école, des inquiétudes à l'idée de quitter la maison pour l'école, des inquiétudes concernant ce qui pourrait arriver à la maison lorsqu'ils sont à l'école, des inquiétudes vis-à-vis de la santé d'un de leurs parents ou une anxiété de performance.

Ces angoisses se manifestent par des attaques de panique, des crises de colère, de l'agitation, de l'opposition lorsque l'enfant est contraint à aller à l'école. Ces mouvements sont souvent très impressionnants tant pour l'enfant que pour ses parents et peuvent même aller jusqu'à une certaine violence vis-à-vis de ces derniers et par des mises en danger (fugues, menaces suicidaires). Il est souvent décrit une rupture avec l'état antérieur qui laisse perplexes tant les parents et l'entourage que les enseignants. Ces enfants sont plutôt décrits auparavant comme sages et obéissants. L'intensité de ces manifestations peut être l'élément déclencheur d'une demande d'aide. Ces manifestations cessent souvent lorsque l'enfant est autorisé à rester à la maison. Il est donc important de repérer la rythmicité de ces symptômes qui suivent le calendrier scolaire : l'apaisement pendant le week-end et surtout pendant les vacances scolaires.

Du fait de l'intensité de ces manifestations cliniques, du comportement souvent tyrannique du jeune et pour éviter les conflits, certains parents deviennent complices de l'évitement de leur enfant et l'autorisent effectivement à rester absent de l'école. Il va alors s'installer un comportement d'évitement de la situation scolaire qui peut être progressif (retards, consultations à l'infirmerie, absences perlées de plus en plus fréquentes jusqu'à déscolarisation complète) ou brutal (refus catégorique du jour au lendemain). Donc même lorsque la déscolarisation n'est pas complète, ces absences doivent être considérées comme un trouble et doivent attirer l'attention des intervenants, car elles laissent entrevoir des difficultés sous-jacentes.

Certaines formes peuvent passer inaperçues car elles se manifestent par des absences brèves à la suite des vacances scolaires qui se répètent d'année en année, laissant le trouble se chroniciser [3]. Dans un premier temps, l'investissement scolaire et les activités extra-scolaires sont le plus souvent préservés, mais progressivement un isolement social s'installe, renforcé par une symptomatologie dépressive.

Une étude qualitative sur le vécu adolescent et parental dans le refus scolaire anxieux a été menée au sein du service de médecine et psychopathologie de l'adolescent de l'hôpital Cochin [6]. Au sein de cette étude, la plupart des adolescents décrivent une séquence émotionnelle comportant une première étape de lutte contre l'angoisse, puis un épuisement tant physique que psychique, suivi d'un sentiment d'impuissance et d'incapacité à poursuivre leurs efforts pour aller en cours. Lorsqu'ils sont enfin déscolarisés dans un premier temps, ils ressentent un grand soulagement, mais très vite vient s'installer une tristesse. Ce processus est accompagné d'éprouvés émotionnels douloureux, comme par exemple le dégoût, la honte. Mais ils sont en difficulté pour le reconnaître et donc l'exprimer.

Ces manifestations anxieuses sont souvent accompagnées de **signes fonctionnels** dont les plus fréquents sont : **les troubles digestifs, les céphalées et les troubles du sommeil**. Les somatisations viennent masquer la composante anxieuse des troubles que les familles ont du mal à appréhender [6], pouvant entraîner une errance médicale et paramédicale. Ce parcours chaotique retarde de manière significative la prise en charge spécifique [2], entraîne une perte de confiance dans le corps médical et laisse le temps aux bénéfices secondaires de s'installer [3]. Il faut souligner que ces symptômes suivent eux aussi le rythme scolaire : ceux-ci s'apaisent lors des week-ends et des vacances scolaires.

Les troubles du sommeil, l'ennui, l'isolement au domicile peuvent entraîner des problèmes métaboliques, et notamment un risque de surpoids qu'il est important de repérer [2].

Comment en arrive-t-on à des situations de refus scolaire anxieux ?

Le développement d'un refus scolaire anxieux est classiquement multifactoriel, associant des **facteurs individuels, familiaux et scolaires.**

>>> **Sur le plan individuel**, les auteurs soulignent des particularités dans le fonctionnement cognitif et psychoaffectif. Ce sont souvent des enfants ou adolescents intelligents (intelligence normale ou élevée), qui sont bons à l'école et aiment apprendre. Cependant, ils peuvent être décrits comme "trop travailleurs", perfectionnistes, mettant en doute leur potentialité et ne supportant pas les critiques [4]. Ils peuvent avoir du mal à se confronter au cadre scolaire, préférant un apprentissage en autodidacte.

