



Faculté de médecine

Année 2019

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

Mailys LATRY

Née le 03/02/1989 à BIARRITZ (64)

Mise en place d'un dispositif Soins et Études pour adolescents

Étude clinique de 12 cas de refus scolaire anxieux

Présentée et soutenue publiquement le **5 avril 2019** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT Physiologie, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie, Addictologie, Faculté de Médecine-Tours

Professeur Olivier BONNOT, Pédiopsychiatrie, Faculté de Médecine-Nantes

Docteur Ugo FERRER CATALA, Pédiopsychiatrie, PH, CHU-Tours

Directeurs de thèse :

Docteur Pascal LENOIR Pédiopsychiatrie, PH, Centre Oreste-Chinon

Docteur Xavier ANGIBAUT, Pédiopsychiatrie, PH, Centre Oreste-Chinon

Année 2019

Académie d'Orléans-Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

Mailys LATRY

Née le 03/02/1989 à BIARRITZ (64)

Mise en place d'un dispositif Soins et Études pour adolescents

Étude clinique de 12 cas de refus scolaire anxieux

Présentée et soutenue publiquement le **5 avril 2019** devant un jury composé de :

Président du Jury : Madame la Professeure Frédérique BONNET-BRILHAULT

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Nicolas BALLON,
Monsieur le Professeur Olivier BONNOT,
Monsieur le Docteur Ugo FERRER CATALA

Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur Pascal LENOIR
Monsieur le Docteur Xavier ANGIBAUT

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie
Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales
Pr Hubert LARDY, Moyens – relations avec l'Université
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine générale
Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue
Pr Patrick VOUREC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Christian BONNARD
Pr Philippe BOUGNOUX
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr Alain GOUDEAU
Pr Noël HUTEN
Pr Olivier LE FLOCH
Pr Yvon LEBRANCHU
Pr Elisabeth LECA
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Alain ROBIER
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion

HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehd.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien	Soins palliatifs
POTIER Alain.....	Médecine Générale
ROBERT Jean.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David.....	Physiologie
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe	Biostat., informatique médical et technologies de communication
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Néphrologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BOREL Stéphanie	Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse.....	Médecine Générale
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

REMERCIEMENTS

A l'ensemble de mon jury de thèse et à mes Maîtres :

A Madame la Professeure Frédérique BONNET BRILHAULT,

Professeur des universités en physiologie à la Faculté de Médecine de Tours,
Chef de service du Centre Universitaire de Pédopsychiatrie et du Centre de Ressource Autisme
du CHRU de Tours.

*Vous me faites l'honneur d'avoir accepté la présidence du jury de cette thèse.
Je vous remercie pour l'enseignement que vous avez su me transmettre depuis le
début de mon internat, ce qui m'a conforté dans le choix de ma spécialité.
Je vous remercie également de l'intérêt que vous avez porté tant à ma formation
pratique que théorique au cours de mon internat ainsi que durant mon année de
recherche.*

*Veuillez trouver, ici, Madame la Professeure le témoignage de mon profond
respect et de ma gratitude.*

A Monsieur le Professeur Nicolas BALLON,

Professeur des Universités en Psychiatrie-Addictologie à la Faculté de Médecine de Tours,
Chef de service au pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie du CHRU de Tours.

*Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury.
Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement dont j'ai pu bénéficier
au cours de mon internat.
Je vous remercie pour votre bienveillance et pour l'intérêt que vous avez porté à
mon avenir professionnel.*

*Veuillez trouver, ici, Monsieur le Professeur le témoignage de mon profond
respect et de ma gratitude.*

A Monsieur le Professeur Olivier BONNOT,

Professeur des universités en pédopsychiatrie de la Faculté de Médecine de Nantes.

Responsable de l'Unité Universitaire de Psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent du CHU de Nantes.

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury et de juger mon travail.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ma thèse.

Veuillez accepter mes sentiments respectueux et mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Pascal LENOIR,

Praticien hospitalier, pédopsychiatre des hôpitaux au Centre Oreste.

Responsable du service de psychologie clinique de l'adolescence du Centre Hospitalier du Chinonais

Vous m'avez accordé votre confiance en me proposant ce sujet et en acceptant de diriger ce travail de thèse. Vous m'avez fait partager vos connaissances et votre sens clinique. Je vous remercie pour votre bienveillance précieuse, votre accompagnement, votre disponibilité tout au long de ce travail.

Je vous remercie également de l'attention que vous m'avez portée et de vos éclairages cliniques lors de mon stage d'interne dans votre service.

Que cette thèse soit le témoignage de ma reconnaissance, du sincère plaisir d'avoir travaillé avec vous et de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Xavier ANGIBAULT,

Praticien hospitalier, pédopsychiatre des hôpitaux au Centre Oreste, service de psychologie clinique de l'adolescence du Centre Hospitalier du Chinonais.

Je te remercie de la confiance que tu m'as accordée en me proposant de diriger ce travail de thèse et de m'accompagner tout au long de cette année.

Je te remercie de ta grande disponibilité, de tes conseils, toujours précieux et de ton écoute.

Je te remercie également de ton accompagnement clinique lors de mon stage d'interne au Centre Oreste.

Je souhaite te témoigner ma reconnaissance et toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Ugo FERRER-CATALA,

Praticien hospitalier, pédopsychiatre au CHRU de Tours, CMP de pédopsychiatrie au Centre Hospitalier de Clocheville.

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Merci pour ta gentillesse, ta bonne humeur et pour le partage de tes connaissances cliniques lors de mon stage d'interne en pédopsychiatrie de liaison.

Je souhaite remercier chaleureusement et sincèrement les personnes qui ont contribué à ce travail :

Madame Sylvie ROUX, *Je vous remercie pour votre gentillesse, votre disponibilité et votre aide à la réalisation de cette thèse.*

A toute **l'équipe du Centre Oreste**, *je vous remercie pour votre bonne humeur, votre participation et votre contribution à ce travail.*

A toutes les équipes que j'ai côtoyé durant mon internat et qui ont contribué à ma formation. Je les remercie pour leur accompagnement, leur accueil et leur sympathie.

A toute l'équipe de la CPU Ado, **Dr Marc FILLATRE, Dr Thomas RUFIN, Dr Camille RICHARD** et à toute **l'équipe soignante** sans laquelle le service ne serait pas ce qu'il est.

A tous les médecins de la Psychiatrie D (**Dr Jérôme GRAUX, Dr Sandrine COGNET, Dr Pierre-Guillaume BARBE, Dr Antoine BRAY**) et à toute l'équipe soignante de l'unité Baudelaire.

A tous les médecins du CMP de Clocheville (**Dr Chrystèle BODIER, Dr Ugo FERRER CATALA, Dr Anne PERROT**) et à l'équipe.

A tous les médecins de la Clinique de La Chesnaie (**Dr Jean-Louis Place, Dr Margot KRESSMANN, Dr Véronique BECK, Dr Magalie VERDONK, Dr Anne-Marie HAAS et Dr Georges BELIGNE**) ainsi qu'à toute l'équipe de la clinique pour leur accueil et leur sympathie.

A tous les médecins de l'équipe de l'ELSA (**Pr Nicolas BALLON, Dr Damien MAUGER, Dr Hussein EL HAYOUBI**), et à toute l'équipe.

A toute l'équipe du **service de Pédiatrie** du Centre Hospitalier de Blois qui m'ont accompagné dans mon stage hors-filière.

Je remercie enfin l'équipe des **urgences psychiatriques de Tours**.

Je tiens également à remercier ma famille :

A ma mère, *je te remercie pour ton indéfectible soutien, ton encouragement et ta présence au cours de ce long parcours. Je te remercie pour ton amour sans lequel je ne serais pas allée si loin. Je sais que le chemin a été long et parfois difficile mais tu y as cru et c'est grâce à toi que j'en suis là aujourd'hui.*

A mon père, *je te remercie pour tes encouragements et ton soutien.*

A ma sœur, *que j'aime et qui m'a soutenu dans les moments difficiles. Heureusement que tu as été là.*

A ma grand-mère, *qu'aurais-je fais sans toi toutes ces années. Je te remercie pour ton soutien et ta présence presque quotidienne depuis tant d'années. Merci de tout ce que tu a pu m'apprendre et m'apporter. Ton amour m'accompagnera toujours..*

A mon oncle et ma tante, *je vous remercie d'avoir été là dans les moments difficiles.*

A Corinne, Thierry, Lucile, Éloïse, Fabien, Valérie, Pacôme et Mariette *qui sont à chacun des moments passés ensemble, un rayon de soleil.*

A mes amis :

A Aesa, toi qui a toujours été là quoiqu'il arrive, qui me soutient depuis de longues années. Toujours pourvoyeuse de bons conseils mais qu'à tort, je n'écoute jamais. Avoir une amie comme toi est quelque chose de rare et précieux. Merci d'être là.

A Jacques-Alexis, je te remercie pour ta présence et ton amitié depuis le début de notre internat. Merci pour ton soutien.

A Marion, nous nous sommes soutenues dans un moment difficile. Merci pour les bons moments passés ensemble.

A Hélène, merci pour ton amitié qui a été précieuse pendant ces années d'internat.

Enfin, je dédie cette thèse à **mon grand-père**, qui nous a quitté mais qui, j'en suis sûre, aurait été tellement fier. Merci pour ce que tu as été pour moi, je n'ai pas de mot pour dire à quel point tu me manques.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

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

Résumé

Le refus scolaire anxieux est un sujet de plus en plus étudié. Cependant, il n'existe pas de données dans la littérature concernant l'évaluation d'un dispositif Soins et Études ambulatoire, spécialisé dans la prise en charge de ce trouble. De plus, il n'a jamais été réalisé de questionnaire permettant l'évaluation objective et reproductible du vécu parental.

Pour cette raison, nous avons mené une étude prospective entre janvier et octobre 2018 sur une cohorte de 12 adolescents âgés de 14 à 17 ans, déscolarisés et pris en charge dans un CMP spécialisé pour adolescents. Nous avons analysé l'évolution clinique de ces adolescents en utilisant 5 auto-questionnaires évaluant la dépression (CDI), l'anxiété sociale (LSA-S), l'anxiété de séparation (ADS), la qualité de vie (VSP-A) et l'estime de soi (EMESA) sur 2 passations réalisées à 9 mois d'intervalle. Un questionnaire de vécu parental a également été créé et proposé aux parents des adolescents suivis.

Nous avons observé une régression du syndrome dépressif, de la phobie sociale ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie est de l'estime de soi. En revanche, il n'y a pas eu d'évolution en ce qui concerne l'anxiété de séparation. Après la prise en charge, 7 adolescents ont repris une scolarité ou entrepris une formation, 1 est en voie de rescolarisation, 3 sont toujours déscolarisés et 1 adolescente a été perdue de vue. L'analyse du questionnaire de vécu parental a mis en avant l'importance du rôle de la prise en charge dans la reconnaissance du trouble en tant que maladie, de la place du harcèlement et de l'institution scolaire dans la genèse du refus scolaire anxieux.

Cette étude souligne l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire impliquant l'adolescent, le milieu scolaire et les parents, dans la perspective d'un retour scolaire prolongé.

Mots Clés : Refus Scolaire Anxieux, Adolescents, Soins et Études, Dépression, Anxiété.

Abstract

A new outpatient facility for school refusal in adolescence *A prospective study of 12 adolescents*

The School Refusal disorder is more and more studied today. However, there is no existing data, in literature, to evaluate the new ambulatory care called “Soins et Études”. In addition, no questionnaire about parental opinion had ever been created.

This is why, we conducted a prospective study between January 2018 and November 2018 with 12 adolescents aged 14 to 17, out of school, cared in adolescent mental facility. We analyzed the clinical evolution of these adolescents using 5 auto-questionnaires about depression (CDI), social anxiety (LSA-S), separation anxiety (ADS), quality of life (VSP-A) and self-esteem (EMESA) on 2 tests period realized 9 months apart.

A questionnaire about parental opinion was also created and offered to the parents of these adolescents.

We observed a regression of depressive syndrome and social anxiety as well as an improvement in the quality of life and self-esteem. Nevertheless, there is no evolution regarding separation anxiety. After cares, 7 adolescents went back to school or took training, 1 is trying to return to school, 3 are still out of school and 1 adolescent is lost from sight. The parental opinion questionnaire analysis showed the importance of care in recognizing school refusal as a disorder, the role of school bullying and the school institution in the trouble genesis.

This study underlines the importance of multidisciplinary care involving the adolescent school environment and parents, in view of an extended return to school.

Key words : School Refusal, Adolescents, Anxiety, Depression

Table des matières

Résumé.....	14
Abstract.....	15
I. Introduction.....	19
II. Revue de la littérature	20
1. Aspects historiques	20
2. Définitions.....	21
3. Épidémiologie du refus scolaire anxieux	23
4. Psychopathologie du refus scolaire anxieux	23
5. Repérage du refus scolaire anxieux	25
5.1. Clinique du refus scolaire anxieux.....	25
5.2. Évaluation du Refus Scolaire Anxieux :	33
5.3. Outils psychométriques.....	34
6. Vécu parental du refus scolaire anxieux	34
6.1. Reconnaissance du trouble.....	34
6.2. Objectifs de la prise en charge.....	35
6.3. Sentiment d'efficacité parentale	35
7. Vécu de l'enfant ou l'adolescent	36
8. Facteurs prédicteurs du refus scolaire anxieux.....	37
9. Approches thérapeutiques	38
9.1. Les acteurs au centre de la prise en charge.....	38
9.2. Suivi ambulatoire et hospitalier	38
9.3. Modalités du traitement	39
III. Étude clinique	42
1. Problématique.....	42
2. Objectif et hypothèses	43
2.1. Objectif.....	43
2.2. Hypothèses	43
3. Matériels et méthodes	44
3.1. Lieu d'étude.....	44
3.2. Déroulement de l'étude	45
3.3. Le dispositif Soins et Études :.....	51
3.4. Évaluation et analyse des résultats pour l'évolution de la scolarisation	55
4. Résultats.....	56
4.1. Population de l'étude	56
4.2. Données recueillies.....	57
4.3. Auto-questionnaires.....	62
4.4. Analyse descriptive du questionnaire de vécu parental.....	66
5. Cas cliniques	69
6. Discussion.....	115
6.1. Données sociodémographiques.....	115
6.2. Profils cliniques.....	116
6.3. Caractéristiques familiales.....	118
6.4. Prise en charge et soins.....	120

6.5.	Reprise de scolarité et résultats des échelles	122
6.6.	Facteurs « prédictifs » d'une bonne évolution	124
6.7.	Questionnaire de vécu parental.....	125
6.8.	Limites de l'étude.....	127
IV.	<i>Perspectives</i>	128
1.	Repérage précoce :	128
2.	Prévention.....	128
3.	Intégration des parents à la prise en charge	129
4.	L'après Soins et Études	130
V.	<i>Conclusion</i>.....	130
Annexes	132	
Annexe 1 :	Questionnaire de vécu parental	132
Annexe 2 :	Échelle d'Anxiété de Séparation (ADS).....	135
Annexe 3:	Liebowitz Social Anxiety Scale (LSA-S).....	136
Annexe 4 :	Vécu et Santé Perçue de l'Adolescent (VSP-A)	137
Annexe 5 :	Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI).....	139
Annexe 6 :	Échelle de Mesure de l'Estime de Soi (EMESA).....	141
Bibliographie	142	
Index	147	

Table des illustrations :

Figure 1 : Profils psychopathologiques des adolescents en refus scolaire anxieux d'après Romani et al. (2017).	31
Figure 2 : Schéma de l'étude.....	48
Figure 3 : Organisation en 3 modules de soins	52
Figure 4 : Les différents modules de soutien pédagogique dans le dispositif Soins et Études.	55
Figure 5 : Diagramme des flux - Population de l'étude	56
Figure 6 : Répartition du nombre de patients par tranche d'âge.....	58
Figure 7 : Répartition des patients selon l'âge de début des troubles.....	59
Figure 8 : Niveau scolaire au début des troubles	59
Figure 9 : Situation du couple parental	61
Figure 10 : Répartition selon le rang de naissance dans la fratrie	61
Figure 11 : Reprise de scolarité.....	62
Figure 12 : Évolution, entre les 2 passations, des scores aux auto-questionnaires.....	64
Figure 13 : Variation de l'estime de soi dans les relations paritaires entre les deux passations (* : $p < 0,05$).....	64
Figure 14 : Variation de l'estime de soi dans les compétences professionnelles entre les deux passations (* : $p < 0,05$).....	65
Figure 15 : Variations de la qualité de vie "énergie et vitalité" avant et après la prise en charge (* : $p < 0,05$)	65
Figure 16 : Répartition des réponses à l'affirmation "je souhaite que mon enfant retourne à l'école le plus rapidement possible" avant et après la prise en charge.	66
Figure 17 : Répartition des réponses à l'affirmation " les difficultés de mon enfant altèrent les relations avec mon conjoint" avant et après la prise en charge.	67
Figure 18 : Répartition des réponses à l'affirmation « Je pense que le trouble de mon enfant est lié à un traumatisme qu'il a vécu avec des camarades d'école » avant et après la prise en charge.....	67
Figure 19 : Répartition des réponses à l'affirmation « le manque de compétence de l'institution scolaire est en grande partie responsable des difficultés de mon enfant » avant et après la prise en charge.....	68
Figure 20 : Répartition des réponses à l'affirmation « l'anxiété et la baisse de moral sont probablement à l'origine du trouble de mon enfant » avant et après la prise en charge.....	68
Figure 21 : Répartition des réponses à l'affirmation « je suis le/la plus à même de trouver la réponse aux difficultés de mon enfant » avant et après la prise en charge.....	69

I. Introduction

Le Refus Scolaire Anxieux (RSA) est un trouble de plus en plus fréquent en pédopsychiatrie, ce qui en fait, plus que jamais, une problématique d'actualité. Dans les deux dernières années, les études se sont multipliées sur le sujet.

La scolarité est essentielle dans notre société, c'est elle qui permet à l'enfant, puis à l'adolescent d'évoluer vers le monde des adultes et le début de l'autonomie. Mais la pression scolaire est intense, qu'il s'agisse de l'allongement obligatoire de la scolarité, de la pression de la réussite scolaire ou de la nécessité d'avoir un diplôme en vue d'obtenir un emploi. Le poids de tous ces enjeux pèse parfois trop lourd sur le dos des adolescents. Celui-ci se sent mal et développe une symptomatologie anxieuse et souvent dépressive associée à de nombreuses manifestations somatiques. Il ne peut pas retourner en cours et ce, même s'il le souhaite et le promet à sa famille.

L'étiologie du refus scolaire anxieux est plurifactorielle. Le rôle de l'école est souvent mis en avant mais il est important de considérer la place de la famille et de l'adolescent dans la dynamique familiale.

Il s'agit d'une urgence thérapeutique et cependant, il reste difficile de trouver une prise en charge optimale pour ces adolescents. En effet, quel dispositif permettrait la meilleure prise en charge ? Malgré les études menées sur le suivi ambulatoire et hospitalier, le taux d'amélioration reste modéré et les rechutes fréquentes.

Afin de tenter de répondre à cette question et à travers l'évaluation d'une autre forme de prise en charge, nous nous proposons de suivre l'évolution d'adolescents au sein d'un dispositif de Soins et Études ambulatoire.

En premier lieu, nous exposerons un travail de revue de la littérature avec pour objectif d'expliquer et de comprendre ce qu'est le refus scolaire anxieux, sa clinique, ses étiologies, ses conséquences et son pronostic. De plus nous présenterons un volet sur le vécu parental en lien avec le trouble.

Dans un second temps, nous exposerons notre étude de cohorte prospective à partir d'adolescents souffrant de refus scolaire anxieux et pris en charge au Centre Oreste à Tours. Puis, nous présenterons la création d'un questionnaire de vécu parental et analyserons les réponses rapportées par les parents de ces adolescents.

Les objectifs de cette étude sont d'évaluer la pertinence d'un programme de Soins et Études ambulatoire réservé au refus scolaire anxieux encore jamais mis en place par le passé.

II. Revue de la littérature

1. Aspects historiques

L'école est un lieu d'apprentissage et d'acquisition des connaissances mais aussi, un lieu de socialisation permettant à l'élève d'interagir avec ses pairs. Ainsi, l'enfant apprend l'autonomie lui permettant d'évoluer progressivement vers l'indépendance et l'âge adulte.

Autrefois, l'école était réservée à un nombre restreint d'enfant. C'est seulement en 1882 que Jules Ferry, alors ministre de l'éducation, rend l'école obligatoire, laïque et gratuite pour tous. C'est avec cette notion « d'obligation » qu'apparaissent les premiers absentéismes. Initialement, les élèves absents étaient considérés comme faisant « *l'école buissonnière* » (Romani et al., 2017). Ce n'est qu'en 1932 que le Dr Isra T. Broadwin, psychiatre, identifie une forme particulière d'école buissonnière marquée par un évitement scolaire persistant associé à de l'angoisse. Par la suite, de nombreux auteurs vont étudier cette présentation atypique qui va prendre au fil du temps différentes appellations, pour finalement arriver à la notion de « *phobie scolaire* » posée par Johnson, Falstein et Svendsen en 1941. Ce terme met ainsi l'accent sur la part émotionnelle qui est au centre du trouble. En 1957, Johnson revient sur la notion de phobie scolaire mettant en avant que l'existence d'une anxiété de séparation chez l'enfant serait davantage à l'origine du trouble qu'une phobie caractérisée (Magerotte & Rogé, 2004). Il remplace donc le terme « *phobie scolaire* » par celui « *d'angoisse de séparation* ». Dès lors, de nombreux auteurs feront de l'angoisse de séparation une caractéristique majeure de la *phobie scolaire*. Entre 1960 et 1990, dans les pays anglo-saxons, la notion de « *refus scolaire* » ou « *refus scolaire anxieux* » (« *emotionnally based school avoidance* » ou « *anxiety-based school refusal* ») émerge et souligne le rôle des troubles anxieux et parfois dépressifs dans ce phénomène (Gallé-Tessonneau et al., 2017).

En France, en 1980, Ajuriaguerra, reprend l'idée de Johnson et met l'angoisse de séparation au centre du trouble : ce n'est pas la crainte de l'école qui anime l'enfant mais celle de quitter ses parents. A partir de là, la « *phobie scolaire* » devient un « *concept limite* » abandonné au profit de celui, plus générique, de « *refus scolaire* ».

Ainsi, 3 notions peuvent être identifiées :

- L'absentéisme scolaire correspondant à une absence ponctuelle de l'école quelques jours dans l'année, motivée par un motif « *acceptable* » (maladie identifiée, manifestations familiales ou religieuses occasionnelles).
- L'école buissonnière où l'élève manque l'école et tente de cacher son absentéisme à ses parents. Cette forme d'absentéisme peut être associée à des éléments antisociaux.
- Le refus scolaire anxieux qui correspond à un refus irrationnel de se rendre à l'école s'associant à des réactions d'anxiété intenses pouvant aller jusqu'à l'attaque de panique lorsqu'on essaie de les y forcer (Gaspard et al., 2015).

2. Définitions

En ce qui concerne les classifications internationales, ni la CIM-10, ni le DSM-5 ne reconnaissent le refus scolaire anxieux de l'enfant et de l'adolescent. En effet, le phénomène y est décrit davantage comme un symptôme lié à une angoisse de séparation ou bien comme une phobie spécifique. Seule la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) décrit le refus scolaire anxieux sous l'appellation de « *phobie scolaire* ». La définition en est la suivante : « *manifestations d'angoisse majeure avec souvent phénomène panique liés à la fréquentation scolaire interdisant sa poursuite sous une forme habituelle* » (Blandin et al., 2018).

En 1969, Berg et al. proposaient une définition selon 5 critères :

- (1) Il existe une réticence à se rendre à l'école.
- (2) L'enfant préfère le confort et la sécurité de sa maison, il reste ainsi proche des figures parentales et ce, spécialement durant les temps scolaires.
- (3) Le jeune affiche une détresse émotionnelle lorsqu'il s'agit de se rendre à l'école, ce qui peut également se traduire par une symptomatologie physique inexpliquée.
- (4) Il n'existe pas de manifestations antisociales sévères mais peut apparaître une agressivité lorsque l'enfant se voit forcé de se rendre à l'école.
- (5) Celui-ci ne cache pas ses difficultés à ses parents (Berg, 1997; Berg et al., 1969).

Un critère supplémentaire a été rajouté par King et al. en 1995 pour les refus scolaires anxieux sévères qui sont alors caractérisés par une absence supérieure à 40% du temps scolaire sur 1 mois (King et al., 1995).

En France, la définition proposée par Ajourriaguerra en 1974, fait encore référence : « *Il s'agit d'enfants qui, pour des raisons irrationnelles, refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer* » (Ajourriaguerra, 1974).

Kearney et Silverman apportent en 1990 une vision du comportement de refus scolaire en le décrivant comme « *le refus de l'enfant de se rendre à l'école ou des difficultés pour y rester une journée entière* » (Kearney & Silverman, 1990).

L. Holzer et O. Halfon donnent en 2006 la définition suivante : « *difficulté à être présent en classe, associée à une détresse émotionnelle, notamment l'anxiété et la dépression* » (Holzer & Halfon, 2006).