Une étude réalisée dans le service de psychiatrie infanto-juvénile de l'hôpital neurologique Pierre Wertheimer de Bron a révélé que, dans leur cohorte, 50 % des jeunes présentaient un trouble des apprentissages spécifiques et/ou un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, et 50 % présentaient un haut potentiel intellectuel [2]. Certaines de ces particularités avaient été diagnostiquées dans le service et parfois tardivement dans le parcours

scolaire de l'enfant. Or, nous savons que cela influe sur l'estime de soi et peut entraîner une inadaptation scolaire [4]. Les troubles des apprentissages et notamment les séquelles de retards de langage ont un impact sur la pensée hypothético-déductive, indispensable à partir du collège [3]. Il nous semble donc important de réaliser dans ces situations un bilan pédagogique et un bilan psychologique (psychométrie, bilan de personnalité et ou bilan neuropsychologique) adapté au profil du jeune.

Sur le plan psycho-affectif, émotionnel, ce sont des enfants ou adolescents qui peuvent être décrits comme timides, plus souvent victimisés, pouvant avoir des relations conflictuelles avec leurs amis ou avoir du mal à s'en faire [5]. Ce sont des enfants ou des adolescents anxieux et il y a un continuum entre le degré d'anxiété d'un élève et le développement d'un refus scolaire anxieux. Les élèves sans absentéisme sont moins anxieux que ceux présentant un RSA [5]. Ils peuvent avoir un grand besoin de sécurité et avoir du mal à supporter les changements, vécus comme menaçants.

Pour certains auteurs, il n'est pas rare de retrouver des problèmes de séparation dans l'histoire personnelle de ces jeunes, avec soit un manque d'expériences de séparation ou alors des séparations vécues comme traumatiques. Mais l'hypothèse d'un continuum entre anxiété de séparation dans l'enfance et refus scolaire anxieux reste controversée dans la littérature [2]. Certains auteurs affirment également que, dans le refus scolaire anxieux, il y aurait plus d'enfants ayant développé des liens d'attachant non sécures que les autres troubles anxieux [1].

Il y est aussi souvent retrouvé des affects dépressifs d'auto-dévalorisation avec une image négative d'eux-mêmes [6], une tendance à la sur-généralisation des expériences négatives [4]. Leurs stratégies de régulation des émotions sont moins adaptées que celles des autres enfants ou adolescents. En effet, ils vont mettre en place une stratégie de suppression des émotions [4], ce qui rend leur verbalisation plus difficile [6].

Un des grands changements qu'ils ont à vivre est celui de l'adolescence, de la puberté et du pubertaire. Cependant, l'étude qualitative précédemment citée a mis en évidence que cette adolescence est associée à un "*sentiment de menace, de peur, de dégoût, d'insécurité*" et est occultée tant dans le discours que dans leur vécu. Ils peuvent donner l'illusion de passer du "*statut d'enfant à celui d'adulte sans transition adolescente intermédiaire*" [6]. La pensée à fuir n'est donc souvent pas celle qui consiste à apprendre ou à raisonner mais bien en lien avec l'émergence de la sexualité et de la sexualisation pubertaire de la pensée.

Les liens entre refus scolaire anxieux et troubles du comportement alimentaire ne sont pas vraiment étudiés dans la littérature mais ces deux symptômes viennent révéler une certaine butée développementale [6].

Dans un certain nombre de cas (entre 30 et 75 %), les enfants ou adolescents qui présentent un RSA ne relèvent pas d'un diagnostic psychiatrique autre [2]. Par contre, plus le refus scolaire anxieux est sévère et plus il est statistiquement associé à un trouble psychiatrique. Les diagnostics sous-jacents au RSA les plus fréquemment retrouvés dans la littérature sont **l'anxiété de séparation, la phobie sociale, la phobie simple** (il n'est pas rare de rencontrer des enfants qui présentent une émétophobie ou une cystophobie) **et la dépression**.

L'anxiété de séparation et la phobie simple sont plutôt classiquement retrouvées chez les enfants et préadolescents. L'anxiété de séparation est également plus fréquemment retrouvée chez les patients hospitalisés [2]. La phobie sociale et la dépression sont plus fréquentes chez les adolescents. Les symptômes dépressifs sont très fréquents (13 à 30 %) à type de crises de larmes, de sentiment de dévalorisation, de baisse de l'estime de soi, de sentiment de culpabilité, de pessimisme et d'incapacité à se projeter dans l'avenir [2]. Les troubles dépressifs vont entraîner une perte d'envie tant sur le plan relationnel que scolaire, aggravant l'isolement. Les tentatives de suicide sont rares, sauf dans les contextes de harcèlement scolaire [3].

Il est parfois difficile de différencier diagnostics différentiels et comorbidités (trouble anxieux généralisé, troubles obsessionnels compulsifs, épisode dépressif caractérisé, agoraphobie…). C'est la chronologie de l'apparition des manifestations cliniques qui nous guidera dans l'analyse psychopathologique.

Chez les adolescents, les profils sont plus sévères car le refus scolaire anxieux peut révéler un tableau clinique plus inquiétant évoluant à bas bruit (trouble de la personnalité psychotique ou borderline ou prodromes d'un trouble psychotique) [2, 3]. Il est donc important d'éliminer une pathologie psychiatrique comme un trouble de l'humeur sévère ou une décompensation psychotique.