Il est important de différencier le refus scolaire anxieux du « *décrochage scolaire* » qui caractérise un processus de désadhésion au système scolaire qui va conduire un jeune à se détacher du système de formation, jusqu'à le quitter avant d'avoir obtenu un diplôme. En France, 150 000 jeunes quittent le système scolaire sans diplômes dont 60 000 sans qualification. On distingue 2 catégories de décrocheurs : les élèves activement exclus du système, que ce soit par eux-mêmes ou par les enseignants (les décrocheurs vers l'extérieur *drops out*) et ceux qui, tout en étant présents et tolérés par l'institution, n'arrivent pas à suivre (les décrocheurs de l'intérieur ou *drops in*) (N. Catheline, 2009).

Les élèves décrocheurs « *drops out* » sont des jeunes présentant un comportement de rébellion (arrogance à l'égard des enseignants), de non-respect des règles de vie en collectivité (bavardages incessants, bagarres, insultes) ou non-respect des codes scolaires (retard horaire, absentéisme, oubli systématique de matériel, refus de faire les devoirs). Ils peuvent également être impulsifs générant des actes d'auto ou d'hétéro-agressivité. Ils s'excluent ou sont alors exclus du système scolaire au terme d'un parcours plus ou moins long d'aménagements du cadre scolaire ou d'aides diverses. Cette catégorie de décrocheurs regroupe un certain nombre de pathologies : troubles spécifiques des apprentissages souvent non détectés, troubles des conduites, dysharmonies ou trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Les décrocheurs « *drops in* » sont ceux qui ne peuvent pas suivre ou qui s'ennuient. Cette catégorie réunit les adolescents dont le niveau scolaire est inférieur à celui qui est attendu, les dysharmonies cognitives, ou les enfants à haut potentiel intellectuel.

3. Épidémiologie du refus scolaire anxieux

On estime la prévalence du refus scolaire anxieux, en France, entre 2 et 5% des enfants d'âge scolaire et à environ 5% des consultations en pédopsychiatrie (Blandin et al., 2018; Gallé-Tesson et al., 2017; Maynard et al., 2018; Romani et al., 2017). Cependant, ces chiffres ne sont pas basés sur des études épidémiologiques du phénomène. La principale raison réside dans l'absence de critères consensuels et d'outils de repérage validés. Néanmoins, le RSA représente un problème de santé publique impliquant de nombreux intervenants (éducateurs, pédopsychiatres, professionnels scolaires et soignants).

4. Psychopathologie du refus scolaire anxieux

Au début des années 2000, trois courants principaux s'opposent. Le premier avance que le RSA est une manifestation anxieuse. Le second considère qu'il s'agit d'une véritable phobie au sens psychodynamique du terme et le troisième fait du RSA une phobie à butée développementale, à l'image des troubles des conduites alimentaires développés à l'adolescence (N. Catheline, 2009).

Le premier courant qui considère le RSA comme une manifestation anxieuse, parle d'un continuum entre l'angoisse de séparation du petit enfant, la phobie scolaire de l'adolescent et l'attaque de panique de l'adulte. Il s'agirait du même trouble anxieux qui se manifesterait de manière différente en fonction de la maturité de l'individu et de ses ressources du moment. Chez l'enfant, les manifestations seraient plus importantes en raison de sa dépendance à ses parents, lui permettant d'espérer une suppression de la situation anxiogène ou bien l'obtention d'un objet contraphobique. Plus l'enfant va grandir et plus ces manifestations vont s'atténuer. L'enfant va finir par se résigner aux séparations inévitables. L'angoisse peut alors se déplacer sur des situations de performance ou d'interaction avec ses pairs, ouvrant ainsi la voie à la phobie scolaire. Elle peut aussi s'exprimer par la crainte de dangers pouvant menacer les parents pendant les périodes de séparation. Il ne s'agit donc pas d'une « *phobie scolaire* » à proprement parler mais d'un « *refus scolaire anxieux* » (Manicavasagar et al., 2000).

Le second courant, plus psychanalytique, décrit la phobie scolaire comme un déplacement, sur l'école, d'un conflit intrapsychique. Deux positions se différencient.

Selon la théorie de Klein, il s'agirait d'une projection haineuse, sur l'école, d'un affect initialement dirigé vers l'objet d'amour. Il y aurait une impossibilité d'élaboration de la position dépressive. L'enfant se trouve incapable de supporter l'ambivalence à l'égard de l'objet d'amour et clive ses affects. Il annule les mouvements agressifs, supposés dangereux, que chacune des absences de cet objet provoquent en vérifiant que rien ne lui arrivera. C'est ainsi qu'il cherche à rester auprès de lui. L'agressivité est alors projetée sur la situation scolaire qui impose une séparation et pourrait compromettre cette élaboration défensive. L'école, chargée de haine, devient en retour menaçante pour le sujet, et l'angoisse persécutive liée à cette projection peut s'aggraver et éventuellement masquer l'anxiété de séparation (N. Catheline, 2009).

La seconde théorie élaborée par Birraux (Birraux, 1999) fait de la phobie scolaire une phobie de la pensée. Ainsi, la phobie scolaire résulterait d'un refus, à des fins de protection, de toute situation susceptible de réactiver ces pensées. L'école constituant le lieu par excellence de la pensée devient donc le lieu à fuir. Cette pensée est celle qui oblige l'adolescent à se faire sa propre opinion sur les autres et donc sur soi à partir de la confrontation des points de vue dans la relation. Les adolescents acceptent d'apprendre mais pas de rencontrer les autres adolescents.

La troisième conception est davantage soutenue par des cliniciens de l'adolescence. La phobie scolaire est assimilée à une butée développementale. Le symptôme serait l'aboutissement d'obstacles à différents niveaux du développement de la personnalité. Ceux-ci sont révélés voire exacerbés lors de situations banales qui prennent alors une valeur traumatique (N. Catheline, 2009).

Plus récemment, certains auteurs associent la phobie à un syndrome d'inadaptation scolaire. La pression scolaire est devenue telle que la phobie révélerait davantage la fragilité de certains adolescents qui se voient incapables de répondre à la norme sociale de l'école (N. Catheline, 2009).

5. Repérage du refus scolaire anxieux

5.1. Clinique du refus scolaire anxieux

5.1.1. Sémiologie

Le RSA implique une grande variété de tableaux cliniques sous-tendus par de nombreuses explications psychopathologiques.

Différents critères sémiologiques peuvent être utilisés et aider à poser le diagnostic. Les plus fréquemment retrouvés dans les études sont ceux de Berg (1997) cités ci-dessus. Certains auteurs y ajoutent également un critère d'absentéisme (ex : 40% du temps scolaire sur 1 mois) (Gallé-Tessonneau et al., 2017).

D'autres auteurs ont établi leurs propres classifications. Notamment C. A. Kearney qui définit le RSA comme un refus d'assister au cours pendant la journée. Il base sa classification sur l'aspect fonctionnel du refus. Il regroupe donc les élèves en 4 sous-catégories : (1) ceux qui évitent des stimuli spécifiques avec hyper-anxiété vis à vis de lieux spécifiques à l'école, (2) ceux qui évitent les situations sociales pénibles où ils présentent une anxiété sociale dans les situations d'évaluation, (3) les élèves qui ont des comportements permettant d'attirer l'attention ou une anxiété de séparation avec la volonté de rester à la maison avec une figure d'attachement et (4) les jeunes qui ont des renforcements positifs tangibles caractérisés par des raisons (amis, télévision...) pour être ailleurs qu'à l'école (Gilles Brandibas et al., 2001).

Hélène Denis (2005) décrit de façon moins catégorielle la symptomatologie retrouvée dans le RSA. Le trouble débute habituellement de manière brutale pour les plus jeunes. En revanche il démarre de façon plus insidieuse chez l'adolescent. Initialement, une détresse émotionnelle intense est associée à une somatisation. Trois symptômes sont fréquemment retrouvés : ceux concernant le système nerveux autonome (céphalées, sueurs, vertiges), les troubles gastro-intestinaux (vomissements, diarrhées) et les troubles musculaires (céphalées de tension) (Bernstein et al., 2001). Des attaques de panique, de même que des états d'agitation peuvent être constatés. L'enfant met en avant certaines peurs en lien avec l'école (crainte des camarades, des professeurs, des examens...). Rapidement, des stratégies d'évitement sont mises en place afin de se protéger et de mettre à distance la situation anxiogène.

Certains événements de vie peuvent être retrouvés comme facteurs déclenchants : déménagement, changement d'établissement scolaire, décès ou maladie d'un proche, harcèlement scolaire...

De manière caractéristique, l'enfant va promettre authentiquement, notamment pendant les vacances, de retourner à l'école à la rentrée. Cependant, à l'approche du retour les symptômes recommencent sans que l'enfant ne puisse lutter (Lamotte et al., 2010). Des manifestations d'angoisse surviennent alors lors du départ de la maison et s'accroissent sur le chemin pouvant aller jusqu'à de véritables attaques de panique. Si l'adolescent se voit forcé, des manifestations comportementales parfois bruyantes apparaissent : cris, agitation, violence voire même fugue et tentatives de suicide.

De nombreux examens complémentaires sont souvent réalisés dans le but d'explorer la symptomatologie somatique. De façon récurrente, ceux-ci ne rapportent pas d'anomalies.

La conséquence principale du RSA réside dans un absentéisme scolaire prolongé pouvant s'accompagner d'autres éléments : baisse des performances scolaires, redoublement, désocialisation, marginalisation, isolement social et affectif, troubles du comportement, dépression et autres troubles mentaux (Lamotte et al., 2010; Skedgell & Kearney, 2018). Cependant, parfois le RSA reste isolé et, en dehors des situations scolaires, le jeune ne présente pas d'anxiété, d'éléments dépressifs ou de troubles du comportement (Lamotte et al., 2010)

Il n'y a pas que l'enfant qui soit concerné par des conséquences négatives. La famille est, elle aussi, fréquemment impactée par le RSA. En effet, l'équilibre familial est bouleversé : organisation pour garder l'enfant, moyens déployés pour permettre un retour à l'école... Par ailleurs, l'échec fréquent auquel les parents peuvent être confrontés peut parfois être difficilement vécu. Certaines familles peuvent, à l'inverse, cautionner l'absentéisme scolaire et participer à l'évitement (Hélène Denis, 2005). De plus, on observe souvent un rapprochement entre l'adolescent et sa mère, souvent ambivalent. Celui-ci peut changer de comportement et, alors qu'il pouvait se montrer soumis et passif, il devient exigeant, susceptible, agressif, véritable tyran domestique. La mère est souvent l'objet des mouvements de colère, de rage, parfois même de violences. Beaucoup d'adolescents présentant un RSA vont rester à la maison, seuls ou avec leurs parents. Ils occupent souvent leurs journées à dormir, regarder la télévision, jouer aux jeux-vidéo, aller sur internet et les réseaux sociaux. Ils gardent parfois un contact virtuel avec leurs amis.

Dans certains cas, le RSA peut être isolé et, en dehors des situations scolaires, le jeune ne semble pas présenter de difficultés. Il voit ses amis, va pratiquer des activités extra-scolaires... Cependant il ne s'agit pas de la majorité des cas et beaucoup d'adolescents vont présenter d'autres manifestations comme une symptomatologie anxieuse (agoraphobie, phobie sociale,

angoisse de séparation), des troubles du comportement dans le cadre familial ou des symptômes dépressifs : tristesse de l'humeur, baisse de l'estime de soi, idées suicidaires... (Nicole Catheline, 2012).

Lorsque ces patients arrivent en consultation, il est fréquemment observé une inhibition intellectuelle et affective, la curiosité intellectuelle fait défaut et la concentration semble difficile (Birraux, 1999).

5.1.2. Formes cliniques

5.1.2.1. Présentations cliniques

Différentes présentations cliniques ont pu être identifiées (Bailly, 2004; Holzer & Halfon, 2006).

Le refus scolaire anxieux avec anxiété de séparation

Dans cette présentation l'anxiété de séparation apparaît au premier plan. Il s'agit souvent d'enfants qui ont manifesté, déjà très tôt, dans la petite enfance, des difficultés de séparation avec la figure d'attachement. Les premières étapes de l'autonomisation sont vécues comme douloureuses (entrée en crèche, à la maternelle, garde par une nourrice), même si l'enfant finit par se résigner. Celui-ci est souvent de tempérament anxieux, il craint qu'il n'arrive quelque chose à ses proches et toute séparation des figures d'attachement suscite une inquiétude majeure fréquemment traduite par une somatisation (céphalées, douleurs abdominales...) et un refus de se rendre à l'école. Lorsqu'on essaie de l'y contraindre, la détresse émotionnelle est intense (pleurs, cris...). La séparation est vécue par l'enfant comme un « arrachage » s'accompagnant parfois d'angoisses de mort.

Chez l'adolescent, l'anxiété de séparation est en lien avec une dépendance aux parents qui se majore et peut s'accompagner d'une tyrannie à leur égard.

Refus scolaire anxieux et phobie sociale

Ce tableau se voit plus fréquemment chez l'adolescent. Celui-ci appréhende les situations sociales telles que l'exposition devant des camarades ou des enseignants. Ils sont, souvent, de nature timide, ont des difficultés d'intégration sociale, craignent la honte, les moqueries des

camarades et leur rejet. Il existe une fragilité sur le plan narcissique et l'adolescent peut être terrorisé à l'idée d'être interrogé devant toute la classe ou de devoir faire une présentation orale de peur de se couvrir de ridicule. Les manifestations somatiques sont présentes mais souvent de moindre intensité. Ce sont les tentatives de rationalisation du refus de se rendre à l'école qui sont au premier plan (« *cela ne sert à rien, de toute façon je vais redoubler* », « *je ne peux plus supporter d'être le bouc émissaire* », « *les enseignants me détestent et me dévalorisent* »). Toute tentative de retour à l'école génère une angoisse très vive et progressivement, même l'évocation d'un éventuel retour suscite un état anxieux majeur. Peu d'entre eux conservent une activité sociale en dehors de l'école, ils craignent de rencontrer des camarades qu'ils connaissent, ils n'osent plus interagir avec leurs pairs, persuadés qu'ils seront victime, à nouveau de moqueries et d'humiliations.

Refus scolaire et phobie simple

Certains enfants ou adolescents développent des craintes spécifiques en lien avec l'école. Il s'agit le plus souvent du trajet menant à l'école, du franchissement de la porte d'entrée, de l'évaluation des connaissances, de certaines matières d'enseignement ou de certains lieux (cours de récréation, salle de travaux pratiques). Cette forme de RSA met en avant des symptômes bien identifiés et délimités mais en réalité, il n'est pas rare que la psychopathologie du refus scolaire soit plus complexe. Il existe des difficultés d'ordre plus général, pouvant emprunter une symptomatologie aux autres catégories, et qui se focalisent, se cristallisent sur un des aspects de la fréquentation scolaire qui prend un rôle phobogène massif. Cette stratégie permet à l'enfant ou l'adolescent d'éviter de se confronter à des difficultés bien plus importantes qui touchent à l'estime de soi.

Refus scolaire anxio-dépressif

Il s'agit certainement de la forme la plus fréquente. Elle peut être mise en lien avec les contraintes actuelles de la société occidentale. En effet, la valorisation de la réussite individuelle, de même que les possibilités d'évolution sociale dépendantes de la réussite scolaire, font de l'école un lieu de pression, parfois renforcé par la famille. Ainsi, les enjeux autour des résultats scolaires et de l'intégration sociale sont considérables. Il est donc compréhensible que l'école soit au centre d'une anxiété et d'une faible estime de soi. On retrouve fréquemment un tableau d'anxiété généralisée ainsi qu'une symptomatologie

dépressive au premier plan. Un redoublement, le choix d'une filière insuffisamment reconnue chez un jeune qui a investi sa scolarité de manière importante peut être le départ d'un RSA.

5.1.2.2. Degré de gravité

On distingue la forme « *mineure* » et la forme « *à haut risque de chronicisation* » (N. Catheline, 2009).

Forme « *mineure* »

La symptomatologie est d'apparition précoce et brutale dans l'année scolaire. Elle débute parfois dès le mois de septembre mais plus fréquemment après les vacances de la Toussaint et souvent en classe de 6^{ème} ou de 5^{ème}.

L'élément déclencheur est, le plus souvent, en lien avec une situation qui figure une séparation douloureuse (déménagement, conflits avec risque de séparation parentale...). Les adolescents ne mettent pas en avant de difficultés avec leurs camarades ou avec les enseignants. Ils ne peuvent souvent dire pourquoi ils ne peuvent se rendre au collège.

En moyenne, les résultats scolaires sont corrects mais davantage dans les matières gratifiantes, c'est à dire lorsque le résultat de l'effort est immédiat (éducation physique et sportive, arts plastiques, musique...). Ces matières sollicitent davantage le « faire » que le raisonnement et la réflexion. Ces adolescents ont tendance à être inhibés en situation scolaire. Il en résulte une lenteur, des hésitations dans les réponses. Les situations scolaires peuvent déclencher des manifestations d'ordre somatique (céphalées, douleurs abdominales...). Les situations où il faut penser par soi-même sont angoissantes.

Dans leur anamnèse, on retrouve des difficultés anciennes souvent banalisées avec parfois des troubles mineurs des apprentissages. Ces adolescents peuvent également être de bons élèves mais avec des caractéristiques anxieuses très nettes : anxiété lors de contrôles, effondrement lors de mauvaises notes. Il est fréquent de retrouver des antécédents d'anxiété de séparation, souvent occultés par les parents. Celle-ci est souvent au cœur de la symptomatologie. Certains adolescents refusent même de se rendre dans les lieux de soins s'ils ne sont pas accompagnés d'un de leurs parents. Lorsqu'on les interroge ils reconnaissent qu'ils auraient moins de difficultés à se rendre au collège si l'un de leurs parents pouvait entrer dans la classe. Il peut

également y avoir des éléments de phobie sociale : peur de manger devant les autres, de prendre la parole en public, d'aller aux toilettes du collège...

Forme à « *haut risque de chronicisation* »

Dans cette forme, l'apparition est plus tardive, aussi bien dans le cursus scolaire (en classe de 4^{ème} voire en classe de 3^{ème} ou de 2^{nde}) que dans l'année à savoir après les vacances de Noël ou d'hiver (février, mars).

La scolarité élémentaire est sans particularité et parfois même excellente au prix d'un surinvestissement du travail scolaire et d'une anxiété de performance majeure.

Le début est plus progressif que dans les formes « *mineures* » avec l'existence de prodromes (céphalées, douleurs abdominales...) pouvant justifier quelques brefs épisodes d'absence. L'angoisse est moins apparente que dans la forme précédente à l'exception de la confrontation avec l'école qui, elle, déclenche de véritables attaques de panique.

Contrairement aux formes « *mineures* », le refus de la scolarité est fréquemment justifié par des éléments extérieurs : ambiance de la classe, crainte des examens ou récrimination à l'égard des enseignants. On ne retrouve pas d'éléments déclencheurs à l'inverse de la forme précédente puisque les récriminations occupent tout le devant de la scène excluant d'autres éléments à valeur traumatique tels que l'éloignement des aînés, une rupture sentimentale ou amicale...

Les formes graves sont les plus résistantes. Elles entraînent une chronicité dans les soins avec le thérapeute. Il existe un risque d'évolution vers la marginalisation, l'exclusion sociale, ou la persistance d'une phobie sociale invalidante. Ces formes révèlent souvent une structure de personnalité particulière incluant des facteurs à la fois individuels, familiaux et environnementaux.

5.1.2.3. Étiologie et comorbidités

Certains facteurs seraient à risque pour le développement d'un RSA. Notamment, le début d'une nouvelle année scolaire, un changement d'école ou un déménagement correspondraient à un pic d'incidence du trouble. De même, les facteurs académiques (résultats scolaires, choix de la filière dans laquelle s'engager...) et les facteurs familiaux (conflits, séparation parentale) joueraient un rôle dans le développement du RSA (Inglés et al., 2015).

En ce qui concerne les comorbidités, Romani et al. retrouvent dans leur étude sur les profils psychopathologiques, une prévalence importante de troubles psychiatriques dans le RSA. En effet, la totalité de leur population d'adolescents présentait un trouble mental. Ils retrouvent donc une majorité de troubles anxio-dépressifs (59%) et d'anxiété de séparation (50%). L'épisode dépressif caractérisé (32%) et le trouble anxieux généralisé (18%) tenaient une place secondaire. La phobie sociale (59%) était le diagnostic anxieux principal chez les adolescents du groupe. Le reste des troubles : phobie spécifique, trouble du spectre de l'autisme, trouble oppositionnel avec provocation, trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, trouble bipolaire et addictions tenaient une place secondaire (Romani et al., 2017) (Figure 1)

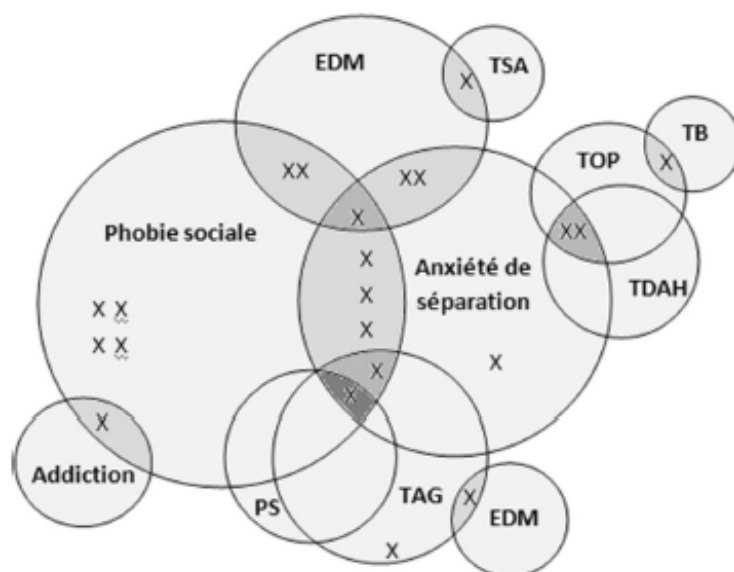


Figure 1 : Profils psychopathologiques des adolescents en refus scolaire anxieux d'après Romani et al. (2017).

X : patient ; EDM : épisode dépressif majeur ; TSA : trouble du spectre de l'autisme ; TOP : trouble oppositionnel avec provocation ; TB : trouble bipolaire ; TDAH : trouble hyperactivité avec déficit de l'attention ; TAG : trouble anxieux généralisé ; PS : phobie spécifique.

Selon certains auteurs, les troubles anxieux seraient majoritaires dans l'enfance alors qu'à l'adolescence des éléments dépressifs seraient davantage observés (Inglés et al., 2015). Ces données sont appuyées par de nombreuses autres études qui mettent également en avant les troubles anxieux et dépressifs au premier plan du tableau de RSA (Gallé-Tessonnet et al., 2017; Nair et al., 2013; Richards & Hadwin, 2011). Par ailleurs, il existerait un lien entre le développement du RSA et le degré d'anxiété d'un élève : les élèves avec le moins d'absentéisme sont moins anxieux et présentent moins d'anxiété sociale et d'attaques de panique que les élèves avec un haut niveau d'absentéisme (Ingul & Nordahl, 2013).

Romani et al. (2017) ont également comparé certaines caractéristiques entre des adolescents avec un RSA et des adolescents scolarisés. Ainsi, ont été étudiés le niveau d'anxiété, les affects dépressifs, l'estime de soi, la solitude, l'attachement aux parents et aux pairs et la qualité de vie. Les auteurs retrouvent un niveau plus élevé d'anxiété et d'affects dépressifs avec une estime de soi plus basse chez les adolescents avec RSA. De plus, le sentiment de solitude était plus important et on retrouvait un attachement moins sûr à leurs parents et aux pairs et une moins bonne qualité de vie (Romani et al., 2017)

En ce qui concerne la symptomatologie somatique, Ingul et Nordahl (2013) trouvent que des signes physiques peuvent être au premier plan avec notamment des troubles du sommeil et des céphalées (Ingul & Nordahl, 2013), (Nair et al., 2013).

Pour les facteurs académiques, on note 4 dimensions en lien avec le RSA.

1. Les exigences de l'école jouent un rôle central avec notamment, la peur de l'échec et la mise en compétition lors des examens.
2. Le soutien des enseignants à la fois émotionnel, pédagogique, dans l'organisation du travail et la gestion du comportement des élèves de la classe.
3. Les difficultés relationnelles avec les pairs peuvent engendrer une grande souffrance qu'elle soit en lien avec un sentiment de rejet ou avec un *bullying* réel.
4. Le milieu scolaire, en lui-même, est important qu'il s'agisse de la taille de l'établissement, du nombre d'élèves dans les classes ou bien des ressources financières.

Une bonne relation élève-enseignant peut jouer le rôle de facteur protecteur, de même qu'une bonne communication entre les professeurs ou avec les parents (Havik et al., 2014; Inglés et al., 2015).

5.1.2.4. *Pronostic*

Pronostic scolaire

L'âge paraît être un facteur discriminant. En effet, plus l'adolescent avance en âge et plus le retour à l'école est difficile. Le premier repère se situe à l'âge de 11 ans, le second à 13 ans. Avant 11 ans, une majorité de jeunes retrouve le chemin de l'école (90% des cas). Après 13 ans, seuls 30% des élèves reprennent leur cursus scolaire dans un établissement. Pour tous, la

scolarité ultérieure est émaillée de nombreuses absences à l'occasion de situations anxiogènes (examens, évaluations...) (N. Catheline, 2009).