Le retentissement à moyen et long terme d'une déscolarisation est sévère ("Quoi de neuf en pédopsychiatrie ?", *Réalités Pédiatriques* n° 205).

>>> Sur le plan familial, comme chez les patients, il est très fréquemment retrouvé des profils anxiodépressifs chez les parents et la fratrie [2-4]. Les parents ont un niveau d'anxiété et de dépression plus élevé que les parents d'enfants sans RSA, et les frères et sœurs des patients ont également plus tendance à se déscolariser. Il y a une composante héréditaire (facteurs génétiques ou environnementaux) des troubles, avec l'apprentissage des comportements anxieux (peurs similaires, comportements d'évitement partagés) [2].

Il n'est pas franchement rapporté dans la littérature de spécificité en termes de

Le dossier – École

données sociodémographiques chez ces familles. Cependant, même si le patient et ses parents ont du mal à le concevoir et à le reconnaître, des dysfonctionnements familiaux sont souvent détectés et décrits [6] tels qu'une relation fusionnelle entre la mère et l'enfant, un père qui ne fait pas tiers dans cette relation fusionnelle [4], un problème de différenciation transgénérationnelle et/ou dans le couple parental, des secrets de famille et/ou des problèmes de communication. Ces dysfonctionnements sont souvent transgénérationnels [3, 7].

Une étude [2] avait par ailleurs retrouvé que, dans un tiers des situations, au moins un des parents était au domicile. Au vu du profil psychopathologique de ces patients pour lesquels une problématique de séparation est particulièrement fréquente, nous nous interrogeons sur l'impact que cela peut avoir sur le développement et le maintien du comportement de refus scolaire anxieux [2, 4]. Le rapport des parents à la scolarité et leurs attentes vis-à-vis de leur enfant tient également un rôle dans le développement des troubles [2, 4]. Les dysfonctionnements familiaux sont probablement causes, conséquences et facteurs de maintien du trouble.

Il est important de noter que le refus scolaire anxieux a un impact important sur la dynamique familiale avec un chamboulement des relations : tout tourne autour de cet enfant, de sa déscolarisation et des aménagements quotidiens qui semblent nécessaires. Les parents décrivent un parcours du combattant [8], un véritable cataclysme [6] et passent par une multitudes de sentiments : déception, incompréhension, culpabilité, impuissance, empathie, colère, épuisement. Il peut même y avoir une inversion des rôles parents-enfants. À long terme, le refus scolaire anxieux peut aboutir à une mise à distance avec rupture totale des liens ou un rapprochement relationnel voire fusionnel avec une dépendance excessive [2].

Le retentissement sur la famille peut aussi être financier. Les parents peuvent être amenés à payer des cours à domicile, l'inscription au CNED (Centre national d'enseignement à distance), une école privée, une thérapie en libéral (notamment thérapie cognitivo-comportementale). Il n'est pas rare également que l'un des parents s'arrête de travailler.

>>> **Sur le plan scolaire**, deux types de causes sont retrouvés : le niveau académique et les relations avec les pairs ou les adultes. Les exigences scolaires dans notre société sont de plus en plus importantes et, pour ces patients, l'école apparaît comme menaçante [6], un lieu d'exigence, de jugement qui nierait leur besoin propre, notamment de soutien de la part des enseignants [1].

Le passage du primaire au collège est particulièrement redoutable. Le primaire offre un cadre plutôt contenant et rassurant : les élèves se suivent souvent depuis les plus jeunes classes, l'enfant a un seul enseignant en face de lui qui est souvent au plus proche de ses élèves, l'ambiance peut être "plus familiale". Au collège, ça peut être une tout autre histoire : l'établissement est souvent plus grand, il peut y avoir une rupture des liens amicaux, l'enfant est amené à rencontrer de nouvelles personnes et doit se familiariser avec plusieurs enseignants. La modalité de pensée est différente avec le développement de la pensée formelle abstraite [3]. Le jeune doit faire preuve de plus d'autonomie, tant dans les apprentissages que dans la gestion du quotidien, et parfois doit prendre les transports en commun pour la première fois. Le collège est également le lieu des problématiques adolescentes (notamment relations amoureuses). Le passage du primaire au collège est donc à préparer [3]. L'école est très souvent pointée du doigt par les patients et leur famille dans les situations de refus scolaire anxieux, qui la désignent comme l'unique responsable de l'apparition des troubles [6].

Il y a souvent un **facteur déclencheur** retrouvé dans l'anamnèse, qui peut être un facteur individuel, familial ou scolaire comme une maladie (chez le sujet ou un membre de sa famille), une séparation, un décès, la remarque d'un enseignant, des moqueries, etc. et qui aboutirait à l'absentéisme. De manière générale, ce sont tous les évènements mettant en cause une séparation (réelle ou imaginée) et/ou qui représentent une menace pour le sentiment de sécurité et la confiance en soi de l'enfant ou de l'adolescent [3, 4]. Ces facteurs sont souvent rapportés dans un deuxième temps (rationalisations secondaires ?).