Adaptation familiale et scolaire

Souvent, ces adolescents ont une adaptation familiale médiocre avec une tendance au repli ainsi qu'une limitation des relations « affectivosexuelles » en lien avec l'inquiétude et un fort besoin de dépendance. Beaucoup restent longtemps au domicile parental, ils se marient moins fréquemment et ont moins d'enfants. Certains peuvent limiter leurs ambitions professionnelles en dépit de leurs compétences intellectuelles (N. Catheline, 2009).

Pronostic psychiatrique

Il est très dépendant de la structure de personnalité sous-jacente. Ainsi, les phobies les plus résistantes sont souvent le fait d'une organisation borderline et peuvent évoluer vers une marginalisation voire une psychopathie.

Un certain nombre d'adultes ayant présenté un RSA (40%), ont recours à une prise en charge psychiatrique pour des troubles anxieux, des conduites addictives, des difficultés relationnelles avec réaction dépressive ou une dysthymie entre 20 à 29 ans après la survenue du RSA (N. Catheline, 2009).

5.2. Évaluation du Refus Scolaire Anxieux :

L'évaluation est multimodale et repose sur plusieurs intervenants.

Tout d'abord, une investigation détaillée du jeune et de sa famille est essentielle. Certains renseignements peuvent également être pris auprès de l'école (enseignants, médecin ou infirmière scolaire) avec l'accord des parents.

Un examen somatique s'impose afin d'éliminer toute pathologie organique associée. Celle-ci devra cependant être limitée dans le temps et dans la quantité des examens complémentaires car une quête sans fin d'une affection organique peut être responsable d'un retard à la prise en charge du RSA (Holzer & Halfon, 2006).

5.3. Outils psychométriques

Le diagnostic clinique peut être étayé par l'utilisation d'échelles mais il n'en existe pas, validées en français permettant de poser le diagnostic de RSA.

L'échelle SCARED-R, validée en français, permet l'évaluation de l'anxiété de l'enfant entre 7 et 17 ans. Les différentes dimensions anxieuses sont évaluées selon les critères du DSM-IV : trouble panique, trouble anxieux généralisé, phobie spécifique... Cette échelle présente une sous-dimension « *phobie scolaire* » qui peut être utilisée comme outil d'aide au diagnostic de RSA.

L'échelle SRAS (*School Refusal Assessment Scale*, Kearney et Silverman, 1993) a pu être traduite en 2001 par Brandibas et al. Elle permet une mesure fonctionnelle du refus scolaire. En effet, elle met en évidence certaines fonctions fréquemment retrouvées dans le RSA. Les critères établis par les auteurs sont réunis sous 2 dimensions : la première, correspond au renforcement négatif et comprend l'évitement de stimuli spécifiques et de situations sociales pénibles. La seconde, regroupe les catégories en lien avec le renforcement positif, c'est à dire le comportement permettant d'attirer l'attention ou anxiété de séparation et renforcements positifs tangibles. Il existe 3 versions de cette échelle destinées aux enfants, aux parents et aux enseignants. Seule la version enfant est traduite en français., elle n'a cependant été testée que sur un échantillon restreint, ce qui rend sa validité encore fragile (Gilles Brandibas et al., 2001)

6. Vécu parental du refus scolaire anxieux

6.1. Reconnaissance du trouble

Le RSA peut parfois être diagnostiqué et pris en charge tardivement. Initialement, les parents peuvent se retrouver dans une place inconfortable où ils sont partagés entre faire acte d'autorité et la crainte de ne pas entendre ou répondre à une souffrance réelle de leur enfant. Nombre d'entre eux rapportent avoir des difficultés à reconnaître les troubles de leur adolescent comme une « *maladie* ». Par ailleurs, l'institution scolaire peut ne pas reconnaître le RSA comme tel et peut ainsi être un obstacle pour les parents qui se voient dans l'obligation de justifier les absences. L'accès au soin est souvent retardé ainsi. Or, la prise en charge du RSA est une urgence thérapeutique et doit être mise en place rapidement. Certaines études

mentionnent un délai de 10 mois maximum après l'apparition des premiers symptômes. Certains parents parlent de recherche de prise en charge depuis parfois plusieurs années et le nomadisme médical peut paraître interminable (Blandin et al., 2018; Bussard et al., 2015). Nommer le trouble aide les parents à la compréhension et à la reconnaissance de la souffrance familiale, ils sont ainsi soulagés de la prise en charge dans une institution médicale.

Le parcours émotionnel des parents est souvent très éprouvant et ils passent, généralement, par différentes étapes avant l'acceptation du trouble. En premier lieu, ils parlent d'incompréhension avec notamment une épreuve de force autour du fait de continuer d'aller à l'école. Vient ensuite la prise de conscience des troubles avec des difficultés à lâcher prise par rapport aux exigences parentales. Mais lorsqu'ils acceptent la réalité de la maladie, règne un sentiment de culpabilité accompagné d'un découragement et d'une sensation de solitude. Le sentiment d'impuissance et d'échec est tel que certains peuvent être amenés à remettre en question leur rôle de parent (Bussard et al., 2015).

6.2. Objectifs de la prise en charge

On observe souvent une divergence d'objectifs entre l'enfant ou l'adolescent et les parents en ce qui concerne la thérapie. En effet, les parents souhaitent un retour à l'école aussi tôt que possible au détriment parfois de la prise en charge du trouble anxieux ou dépressif. Ils souhaitent une prise en charge rapide. A l'inverse, les adolescents sont davantage en demande d'une réduction de l'anxiété et des symptômes dépressifs avant la rescolarisation et souhaitent une thérapie suffisamment longue pour permettre le changement et l'évolution concomitante à son développement (Sibeoni et al., 2018).

6.3. Sentiment d'efficacité parentale

Nous savons qu'un dysfonctionnement familial peut jouer un rôle dans la naissance du RSA. Certains auteurs introduisent la notion de Sentiment d'Efficacité Parentale (SEP). Il s'agit de l'auto-évaluation individuelle, par les parents, de leurs propres compétences (Carless et al., 2015; Ohan et al., 2000). Un bon niveau de SEP est corrélé à des pratiques parentales positives : meilleur engagement ou attention pour l'enfant, fixation de limites, surveillance du comportement de l'enfant. A l'inverse, un bas niveau de SEP semble en lien avec des attitudes parentales inefficaces : mauvaises stratégies disciplinaires, diminution de l'attention portée à

l'enfant et communication pauvre. De plus, un haut niveau de SEP paraît associé à un meilleur fonctionnement familial global.

Careless et al.(2015) ont étudié le lien entre le SEP et le RSA. Ils ont observé un SEP plus bas chez les parents avec un enfant souffrant d'un RSA. En effet, ceux-ci perçoivent la mauvaise gestion de la problématique de l'adolescent et persévèrent moins dans le maintien de la présence scolaire. Ainsi, l'absentéisme ne s'améliore pas, ce qui confirme aux parents leur mauvaise efficacité dans leur rôle de parents. Par ailleurs, un bas niveau de SEP est également associé à un haut niveau d'anxiété parentale et de dysfonctionnement familial (Carless et al., 2015).

Le contexte familial est donc un élément essentiel qui joue un rôle prépondérant dans la gestion du RSA.

7. Vécu de l'enfant ou l'adolescent

L'adolescent va passer par des états émotionnels successifs :

- (1) Lutte et tentative de se rendre à l'école,
- (2) Épuisement sur les plans physique et psychique. Sentiment d'impuissance en lien avec son incapacité à retourner en cours.
- (3) Décision de ne plus se rendre en classe avec formulation d'excuses auprès des parents.
- (4) Sentiment de tristesse intense avec dévalorisation importante. Dans ces moments certains adolescents rapportent avoir des émotions telles que le dégoût, la honte, la peur ou l'angoisse (Blandin et al., 2018).

Comme pour les parents, le trouble est difficile à nommer et certains jeunes ont pu rapporter que le terme de refus scolaire anxieux n'était pas entièrement représentatif de leur vécu.

La responsabilité est souvent rejetée sur l'extérieur. L'institution scolaire est alors vue comme menaçante où ils peuvent se sentir juger, mis sous pression avec des exigences qui ne tiennent pas compte de leurs besoins individuels. Certains adolescents ont, cependant, pu rapporter percevoir une singularité en eux qui les rendrait inapte au milieu scolaire (Blandin et al., 2018).

8. Facteurs prédicteurs du refus scolaire anxieux

Certains éléments peuvent jouer un rôle dans la genèse et le maintien d'un RSA. On distingue ainsi des variables individuelles, familiales et scolaires.

Du point de vue individuel, une forte anxiété, des troubles du sommeil et des troubles de l'identité sexuelle peuvent être en lien avec un RSA.

La famille prend une place importante et certaines caractéristiques peuvent également avoir leur rôle dans la naissance d'un RSA. On note ainsi la place de l'attachement insécure, du divorce ou de la séparation parentale, de l'anxiété parentale et des problèmes somatiques ou psychiatriques parentaux (Gallé-Tessonneau et al., 2017). En effet, les troubles thymiques chez les apparentés du premier et du second degré sont importants si l'on considère la psychopathologie du RSA. Par exemple, une mère souffrant d'un épisode dépressif caractérisé chronique donnera une image de mère fragile, insuffisamment contenant pour assurer une bonne autonomie psychique et permettre la création de bases narcissiques solides. Le désir d'autonomie du jeune génère alors un sentiment de culpabilité avec une crainte, non conscientisée, qu'il puisse arriver quelque chose à sa mère, en son absence (Lamotte et al., 2010).

L'institution scolaire peut parfois générer chez certains élèves de l'anxiété. Plusieurs facteurs peuvent interagir : la peur de l'échec scolaire avec parfois des performances peu élevées voire une baisse des compétences associée ou non à un redoublement, la compétition entre les élèves, l'environnement scolaire insécurisant (problèmes disciplinaires, violences...), les difficultés relationnelles avec les pairs avec ou sans *bullying*, un absentéisme fréquent des enseignants et un grand nombre d'élèves en classe. Un changement d'établissement peut générer la crainte du jugement des autres et de se retrouver seul (Havik et al., 2014; Skedgell & Kearney, 2018). Au niveau scolaire, certains éléments peuvent également être considérés comme protecteurs : de bonnes relations élève-enseignant apportant un soutien émotionnel, éducatif et organisationnel (des cours et de la discipline) et des amis au sein de l'établissement. Il faut également mettre l'accent sur la valeur de la prédictibilité. En effet, l'existence d'objectifs, de plans de travail avec une bonne coordination entre les professeurs jouent un rôle essentiel dans la prévention du RSA (Havik et al., 2014).

Le rôle de la famille dans la problématique est également considéré comme primordial. Celle-ci est impliquée, au premier plan dans le refus scolaire anxieux, notamment en raison des conséquences légales pouvant les viser lors d'un absentéisme scolaire prolongé. La famille a un rôle dans la socialisation de l'enfant et le développement d'une sécurité interne lui

permettant d'acquérir une autonomie suffisante pour accepter le système scolaire. Toute entrave au processus d'autonomisation et d'ouverture sociale, fait peser des soupçons sur le fonctionnement familial (Holzer & Halfon, 2006).

9. Approches thérapeutiques

9.1. *Les acteurs au centre de la prise en charge*

Trois acteurs doivent intervenir auprès de ces patients :

- Le médecin traitant ou le pédiatre : il élimine une cause somatique, dépiste le refus scolaire anxieux précocement et guide les parents.
- Le médecin scolaire : il peut dépister le RSA, orienter le jeune vers un pédopsychiatre et faire le lien avec l'équipe pédagogique.
- Le pédopsychiatre ou psychiatre référent : il organise, coordonne la prise en charge spécialisée et assure le travail en réseau avec l'Éducation Nationale par le biais de la contractualisation d'un PAI.

Les formes dites « *mineures* » du RSA ne nécessitent pas forcément d'intervention spécialisée. Elles peuvent être prises en charge par les pédiatres ou le médecin traitant. Le recours au pédopsychiatre se justifie en cas d'échec des mesures simples ou lorsque le trouble psychopathologique sous-jacent ou le contexte familial apparaissent d'emblée complexes (Holzer & Halfon, 2006).

9.2. *Suivi ambulatoire et hospitalier*

Il est réservé aux RSA de début récent. Dans les cas de RSA anciens, une prise en charge en hôpital de jour peut être envisagée.

L'hospitalisation s'impose en cas d'échec du suivi ambulatoire. La séparation d'avec les parents semble initialement indispensable car elle constitue un levier thérapeutique important. Elle permet généralement, la reprise progressive de la scolarité, d'abord dans un cadre hospitalier puis dans la communauté.

En cas d'échec, se discute l'admission en internat spécialisé (Holzer & Halfon, 2006).

9.3. Modalités du traitement

Il n'existe pas de prise en charge faisant consensus dans le domaine du refus scolaire anxieux. Certaines thérapies et modes d'intervention ont cependant fait leurs preuves.

Il existe essentiellement trois grands objectifs à la thérapie : la sédation du trouble anxieux avec ou sans syndrome dépressif, la prévention d'une décompensation sur un mode dépressif ou d'une autre comorbidité et la reprise de la scolarité.

9.3.1. Thérapies individuelles et cognitivo-comportementales

Pour atteindre ces objectifs, différentes stratégies ont pu être expérimentées.

Les psychothérapies individuelles, qui permettent un travail sur les conflits psychiques inconscients, sur la séparation et l'autonomisation en rapport avec les figures d'attachement. Le traitement accorde la priorité à l'élaboration et à l'interprétation lors de thérapies individuelles mais peut être également associer les parents dans la prise en charge (Gaspard et al., 2007).

Les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) ont également fait leurs preuves dans la prise en charge du RSA. Elles mettent l'accent sur la désensibilisation, les thérapies d'affirmation de soi et l'autocontrôle. Elles s'attachent à supprimer les « comportements problèmes » et incluent la famille dans la prise en charge. Le sentiment d'auto-efficacité personnel semble également être une des cibles en TCC puisque des études ont montré que sa majoration permet une augmentation du temps de présence scolaire et une réduction de l'anxiété en lien avec l'école (Maric et al., 2013). La thérapie familiale peut également être un outil supplémentaire (Maynard et al., 2018).

9.3.2. Hospitalisation complète

L'hospitalisation complète peut s'avérer utile dans certaines circonstances. Elle permet une période de mise à distance avec séparation du milieu familial ainsi qu'un renforcement de la thérapie individuelle. Le retour progressif sur le lieu scolaire peut alors être mis en place (Hélène Denis, 2005; Gaspard et al., 2007).

Le retour en classe « forcé » ou « rapide » n'est pas conseillé car il majorerait l'anxiété du jeune avec le risque de renforcer l'absentéisme et la symptomatologie dépressive (Gaspard et al., 2007).

Le traitement du RSA attache de l'importance aux relations avec les pairs, davantage permises dans des prises en charge groupales. Certains auteurs mettent en évidence le rôle des rencontres « inattendues » comme levier thérapeutique. Des adolescents ont pu rapporter avoir particulièrement apprécié de pouvoir parler de leur trouble à des personnes de leur âge traversant les mêmes difficultés qu'eux mais aussi de pouvoir échanger librement avec d'autres individus impliqués ou non dans les soins. (Sibeoni et al., 2018). Par ailleurs, le groupe facilite un étayage permettant une revalorisation narcissique et l'intériorisation de relations avec des pairs qui jouent le rôle de tiers (Lamotte et al., 2010).

Une prise en charge longue est souvent nécessaire pour permettre au jeune de s'impliquer dans les soins et d'initier le changement dont il a besoin. Cela offre également la possibilité de rencontrer de nombreuses personnes qui peuvent avoir un impact sur leur développement.

9.3.3. Intervention auprès des familles

L'influence familiale est un facteur essentiel à considérer lors de la prise en charge d'un RSA. Les programmes de prise en charge actuels tendent à être pluridisciplinaires et impliquent donc la famille. Il n'existe actuellement pas d'études contrôlées sur l'évaluation de la thérapie familiale dans le refus scolaire anxieux, seule ou combinée avec d'autres approches.

La thérapie familiale est donc peu utilisée isolément et, devant l'absence de preuves, des méthodes cognitivo-comportementales impliquant les parents dans la prise en charge sont davantage utilisées. Elles s'appuient sur la guidance parentale et la gestion des contingences de renforcement. Les parents ont besoin d'être rassurés quant à l'absence de pathologie organique de leur enfant afin de soutenir et maintenir fermement un projet de retour à l'école notamment devant un enfant en difficulté en demande d'un changement d'établissement avec de nombreuses promesses à la clé (Holzer & Halfon, 2006).

9.3.4. Intervention auprès de l'école

Une collaboration étroite entre les professionnels de la santé mentale et l'école (enseignants, assistants sociaux, infirmière et psychologue scolaires) est essentielle. Dans certains cas, une intervention précoce auprès des intervenants scolaires peut être suffisante et éviter le recours à une prise en charge spécialisée. Par ailleurs, lorsqu'une prise en charge en pédopsychiatrie est instaurée, il est important que l'école puisse connaître le dispositif de soins et l'assistance dont ils peuvent bénéficier dans les différentes situations de RSA. Il semble essentiel que l'enseignant résiste à la tentation de chercher lui-même des causes à travers un questionnement insistant de l'enfant ou de l'adolescent qui pourrait générer davantage d'anxiété.

Lorsque l'enfant est prêt à retourner à l'école, une préparation soigneuse est nécessaire en collaboration avec le système scolaire pour réduire les risques d'échec (Holzer & Halfon, 2006). Des aménagements pédagogiques tels que le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ou l'Assistance Pédagogique A Domicile (APAD) peuvent être des outils précieux pour accompagner un retour scolaire dans de bonnes conditions. Grâce au PAI, des aménagements d'emploi du temps, une intégration de l'établissement en décalé et des temps à l'infirmerie ou au CDI peuvent être proposés. L'APAD est une aide qui permet d'assurer la continuité de la scolarité par l'intermédiaire d'un soutien de proximité facilitant la réintégration de l'adolescent. L'intervention a lieu sur le lieu où se trouve l'élève qu'il s'agisse du domicile familial, du centre de soins ou de l'établissement scolaire durant ou en dehors des heures de cours. Ces deux aménagements amènent une souplesse essentielle chez un jeune pour qui il est difficile de retourner intégralement dans établissement du jour au lendemain.

9.3.5. Le traitement médicamenteux

La mise en place d'un traitement médicamenteux ne doit pas être pensée en première intention, surtout avant l'adolescence. Celui-ci est davantage réservé aux jeunes pour lesquels les mesures psychothérapeutiques se sont révélées insuffisantes.

Certains antidépresseurs (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS), Imipramine, Sulpiride), des anxiolytiques (Buspirone) ou le Propranolol ont été étudiés. Ils sont à visée symptomatique mais peuvent apporter un soulagement important lorsqu'il existe un syndrome anxio-dépressif.

Par ailleurs, la fréquence des troubles dépressifs associés au RSA suggère un intérêt dans la mise en place d'un antidépresseur type ISRS notamment la FLUOXETINE qui a l'AMM à l'adolescence (N. Catheline, 2009).

La prescription d'une chimiothérapie nécessite une grande prudence. D'autant plus que des études importantes, contrôlées et scientifiquement validées portant sur l'efficacité des traitements ne font pas consensus.

Il convient également de s'interroger sur les limites et surtout les conséquences de la prescription de psychotropes dès lors que le diagnostic s'en tient aux comportements et affects prévalents du tableau clinique. En effet, la sédation rapide des symptômes anxio-dépressifs peut être à l'origine d'une pharmacodépendance. De plus les effets indésirables de ces produits ont été largement soulignés (Gaspard et al., 2007).

III. Étude clinique

1. Problématique

La problématique du refus scolaire anxieux préoccupe de plus en plus les professionnels de la santé mentale et les intervenants scolaires. Compte tenu de l'augmentation de la prévalence du RSA en France, de nouvelles modalités de prise en charge doivent être proposées.

Actuellement, les soins en place sont, soit ambulatoires, soit hospitaliers en hospitalisation complète ou en hôpital de jour. Nous savons qu'une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire. Elle ne peut habituellement pas être réalisée en libéral.

Une structure Soins et Études conjugue les soins psychiatriques à la poursuite ou la reprise d'études adaptées. Elle permet d'accompagner le jeune dans sa globalité en proposant un projet personnalisé pour chaque patient, alliant les soins à un projet éducatif. Au-delà de la dimension psychique, sont abordés l'éducation thérapeutique, l'apprentissage de l'autonomie, l'intégration familiale ainsi que l'insertion sociale et professionnelle. Les services médicaux et pédagogiques participent à une alliance thérapeutique qui donne à la scolarité une place primordiale dans les soins pour chaque enfant ou adolescent. La prise en charge Soins et Études débute par une scolarisation adaptée pour aller, ensuite, vers une scolarisation ordinaire en étant au plus près des besoins du jeune. La plupart des services Soins et Études proposent différentes modalités d'hospitalisation : l'hospitalisation à temps complet, de semaine, séquentielle, de jour

ou de nuit. Il n'existe à ce jour qu'une seule autre structure Soins et Études proposant des soins ambulatoires qui se situe en Seine et Marne. Celle-ci a ouvert ses portes en mai 2018.

La modalité Soins et Études, ici proposée, permet de renforcer un dispositif ambulatoire déjà existant pour accompagner et encadrer de manière rapprochée l'adolescent sans passer par un temps d'hospitalisation. Il s'agit donc d'une structure intermédiaire dont les bénéfices n'ont pas pu être évalués.

C'est parce que ce dispositif est novateur qu'il convient d'en évaluer les avantages et son efficacité dans le cadre du refus scolaire anxieux.

2. Objectif et hypothèses

2.1. *Objectif*

Cette étude évalue la pertinence et l'intérêt d'un programme de Soins et Études réservé au refus scolaire anxieux, jamais mis en place par le passé. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité du programme par l'utilisation d'échelles passées par des adolescents souffrant de RSA. Les auto-questionnaires sont proposés avant qu'ils ne bénéficient des soins et après 9 mois de prise en charge au sein du dispositif.

2.2. *Hypothèses*

Hypothèse primaire

Nous savons que le refus scolaire anxieux s'accompagne fréquemment de comorbidités anxieuses (anxiété de séparation, phobie sociale) et dépressives, associées à une baisse de l'estime de soi et de la qualité de vie. Nous supposons donc que les adolescents auront des scores élevés aux échelles d'anxiété et de dépression et des scores bas pour l'estime de soi et la qualité de vie avant la prise en charge au sein du dispositif Soins et Études. Après 9 mois de soins, nous pouvons émettre l'hypothèse que les dimensions dépressives et anxieuses seront minorées et que l'estime de soi et la qualité de vie se seront améliorées.

Aucune étude n'a évalué le taux de rescolarisation chez les jeunes lors de Soins et Études ambulatoire. Nous pouvons, cependant, supposer que nous pourrions observer une rescolarisation ou une augmentation du temps passé à l'école chez certains de nos adolescents.

3. Matériels et méthodes

3.1. Lieu d'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique prospective réalisée au Centre Oreste à Tours.

Le Centre Oreste, Centre de Coordination Départementale en Psychologie Clinique de L'Adolescence, est un service intersectoriel de consultations pour adolescents, qui dépend du pôle de Psychiatrie du Centre Hospitalier du Chinonais (département Indre et Loire – 37). Il dispose d'une activité de consultation médico-psychologique (CMP) et d'un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP).

L'équipe est pluridisciplinaire et comprend deux pédopsychiatres, un interne en psychiatrie, cinq psychologues cliniciens, trois infirmiers de secteur en psychiatrie, un éducateur, une assistante sociale, deux secrétaires et une enseignante spécialisée.

Modalité d'accueil des patients :

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

Ce tiers rédige alors un courrier expliquant les difficultés dont souffre l'adolescent et donnant les informations nécessaires à sa prise en charge. Ce document permet d'évaluer le degré d'urgence de la demande et d'orienter l'adolescent vers un ou plusieurs membres de l'équipe soignante lors de la réunion de synthèse hebdomadaire. Dans certains cas, le patient peut être réorienté ultérieurement vers un autre membre de l'équipe ou bénéficier d'une prise en charge bifocale (deux espaces de suivi individuel par deux soignants différents) ou en binôme (un seul espace de suivi avec deux soignants).

Le Centre Oreste comporte également un CATTP qui propose des soins sur la base de groupes thérapeutiques utilisant des médiations diverses (jeux-vidéo, écriture, cinéma...).

Population :

Le Centre Oreste accueille des adolescents âgés de 14 à 18 ans. Les motifs de prise en charge sont variés et correspondent aux problématiques de la dynamique adolescente : trouble dépressif, troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire, tentatives de suicide, troubles du comportement (hétéro ou autoagressifs), désinvestissement ou refus scolaire anxieux, conduites de dépendance, troubles psychiatriques de l'adolescence, états limites.

3.2. Déroulement de l'étude

3.2.1. Modalités de sélection des patients

Le refus scolaire anxieux n'étant pas reconnu comme une entité nosographique à part entière dans les classifications internationales, les critères diagnostiques choisis ont été ceux de Berg (1969). Ainsi, ont été sélectionnés des adolescents présentant

- Une réticence à se rendre à l'école voire une déscolarisation complète.
- Une détresse émotionnelle intense au moment d'y retourner, couplée ou non à des manifestations physiques non expliquées par une affection organique.
- Le jeune préfère le confort et la sécurité du domicile familial, il cherche à rester proche des figures parentales.
- Il n'existe pas de manifestations antisociales sévères et les difficultés n'ont pas été dissimulées par l'adolescent aux parents.

3.2.2. Critères d'inclusion

Les patients doivent présenter un refus scolaire anxieux tel qu'il est défini par Berg, être suivi au Centre Oreste, avoir entre 14 ans et 18 ans, être domicilié en Indre et Loire, afin de pouvoir organiser les accompagnements. Le refus scolaire peut être le motif initial de consultation ou survenir au cours du suivi.

Les patients doivent avoir intégré le dispositif en début d'année scolaire 2017 et poursuivre le suivi au moment de la passation des auto-questionnaires en janvier-février 2018.

3.2.3. Critères d'exclusion :

Ont été exclus de l'étude, les patients en situation de déscolarisation résultant d'une pathologie somatique ou d'une affection psychiatrique bien identifiée ne permettant pas la fréquentation de l'école (schizophrénie, trouble bipolaire).

3.2.4. Données recueillies

Les adolescents étant suivis au Centre Oreste, les caractéristiques sociodémographiques, les données cliniques individuelles du patient et de son environnement familial ont été recueillies dans le dossier patient et par le biais d'un entretien avec un des parents durant l'étude.

Les données recueillies sont les suivantes :

Données sociodémographiques :

- Sexe
- Âge lors de la première consultation dans le service
- Zone d'habitation : urbaine ou rurale. La zone urbaine comporte les localités suivantes : Tours, Rochecorbon, Saint-Cyr-sur-Loire, La Riche, Joué-lès-Tours, Chambray-les-Tours, Saint-Avertin et Saint-Pierre-des-Corps. La zone rurale comporte toutes les localités se situant à plus de 15 kms du centre de Tours.

Histoire de la maladie :

- Âge de début des troubles
- Âge de début de la prise en charge
- Niveau scolaire au début des troubles
- Absentéisme
- La déscolarisation, définie par une absence complète de l'élève à l'école pendant au moins un mois.
- L'existence d'un potentiel facteur déclenchant concernant l'école, le sujet ou son environnement.

- L'existence de prises en charge psychologiques ou psychiatriques antérieures en lien avec le RSA.

Présentation clinique :

Il s'agit des facteurs individuels de chaque adolescent.

- Les antécédents psychiatriques : nous avons relevé si l'enfant avait bénéficié d'un suivi psychiatrique antérieur et quel en avait été le motif.
- Les antécédents somatiques faisant l'objet d'une prise en charge actuelle ou antérieure avec ou sans hospitalisation.
- Les diagnostics psychiatriques notés dans les dossiers patients.

Caractéristiques familiales :

Auprès des parents, nous avons recherché :

- Des antécédents psychiatriques dans la famille.
- Des antécédents somatiques dans la famille.
- Un refus scolaire anxieux dans la fratrie.

Afin d'appréhender le contexte familial, nous avons recueilli :

- La situation du couple parental : trois situations ont été choisies : unis, séparés, isolé (l'un des parents est décédé, inconnu ou n'a pas donné de nouvelles depuis plusieurs années).
- La situation professionnelle : parent au domicile du fait du chômage, d'un arrêt maladie ou d'un emploi à domicile.
- Rang de l'enfant dans la fratrie : aîné, cadet, benjamin, enfant unique.
- L'existence de mesures éducatives déjà mises en place.

3.2.5. Protocole de l'étude :

Nous avons constitué une cohorte de 12 patients pris en charge dans l'institution pour refus scolaire anxieux. Durant les mois de janvier et février 2018, 12 adolescents ont passé cinq échelles sous forme d'auto-questionnaires. Puis, en septembre-octobre 2018, les adolescents ont repassé les mêmes échelles (Figure 2).

Lors de la deuxième passation, les parents ont été contactés afin de leur proposer la passation d'un questionnaire de vécu parental.



Figure 2 : Schéma de l'étude

3.2.6. Autoquestionnaires

Les échelles ont été choisies afin d'évaluer les comorbidités fréquemment retrouvées chez les adolescents souffrant de refus scolaire anxieux : syndrome dépressif, anxiété de séparation et anxiété sociale. De plus, 2 échelles ont été sélectionnées afin de mesurer l'évolution de la qualité de vie et l'estime de soi au cours de la prise en charge.

Les échelles sont les suivantes :

- **Child Depression Inventory (CDI)** (Annexe 5) :

La CDI est une adaptation du Beck Depression Inventory (BDI). Cet auto-questionnaire permet d'évaluer la symptomatologie dépressive dans ses divers aspects, tels que le sentiment de tristesse, la capacité à prendre du plaisir, l'efficacité scolaire ou les relations interpersonnelles. Il peut être utilisé auprès d'enfants de 7 à 17 ans. L'outil comprend 27 items. À chaque item correspondent trois phrases adaptées au vocabulaire de l'enfant et qui décrivent, en intensité croissante, une manifestation dépressive. L'enfant doit choisir la manifestation qui correspond le mieux à son état depuis les quinze derniers jours. Le score total est calculé par la somme de tous les items ; il va de 0 à 54. Plus la note est élevée, plus l'état est pathologique. (Moor & Mack, 1982; Saint-Laurent, 1990).

Le seuil critique de la CDI correspond à un score supérieur à 19, mais il peut être abaissé à un score supérieur à 13 chez les enfants à risque de dépression (Kovacs, 1985).

Compte tenu des comorbidités existant chez nos patients, le score de 13 a été choisi comme seuil de dépression dans notre étude.

- **Liebowitz Social Anxiety for Children and Adolescent (LSAS-CA)** : échelle d'anxiété sociale pour enfants et adolescents (Annexe 3).

La LSA-S-CA est un auto-questionnaire de 24 items qui permet d'évaluer l'intensité de la peur et de l'évitement relatifs à la confrontation avec des situations sociales. 12 items évaluent l'anxiété de performance, les 12 autres mesurent l'anxiété en lien avec les interactions sociales. L'adolescent cote, d'une part, l'anxiété (0 = aucune 1 = légère 2 = moyenne 3 = sévère) et d'autre part, l'évitement (0 = jamais 1 = occasionnel 2 = fréquent 3 = habituel) dans chacune des situations proposées.

Le score global varie entre 0 et 144 et permet de discriminer les individus avec une phobie sociale, des individus « sains » et différencie les jeunes ayant une phobie sociale de ceux présentant un autre trouble anxieux.

Un score supérieur à 22,5 indique l'existence d'une phobie sociale chez l'adolescent ne présentant pas de trouble anxieux. Un score supérieur à 29,5 discrimine les jeunes avec une phobie sociale de ceux présentant un autre trouble anxieux. (Masia-Warner et al., 2003).

Cette échelle a été validée en français chez des adolescents de 14 à 17 ans (Schmits et al., 2014).

Dans notre étude, nous choisirons une limite de 30 compte tenu de l'existence de comorbidités anxieuses chez la totalité de nos patients.

- **Anxiété de séparation (ADS)** (Annexe 2):

L'ADS est une traduction de l'échelle SASI (Separation Anxiety Symptom Inventory) qui permet d'évaluer l'anxiété de séparation chez l'enfant et l'adolescent. Il s'agit d'un auto-questionnaire de 15 items se concentrant sur l'anxiété perçue en lien avec des situations de séparation. Cette échelle est validée de la petite enfance à 18 ans.

Chaque item est noté de 0 à 3 (0 = je ne le ressens jamais 1 = je le ressens quelques fois 2 = je le ressens souvent 3 = je le ressens toujours). Le score total varie entre 0 et 45. Cette échelle divise également les items en 4 catégories : la dimension générale d'anxiété de séparation, la crainte qu'il arrive malheur à un membre de la famille, la détresse ressentie lors de

l'éloignement du foyer ou d'un environnement sécurisant et la dimension phobie scolaire en lien avec la séparation (G. Brandibas et al., 2010).

L'étude de validation de l'échelle ne fixe pas de score précis pour l'identification de l'anxiété de séparation mais donne un score global moyen de 25. Les auteurs avancent qu'utiliser un score global est insuffisant car il s'agit d'un « inventaire de symptômes » dont les items sont liés à des périodes spécifiques de l'enfance et de l'adolescence. Cependant, nous l'utiliseront à titre indicatif lors de la comparaison des deux passations de l'échelle.

- **Vécu et Santé perçue de l'Adolescent (VSP-A)** (Annexe 4) :

Il s'agit d'un auto-questionnaire destiné à évaluer la santé globale des adolescents de 11 à 17 ans et leur qualité de vie sur les 4 dernières semaines. Les items s'intéressent à 6 différents domaines : (1) le bien être psychologique, (2) l'énergie et la vitalité, (3) les amis, (4) les parents, (5) les loisirs et (6) l'école. Les scores vont de 1 à 5 (1 = jamais/pas du tout 2 = rarement/un peu 3 = parfois/moyennement 4 = souvent/beaucoup 5 = toujours/énormément).

Les scores sont moyennés puis transformés pour obtenir une cotation entre 0% et 100%. Il n'existe pas à proprement parler de valeur seuil mais certaines études utilisent la limite de 58/100 pour parler de qualité de vie faible (Gras, 2009).

- **Échelle de Mesure de l'Estime de Soi des Adolescents (EMESA)** (Annexe 6) :

Il s'agit d'une échelle de mesure de l'estime de soi validée chez les « grands adolescents » d'âge scolaire.

L'EMESA est un auto-questionnaire de 41 items regroupant 6 dimensions de la vie d'un adolescent : (1) Estime de soi générale, (2) satisfaction quant à son apparence physique (3) satisfaction des relations familiales, (4) satisfaction des relations paritaires, (5) sentiment de compétences scolaires, (6) sentiment de compétences professionnelles. Dans un premier temps, l'adolescent doit coter de 1 (« pas du tout d'accord ») à 5 (« tout à fait d'accord ») des affirmations explorant les différentes facettes de l'estime de soi pour une population adolescente.

Le score total par dimension est réalisé via une méthode informatisée qui permet d'obtenir les scores bruts par dimension (Kindelberger & Picherit, 2015b, 2015a).

L'étude de validation de l'échelle donne les scores moyens obtenus chez les adolescents testés dans chaque dimension. Ce sont ces scores que nous avons utilisés afin de définir le seuil déterminant une estime de soi basse.

3.2.7. Questionnaire de vécu parental

Un questionnaire de vécu parental a été créé. L'objectif était de permettre aux parents d'exprimer leur ressenti et leur vécu par rapport aux difficultés de leur enfant. Les parents étaient reçus lors de la 2^{ème} passation, séparément de leur enfant. Il s'agissait d'un auto-questionnaire mais le parent présent était accompagné dans la compréhension des questions. A chaque item, 2 réponses étaient demandées : la première correspondait au vécu antérieur à la prise en charge, la seconde, au vécu postérieur à la prise en charge.

L'auto-questionnaire comprenait 23 items regroupés en 6 dimensions : (1) les attentes par rapport à la prise en charge, (2) la reconnaissance du trouble, (3) le retentissement du RSA, (4) le questionnement étiologique, (5) le sentiment d'auto-efficacité personnel et (6) l'anxiété parentale.

Chaque dimension et chaque item ont été élaborés à partir des données de la littérature. Notre questionnaire est une première puisque bien que plusieurs auteurs aient étudié le vécu parental en lien avec le refus scolaire anxieux, aucun n'a créé d'outil objectif permettant une évaluation reproductible de ce vécu.

3.3. Le dispositif Soins et Études :

Le Centre Oreste à Tours, comprenait, initialement, un CMP (Centre Médico Psychologique) et un CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel). Une troisième unité fonctionnelle a donc été créée : le dispositif Soins et Études.

3.3.1. Adolescents concernés

Ce dispositif concerne les adolescents entre 14 et 18 ans, totalement ou partiellement déscolarisés en raison d'un refus scolaire anxieux. Ces jeunes, dont certains ne sortent de chez eux que pour participer aux groupes proposés, présentent des difficultés à s'inscrire dans une vie sociale.

Ce dispositif se compose de 3 modules de soins indépendants : les groupes RSA, d'autres groupes CATTP et un accompagnement afin d'aller à la rencontre des jeunes. Ces 3 outils peuvent s'additionner pour un même adolescent en fonction de ses besoins (Figure 3).

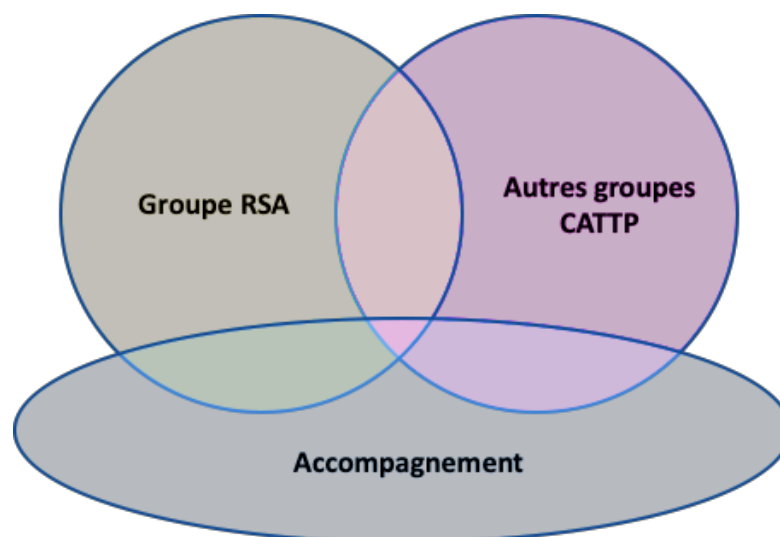


Figure 3 : Organisation en 3 modules de soins

3.3.2. Objectifs thérapeutiques

Ce dispositif a été pensé avec des temps différents, chacun avec des objectifs précis et particuliers, afin de proposer aux adolescents accueillis, une prise en charge adaptée, contenante et complémentaire au suivi individuel et en lien avec le projet scolaire.

La prise en charge a pour objectif de remobiliser les adolescents sur différents plans : sur le plan psychique d'une part, afin de promouvoir la capacité à penser, à mettre du sens, à s'exprimer, sur le plan cognitif pour favoriser le désir et la capacité à apprendre et, enfin, sur le plan narcissique dans le but de restaurer la confiance en soi ainsi que l'ouverture vers les autres et le monde extérieur.

Deux soignants sont responsables du cadre thérapeutique et de la dynamique au sein des groupes.

Un éducateur est en charge du suivi à l'extérieur et dans le milieu familial.

Un infirmier et un éducateur sont en charge des accompagnements extérieurs pour soutenir la socialisation des adolescents : il peut s'agir d'accompagnements scolaires, de démarches éventuelles...

3.3.3. Groupes refus scolaire anxieux

Le dispositif se compose de temps différents (hors vacances scolaires), sur le modèle de groupes semi-ouverts. Chaque adolescent s'engage à participer à tous les temps proposés.

Il existe 2 types de groupes : le groupe « *Libre-Cours* » et le groupe « *Info-Philo* ». Le groupe « *Libre-Cours* » est divisé en 2 demi-groupes se répartissant sur 2 temps dans la semaine. Il est animé par deux infirmiers et une enseignante spécialisée. L'objectif de ce groupe thérapeutique est d'amorcer un échange entre les adolescents autour de leur vécu, leurs relations sociales et l'école. La présence d'une enseignante spécialisée permet de garder à l'esprit l'objectif de la rescolarisation tout en dédramatisant et permet de revaloriser le monde de l'école en stimulant la curiosité d'apprendre des adolescents. Chaque séance débute et se termine par un temps de verbalisation. Des médiations (jeu, atelier écriture, écoute musicale...) sont utilisées, faisant principalement appel à l'imaginaire et aux capacités d'élaboration.

Le groupe « *Info-Philo* » regroupe l'ensemble des adolescents des 2 demi-groupes « *Libre-Cours* ». Il a pour objectif d'initier des débats ou discussions centrés sur l'actualité, la société, et ce qui se passe dans le monde afin de susciter des réflexions métapsychologiques. Cela permet aux adolescents d'accéder à l'argumentation, au respect de la parole d'autrui et à la prise en compte d'idées divergentes. Ce groupe est animé par deux infirmiers et un éducateur. Ces adolescents sont souvent isolés, peu informés de ce qui se passe dans le monde qui les entoure. Ils n'utilisent plus la pensée métapsychologique qui permet au réel de supplanter l'imaginaire, de raisonner sur un mode hypothético-déductif afin de se projeter dans l'avenir.

3.3.4. Autres groupes CATTP

Certains adolescents, malgré leur isolement et leur sidération des processus de pensée, gardent un intérêt pour une activité culturelle. Dans ce contexte, il peut leur être proposé en plus des groupes RSA, d'autres groupes thérapeutiques du CATTP dont le support peut être la musique, le théâtre, la photo, l'écriture... L'objectif de ces groupes est de proposer un outil de médiation investi afin que ces adolescents soient plus à même d'évoluer.

3.3.5. Groupe parents

Un groupe dédié aux parents a également été mis en place dans ce dispositif. Il s'agit d'un groupe de parole co-animé par une psychologue et un éducateur qui a lieu une fois par mois. La présence se fait sur la base du volontariat. Il permet non seulement un abord du refus scolaire anxieux, mais aussi de la relation parent-enfant nécessaire dans la prise en charge globale de l'adolescent.

3.3.6. Accompagnement

Il s'agit d'une intervention au domicile qui permet à un infirmier ou un éducateur d'aller chercher l'adolescent à son domicile afin de l'emmener aux groupes thérapeutiques du Centre Oreste. Cette mobilité permet aux adolescents les plus cloîtrés et les plus phobiques d'accéder aux soins plus facilement. En plus d'apporter un confort à l'adolescent, l'accompagnement peut être conçu comme un objectif thérapeutique comportemental de désensibilisation systématique quand il existe une phobie sociale importante. En effet, le jeune peut être accompagné au centre de soins mais aussi dans des démarches ou à des activités socio-culturelles.

3.3.7. Organisation de la remobilisation pour les études :

En fonction des capacités scolaires des adolescents en situation de RSA, différents espaces peuvent être proposés : l'*Espace Travail* au Centre Oreste plus ou moins couplé à un espace de cours individuels ou en petit groupe qui peuvent également être dispensés au Centre Oreste ou alors uniquement en individuel dans l'établissement scolaire d'origine.

L'*Espace Travail* est animé par l'enseignante spécialisée. L'objectif est d'apporter aux élèves déscolarisés ou scolarisés, un espace d'accompagnement concernant le travail scolaire, sans pression, ni véritable obligation. L'espace est ouvert pendant 3h plusieurs après-midis par semaine. Il est précédé d'un temps de lecture personnelle (« *Silence on lit* ») d'une demi-heure. Les adolescents sont sollicités pour apporter leur livre ou profiter de ceux mis à disposition à la bibliothèque de Tours.

Les cours individuels ou en petit groupe au Centre Oreste sont dispensés par des professeurs sur des temps d'APAD (Aide Pédagogique A Domicile).

Les cours individuels d'APAD dispensés dans l'établissement scolaire d'origine sont réservés aux adolescents les moins handicapés pouvant encore fréquenter leur collège ou lycée (Figure 4).

Les cours par correspondance au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) sont évités en raison de la fréquente incapacité qu'ont les adolescents à gérer leur travail sans professeur. Par ailleurs, le CNED favorise le maintien à domicile et donc l'enfermement.

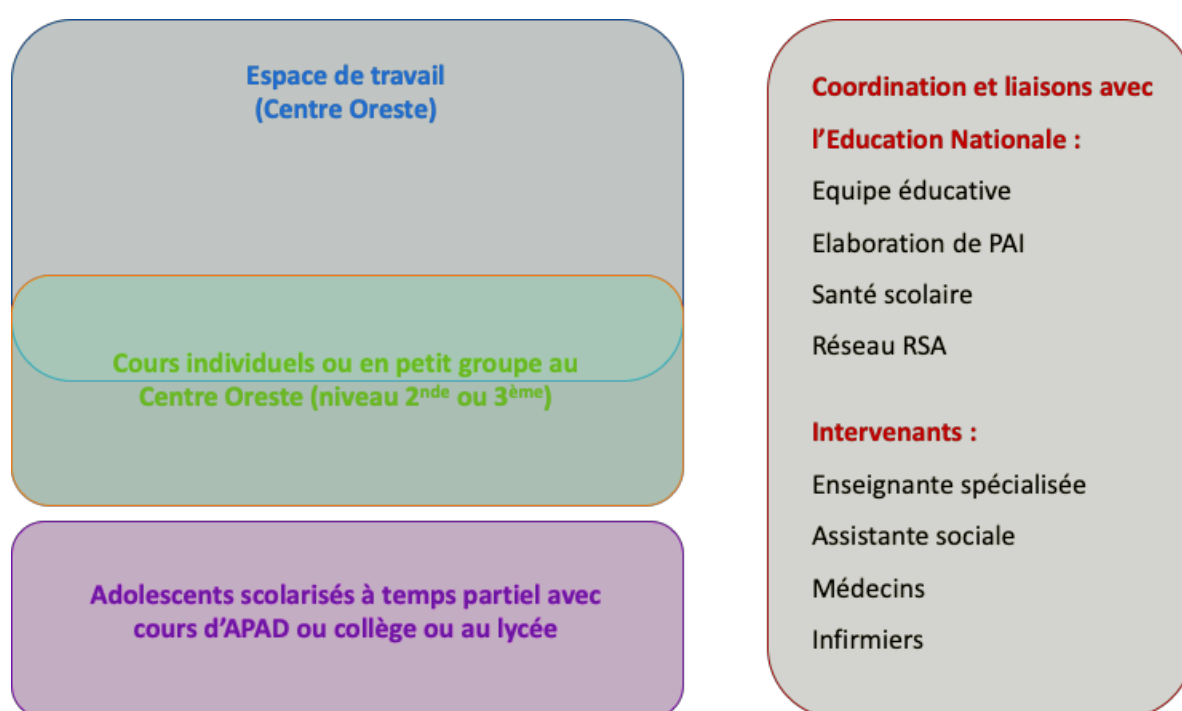


Figure 4 : Les différents modules de soutien pédagogique dans le dispositif Soins et Études.

3.4. Évaluation et analyse des résultats pour l'évolution de la scolarisation

Nous avons réalisé des analyses descriptives de l'ensemble des données recueillies. Puis nous avons réalisé des analyses non paramétriques grâce à des tests appariés de Wilcoxon.

Par ailleurs, une étude qualitative par des cas cliniques de chaque adolescent de l'étude a été réalisée. Chaque cas clinique reprend l'histoire clinique de l'adolescent, sa prise en charge

au sein du centre et son devenir. Nous avons également ajouté l'analyse qualitative de vécu parental.

Les résultats positifs sont définis par la reprise de la scolarité, ou d'une formation professionnelle.

Les résultats intermédiaires sont caractérisés par une reprise de scolarité incertaine mais en bonne voie.

Les résultats négatifs correspondent à une absence de reprise de scolarité et/ou de formation professionnelle.

4. Résultats

4.1. Population de l'étude

En janvier-février 2018, 12 patients ont passé les 5 auto-questionnaires proposés. En septembre-octobre 2018, 11 adolescents ont accepté de repasser les échelles. Une adolescente a été perdue de vue (Figure 5).

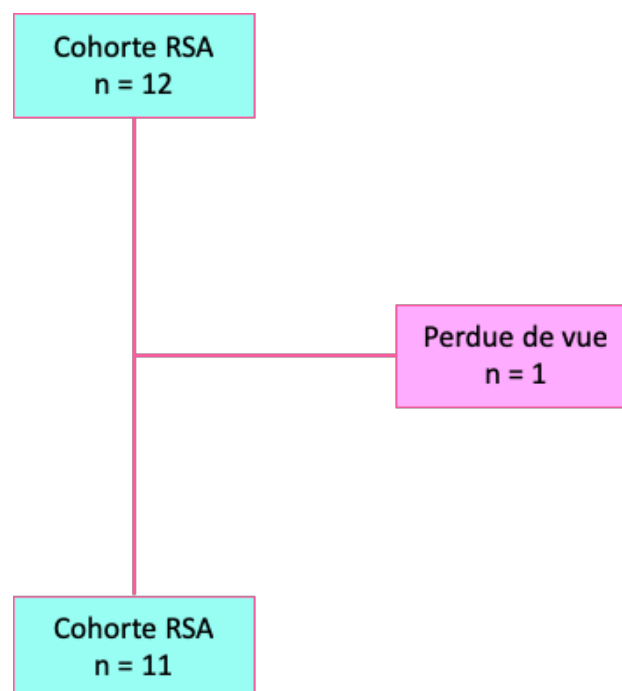


Figure 5 : Diagramme des flux - Population de l'étude

En ce qui concerne le questionnaire de vécu parental 10 parents ont accepté de se déplacer au Centre Oreste pour remplir le questionnaire, seules les mères se sont présentées.