Toutes périodes de non-fréquentation scolaire (maladie, vacances) sont également des périodes à risque.

Que faut-il proposer aux enfants et adolescents souffrant de refus scolaire anxieux ?

1. Repérage précoce

Devant tous comportements d'absentéismes réguliers, non justifiés, il est important d'aller rechercher des manifestations anxieuses, comportementales ou somatiques. Devant toutes plaintes somatiques chez un enfant ou un adolescent, il est important d'aller l'interroger sur sa scolarité. C'est l'association de plusieurs symptômes qui permet de suspecter un refus scolaire anxieux et d'orienter rapidement le jeune vers une prise en charge spécialisée (***fig. 3***). Le repérage et la prise en charge rapide du refus scolaire sont primordiaux. C'est une urgence diagnostique et thérapeutique [3].

Pour clarifier l'absentéisme scolaire de l'enfant et de l'adolescent, Stephen Valentin recommande dans son ouvrage de poser certaines questions [4] :
– L'enfant souffre-t-il d'une maladie qui rend sa présence en classe impossible ?
– Les parents sont-ils au courant que l'enfant manque l'école ?
– Existe-t-il des angoisses liées aux contrôles, aux autres élèves, au(x) professeur(s) ?

– L'enfant n'arrive-t-il plus à gérer le stress de l'école ?
– L'enfant a-t-il des difficultés à partir de la maison le matin ?
– Existe-t-il des signes d'une angoisse de séparation ou d'une stratégie d'évitement en dehors de la situation scolaire ?
– Constate-t-on un manque au niveau de la confiance en soi et des angoisses sociales ?

2. Proposition de soin

Il n'y a pas de recommandation clairement établie. C'est d'ailleurs ce que peuvent reprocher les parents des enfants présentant un refus scolaire anxieux [7, 9]. La plupart des auteurs s'accordent, tout de même, sur un trépied thérapeutique (***fig. 4***) associant thérapie individuelle, travail familial et aménagements pédagogiques.

Dans un premier temps, l'objectif est la rescolarisation à temps complet. Pour se faire, il faut que les différents intervenants (soin-école-famille) fassent alliance autour de cet objectif. Trop souvent, il y a un clivage entre les différentes institutions et les parents. Les parents soulignent l'absence de reconnaissance de la symptomatologie par l'établissement scolaire [6]. L'établissement scolaire reproche le manque de communication avec le dispositif de soin et considère les parents comme à l'origine des troubles. Or, accompagné par une équipe bienveillante et contenante, l'élève a de meilleures chances de reprendre le chemin de l'école.

La prise en charge doit être adaptée au profil du jeune, à l'analyse fonctionnelle du refus scolaire anxieux et aux souhaits des familles. L'offre de soin en pédopsychiatrie est très disparate sur le territoire français. La prise en charge dépend également des modalités de soin proposées par la structure qui accueille le jeune et sa famille.

Le deuxième objectif du soin est d'offrir à l'enfant et l'adolescent un espace de séparation et de restauration de la pensée [6].

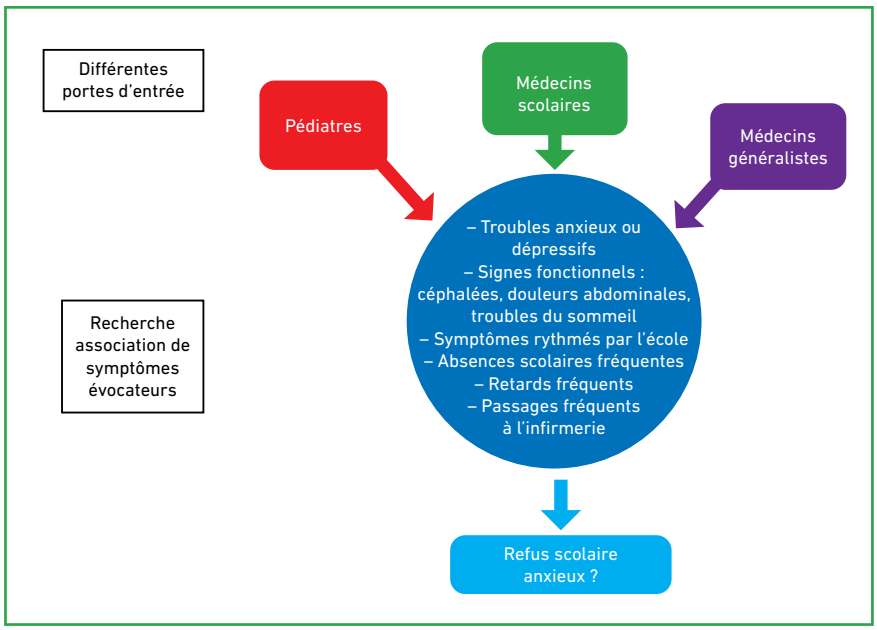

Fig. 3 : Les signes évocateurs du refus scolaire anxieux dans le cadre d'un repérage précoce.