4.2. Données recueillies

Table 1 : Données recueillies

	n	%	Moyenne
Effectif	12		
Données sociodémographiques			
Age	12		15,6 +/- 0,3
Sexe			
Fille	9	75%	
Garçon	3	25%	
Zone d'habitation			
Urbaine	7	58%	
Rurale	5	42%	
Histoire de la maladie			
Age de début des troubles	12		13,6 +/- 0,5
Niveau Scolaire au début des troubles			
6ème	2	17%	
5ème	2	17%	
4ème	3	25%	
3ème	2	17%	
2nde	2	17%	
1ère	1	8%	
Absentéisme	2	17%	
Déscolarisation	10	83%	
Facteur déclenchant	7	58%	
Scolaire	3	43%	
Familial	4	57%	
Prises en charge antérieures du RSA	5	42%	
Age de début de la prise en charge au Centre Ore:	12		15 +/- 0,3
Age de début de prise en charge du RSA	12		14,6 +/- 0,45
Présentation clinique de l'adolescent			
Antécédents psychiatriques/psychologiques	5	42%	
Antécédents somatiques	2	17%	
Pathologie psychiatrique associée	0	0%	
Caractéristiques familiales			
Antécédents psychiatriques dans la famille	6	50%	
Antécédents somatiques dans la famille	5	42%	
Refus scolaire anxieux dans la fratrie	2	17%	
Situation du couple parental			
Unis	4	33%	
Séparés	7	58%	
Isolé	1	8%	
Présence d'un parent au domicile	5	42%	
Enfant unique	0	0%	
Rang dans la fratrie			
Ainé	5	42%	
Cadet	1	8%	
Benjamin	6	50%	
Existence de mesures éducatives	3	25%	
Soins proposés			
Psychothérapie	12	100%	
PEC groupale	12	100%	
Accompagnements	5	42%	
Traitement médicamenteux	7	58%	
Aménagements scolaires	8	67%	
Evolution des patients et de leur scolarité			
Reprise de la scolarité/obtention d'un diplôme	7	58%	
Reprise de la scolarité en bonne voie	1	8%	
Pas de reprise de la scolarité	3	25%	
Perdus de vue	1	8%	

Nous avons recueilli un certain nombre de données anamnestiques : données sociodémographiques, histoire de la maladie, clinique de l'adolescent, caractéristiques familiales. De plus, nous avons recensé les soins proposés aux adolescents ainsi que leur évolution après la prise en charge dans le dispositif (Table 1).

4.2.1. Données sociodémographiques

Dans notre population, le sex-ratio est de 3 filles pour 1 garçon.

L'âge moyen des patients au début de leur prise en charge (tous suivis confondus) est de 14,6 ans \pm 0,45. L'âge de début de prise en charge au Centre Oreste est de 15 ans \pm 0,3. Le patient le plus jeune a 14 ans et le plus âgé a 17 ans. La tranche d'âge de 15 ans est la plus représentée (58,3 %, n=7).

La répartition des patients selon leur tranche d'âge est la suivante (Figure 6) :

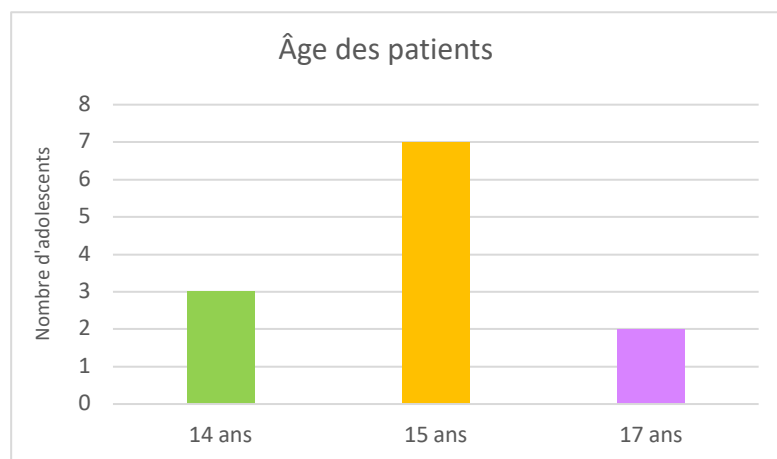


Figure 6 : Répartition du nombre de patients par tranche d'âge.

Dans le groupe, 7 adolescents vivent en zone urbaine (58%) et 5 vivent en zone rurale (42%).

4.2.2. Histoire de la maladie

Dans notre cohorte, la moyenne d'âge de début du trouble est de 13,6 ans \pm 0,5. La majorité des adolescents commence à avoir des difficultés à se rendre en cours à l'âge de 14 ans ou moins (14 ans, n=3 ; 13 ans, n=2 ; 12 ans, n=1 ; et 11 ans, n=2), 3 ont 15 ans au début du RSA

et 1 autre à 16 ans (Figure 7). La déscolarisation ou l'absentéisme survient entre la 6^{ème} et la 1^{ère}.

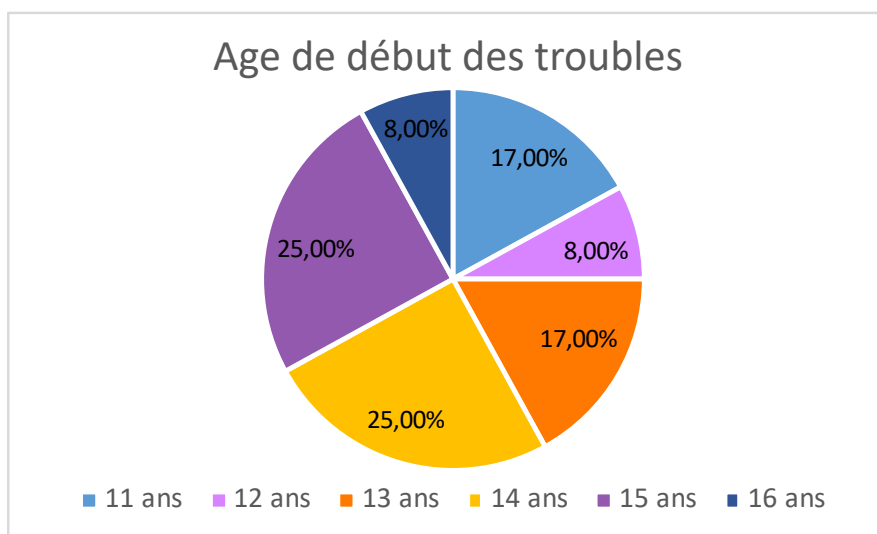


Figure 7 : Répartition des patients selon l'âge de début des troubles

On observe une répartition assez homogène entre les niveaux scolaires au début des troubles. En effet, dans le groupe, deux adolescents commencent à avoir des difficultés en 6^{ème}, deux en 5^{ème}, deux en 3^{ème} et deux en 2^{nde}. Trois sont en 4^{ème} et un en 1^{ère} (Figure 8).

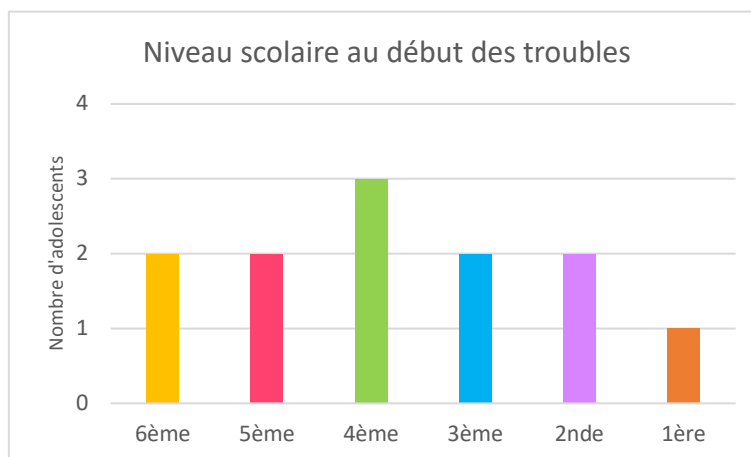


Figure 8 : Niveau scolaire au début des troubles

Dans notre étude, la majorité des adolescents est déscolarisée (n=10), seuls 2 ne présentent qu'un absentéisme.

Il existe dans de nombreux cas un facteur déclenchant (n=7, 58%) qu'il soit familial tel un divorce, un déménagement ou des conflits familiaux (n=4, 57%) ou scolaire qu'il s'agisse de harcèlement scolaire ou de changement d'établissement (n=4, 43%).

Cinq jeunes ont bénéficié d'une prise en charge antérieure dans le cadre de leur refus scolaire anxieux (42%).

L'âge de début de la prise en charge au Centre Oreste est de 15 ans \pm 0,3.

4.2.3. Présentation clinique

Dans notre cohorte, 5 adolescents avaient bénéficié antérieurement d'un suivi psychologique ou psychiatrique dans un contexte différent du RSA (difficultés familiales, épisode dépressif...). Deux présentaient des antécédents somatiques (diabète de type I, rein unique).

Aucun des 12 adolescents ne présentait de pathologie psychiatrique caractérisée.

4.2.4. Caractéristiques familiales

Dans la moitié des cas (n=6), il existait des antécédents psychiatriques chez un membre de la famille au premier degré (syndrome dépressif, trouble anxieux). Dans la famille de 5 adolescents, on relevait des antécédents somatiques chez au moins un des parents (fibromyalgie, lupus érythémateux systémique, maladie de Vidal, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)...).

Il n'y avait que 2 cas de refus scolaire anxieux dans la fratrie des adolescents recrutés.

Dans notre étude, 4 parents étaient en couple, 7 étaient séparés et seulement 1 parent était isolé (Figure 9).

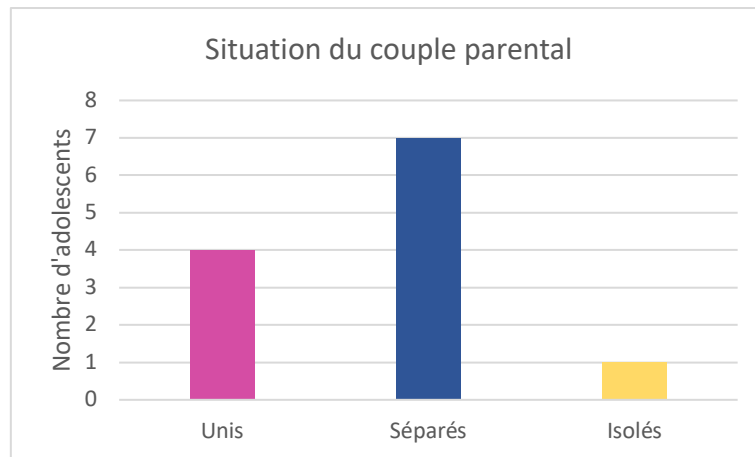


Figure 9 : Situation du couple parental

Dans la famille de 5 adolescents, l'un des parents était au domicile la journée (sans emploi, travail à domicile, arrêt de travail).

Aucun adolescent n'était enfant unique.

En ce qui concerne le rang de naissance dans la fratrie, 5 adolescents étaient les aînés, 1 le cadet et 6 les benjamins (Figure 10).

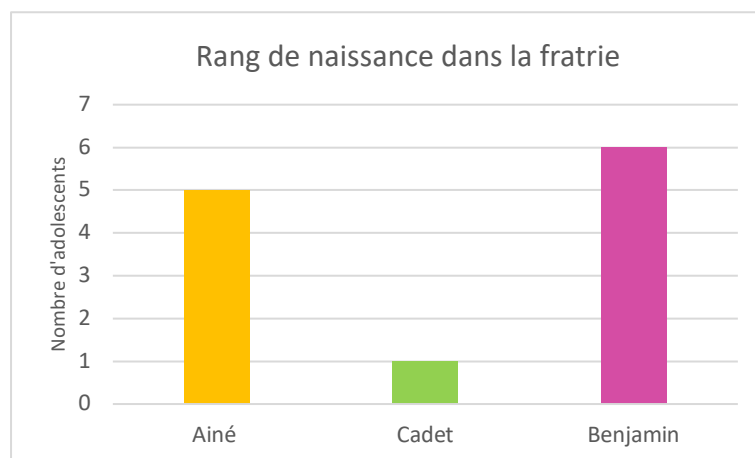


Figure 10 : Répartition selon le rang de naissance dans la fratrie

Trois des 12 familles bénéficiaient de mesures éducatives (Aide Éducative à Domicile (AED), Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO) ou Placement Éducatif A Domicile (PAED)).

4.2.5. Soins proposés

Tous les adolescents (n=12) ont bénéficié d'une prise en charge à la fois individuelle et groupale. Cinq adolescents ont également eu besoin d'accompagnements.

Un traitement médicamenteux par antidépresseur a été prescrit à 7 adolescents.

Huit des adolescents ont eu des aménagements scolaires (PAI, APAD).

4.2.6. Évolution des patients et de leur scolarité

Dans notre cohorte, 7 adolescents ont repris leur scolarité ou ont trouvé une formation (résultat positif), 3 n'ont pas repris de scolarité (résultat négatif) et 1 est en voie de rescolarisation (résultat intermédiaire). Une adolescente a été perdue de vue (Figure 11).

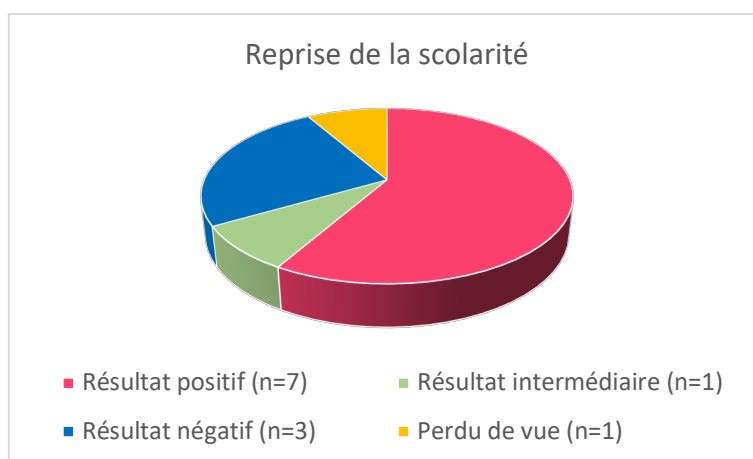


Figure 11 : Reprise de scolarité

4.3. Auto-questionnaires

4.3.1. Analyse descriptive

Les auto-questionnaires proposés aux adolescents évaluaient l'existence de comorbidités (dépression, phobie sociale, anxiété de séparation) mais aussi la qualité de vie et l'estime de soi (Table 2).

	Première passation		Deuxième passation		Evolution
	Nombre d'adolescents	%	Nombre d'adolescents	%	
	12		11		
Episode dépressif (CDI)	12	100%	8	72%	↓
Anxiété de séparation (ADS)	4	33%	4	36%	=
Phobie sociale (LSA-S)	12	100%	10	90%	↓
Qualité de vie faible (VSP-A)	6	50%	3	27%	↓
Estime de soi faible (EMESA)	8	67%	6	54%	↓

Table 2 : Évolution de la symptomatologie clinique évaluée par les auto-questionnaires entre la première et la seconde passation (↓ : diminution des scores, = : pas de variation des scores).

Lors de la première passation, les résultats à l'échelle de dépression (CDI) montraient une dépression chez la totalité des adolescents (n=12). L'échelle d'anxiété de séparation (ADS) révèle une anxiété de séparation pathologique chez 4 adolescents. La LSA-S retrouvait une phobie sociale chez la totalité des jeunes (n=12).

Le score général de l'EMESA qui mesure l'estime de soi montrait une faible estime de soi chez 8 jeunes. La qualité de vie des adolescents évaluée par la VSP-A était faible chez 6 des 12 adolescents.

Lors de la deuxième passation, seuls 11 adolescents sont revenus pour passer les échelles. 8 adolescents présentaient toujours une dépression (CDI) mais 4 ont obtenus des scores montrant une régression du syndrome dépressif. L'ADS montrait une anxiété de séparation importante chez les 4 mêmes adolescents que lors de la première passation. Il existait une phobie sociale (LSA-S) chez 10 adolescents contre 11 lors de la passation précédente. La qualité de vie (VSP-A) augmentait avec seulement 3 adolescents présentant une qualité de vie faible (6 auparavant). De même pour l'estime de soi (EMESA), 6 adolescents conservaient une faible estime de soi contre 8 lors de la première passation (Figure 12).

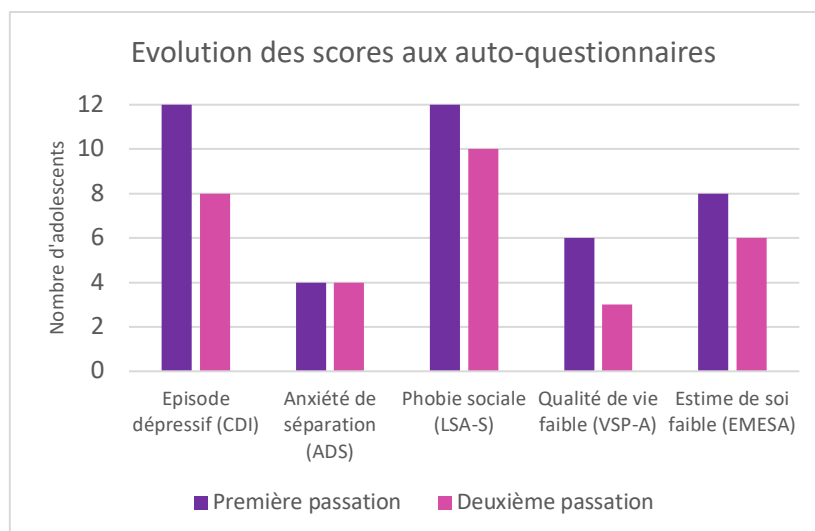


Figure 12 : Évolution, entre les 2 passations, des scores aux auto-questionnaires

4.3.2. Analyses statistiques non paramétriques

Estime de soi :

Les analyses statistiques mettent en évidence une différence significative en ce qui concerne l'estime de soi dans les relations paritaires entre la première et la seconde passation ($p < 0,05$). L'estime de soi avec les pairs est significativement plus importante lors de la seconde passation, après la prise en charge (Figure 13).

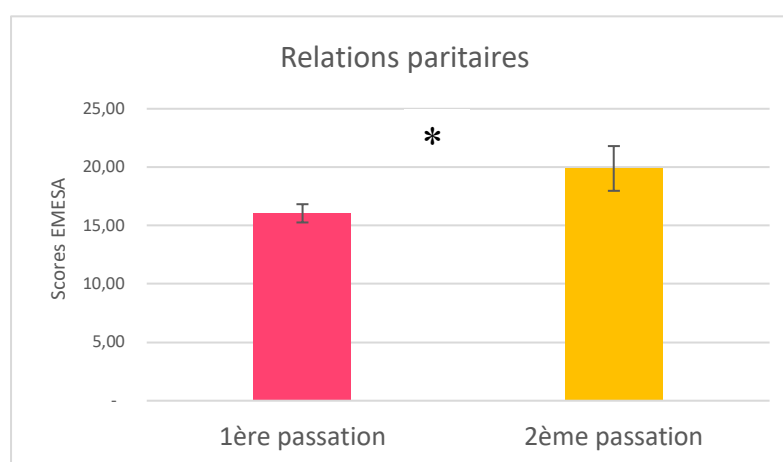


Figure 13 : Variation de l'estime de soi dans les relations paritaires entre les deux passations (* : $p < 0,05$)

Il existe également une différence significative d'estime de soi dans les compétences professionnelles ($p<0,05$). En effet, on relève une meilleure estime de soi dans le domaine professionnel lors de la seconde passation (Figure 14).

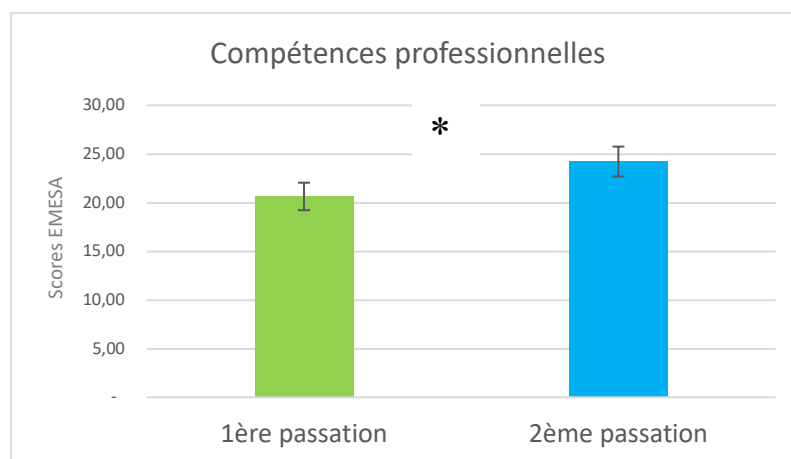


Figure 14 : Variation de l'estime de soi dans les compétences professionnelles entre les deux passations (* : $p<0,05$)

Qualité de vie :

Il existe une différence significative en ce qui concerne la qualité de vie dans le domaine de « l'énergie et la vitalité » ($p<0,05$). En effet, la qualité de vie perçue en termes d'énergie et de vitalité est meilleure après la prise en charge (Figure 15).

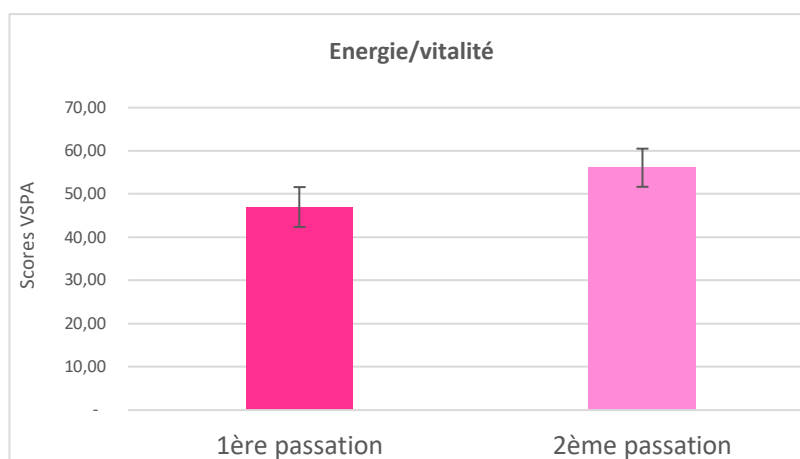


Figure 15 : Variations de la qualité de vie "énergie et vitalité" avant et après la prise en charge (* : $p<0,05$)

De plus, la différence de qualité de vie dans les domaines « bien-être » et « école » entre les 2 passations tend à être significativement meilleure (respectivement $p=0,06$ et $p=0,07$).

D'autres analyses statistiques ont été menées. Elles comparaient les résultats moyens des réponses aux auto-questionnaires (y compris les sous-dimensions) entre la première et la deuxième passation. Il n'existait pas de différence significative entre les scores relevés sur les deux passations en dehors des résultats précédemment décrits.

4.4. Analyse descriptive du questionnaire de vécu parental

« Je souhaite que mon enfant retourne à l'école le plus rapidement possible »

A la proposition « *je souhaite que mon enfant retourne à l'école le plus rapidement possible* », on observe une évolution avant et après la prise en charge. En effet, alors que la majorité des parents abondaient dans ce sens (n=9) avant la prise en charge (1 « *parfois d'accord* » et 0 « *pas d'accord* »), on observe que seuls 3 parents continuent de prioriser le retour scolaire. On assiste à plus d'ambivalence puisque désormais 4 parents ne savent pas se prononcer et 3 personnes déclarent ne plus désirer un retour prématuré (Figure 16).

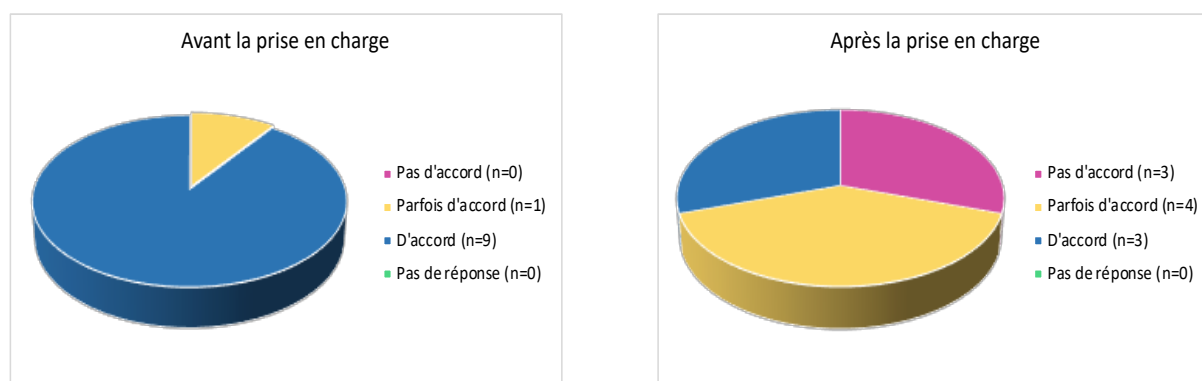


Figure 16 : Répartition des réponses à l'affirmation "je souhaite que mon enfant retourne à l'école le plus rapidement possible" avant et après la prise en charge.

« Les difficultés de mon enfant altèrent les relations avec mon conjoint »

A la proposition « *les difficultés de mon enfant altèrent les relations avec mon conjoint* », on note également une évolution dans les réponses. Avant la prise en charge, sur 10 parents, 3 n'étaient « *pas d'accord* », 2 pouvaient se dire « *parfois d'accord* » et 3 étaient « *d'accord* » (2 ne répondaient pas). Après la prise en charge, on assiste à une évolution vers une indécision : 2 des parents qui se prononçaient comme « *d'accord* » ou « *pas d'accord* » ont pu se dire

« parfois d'accord ». La prise en charge semble faire évoluer les positions des parents (Figure 17).