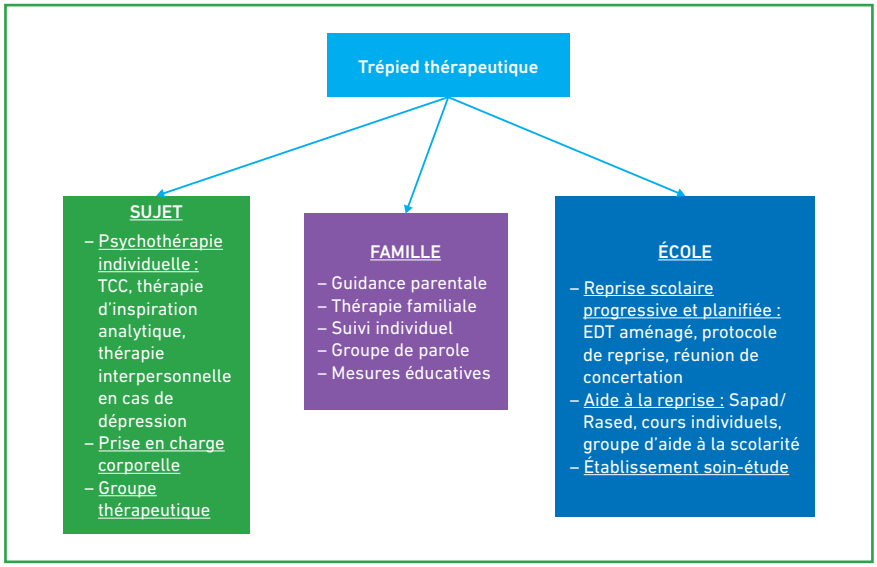

Fig. 4 : Trépied thérapeutique.

>>> Pour l'enfant ou l'adolescent, il pourra être proposé des prises en charge individuelles (thérapie cognitivo-comportementale (TCC), thérapie d'inspiration analytique, thérapie interpersonnelle, soins corporels) ou groupales (groupes d'affirmation de soi et d'habilités sociales, ateliers d'expression ou corporels, groupe à médiation).

Concernant les thérapies congnitivo-comportementales, certains auteurs recommandent une adaptation des programmes, avec notamment une prise en charge ciblée sur la reprise scolaire et qui implique les parents [2]. Les approches d'inspiration psychanalytique s'intéressent aux processus psychodynamiques mis en jeu dans ce type

Le dossier – École

de symptômes tels que : les processus d'autonomisation et d'individualisation, le narcissisme et l'estime de soi, et les pulsions agressives [2].

Il est important de souligner que la période de rescolarisation est une période à risque de recrudescence de l'angoisse et donc à risque d'abandon thérapeutique [10]. Il faut aussi prendre en compte les troubles externalisés potentiellement présents dans ces situations. Ils peuvent en partie expliquer l'échec de la psychothérapie [10].

Les soins corporels, notamment à type de relaxation, vont permettre de diminuer l'intensité de l'anxiété et de donner des outils de gestion du stress aux patients. Certains auteurs recommandent de plutôt les proposer aux grands adolescents qui ont terminé leur puberté [3].

Les prises en charges groupales ont comme intérêt de permettre une identification à un groupe de pairs, même si celle-ci se fait initialement à un groupe d'enfants ou d'adolescents malades [3]. Les groupes à médiation peuvent être proposés lorsque l'inhibition de la pensée est trop forte [3]. Le jeu est un excellent support de médiation en proposant un espace winnicottien (aire transitionnelle).

>>> **Pour les parents**, il est important pour eux qu'un professionnel nomme le trouble [8], afin de les aider dans la compréhension de celui-ci et qu'un tiers reconnaisse la réalité de la souffrance familiale. L'implication de la famille est indispensable. Et pour certains auteurs [3], la prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent ne pourra se faire qu'en parallèle d'un accompagnement familial. Il peut être proposé aux parents des consultations familiales, de la guidance familiale, des thérapies familiales, un groupe de parole et ou une intervention médico-sociale.

Le travail de psychoéducation participe à un apaisement des conflits en nommant le trouble, en expliquant les manifestations cliniques et en leur transmettant des outils pour gérer les crises d'angoisses et d'opposition de leur enfant. L'accompagnement proposé aux parents a plusieurs objectifs.

Premièrement, les soutenir dans la mise en place d'une éducation ferme et bienveillante et les aider à tenir leurs positions vis-à-vis de la nécessité d'un retour à l'école [4]. La réponse des parents au comportement de leur enfant a un rôle majeur dans le maintien ou non du trouble. Pour certains auteurs, le retour à l'école n'est possible que lorsque l'enfant réalise que ses parents sont déterminés et qu'il n'y a pas de négociations possibles vis-à-vis de la fréquentation scolaire.