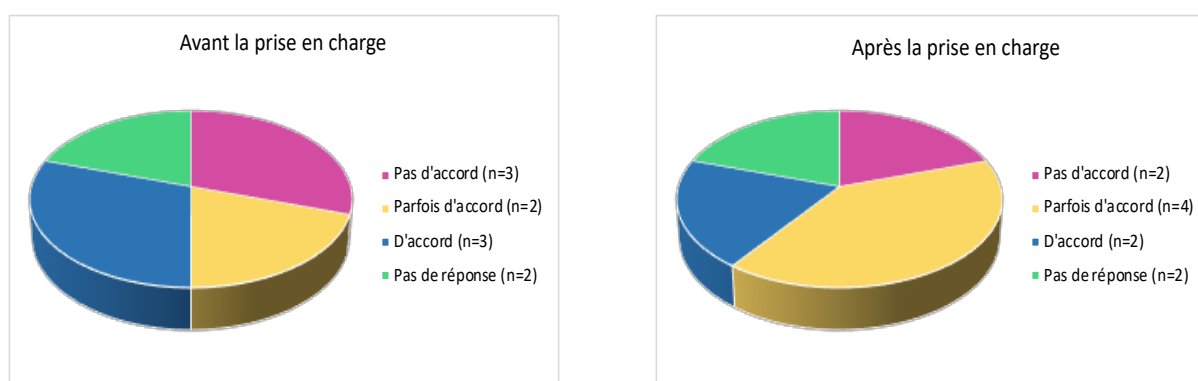


Figure 17 : Répartition des réponses à l'affirmation " les difficultés de mon enfant altèrent les relations avec mon conjoint" avant et après la prise en charge.

« Je pense que le trouble de mon enfant est lié à un traumatisme qu'il a vécu avec des camarades d'école »

A l'affirmation « je pense que le trouble de mon enfant est lié à un traumatisme qu'il a vécu avec des camarades d'école », la majorité des parents dit être « d'accord » (n=6), 2 rapportent ne « pas être d'accord » et 2 disent être « parfois d'accord » avant la prise en charge. On observe peu d'évolution après la prise en charge, seule une des personnes « d'accord » exprime plus de nuance en se disant « parfois d'accord » (Figure 18).

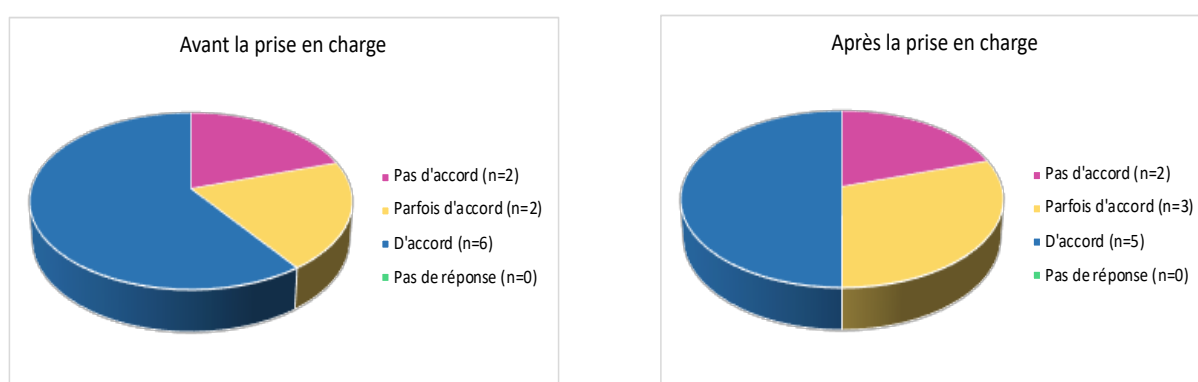


Figure 18 : Répartition des réponses à l'affirmation « Je pense que le trouble de mon enfant est lié à un traumatisme qu'il a vécu avec des camarades d'école » avant et après la prise en charge.

« Le manque de compétence de l'institution scolaire est en grande partie responsable des difficultés de mon enfant »

A la proposition « *le manque de compétence de l'institution scolaire est en grande partie responsable des difficultés de mon enfant* », on n'observe pas de variations des réponses avant et après la prise en charge : 8 parents sont « *d'accord* » et 2 se disent « *parfois d'accord* ». Il n'y a pas eu de changement de position (Figure 19).

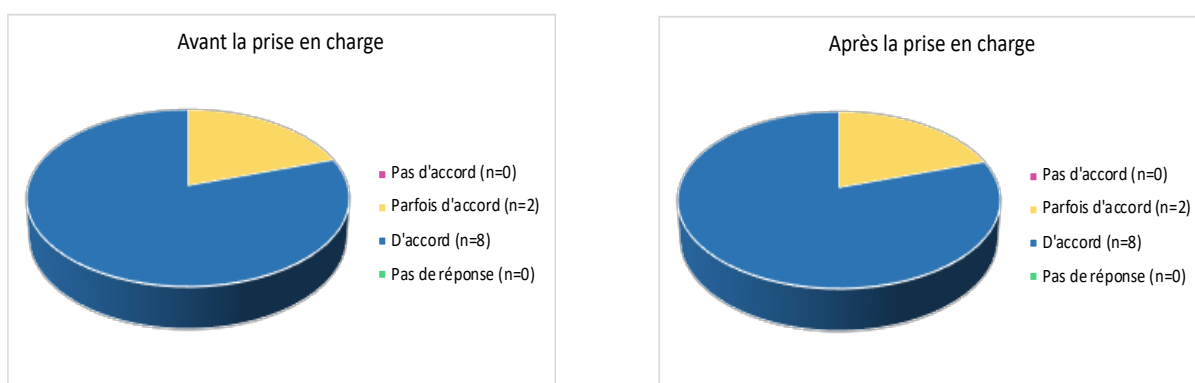


Figure 19 : Répartition des réponses à l'affirmation « le manque de compétence de l'institution scolaire est en grande partie responsable des difficultés de mon enfant » avant et après la prise en charge.

« L'anxiété et la baisse de moral sont probablement à l'origine du trouble de mon enfant »

A l'affirmation, « *l'anxiété et la baisse de moral sont probablement à l'origine du trouble de mon enfant* », il n'y a pas d'évolution dans les réponses avant et après la prise en charge : 2 parents ne sont « *pas d'accord* », 1 est « *parfois d'accord* » et 7 sont « *d'accord* ». La majorité des parents appuie le fait que l'anxiété et le syndrome dépressif ont précédé les difficultés à se rendre en cours (Figure 20).

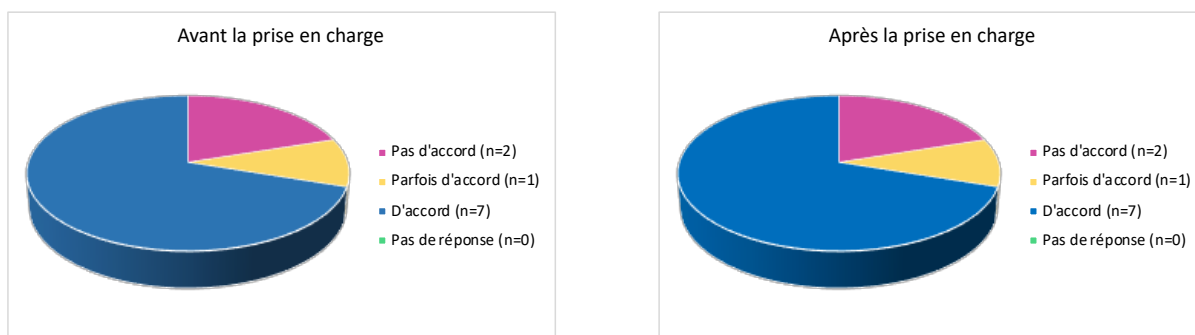


Figure 20 : Répartition des réponses à l'affirmation « l'anxiété et la baisse de moral sont probablement à l'origine du trouble de mon enfant » avant et après la prise en charge.

« Je suis le/la plus à même de trouver la réponse aux difficultés de mon enfant »

A l'affirmation, « *je suis le/la plus à même de trouver la réponse aux difficultés de mon enfant* », il existe un équilibre dans les réponses. Avant la prise en charge, 4 parents sont « d'accord », 4 ne sont « *pas d'accord* », et 2 sont « *parfois d'accord* ». Après la prise en charge, seule une personne semble avoir changé de point de vue mettant se disant cette fois-ci « *pas d'accord* » (Figure 21).

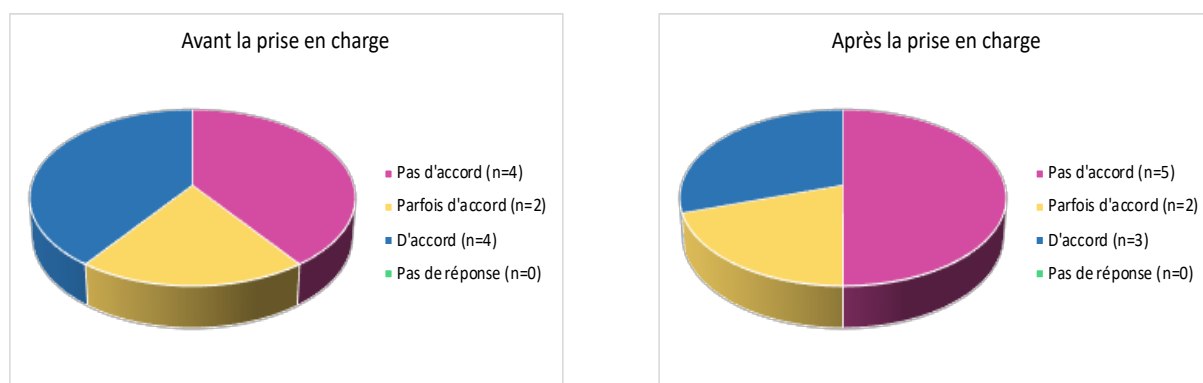


Figure 21 : Répartition des réponses à l'affirmation « *je suis le/la plus à même de trouver la réponse aux difficultés de mon enfant* » avant et après la prise en charge.

5. Cas cliniques

Cas clinique n°1 : L.

L. est une adolescente de 14 ans, adressée au Centre Oreste en novembre 2017, par le CMP de pédopsychiatrie de secteur pour refus scolaire anxieux.

On ne note pas d'antécédents personnels somatiques.

Sur le plan psychiatrique, plusieurs suivis ont été réalisés dans l'enfance. L. a été hospitalisée en Normandie durant 1 mois ½ lors de son année de 6^{ème}, suite au décès de son grand-père dans un contexte de difficultés pour se rendre au collège. Par la suite, elle a bénéficié d'un suivi psychologique 1 fois par semaine au domicile. Celui-ci est arrêté suite à son déménagement en Touraine en 2015 et repris au CMP de pédopsychiatrie de secteur près de Tours. Celui-ci l'adresse, à ses 14 ans, au Centre Oreste.

En ce qui concerne la famille, on note chez sa mère un épisode dépressif caractérisé, pris en charge en 2014 ainsi qu'une BPCO avec emphysème pulmonaire diagnostiquée à la même période. Son père bénéficie d'un traitement dans le cadre d'un trouble anxieux.

L. vivait en Normandie avec sa mère et son frère de 18 ans. En 2015, ils déménagent en Touraine. Les parents de L. sont divorcés depuis 2009. Il existe une notion de violences conjugales avec usage nocif de l'alcool chez le père. Depuis, L. voit peu son père qui est resté vivre en Normandie même si une résidence alternée a été ordonnée par le juge des affaires familiales. Au début de la prise en charge, la mère de L. est sans emploi depuis plusieurs années, suite à un licenciement professionnel dans le cadre de sa BPCO. Son père travaille en intérim.

L. pratique le sport en salle, elle sort peu de chez elle.

Sa scolarité a toujours été compliquée du fait des difficultés dans les interactions sociales avec ses pairs. Jusqu'en 6^{ème}, il n'y a pas de déscolarisation mais plutôt un absentéisme régulier. A son entrée au collège, elle est en difficulté avec ses camarades et commence à s'absenter plus régulièrement. Durant cette période, elle est hospitalisée dans une unité pour adolescents en Normandie. Lors de sa 5^{ème}, elle déménage avec sa famille en Touraine. L. ne se rend alors plus en cours et est complètement déscolarisée.

Elle est reçue au Centre Oreste en septembre 2017 par une psychologue. Lors du premier entretien, sa présentation est peu soignée. Le discours est pauvre et les propos lisses. Elle présente parfois des difficultés à comprendre le sens des questions qui lui sont posées. L. semble avoir peu de centres d'intérêt. Elle verbalise le fait qu'elle n'apprécie pas les jeunes de son âge et peut montrer de l'agressivité à leur encontre. Elle présente une tendance à rendre les autres responsables de ses difficultés. L. met en avant de nombreuses manifestations somatiques avec une anxiété importante. Il n'y a pas d'éléments en faveur d'un épisode dépressif caractérisé.

Elle intègre le dispositif Soins et Études en novembre 2017. Les groupes *Libre-Cours* et *Info-Philo* lui sont alors proposés, de même que le groupe *Espace Travail*. Cette année-là, L. fréquente peu les groupes et se montre globalement peu assidue à la prise en charge (Tableau 1).

Lors de la seconde évaluation, L. est toujours déscolarisée mais investit davantage le suivi et commence à prendre conscience de ses difficultés bien qu'il existe toujours une anxiété avec des attaques de panique. A la rentrée 2018, elle a intégré, de nouveau, le dispositif Soins et Études. Les groupes *Libre-Cours*, *Info-Philo* et *Espace Travail* lui sont de nouveau proposés, de même que de nouveaux groupes (*Espace Ludique* et *Arts Plastiques*). Des accompagnements au Centre Oreste sont également organisés afin de l'aider dans les transports en commun. Elle fréquente désormais, davantage les groupes même si elle vient peu à l'*Espace Travail*. Elle est souvent en retrait mais participe avec les autres et semble investir la prise en charge psychothérapeutique (Tableau 3).

En ce qui concerne les évaluations standardisées, on observe une amélioration des résultats dans plusieurs domaines. L'échelle d'anxiété de séparation (ADS) montre une diminution des scores de 35 à 31 restant toujours au-dessus du seuil d'une anxiété de séparation pathologique. La qualité de vie semble meilleure avec une majoration des scores de 35 à 62 dans la dimension générale, de 63 à 73 en ce qui concerne les relations amicales et de 40 à 66 en ce qui concerne les relations parentales passant ainsi au-dessus des limites d'une bonne qualité de vie pour l'âge.

Il ne semble pas y avoir d'évolution en ce qui concerne l'échelle de dépression dont le score reste stable à 25 témoin de la persistance d'une dépression.

L'estime de soi (EMESA) reste en dessous du seuil d'une faible estime de soi. L'anxiété sociale (LSA-S) semble également majorée, les scores passant de 64 à 100, signant ainsi la persistance d'une phobie sociale qui a tendance à augmenter (Tableau 2).

Les résultats des échelles semblent concorder avec la présentation clinique de L. En effet, en ce qui concerne sa présentation, elle semble plus soignée et plus apprêtée, elle décrit une meilleure qualité de vie. L. présente toujours des difficultés dans les interactions sociales et venir aux groupes lui demande beaucoup d'efforts, son estime d'elle-même est faible. En revanche, la séparation, bien que toujours source d'anxiété, devient moins problématique et L. s'investit dans le suivi individuel à ce sujet. Les éléments dépressifs semblent toujours présents.

Type de prise en charge	Programme de soins proposé	Adhésion de l'adolescent
Psychothérapie	Entretiens psychologiques individuels Groupes Thérapeutiques : Libre-Cours et Info-Philo	Vient régulièrement aux entretiens individuels Peu assidue aux groupes tout au long de l'année
Soutien pédagogique	Groupe Espace Travail	Peu assidue tout au long de l'année
Mesure éducative	Aucune	Aucune

Tableau 1 : Récapitulatif du programme proposé et de l'assiduité aux soins.

	T0	T1	Evolution
CDI	25	25	0
ADS	35	31	+
LSA-S	64	100	-
VSPA	35	62	+
Amis	63	73	+
Parents	40	66	+
EMESA	21	14	-
Relations paritaires	17	10	-

Tableau 2 : Récapitulatif des principaux scores aux différentes échelles (0 : pas d'évolution, + : évolution favorable, - : évolution défavorable), T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

	T0	T0 à T1	T1
Facteurs Psychosociaux	Parents séparés Vit chez sa mère Voit peu son père	Pas de changement	Pas de changement
Scolarité	Déscolarisée	Pas de changement	Pas de changement

Tableau 3 : Récapitulatif de l'évolution des facteurs psychosociaux et de la scolarité, T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

Analyse du questionnaire de vécu parental :

Le questionnaire a été rempli avec la mère de L. On note une évolution dans les réponses avant et après la prise en charge.

Initialement, la mère de L. souhaitait que sa fille retourne le plus rapidement possible au collège, elle reconnaissait accorder plus d'importance à sa scolarité qu'à ses difficultés cliniques. Après la prise en charge, elle verbalise un changement de point de vue et peut dire que le bien-être de sa fille est, à ce jour, prioritaire sur son retour au collège.

Il semble que cette mère ne reconnaissait pas les difficultés de sa fille comme une maladie dont elle n'était pas responsable. La prise en charge dans l'institution lui a permis de mieux appréhender le refus scolaire de sa fille et de le considérer davantage comme telle.

Les conséquences sociales et professionnelles du RSA ont toujours inquiété la mère de L. En revanche le retentissement social et professionnel sur cette mère semble moins important après la prise en charge. Il n'y a jamais eu d'impact sur la relation avec son conjoint.

La mère de L. attribue le trouble de sa fille à un traumatisme qu'elle aurait vécu avec des camarades d'école mais aussi au manque de compétence de l'institution scolaire. L'anxiété et le syndrome dépressif semblent antérieurs à l'absentéisme scolaire.

Le sentiment d'auto-efficacité est plutôt élevé chez la mère de L. qui pense avoir les capacités pour être un bon parent. L'anxiété parentale est faible, elle rapporte se sentir à l'aise dans son rôle de parent.

Cas clinique n°2 : M. :

M. est une jeune fille de 15 ans. Elle a été adressée au Centre Oreste en novembre 2017, par son médecin traitant, dans un contexte d'attaques de panique et de déscolarisation.

On ne note pas d'antécédents particuliers somatiques ou psychiatriques, personnels ou familiaux.

Les parents de M. sont séparés depuis 2014, elle vit en résidence alternée : 1 semaine chez sa mère et 1 semaine chez son père avec répartition par moitié des vacances scolaires. Elle a une sœur de 19 ans actuellement en faculté de psychologie.

Sa mère est assistante commerciale, son père, chef de projet pour un groupe de téléphonie. La relation mère-fille est fusionnelle mais les conflits sont fréquents au domicile, centrés sur son petit-ami et sa déscolarisation. La relation au père est décrite comme plutôt bonne même

s'il semble y avoir un lien affectif moins fort. En ce qui concerne sa sœur, l'entente est variable, M. jugeant que celle-ci a « *un sale caractère* ».

Ses loisirs s'organisent autour du dessin de personnages fantastiques, de jeux-vidéo et de lecture. Son projet serait d'ouvrir une boutique de robes de mariée. Elle rapporte « *ne plus avoir d'amis* » depuis le collège, elle reste en contact avec 2 autres adolescentes rencontrées au Centre Oreste.

En ce qui concerne la scolarité, M. a fait son entrée en maternelle sans difficultés, il n'y a pas eu de problème remarquable, elle avait des amis. En primaire, elle dit avoir subi des moqueries du fait de sa grande taille, on l'appelait « *la girafe* », les relations avec ses pairs pouvaient être compliquées mais elle avait quelques amis et était une très bonne élève. L'entrée au collège a été marquée par une année de 6^{ème} difficile où M. a peiné à créer du lien avec ses pairs. En revanche, en 5^{ème}, sa nouvelle classe lui a permis de se faire ses premières amies. En 4^{ème}, la classe a été divisée et M. s'est vue séparée de celles-ci, ce qu'elle a mal vécu. C'est à cette période qu'ont débuté les absences, à hauteur d'une par semaine, parfois durant 2-3 jours. M. décrit sa classe de 3^{ème} comme « *encore pire* », elle se sentait en grand décalage par rapport aux autres élèves. M. a tout de même tenté de réduire ses absences à un maximum de 1 jour par semaine et a eu son brevet. En revanche, lors de son entrée en 2^{nde} Générale, elle a commencé à faire des attaques de panique sans facteur déclenchant retrouvé et ne s'est rendue au lycée que 2 semaines avant d'être totalement déscolarisée.

Au Centre Oreste, M. est reçue par une psychologue et un infirmier. En entretien, elle a une présentation très infantile avec des centres d'intérêts et des souhaits qui peuvent s'apparenter à ceux d'une petite fille (désir de peindre sa maison en rose, avoir une robe de princesse, passion pour les films de Noël et le vernis à ongles). Au domicile, elle peut avoir des comportements tyranniques avec sa mère qui présente des difficultés à s'opposer à sa fille. Le père trouve difficilement sa place au sein de l'alliance mère-fille et progressivement elle a manifesté des attaques de panique, la nuit, chez celui-ci.

On note des éléments de phobie sociale avec des évitements des situations à caractère social, une difficulté à prendre la parole devant un groupe ou à parler à une personne inconnue.

Son refus scolaire se manifeste par des attaques de panique avant de se rendre au lycée et lorsqu'elle se trouve à proximité. Elle présente également des manifestations somatiques à type

de douleurs abdominales, de céphalées et de vomissements. A son arrivée au Centre Oreste, M. est complètement déscolarisée.

Une entrée dans le dispositif Soins et Études a été décidée dès la fin du premier entretien.

Des entretiens, initialement bifocaux, avec une psychologue et un infirmier puis, en association avec l'interne de psychiatrie du service ont été mis en place. M. participait également à 2 groupes du Soins et Études : *Libre-Cours* et *Info-Philo* ainsi qu'au groupe *Espace Travail*. Une prise en charge en sophrologie via le CATTP avait également été mise en place et elle a pu bénéficier d'accompagnements.

M. s'est montrée relativement assidue aux groupes et aux entretiens proposés jusqu'à fin avril 2018. Suite à la mise en place d'un projet de rescolarisation en Bac Pro Mode, un accompagnement aux portes ouvertes dans son nouveau lycée a été proposé durant cette période. M. ne s'y est pas rendue et a été perdue de vue par le centre jusqu'au mois d'octobre 2018, moment, où elle a été recontactée puis reçue en entretien médical afin de réintégrer le dispositif (Tableau 4).

Lors de l'entretien, M. a fait part d'une majoration du nombre d'attaques de panique, elle ne souhaitait plus revoir son père et ne sortait plus non accompagnée. Un traitement par FLUOXETINE avait été proposé mais refusé par la mère.

Actuellement, elle redouble et est inscrite en 2nde Générale, un PAI est mis en place mais M. ne se rend toujours pas en cours et a des difficultés à poursuivre le programme de soins (Tableau 6).

D'un point de vue familial, compte-tenu du fait que M. ne souhaitait plus se rendre chez son père, une nouvelle procédure est mise en place afin de rompre la résidence alternée et de lui permettre de n'aller chez son père qu'un week-end sur deux.

En ce qui concerne les évaluations standardisées, sur l'échelle ADS, on observe une diminution des scores, l'anxiété de séparation persiste mais le score s'approche de la limite avec une anxiété de séparation dans les limites de la normale pour l'âge. De plus, on remarque une réduction des scores en ce qui concerne les sous-dimensions « *anxiété de séparation* » pure et « *craintes par rapport à l'éloignement de la famille* ».

Il n'existe pas de variations en ce qui concerne la qualité de vie générale (VSP-A) et l'estime de soi (EMESA) qui restent, toutes deux, « faibles ». Il n'y a, également, pas eu de variation des scores en ce qui concerne l'échelle de dépression (CDI). En effet, on note que l'intensité du syndrome dépressif reste la même.

Les scores de l'échelle LSA-S augmentent également et signent l'existence et la persistance d'une phobie sociale importante (Tableau 5).

Les résultats des auto-questionnaires sont concordants avec la clinique de M. En effet, celle-ci présente toujours un syndrome dépressif, elle continue d'avoir des grandes difficultés dans les interactions sociales et ne vient plus aux groupes thérapeutiques. Actuellement, M. reste au domicile et ne souhaite plus voir son père. Elle est restée très fusionnelle à sa mère. L'anxiété de séparation reste donc forte et l'estime de soi ainsi que la qualité de vie sont faibles.

Type de prise en charge	Programme proposé	Adhésion de l'adolescent
Psychothérapies	Entretiens psychologiques et infirmiers individuels puis psychiatriques (interne) Groupes Thérapeutiques : Libre-Cours et Info-Philo Groupe CATT : Sophrologie Accompagnements	Bonne adhésion jusqu'à fin avril 2018
Soutien pédagogique	Groupe Espace Travail	Bonne adhésion jusqu'à fin avril 2018
Mesure éducative	Aucune	Aucune

Tableau 4 : Récapitulatif du programme proposé et de l'assiduité aux soins.

	T0	T1	Evolution
CDI	29	29	0
ADS	32	26	+
LSA-S	103	120	-
VSPA	46	45	-
EMESA	15	15	0
Compétences scolaires	13	17	+

Tableau 5 : Récapitulatif des principaux scores aux différentes échelles (0 : pas d'évolution, + : évolution favorable, - : évolution défavorable, T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation).