Deuxièmement, il faut accompagner les parents dans l'acceptation du processus d'autonomisation de leur enfant [3]. Comme nous l'avons vu, les liens d'interdépendance sont fréquents. Se séparer peut être tout aussi dur pour l'enfant que pour ses parents.

Troisièmement, il est nécessaire de travailler sur les dysfonctionnements familiaux en redonnant à chacun son rôle (et notamment en impliquant les pères dans la prise en charge de leur enfant), en favorisant l'expression verbale des émotions et en travaillant sur la résolution de problème.

Comme le souligne N. Catheline et J.-P. Raynaud dans leur ouvrage [3] : "*Il faut faire comprendre à la famille que rien ne sera plus comme avant (…) car la phobie a mis en évidence un fonctionnement qui a abouti à une impasse et qu'il convient de changer.*"

>>> **Sur le plan scolaire**, il est souhaitable que la période de déscolarisation ne soit pas trop longue et ne dure pas plus de 2 mois [3]. Il est nécessaire de mettre en place un **emploi du temps aménagé** pour une reprise scolaire progressive. C'est un contrat établi avec l'enfant, sa famille, l'établissement scolaire et le soin. Cela peut être proposé sous la forme d'un PAI (projet d'accueil individualisé). Celui de l'académie de Grenoble est tout à fait intéressant [11].

L'idée est une progression en marche d'escalier, qui peut commencer par exemple par la reprise de contact avec l'établissement scolaire par l'intermédiaire d'un référent de l'équipe pédagogique. Ce temps d'accueil peut être en dehors de la classe et permet de récupérer les cours. Il peut aussi être proposé une reprise de contact par un temps de repas à la cantine. Puis le temps de présence au sein de l'établissement sera augmenté progressivement : temps de scolarité au CDI (centre de documentation et d'informations), cours en individuel ou en petit groupe (via le Service d'assistance pédagogique à domicile (Sapad) "sur site", le Réseau d'aides spécialisées aux enfants en difficulté (Rased) en primaire ou via les cours de soutien dispensés par l'établissement). Le temps restant normalement consacré à la scolarité est dévolu aux devoirs récupérés. Dans tous les cas, la reprise ne doit pas excéder 6 h de cours la première semaine [3].

Certains auteurs [3] préconisent plutôt de reprendre matière par matière sur des demi-journées. Les différentes étapes doivent être annoncées à l'avance car cela rassure le jeune [4]. L'intérêt du (ou des) référent(s) (deux référents maximum) est qu'il est garant du bon respect du contrat établi, mais aussi qu'il propose un suivi régulier de l'enfant et sert d'intermédiaire avec le soin.

D'autres aménagements peuvent être proposés en fonction du profil. Le dépose-minute : les parents ne rentrent pas dans l'établissement, l'enfant est accueilli par un membre de l'équipe pédagogique qui l'accompagne ensuite en classe. Dans l'anxiété de performance, il peut être préconisé une suspension des notes. L'enfant ou l'adolescent est confronté à la situation d'évaluation mais la copie est simplement annotée et la note non communiquée à l'élève.

Dans les situations notamment d'anxiété sociale, il peut être interdit, dans un premier temps, les interrogations orales. Il peut être défini à l'avance un "lieu ressource" où l'enfant ou l'adolescent pourra aller en cas de crises d'angoisse (infirmerie, bureau du CPE…). Dans les situations d'anxiété de séparation, l'accompagnement peut être réalisé par un tiers soit à partir du lieu de soin soit à partir du domicile [3]. Cependant, cela nécessite des moyens spécifiques lorsque l'accompagnement se fait par un soignant.

D'autres aménagements, souvent mis en place, sont à déconseiller. Très souvent, les parents décident de changer leur enfant d'établissement. Cela n'a d'intérêt que s'il permet une prise en charge plus adaptée au profil et à la clinique de l'enfant (établissement plus petit, adapté au profil scolaire notamment quand troubles des apprentissages ou haut potentiel intellectuel, scolarité avec internat). Il faut conseiller que la reprise scolaire se fasse dans le dernier établissement fréquenté.

La rédaction d'un certificat médical de non-reprise scolaire et l'inscription au CNED sont à proscrire. Le CNED est déconseillé car cela entretient l'isolement et ses conséquences sur la pathologie psychiatrique et le développement de compétences sociales. Le CNED ne peut s'envisager que dans les formes sévères. Cet accompagnement devra alors être limité dans le temps et prescrit sous condition de la poursuite des soins et de la mise en place d'une activité à caractère social (groupe thérapeutique, activité de loisir, groupe d'aide à la scolarité). Le CNED peut être partiel ou dit "partagé".

Il est important de rappeler que les prises en charge sont longues et durent environ une année scolaire [2]. Mais avec une prise en charge structurée, le taux de reprise scolaire est important [2]. Cependant, les rechutes sont fréquentes, faisant souvent suite à des vacances scolaires (notamment les vacances de la Toussaint). Si la reprise scolaire peut être considérée comme une rémission du symptôme, elle n'est pas synonyme de guérison. Certains auteurs préconisent de poursuivre le soin psychothérapeutique au-delà du retour à l'école [3] et/ou de proposer au moins "des consultations sentinelles" au retour des vacances scolaires [2].

3. La place des traitements médicamenteux

Il n'y a pas de traitement ni même de recommandation spécifique. Les traitements médicamenteux ne doivent pas être prescrits en première intention et doivent relever d'une évaluation pédopsychiatrique. Si un traitement médicamenteux est nécessaire, ceux à prescrire en première intention sont les inhibiteurs de la recapture de sérotonine (ISRS). La fluoxétine a l'autorisation de mise sur le marché (AMM) chez les enfants pour les épisodes dépressifs caractérisés, et la sertraline a l'AMM chez les enfants pour les troubles obsessionnels compulsifs. L'antidépresseur peut effectivement avoir un effet levier thérapeutique et aider à la reprise scolaire [3].

Les bétabloquants pourraient avoir un intérêt dans l'anxiété de performance ou chez les enfants présentant une anxiété de séparation avec des signes fonctionnels au premier plan [12].

4. La place de l'hospitalisation

L'hospitalisation ne doit pas se faire en première intention (***fig. 5***) en dehors des situations d'urgence (notamment en présence d'idées suicidaires). Les indications de l'hospitalisation sont [2, 3, 13] :
– l'échec des soins ambulatoires, soit lorsque la rescolarisation n'a pas pu se faire après 6 mois de prise en charge ;
– un contexte familial trop difficile, notamment lorsqu'il ne permet pas de mettre en place un soin adapté ou lorsqu'il faut soustraire l'enfant ou l'adolescent des dysfonctionnements familiaux majeurs (injonctions paradoxales, recours à la force physique pour conduire l'enfant à l'école, fonctionnement parental renforçant l'anxiété de l'enfant) ;
– en présence de symptômes trop intenses (isolement social majeur, dépression, idées suicidaires).

Elle doit s'adapter aux capacités de séparation du jeune, soit une hospitalisation à temps complet ou en journée. Il est préférable que l'hospitalisation soit programmée. Par exemple cinq jours sur sept pendant une courte durée mais en répétant si besoin les séjours hospitaliers. L'enfant ou l'adolescent peut ainsi faire l'expérience que séparation ne veut pas forcément dire rupture [3].

L'hospitalisation par son cadre contenant et bienveillant permet notamment de :
– travailler la question de la séparation ;
– proposer des temps de scolarité en petit groupe sans pression scolaire ;
– "tiercériser" la relation mère-enfant et permettre de créer un espace de copensée ;
– expérimenter d'autres modes de relations ;
– relancer l'appareil psychique et la capacité d'élaboration [2, 3].

Les unités soins-études (proposées notamment par la Fondation santé des étudiants de France) ont l'intérêt de proposer à la fois un soin psychique institutionnel de longue durée et un dispositif de reprise scolaire.

Des structures de soin peuvent proposer d'autres alternatives à l'hospitalisation complète : des interventions à domicile [3, 14], des prise en charge en hôpital de jour [4].

Conclusion

Dans les situations de refus scolaire anxieux comme dans l'anorexie mentale, nous sommes face à des tableaux complexes. Il y a une intrication de