	T0	T0 à T1	T1
Facteurs Psychosociaux	Parents séparés Résidence alternée	Pas de changement	Parents séparés Demande changement de mode de garde : 1 week-end sur 2 et la moitié des vacances scolaires
Scolarité	Descolarisation complète 2nde Générale	Pas de changement	Redouble 2nde Générale Descolarisée

Tableau 6 : Récapitulatif de l'évolution des facteurs psychosociaux et de la scolarité, T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

Analyse questionnaire vécu parental :

Le questionnaire a été rempli avec la mère de M. On ne note pas d'évolution dans les réponses entre avant et après la prise en charge.

En ce qui concerne les attentes de la prise en charge on peut noter une certaine ambivalence. En effet, la mère de M. rapporte vouloir que sa fille retourne à l'école le plus rapidement possible mais dit également que son bien-être est essentiel.

Elle n'a pas eu de doutes quant à la reconnaissance des difficultés de M. en tant que maladie même si son suivi lui a permis de mieux l'appréhender.

Le refus scolaire anxieux de sa fille a un retentissement important sur sa vie professionnelle, sociale ainsi que sur sa vie de couple. Elle est aussi également inquiète des conséquences que peut avoir le RSA sur l'avenir social et professionnel de M.

D'un point de vue étiologique, on observe que la mère de M. attribue ses difficultés à des facteurs externes : traumatisme en lien avec des camarades d'école, manque de compétence de l'institution scolaire. Ces éléments seraient clairement à l'origine de l'anxiété et du syndrome dépressif de M.

On relève un sentiment d'auto-efficacité conservé et une anxiété parentale faible. La mère de M. se sent bien dans son rôle de parent même si elle admet également qu'il est difficile de savoir si elle fait les bons choix pour sa fille et que sa position de mère génère du stress.

Cas clinique n°3 : N. :

N. est une adolescente de 17 ans. Elle a été adressée, en juillet 2017 au Centre Oreste dans les suites d'une hospitalisation dans l'unité pour adolescents de la Clinique Psychiatrique

Universitaire (CPU) de Saint-Cyr-sur-Loire. Il existait alors un conflit intrafamilial associé à un refus scolaire anxieux et un fléchissement thymique.

Dans ses antécédents, on note un suivi psychologique en CM1 pendant 1 an, suite à un conflit avec sa mère générant alors un repli et un isolement chez N. En 2016, elle est de nouveau prise en charge dans un contexte de RSA par une psychologue libérale. Le suivi durera jusqu'au début des consultations au Centre Oreste en juillet 2017. Il est à noter une hospitalisation à la CPU en mai 2016 pour fléchissement thymique dans ce contexte.

Dans les antécédents familiaux, on note une spondylarthrite ankylosante diagnostiquée chez sa mère il y a 25 ans, récemment compliquée d'un syndrome du défilé cervico-brachial. On ne relève d'autres antécédents somatiques ou psychiatriques dans la famille.

N. vit chez ses deux parents. Sa mère est assistante maternelle et son père, fonctionnaire pour la ville de Tours, elle a une sœur de 14 ans. Les relations familiales sont émaillées de conflits notamment entre N. et son père. Son cercle amical est restreint mais elle possède une bonne amie dans son ancien collège.

A l'époque, N. est en Première Bac Pro Gestion Administration. Elle a pour projet professionnel de devenir esthéticienne.

Jusqu'au collège, la scolarité de N. s'est bien déroulée. A son entrée au collège, ses parents rapportent un changement de comportement sans déscolarisation. C'est en première Bac Pro que commence l'absentéisme, initialement en cours de sport, avec une déscolarisation progressive. En fin d'année, N. a cependant validé les matières du BEP, à l'exception du Français et de l'Histoire-Géographie. Ses résultats lui ont permis de passer en Terminale Bac Pro. Dès la rentrée en Terminale, elle n'arrive plus à se rendre au lycée et est totalement déscolarisée.

C'est dans ce contexte qu'elle est adressée au Centre Oreste.

A son arrivée N. est reçue par un pédopsychiatre et une psychologue. Lors de l'entretien, elle se montre inhibée et a des difficultés à parler d'elle. Son humeur est variable selon l'intensité des conflits familiaux. On note un contact en *faux-self*. Ses réactions sont très

difficiles à comprendre pour ses parents : N. est décrite comme un « *tyran domestique* » au domicile, alors qu'elle se montre timide en dehors du cercle familial.

Depuis l'entrée au lycée, N. se scarifie et fait des attaques de panique. Un traitement par FLUOXETINE a été mis en place en novembre 2017, associé à de l'ATARAX. Devant le manque d'efficacité observé par la patiente, le traitement sera arrêté en février 2018.

N. a alors intégré le dispositif Soins et Études. Il lui a alors été proposé des groupes thérapeutiques : *Libre-Cours* et *Info-Philo* associés au groupe *Espace Travail*. Elle a également bénéficié d'accompagnements au lycée en fin d'année scolaire.

Les objectifs de la prise en charge de N. étaient de lui permettre un retour au lycée, de valider les matières manquantes de son BEP ainsi que de se rendre à l'ensemble des épreuves du Baccalauréat de façon à ne pas être exclue du cursus et à pouvoir éventuellement s'y représenter dans le futur.

N. s'est montrée relativement assidue à la prise en charge : elle est retournée au lycée en fin d'année pour les révisions, a validé son BEP et s'est rendue à toutes les épreuves du Baccalauréat de sa filière (Tableau 7).

Désormais, N. ne fait plus partie du dispositif. Elle a débuté un service civique et a pour projet de devenir tatoueuse. Elle a arrêté son suivi psychiatrique et psychologique au Centre Oreste et est désormais prise en charge par l'assistante sociale du centre dans la cadre de ses projets de formation et son intégration sociale (Tableau 9).

En ce qui concerne les évaluations standardisées, les scores de qualité de vie générale (VSP-A) se majorent mais restent en dessous du seuil d'une bonne qualité de vie pour l'âge. Les scores des autres sous-dimensions restent témoins d'une faible qualité de vie.

En revanche, on observe une majoration des scores dans les domaines de la dépression (CDI), d'anxiété sociale (LSA-S). En effet, l'échelle de dépression (CDI) montre une augmentation des scores indiquant la persistance d'une dépression sévère, l'échelle d'anxiété sociale (LSA-S) est également majorée caractérisant le maintien d'une phobie sociale. L'échelle d'estime de soi (EMESA), marque une réduction des scores de 15 à 13 avec une stagnation à 15 dans les relations paritaires. Ces derniers scores varient peu mais vont toujours dans le sens d'une faible estime de soi, en dessous des normes pour l'âge.

L'anxiété de séparation (ADS) semble se majorer mais restent en dessous d'une anxiété de séparation pathologique pour l'âge (Tableau 8).

Ces résultats peuvent paraître surprenants compte-tenu de l'évolution clinique de N. En effet, le score de dépression augmente, de même que ceux en lien avec un anxiété sociale. De plus, la qualité de vie et l'estime de soi restent basses. Néanmoins, alors que N. était déscolarisée, elle a réussi à sortir de son confort pour faire un service civique pendant plusieurs mois. Au moment de la deuxième passation, N. venait de débiter son service civique. Il est probable que celui-ci ait généré beaucoup d'anxiété et ait déstabilisé son humeur déjà fragile. Il serait intéressant de faire un bilan à distance puisque N. a poursuivi son service civique pendant plusieurs mois.

Type de prise en charge	Programme proposé	Adhésion de l'adolescent
Psychothérapie	Entretiens psychiatriques et psychologiques individuels Groupes Thérapeutiques : Libre-Cours et Info-Philo	Bonne assiduité tout au long de l'année
Soutien pédagogique	Groupe Espace Travail Accompagnements scolaires	Retour au lycée pour les révisions de fin d'année. Validation des épreuves du BEP. Présentation à toutes les épreuves du baccalauréat
Mesure éducative	Aucune	Aucune

Tableau 7 : Récapitulatif du programme proposé et de l'assiduité aux soins.

	T0	T1	Evolution
CDI	32	40	-
ADS	19	23	-
LSA-S	95	109	-
VSPA	45	57	+
Amis	60	47	-
Parents	73	67	-
EMESA	15	13	-
Relations paritaires	15	15	0

Tableau 8 : Récapitulatif des principaux scores aux différentes échelles (0 : pas d'évolution, + : évolution favorable, - : évolution défavorable), T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

	T0	T0 à T1	T1
Facteurs Psychosociaux	Conflit intrafamiliaux	Conflits fluctuants	Pas de changement
Scolarité	Descolarisation Première Bac Pro BEP : 2 matières à valider	Présence en cours de fin d'année pour révisions	Service civique en cours BEP validé en totalité

Tableau 9 : Récapitulatif de l'évolution des facteurs psychosociaux et de la scolarité, T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

Analyse du questionnaire de vécu parental :

Le questionnaire a été rempli avec la mère de N. On note une évolution dans les réponses avant et après la prise en charge.

Avant la prise en charge, la mère de N. souhaitait un retour au lycée le plus rapide possible, même si le fait que sa fille aille mieux restait important. Après la prise en charge, le temps que pourrait mettre sa fille à retourner en cours n'était plus aussi primordial, son état clinique devenait prioritaire.

Par ailleurs, initialement, elle ne reconnaissait pas les troubles de sa fille comme une maladie. Le questionnaire montre que la prise en charge l'a aidée à considérer les difficultés de N. comme telle.

Le retentissement professionnel et social que peut générer le RSA a été, dès le départ, au centre des préoccupations de la mère de N. Pour sa part, le RSA de sa fille a eu un impact sur ses capacités de travail, ses activités sociales et les relations avec son conjoint. On note donc des conséquences importantes du trouble de N. sur elle-même et sur sa mère.

La mère de N. attribuait les difficultés de sa fille, en grande partie, à un traumatisme vécu avec ses camarades d'école et, dans une moindre mesure, au manque de compétences de l'institution scolaire. Par ailleurs, elle détermine l'anxiété et le syndrome dépressif comme antérieurs au début du RSA.

En ce qui concerne le sentiment d'auto-efficacité et l'anxiété parentale, on note qu'un nombre important de réponses manifestaient une faible estime de ses capacités et une anxiété forte en lien avec son rôle de mère. On observe, une faible confiance en ses qualités de parent même si elle rapporte avoir toujours eu le sentiment d'être mère et reconnaît avoir les capacités pour être un bon parent. De plus, le questionnaire met en évidence un stress important quand il s'agit des responsabilités qu'implique le fait d'avoir des enfants. Elle est cependant heureuse dans son rôle de parent. `

Cas clinique n°4 : P.

P. est un adolescent de 17 ans, adressé au Centre Oreste en 2017 par le médecin généraliste pour phobie sociale, associée à une symptomatologie somatique.

On ne note pas d'antécédents personnels ou familiaux psychiatriques ou somatiques.

Les parents de P. se sont séparés avant sa naissance. Il n'a pas vu son père jusqu'à ses 3 ans, âge auquel celui-ci renoue des liens. Dès lors P. voit son père 1 week-end sur 2 et 15 jours durant les vacances scolaires d'été. Jusqu'au mois de septembre 2016, il vit donc chez sa mère avec son frère jumeau. Sa sœur aînée de 28 ans a quitté le domicile familial.

A la rentrée scolaire 2016/2017, P. part vivre chez son père afin de se rapprocher de son lycée. Sa mère travaille comme ATSEM en maternelle et son père comme chef de chantier. Celui-ci a une compagne qui a elle-même des enfants, la mère de P. est célibataire.

P. est un amateur de jeux-vidéo (Pokémon, Mario...) et pratique le Jujitsu, son projet professionnel reste flou.

Lors de son arrivée au Centre Oreste, P. est en 2^{nde} Bac Pro Chaudronnerie dans un lycée à Tours. Jusqu'alors, sa scolarité s'était bien déroulée. Pour se rapprocher de son établissement, il a quitté le domicile de sa mère pour aller vivre chez son père. La séparation de sa mère et de son frère jumeau est très difficile à vivre pour P., qui n'arrive pas à s'adapter au lycée et qui commence alors à s'absenter.

Dans ce contexte, il est reçu par un psychiatre au Centre Oreste en avril 2017. Lors de l'entretien, il verbalise sa volonté de retourner chez sa mère et de changer de lycée. Il décrit des attaques de panique lorsqu'il est chez son père, des accès de colères, de pleurs, ainsi que l'apparition de manifestations somatiques. On note également une anxiété importante vis-à-vis de l'échec. P. n'a pas d'objectif et ne se projette pas dans l'avenir. Un traitement par FLUOXETINE est introduit en mai 2017 mais arrêté au bout de 2 mois car il n'en voyait pas la nécessité.

P. réussit à raccrocher difficilement les cours en fin d'année scolaire de 2^{nde}, il change d'établissement scolaire en milieu d'année pour se réorienter en 2^{nde} Bac Pro Tapiserie. De

cette façon, il est dans le même lycée que son frère (filiale différente) et repart vivre chez sa mère.

Il intègre le dispositif Soins et Études à la rentrée 2017/2018, il est alors en 1^{ère} Bac Pro Design. Les groupes *Libre-Cours* et *Info-Philo* lui sont proposés et il s'y montre assidu entre septembre 2017 et juin 2018. L'année scolaire est émaillée d'absences mais P. est soutenu par ses professeurs et les autres élèves de sa classe. Il finit son année de 1^{ère} mais décide ensuite d'arrêter sa scolarité et choisit d'entrer à la mission locale (Tableau 10).

Actuellement, P. se montre peu assidu au suivi psychiatrique au Centre Oreste. Il poursuit son accompagnement à la mission locale dans un but de professionnalisation (Tableau 12).

En ce qui concerne les évaluations standardisées, on assiste à une amélioration dans de nombreux domaines. On observe une disparition du syndrome dépressif avec des scores à l'échelle CDI qui passent de 22 à 12. L'anxiété sociale (LSA-S) diminue mais reste dans les limites d'une phobie sociale. La qualité de vie (VSP-A) semble également s'améliorer tant sur le plan général que sur le plan amical, passant ainsi au-dessus des limites d'une bonne qualité de vie pour l'âge. En revanche, la qualité de vie avec les parents semble diminuer. Les résultats à l'échelle d'estime de soi (EMESA) montrent un passage d'une faible estime de soi générale et dans les relations paritaires à une estime de soi dans les limites de la normale pour l'âge (Tableau 11).

Ces résultats sont cohérents avec la présentation clinique de P. En effet, la symptomatologie dépressive s'est amendée mais il demeure des manifestations anxieuses. Alors qu'il était en grande difficulté chez son père, P. est retourné vivre au domicile de sa mère, ce qui semble avoir amélioré sa qualité de vie générale. Par ailleurs, la régression du syndrome dépressif, la reprise scolaire et l'inscription à la mission locale ont probablement influé son estime de lui puisque celle-ci s'est nettement améliorée.

Type de prise en charge	Programme proposé	Adhésion de l'adolescent
Psychothérapie	Entretiens psychiatriques individuels Groupes Thérapeutiques : Libre-Cours et Info-Philo	Bonne assiduité toute l'année
Soutien pédagogique	Pas de soutien pédagogique au Centre Oreste	-
Mesure éducative	Aucune	Aucune

Tableau 10 : Récapitulatif du programme proposé et de l'assiduité aux soins.

	T0	T1	Evolution
CDI	22	12	+
ADS	22	22	0
LSA-S	86	50	+
VSPA	42	69	+
Amis	46	83	+
Parents	100	93	-
EMESA	16	28	+
Relations paritaires	14	28	+

Tableau 11: Récapitulatif des principaux scores aux différentes échelles (0 : pas d'évolution, + : évolution favorable, - : évolution défavorable), T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

	T0	T0 à T1	T1
Facteurs Psychosociaux	Parents séparés Vit chez son père	Parents séparés Vit chez sa mère	Parents séparés Vit chez sa mère
Scolarité	2nde Bac pro Chaudronnerie Absentéisme	Réorientation dans un nouvel établissement en 2nde Bac Pro Tapisserie puis 1ère Bac Pro Design	Arrêt de la scolarité Mission locale

Tableau 12 : Récapitulatif de l'évolution des facteurs psychosociaux et de la scolarité, T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

Analyse du questionnaire de vécu parental :

Le questionnaire a été rempli avec la mère de P. On note peu d'évolution dans les réponses avant et après la prise en charge.

Initialement, celle-ci souhaitait que son fils retourne le plus rapidement possible au lycée. Après la prise en charge, son positionnement était plus ambivalent, elle priorisait davantage le bien être de son enfant à un retour scolaire précoce.

Pour cette mère, il a toujours été évident que son fils souffre d'une maladie dont il n'est pas responsable. La prise en charge ne semble pas lui avoir apporté davantage d'informations à ce sujet.

Elle a pu se dire très inquiète quant à l'avenir professionnel de son fils, moins, cependant, en ce qui concerne les conséquences de l'absentéisme scolaire sur ses relations sociales. Par ailleurs, elle considère que les difficultés de son enfant n'ont jamais impacté son travail, ses activités sociales ou ses relations avec son conjoint.

Elle attribue les difficultés de P. à un traumatisme que celui-ci aurait vécu avec ses camarades d'école ainsi qu'au manque de compétences de l'institution scolaire. Elle décrit un syndrome dépressif et une anxiété ayant débuté avant les difficultés à se rendre au lycée.

On observe un sentiment d'auto-efficacité très faible chez cette maman qui ne semble pas rassurée quant à ses capacités d'être un bon parent. L'anxiété parentale est moins forte, la mère de P. se sentant à l'aise et heureuse dans son rôle de parent.

Cas clinique n° 5 : C.

C. est une adolescente de 15 ans adressée au Centre Oreste en juin 2017 par la *Maison des Adolescents* pour émétophobie et déscolarisation partielle.

C. a eu un court suivi psychologique en 5^{ème} pour refus scolaire anxieux. Par la suite, elle a travaillé en hypnose, ce qui aurait permis de l'apaiser. Un suivi orthophonique est en place depuis le CE1 pour difficultés d'apprentissage. L'évaluation orthophonique réalisée en 2015 relève une lenteur d'intégration et de traitement de l'information sans retard cognitif apparent.

Il n'y a pas d'antécédents familiaux somatiques ou psychiatriques.

C. vit avec ses deux parents et son frère aîné de 18 ans. Sa mère est formatrice dans une banque, son père est concessionnaire.

Elle aime le cinéma, le sport, la musique et a une passion pour le zoo. Elle souhaite devenir « *soigneur animalier* ».

D'un point de vue scolaire, l'entrée en maternelle s'est bien déroulée. Jusqu'au CP, on ne note pas d'évènement particulier. Les difficultés scolaires débutent en CP et un bilan orthophonique et psychomoteur est réalisé en CE1. Une hypotonie est alors remarquée, C. débute alors une rééducation psychomotrice et un tiers temps est mis en place. Les parents de C. rapportent qu'elle ne s'est jamais sentie à l'aise à l'école, que l'apprentissage des leçons était difficile et qu'elle était en décalage par rapport à ses camarades. Elle manifeste depuis la primaire une anxiété importante. L'entrée au collège se passe bien mais en 5^{ème} débute une émétophobie suite à la vision d'un élève en train de vomir. A la suite de cet épisode, C. fait des attaques de panique avec des pleurs avant de se rendre au collège. Ces éléments la conduisent à une déscolarisation au mois de décembre. Elle démarre alors un suivi avec un psychologue mais des manifestations d'angoisse persistent. Elle consulte par la suite une hypnothérapeute, ce qui semble apaiser son anxiété et lui permet de retourner en cours fin janvier. Début 4^{ème}, elle se rend à la *Maison des Adolescents* en raison de difficultés sociales dans sa classe, à cette époque la scolarité se passe bien. Elle passe en 3^{ème}, sa mère subit une opération en mars, ce qui déclenche de nouvelles angoisses avec une déscolarisation partielle. Le collège aménage son emploi du temps et met en place un temps partiel avec des temps scolaires par demi-journées. Au mois d'avril, elle retourne en classe à temps complet mais rentre manger, chez elle le midi. Elle passe en 2^{nde} où elle commence à être absente et reconsulte à la *Maison des Adolescents*.

C. est alors reçue au Centre Oreste par un psychiatre et une psychologue. En entretien, elle semble inhibée, repliée, elle parle peu et a des difficultés à exprimer son ressenti. On note une lenteur dans les réponses qui peut être attribuée à une forte anxiété. C. est très proche de sa mère avec laquelle elle forme une sorte de « couple mère-fille ». Il existe une angoisse de performance ainsi qu'une anxiété de séparation importante. Elle rapporte également des attaques de panique avant de se rendre au lycée.

C. intègre le programme Soins et Études en décembre 2017. Elle participe aux groupes *Libre-Cours* et *Info-Philo* avec assiduité mais sur un temps court puisqu'elle retourne au lycée avec un PAI en février. En septembre 2018, elle passe en 1^{ère} L avec toujours le projet de travailler avec les animaux. Le suivi au Centre Oreste est actuellement arrêté (Tableau 13 et Tableau 15).

En ce qui concerne les évaluations standardisées, on assiste à une amélioration sur plusieurs échelles. Les scores à la CDI diminuent, même s'ils restent au-dessus du seuil de dépression.

L'anxiété sociale (LSA-S) semble diminuer mais les scores restent en faveur d'une phobie sociale. En ce qui concerne l'estime de soi (EMESA), on assiste à une diminution du score dans la dimension générale qui reste dans la norme pour l'âge mais une amélioration dans la dimension des relations paritaires avec des scores cependant toujours en dessous du seuil d'une faible estime de soi.

Il semble que la qualité de vie (VSP-A) diminue tant dans la dimension générale dans les dimensions des relations sociales et parentales. On observe cependant que l'estime de soi générale reste au-dessus des valeurs d'une bonne qualité de vie pour l'âge. L'échelle d'anxiété de séparation (ADS) montre des scores qui augmentent mais restent en-dessous du seuil d'une anxiété de séparation pathologique pour l'âge (Tableau 14).

Les résultats aux échelles semblent cohérents avec la clinique de C. Le syndrome dépressif a diminué, de même que son anxiété sociale. Le suivi réalisé sur 9 mois n'a probablement pas pu évaluer l'évolution à long terme de l'anxiété sociale qui semblait poursuivre sa régression. La qualité de vie et l'estime de soi semblent également diminuer. On peut cependant constater, qu'hormis la dimension paritaire, toutes les autres sous-échelles restent au-dessus des normes pour l'âge. La qualité de vie et l'estime de soi sont donc toujours bonnes.

Type de prise en charge	Programme proposé	Adhésion de l'adolescent
Psychothérapie	Entretiens psychiatriques individuels Groupes Thérapeutiques : Libre-Cours et Info-Philo	Bonne assiduité jusqu'au retour au lycée
Soutien pédagogique	PAI avec aménagement d'emploi du temps	Bonne adhésion et respect du PAI
Mesure éducative	Aucune	Aucune

Tableau 13 : Récapitulatif du programme proposé et de l'assiduité aux soins.

	T0	T1	Evolution
CDI	20	17	+
ADS	22	23	-
LSA-S	91	75	+
VSPA	64	61	-
Amis	53	43	-
Parents	84	63	-
EMESA	23	22	-
Relations paritaires	20	21	+

Tableau 14 : Récapitulatif des principaux scores aux différentes échelles (0 : pas d'évolution, + : évolution favorable, - : évolution défavorable), T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

	T0	T0 à T1	T1
Facteurs Psychosociaux	Parents en couple, frère à la maison	Pas de changement	Pas de changement
Scolarité	Descolarisation partielle en début de 2 ^{de}	Rescolarisation en février	Scolarisée en 1 ^{ère} L

Tableau 15 : Récapitulatif de l'évolution des facteurs psychosociaux et de la scolarité, T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

Analyse du questionnaire de vécu parental :

Le questionnaire a été rempli avec la mère de C. On note une évolution dans certaines réponses avant et après la prise en charge.

Les attentes quant à la prise en charge ne semblent pas avoir changées. En effet, la mère de C. rapporte avoir toujours privilégié le bien être de sa fille par rapport à un retour scolaire rapide.

Celle-ci reconnaît le trouble de sa fille comme une maladie mais il est plus facile de l'appréhender de cette façon depuis son suivi dans l'institution.

L'avenir professionnel de C. préoccupe beaucoup cette mère. Cependant les conséquences sur la vie sociale de sa fille semblent l'inquiéter davantage depuis que C. est prise en charge au Centre Oreste. Par ailleurs, elle reconnaît que les difficultés de sa fille ont un impact important sur son travail, ses activités sociales et la relation avec son conjoint.

D'un point de vue étiologique, la mère de C. associe le RSA à un traumatisme que sa fille aurait vécu avec des camarades d'école mais aussi au manque de compétence de l'institution scolaire. Elle pense également, que l'anxiété et le syndrome dépressif ont précédé la déscolarisation.

La mère de C. semble avoir un sentiment d'auto-efficacité élevé et une anxiété parentale très faible. Dans le questionnaire, il existe peu de réponses remettant en cause ses capacités de parent ou son rôle dans la vie de sa fille.

Cas clinique n°6 : T.

T. est un adolescent de 15 ans adressé au Centre Oreste en mars 2016, par la CPU, pour conflit intrafamilial et déscolarisation.