Le dossier – École

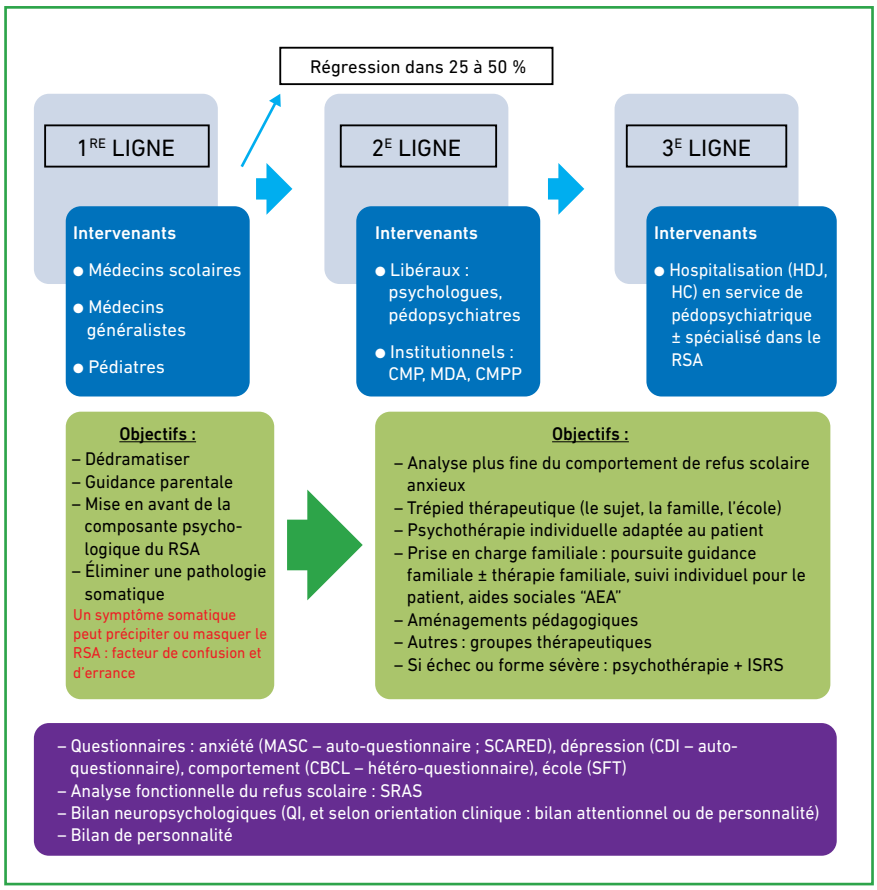

Fig. 5 : Modélisation des parcours de soin dans le refus scolaire anxieux (CMP : centre médico-psychologique ; MDA : maison des adolescents ; CMPP : centre médico-psycho-pédagogique ; RSA : refus scolaire anxieux ; ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ; MASC : *the Multidimentionel Anxiety Scale for Children* ; SCARED : *the Screen for Child Anxiety Related Disorder* ; CDI : *the Children's Depression Inventory* ; CBCL : *the Child Behavior Checklist* ; SFT : *the School Fear Thermometer* ; SRAS : *the School Refusal Assessment Scale* ; QI : quotient intellectuel.

facteurs individuels, familiaux et sociétaux et une intrication entre le somatique et le psychique. Les profils psychopathologiques sous-jacents sont multiples et le retentissement à moyen et long terme est sévère.

Or, l'anorexie mentale est reconnue comme une entité clinique à part entière et fait l'objet de recommandations de bonne pratique. Dans le refus scolaire anxieux, les modalités de prises en charge et le parcours de soin de ces patients peuvent encore être améliorés. Car si aucun facteur pronostic hormis l'âge n'a encore été clairement établi, le fait que la durée de déscolarisation, le délai avant la mise en place d'une prise en charge adaptée et la bonne coordination entre la famille, l'école et le soin sont des variables que nous pouvons modifier grâce à la formation des différents professionnels intervenant auprès d'enfants et d'adolescents.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gallé-Tessonneau M, Doron J, Grondin O. Des critères de repérage aux stratégies de prise en charge du refus scolaire : une revue de littérature internationale systématique. *Pratiques Psychologiques*, 2017;23:1-19.
2. Hirsch E. Refus scolaire anxieux : étude de cohorte rétrospective de 59 patients soignés en milieux hospitalier. *Comment optimiser leur trajectoire de soin ? [Thèse de médecine]*. Université Claude Bernard Lyon 1, 2017.
3. Catheline N, Raynaud JP. Les phobies scolaires aujourd'hui. Un défi clinique et thérapeutique. *Lavoisier Médecine sciences*, 2017.
4. Valentin S. La phobie scolaire : comprendre pour agir. 2e édition. *Enrick B.* Editions, 2017.
5. Egger HL, Costello EJ, Angold A. School refusal and psychiatric disorders: a community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003;42:797-807.
6. Blandin M, Harf A, Moro MR. Le refus scolaire anxieux au risque de l'adolescence : une étude qualitative du vécu adolescent et parental. *Neuropsychiatr Enfance Adolescence*, 2018;66:194-202.
7. Anglada E, Kinoo P. Phobie scolaire et travail transgénérationnel. *Neuropsychiatr Enfance Adolescence*, 2015;63:457-462.
8. Bussard D, Harf A, Sibeoni J *et al.* [The parents' experience of school refusal in adolescence]. *Soins Pédiatr Pueric*, 2015;31-36.
9. Guigné P, De Ketelaere S, Fenon C. École, quand la phobie prend le dessus. Association Phobie scolaire, Paris: Josette Lyon, 2016.
10. Chu BC, Skriner LC, Zandberg LJ. Shape of change in cognitive behavioral therapy for youth anxiety: symptom trajectory and predictors of change. *J Consult Clin Psychol*, 2013;81:573-587.
11. www.ac-grenoble.fr/ia74/spip/IMG/pdf_PAI_PHOBIE_version_19-01-2016.pdf
12. Fourneret P, Desombre H, DeVillard R *et al.* Intérêt du propranolol dans la prise en charge du refus anxieux de l'école : à propos de trois observations. *Encephale*, 2001;27:578-584.
13. Desombre H, Fourneret P, Revol O *et al.* Le refus anxieux de l'école. *Arch Pediatr*, 1999;6:97-101.
14. Denis H. Le refus scolaire anxieux. *Enfances et Psy*, 2005;28:98-106.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.