Dans ses antécédents, on note un suivi par une psychologue libérale qui s'associera à sa prise en charge au Centre Oreste en juin 2016. En mars 2016, T. a été hospitalisé à la CPU devant un syndrome dépressif et un refus scolaire anxieux. C'est à la suite de cette hospitalisation que sa mère contacte le Centre Oreste.

Il n'y a pas d'antécédents psychiatriques ou somatiques familiaux connus.

Les parents de T. sont séparés depuis mars 2015. Il existe un conflit père/mère très important. T. vit chez sa mère et un mode de résidence alternée est instauré. Il a un frère de 17 ans et une sœur de 12 ans. Il existe un conflit important avec son frère aîné qui peut se montrer violent au domicile. Celui-ci est également suivi par un pédopsychiatre libéral et ira, au cours de la prise en charge, vivre chez son père. Sa mère est pharmacienne, son père est kinésithérapeute.

Devant les difficultés au domicile, une AEMO (Action Éducative en Milieu Ouvert) est mise en place en novembre 2016.

Auparavant, T. pratiquait le rugby et fréquentait des amis mais il s'est progressivement isolé suite aux conflits dans sa famille et s'est réfugié dans les jeux-vidéo et la télévision.

La scolarité de T. s'est bien déroulée jusqu'en 4^{ème}, en décembre 2014, date à laquelle débutent les conflits familiaux. Un PAI avec aménagement d'emploi du temps et des cours d'APAD sont alors mis en place, ce qui permet à T. de retourner en cours jusqu'à la fin de l'année. En 3^{ème}, on note un absentéisme important, un PAI avec de l'APAD au Centre Oreste sont de nouveau mis en place en fin d'année 2016. La question d'un redoublement se pose alors. T. et sa mère souhaitent davantage un passage en 2^{nde} générale alors que son père préférerait un redoublement. Finalement, T. passe en 2^{nde} dans son établissement de rattachement. Au lycée, il est bon élève mais commence à s'absenter après les vacances de la Toussaint suite à un conflit avec son père à propos de la mise en place d'une garde libre. Par la suite, il y a une rupture de contact de plusieurs mois entre T. et son père. Un PAI avec aménagement d'emploi du temps est de nouveau mis en place après les vacances de Noël mais il ne va plus en cours à partir de février 2017. Un traitement par FLUOXETINE est introduit en mars 2017. L'AEMO mise en place en 2016 est renouvelée en 2017 et se pose la question d'un internat pour T., ce qu'il refuse. En fin d'année un redoublement est décidé, contre l'avis de T. Sa mère souhaite un changement de lycée, ce à quoi le père s'oppose. Pendant les vacances T. participe aux groupes d'été et arrête le traitement faute d'amélioration clinique franche constatée, il redouble sa 2^{nde} générale dans un nouvel établissement et intègre à la rentrée 2017/2018, le dispositif Soins et Études.

A son arrivée au Centre Oreste, il est reçu par un psychiatre. En entretien, T. est fuyant il évite le regard. Il est très angoissé et replié. Dans son discours, il reste focalisé sur les difficultés générées par son frère et les conflits entre ses parents. T. fait preuve d'une bonne élaboration et verbalise un conflit de loyauté notamment en lien avec la mise en place d'une garde libre. Les relations avec son père sont compliquées, il ne se sent pas compris dans ses difficultés. Par ailleurs, il existe une angoisse de séparation importante et des éléments de phobie sociale. T. présente des douleurs abdominales et des vomissements avant de se rendre au collège. Le suivi se poursuivra 1 an avant qu'il n'accepte d'intégrer le dispositif Soins et Études.

Les groupes *Libre-Cours* et *Info-Philo* sont proposés et T. s'y montre relativement assidu. Durant sa prise en charge, il continue d'aller au lycée mais retourne dans son établissement de rattachement en cours d'année, à sa demande et à celle de son père. Un PAI est mis en place mais la poursuite des cours est compliquée notamment après les vacances de Noël. Le juge des affaires familiales ordonne alors la scolarisation en internat, ce que T. accepte. Il est ainsi très présent en cours, termine sa 2^{nde} avec une meilleure moyenne et passe en 1^{ère} ES. Les conflits parentaux persistent mais T. a renoué avec son père avec lequel il entretient de meilleures

relations. La rentrée en 1^{ère} ES se fait en internat, les notes sont bonnes et il n'y a pas d'absentéisme. A Noël 2018, T. souhaite arrêter l'internat. Il est alors décidé un hébergement chez son père à partir du mois de janvier 2019. Actuellement, T. vit chez son père la scolarité se poursuit sans grande difficulté (Tableau 16 et Tableau 18).

En ce qui concerne le suivi, T. ne va plus aux groupes. Cliniquement, il est plus ouvert et plus apaisé, moins dans l'évitement. Il a arrêté son suivi libéral et poursuit sa prise en charge individuelle au Centre Oreste.

En ce qui concerne les évaluations standardisées, on observe une amélioration des résultats dans plusieurs domaines. Les scores de l'échelle CDI passent en dessous du seuil de dépression. Ceux de l'échelle d'anxiété de séparation (ADS) diminuent et montrent donc une anxiété de séparation dans les limites de la normale pour l'âge. Les scores à l'échelle d'anxiété sociale (LSA-S) se minorent mais restent dans les limites d'une phobie sociale. Les scores à l'échelle de qualité de vie (VSP-A) sont stables en ce qui concerne la dimension générale, les relations paritaires semblent meilleures soit, au-dessus du seuil d'une bonne qualité de vie. En revanche, les relations avec les parents paraissent moins bonnes mais restent dans la norme pour l'âge. Les scores à l'échelle d'estime de soi (EMESA) diminuent dans la dimension générale sous le seuil d'une faible estime de soi, ils augmentent cependant en ce qui concerne les relations paritaires même s'ils restent témoins d'une faible estime de soi dans ce type de relations (Tableau 17).

Les résultats des échelles semblent cohérents avec la présentation clinique de T. En effet, son humeur est stable, il n'y a pas de syndrome dépressif, on ne relève pas d'anxiété de séparation, la qualité de vie est bonne. Au moment de la passation des auto-questionnaires, T. a repris les cours depuis 2 mois, il est en internat, ce qui le met en difficulté même s'il arrive à poursuivre sa scolarité. Pour cette raison, il ne semble pas surprenant que l'estime de soi soit encore fragile et que l'anxiété sociale reste présente même si celle-ci tend à régresser.

Type de prise en charge	Programme proposé	Adhésion de l'adolescent
Psychothérapie	Entretiens psychiatriques individuels Groupes Thérapeutiques : Libre-Cours et Info-Philo	Bonne assiduité jusqu'au retour au lycée
Soutien pédagogique	PAI avec aménagement d'emploi du temps	Bonne adhésion et respect du PAI
Mesure éducative	AEMO	AEMO

Tableau 16 : Récapitulatif du programme proposé et de l'assiduité aux soins.

	T0	T1	Evolution
CDI	14	13	+
ADS	19	10	+
LSA-S	75	53	+
VSPA	68	68	0
Amis	70	73	+
Parents	80	76	-
EMESA	25	18	-
Relations paritaires	19	20	+

Tableau 17 : Récapitulatif des principaux scores aux différentes échelles (0 : pas d'évolution, + : évolution favorable, - : évolution défavorable), T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

	T0	T0 à T1	T1
Facteurs Psychosociaux	Parents séparés Conflits père/mère Conflits avec le père	Parents séparés Conflits père/mère Rupture avec le père	Parents séparés Diminution des conflits père/mère Vit chez son père, bonnes relations
Scolarité	Déscolarisation partielle en 4ème	Absentéisme important en 3ème et en 2nde	Rescolarisation fin de la deuxième 2nde et en première ES en internat. Actuellement externe

Tableau 18 : Récapitulatif de l'évolution des facteurs psychosociaux et de la scolarité, T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

Analyse du questionnaire de vécu parental :

Le questionnaire a été rempli avec la mère de T. On ne note pas d'évolution dans les réponses avant et après la prise en charge.

La mère de T. rapporte avoir toujours préféré une rescolarisation rapide même si le bien être de son fils semble important.

Pour cette mère, il a toujours été évident que son fils souffre d'une maladie. Elle reste ambivalente sur le rôle de l'institution dans sa façon de considérer cette maladie.

La mère de T. rapporte être très inquiète quant aux conséquences que peut avoir le RSA sur la vie sociale et professionnelle de son fils. Elle reconnaît avoir également été impactée socialement et professionnellement par les difficultés de T.

Elle n'associe pas le RSA à un traumatisme qu'il aurait pu vivre avec des camarades mais plus au manque de compétence de l'institution scolaire. Elle ne peut pas définir si l'anxiété et le syndrome dépressif ont précédé ou succédé à l'apparition de la déscolarisation.

Le sentiment d'auto-efficacité est bon chez cette maman. En revanche l'anxiété parentale est très faible. La mère de T. ne semble pas être mise en difficulté dans son rôle de parent.

Cas clinique n°7 : Li.

Li. est une adolescente de 15 ans adressée au Centre Oreste en septembre 2017, par son médecin traitant, pour déscolarisation et syndrome dépressif avec scarifications.

Li. souffre d'un diabète de type I insulino-dépendant depuis l'âge de 5 ans.

En CM2, elle entreprend un suivi psychiatrique au CMP de Chinon. Cette prise en charge sera arrêtée en 2013 puis reprise en 2015 avant de faire un relai de suivi au Centre Oreste. Li. a également été hospitalisée à la CPU en novembre 2015. Il est à noter des antécédents de tentatives de suicide.

Dans ses antécédents familiaux, on note une fibromyalgie chez la mère depuis 14 ans.

Li. vit chez ses 2 parents. Elle est l'aînée d'une fratrie de 3 enfants : 2 frères de 14 ans et 7 ans. Li. a aussi une demi-sœur de 25 ans d'une précédente union du père. La mère de Li. est mère au foyer depuis 2011, auparavant, elle travaillait comme commerciale, son père est chauffeur routier.

Li. fait de la peinture, elle a un petit ami depuis plusieurs mois.

La scolarité de Li. s'est bien déroulée jusqu'en grande section de maternelle, époque à laquelle un diabète de type I est diagnostiqué. Dès lors, Li. rapporte des moqueries venant de ses camarades d'école allant du harcèlement verbal, moral à des attaques physiques et du harcèlement sexuel en classe de CM2. Elle change alors d'établissement pour un collège privé en 6^{ème}. De nouveau la cible de harcèlement, elle est déscolarisée et suit une instruction en famille par le CNED jusqu'en 4^{ème}. Il est à noter, durant cette période, un épisode de manipulation volontaire de sa pompe à insuline ayant déclenché une crise d'épilepsie à la suite de laquelle elle a été hospitalisée à la CPU en 2015. Elle tente de réintégrer son collège en 4^{ème} puis un autre collège privé en 3^{ème}. Débutent alors des angoisses importantes avec une anxiété anticipatoire intense avant de se rendre en cours. Elle quitte donc le collège et retourne faire l'école à domicile jusqu'en 2017 où elle est adressée au Centre Oreste.

A son arrivée, Li. est reçue par un pédopsychiatre. En entretien, elle est très discrète, semble mal à l'aise. Elle présente des éléments de phobie sociale et de trouble panique avec agoraphobie. Elle est totalement déscolarisée et il existe une anxiété anticipatoire à l'idée de retourner au collège. Un traitement par SERTRALINE est rapidement introduit.

Li. intègre le dispositif Soins et Études. Elle participe avec assiduité aux groupes *Libre-Cours* et *Info-Philo* même s'il existe une appréhension avant de s'y rendre. Elle s'intègre bien au groupe d'adolescents. Elle bénéficie également du groupe *Espace Travail* et d'accompagnements au collège (Tableau 19).

Progressivement, elle recommence à sortir avec des amis, va dans les magasins. Elle se met en contact avec le CIO et s'oriente par la suite vers un CAP Coiffure avec organisations de cours à distance et des stages. Cliniquement, Li. a changé d'apparence, elle s'affirme davantage, les éléments de phobie sociale et d'agoraphobie sont moins présents.

Actuellement, Li. a arrêté les groupes, elle est inscrite en CAP coiffure où elle a de bonnes notes. Elle poursuit son suivi individuel et est accompagnée par l'assistante sociale du centre dans le cadre de son projet professionnel. Le traitement par SETRALINE est toujours en cours (Tableau 21).

En ce qui concerne les évaluations standardisées, on observe une amélioration en ce qui concerne l'anxiété sociale (LSA-S) même si les scores indiquent le maintien d'une phobie sociale importante. L'estime de soi (EMESA) semble être meilleure tant dans les scores généraux que dans les scores en lien avec les relations paritaires. Cependant, ces derniers restent en dessous du seuil d'une faible estime de soi.

En revanche, l'échelle de dépression (CDI) montre une augmentation des scores allant dans le sens de la persistance d'une dépression sévère. L'échelle d'anxiété de séparation (ADS) montre des scores toujours en faveur d'une anxiété de séparation pathologique. La qualité de vie (VSP-A) semble moins bonne avec des scores généraux et dans les relations amicales qui diminuent. Il existe une stagnation en ce qui concerne les relations avec les parents. Cependant, à l'exception des loisirs, les sous-dimensions de l'EMESA témoignent toutes d'une bonne estime de soi pour l'âge (Tableau 20).

Les résultats de Li. aux échelles paraissent faibles. Il faut cependant considérer qu'à son arrivée, elle présentait une symptomatologie clinique sévère, était déscolarisée depuis de nombreuses années et avait peu de contacts avec ses pairs. Le fait qu'elle puisse entreprendre et poursuivre un CAP Coiffure montre une progression importante. Au moment de la passation des échelles, Li. avait commencé son CAP depuis peu. L'anxiété générée par la nouveauté de sa situation peut expliquer le peu d'évolution de son humeur et de son anxiété de séparation. L'anxiété sociale est un paramètre qui évolue lentement mais montre une tendance à régresser. La qualité de vie reste bonne. Compte tenu de la persistance d'une forte anxiété et du maintien d'un syndrome dépressif, il n'est pas surprenant que l'estime de soi augmente lentement.

Type de prise en charge	Programme proposé	Adhésion de l'adolescent
Psychothérapie	Entretiens psychiatriques individuels Groupes Thérapeutiques : Libre-Cours et Info-Philo	Bonne assiduité, bonne intégration au groupe
Soutien pédagogique	Espace Travail Accompagnements au collège	Bonne assiduité au groupe, se rend au collège
Mesure éducative	Aucune	Aucune

Tableau 19 : Récapitulatif du programme proposé et de l'assiduité aux soins.

	T0	T1	Evolution
CDI	33	35	-
ADS	32	34	-
LSA-S	132	119	+
VSPA	64	60	-
Amis	70	50	-
Parents	83	83	0
EMESA	11	13	+
Relations paritaires	12	16	+

Tableau 20 : Récapitulatif des principaux scores aux différentes échelles (0 : pas d'évolution, + : évolution favorable, - : évolution défavorable), T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

	T0	T0 à T1	T1
Facteurs Psychosociaux	Parents en couple	Pas de changement	Pas de changement
Scolarité	Cours à domicile depuis la 6ème	Rescolarisation en 3ème	CAP Coiffure

Tableau 21 : Récapitulatif de l'évolution des facteurs psychosociaux et de la scolarité, T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

Analyse du questionnaire de vécu parental :

Le questionnaire a été rempli avec la mère de Li. On note une évolution dans certaines des réponses avant et après la prise en charge.

Initialement, la mère de Li. souhaitait que sa fille retourne le plus rapidement possible au collège. En fin de prise en charge, elle préférerait prendre le temps pour que sa fille aille mieux. Il a toujours été évident pour cette maman que Li. souffrait d'une maladie. Le suivi au Centre Oreste a, en partie, permis de mieux l'appréhender.

Le retentissement social du RSA est un élément qui inquiète beaucoup la mère de Li., de même que son avenir professionnel. En fin de prise en charge, Li. était inscrite en CAP Coiffure et les inquiétudes de la maman quant à son devenir professionnel ont régressé.

Avant la prise en charge, la maman se disait très impactée par les difficultés de sa fille sur les plans social, professionnel et dans sa vie de couple. En revanche, en fin de prise en charge, le retentissement sur les activités sociales et les relations avec son conjoint était moins

important. Professionnellement, les difficultés restaient les mêmes puisque la mère de Li. avait arrêté de travailler pour donner les cours à domicile à ses enfants.

La mère de Li. attribue naturellement les difficultés de sa fille au harcèlement qu'elle a vécu dans la petite enfance avec ses camarades. Elle pointe également le manque de compétences de l'institution scolaire. L'anxiété et le syndrome dépressif étaient présents avant le refus scolaire anxieux.

On note un sentiment d'auto-efficacité faible chez cette maman qui doute sur les choix qu'elle a fait et des réponses qu'elle apporte aux difficultés de son enfant.

Il existe également une anxiété parentale forte et même si elle se sent prête à « *tout faire* » pour Li., elle peut dire se sentir dépasser dans son rôle de parent.

Cas clinique n°8 : A.

A. est une adolescente de 14 ans, adressée au Centre Oreste, le 15 novembre 2017, par son médecin traitant dans le cadre d'une déscolarisation depuis 2 mois, associée à une anxiété majeure.

A. vit chez sa mère, ses parents sont divorcés depuis 2013. Son père n'habite pas la région, elle le voit 1 week-end sur 2 et la moitié des vacances scolaires. Elle a 3 sœurs qui ne vivent plus à la maison, de 28, 24 et 21 ans ainsi qu'une demi-sœur du côté paternel, âgée de 1 an. L'aînée avait également connue des difficultés pour se rendre au lycée, mais celle-ci n'avait pas été déscolarisée.

La mère est atteinte d'un lupus érythémateux systémique ainsi que d'un syndrome de Vidal et d'une fibromyalgie, ce qui génère, chez A., de grandes angoisses. Elle l'accompagne, d'ailleurs, à tous ses rendez-vous médicaux. Par ailleurs, il existe aussi chez la mère, une dépression actuellement prise en charge. Celle-ci ne travaille donc pas, le père tient un restaurant avec sa nouvelle épouse.

A. aime écouter la musique et a une meilleure amie. Son projet serait de devenir professeure des écoles.

La scolarité s'est bien déroulée dans la petite enfance, et ce, jusqu'en CM1. A cette époque, les parents d'A. divorcent et elle déménage avec sa mère. Durant cette période, elle a eu des difficultés à se rendre en classe manquant souvent les lundis. Une prise en charge par micro-kiné avait alors été mise en place. L'entrée en 6^{ème} s'est bien passée et la scolarité au collège s'est déroulée sans particularités. En revanche, lors de son entrée en 2^{nde}, elle a trouvé le lycée trop grand et trop nouveau, elle a rapporté ne pas avoir réussi à y faire de nouvelles connaissances et ne s'y est rendue que 3 jours au mois de septembre. Par la suite, elle n'y est plus retournée.

En entretien, A. se décrit comme timide de nature. Elle est très inquiète pour sa mère et ses problèmes de santé, ce qui justifie le fait qu'elle souhaite rester au domicile. Il existe une colère forte à l'encontre du père qu'elle estime voir peu en raison de son travail au restaurant. Durant toute la durée de la prise en charge elle refuse que ses thérapeutes puissent le rencontrer.

A. présente des attaques de panique avant de se rendre au lycée. Celles-ci ont débuté le premier jour de son entrée en 2^{nde}. Il existe également des manifestations somatiques : tremblements, nausées.

Une entrée dans le dispositif Soins et Études est décidée. Le programme de soins comprenait une prise en charge bifocale avec un infirmier et un psychiatre, une participation aux groupes *Libre-Cours* et *Info-Philo* et *Espace Travail* avec une aide en Français. Une aide par l'APAD a été mise en place dans l'objectif d'une rescolarisation progressive. Le groupe parents a également été proposé.

A. a été assidue jusqu'en février 2018 mais rapidement, elle s'est montrée réfractaire aux soins n'y voyant pas d'intérêt, « *ça sert à rien* ». Progressivement, sa mère s'est également positionnée contre les soins créant un clivage important entre A. et les soignants. Elle a participé aux groupes jusqu'au mois de février avec une attitude d'opposition manifeste. Un projet de rescolarisation au Lycée Agricole a été proposé mais elle a refusé le redoublement de sa 2^{nde} et était opposée à l'idée de retourner au lycée. Elle n'a pas souhaité participer aux cours particuliers proposés au lycée. Par la suite, A. a refusé de revenir au Centre (groupes ou entretiens individuels). (Tableau 22)

Cependant, lors de la seconde dévaluation, elle a pu rapporter un retour au lycée depuis la rentrée 2018 (Tableau 24).

Il n'y a pas eu de modifications au niveau de la structure familiale, les relations avec le père sont restées conflictuelles et même si l'état de santé de la mère d'A. est meilleur, la jeune fille continue de s'inquiéter pour elle.

En ce qui concerne les évaluations standardisées, on note une nette amélioration des scores dans presque tous les domaines. En effet, l'échelle de dépression (CDI) passe en dessous du seuil de dépression. L'anxiété sociale (LSA-S) se minore également, passant ainsi en dessous du seuil de phobie sociale. Du point de vue de la qualité de vie (VSP-A), les scores témoignant initialement d'une faible qualité de vie, augmentent et signent une qualité de vie dans les limites de la normale pour l'âge. L'échelle d'estime de soi (EMESA), montre une amélioration des résultats dans la quasi-totalité des dimensions au-delà de la limite d'une estime de soi normale pour l'âge, à l'exception des relations paritaires. Les scores à l'échelle ADS diminuent également, en dessous du seuil d'anxiété de séparation pathologique pour l'âge (Tableau 23).

Les résultats d'A. semblent cohérents avec sa présentation clinique. Même si elle a montré de l'opposition pendant sa prise en charge et a souhaité arrêter son suivi, elle a repris une scolarité. Lors de la deuxième passation A. ne montrait pas de signes en faveur d'un épisode dépressif, elle semblait détendue. Nous observons ce phénomène dans les auto-questionnaires avec une disparition du syndrome dépressif, de l'anxiété de séparation. L'estime de soi s'est améliorée et la qualité de vie semble bonne, ce que A. verbalise lors de notre rencontre. L'anxiété sociale, paramètre d'évolution lente, reste toujours présente mais est en régression.

Type de prise en charge	Programme proposé	Adhésion de l'adolescent
Psychothérapie	Entretiens psychiatriques et infirmiers individuels Groupes Thérapeutiques : Libre-Cours et Info-Philo Groupe parents	Assez bonne assiduité jusqu'en février
Soutien pédagogique	Groupe Espace Travail Aide Pédagogique à Domicile (APAD)	Assez bonne assiduité jusqu'en février
Mesure éducative	Aucune	Aucune

Tableau 22 : Récapitulatif du programme proposé et de l'assiduité aux soins.

	T0	T1	Evolution
CDI	16	9	+
ADS	24	14	+
LSA-S	32	27	+
VSPA	43	64	+
Amis	40	50	+
EMESA	18	28	+
Relations paritaires	35	31	-

Tableau 23 : Récapitulatif des principaux scores aux différentes échelles (0 : pas d'évolution, + : évolution favorable, - : évolution défavorable), T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

	T0	T0 à T1	T1
Facteurs Psychosociaux	Parents divorcés Conflits avec le père	Pas de changement	Pas de changement
Scolarité	Descolarisation complète 2nde Générale	Pas de changement	Rescolarisation

Tableau 24 : Récapitulatif de l'évolution des facteurs psychosociaux et de la scolarité, T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

Analyse questionnaire de vécu parental :

Le questionnaire a été rempli avec la mère d'A. On note une évolution dans les réponses avant et après la prise en charge.

La mère d'A. rapporte avoir toujours voulu que sa fille retourne en cours le plus rapidement possible même si celle-ci ne se sentait pas mieux. Au fur et à mesure de la prise en charge, est apparue une ambivalence puisque même si elle souhaitait que sa fille retourne au lycée, elle priorisait son bien-être.

Elle relate avoir toujours reconnu que sa fille présentait une maladie. La prise en charge ne semble pas avoir modifié sa vision du trouble.

La mère d'A. se dit très inquiète quant à l'avenir professionnel et social de sa fille. En ce qui la concerne, elle repère un retentissement du RSA sur ses activités sociales. En revanche, il n'a pas été possible d'évaluer le retentissement professionnel puisque celle-ci est mère au foyer. De même, elle n'a pas souhaité répondre à la question portant sur la vie de couple, n'ayant pas de conjoint au moment du questionnaire.

D'un point de vue étiologique, le RSA est attribué au manque de compétences de l'institution scolaire et à un syndrome anxio-dépressif préexistant. La mère d'A. ne met pas en lien le mal-être de sa fille avec un éventuel conflit avec des camarades d'école.

On peut noter un bon sentiment d'auto efficacité et une faible anxiété parentale. La mère d'A. se sent bien dans son rôle de parent et paraît avoir peu de doutes sur ses capacités à répondre à ses besoins. Elle reconnaît cependant être souvent stressée par le comportement de sa fille.

Cas clinique n°9 : Al.

Al. est un adolescent de 14 ans adressé par la *Maison des Adolescents* en novembre 2016, au Centre Oreste, pour difficultés à se rendre au collège associées à une anxiété importante avec isolement et idées noires.

Al. n'a jamais eu de suivi psychiatrique auparavant. Il a été pris en charge par une orthophoniste durant 3 ans, alors qu'il était en primaire, dans un contexte de troubles des apprentissages encore mal étiquetés.

Dans ses antécédents somatiques, on note l'existence d'un rein unique congénital.

Il n'y a pas d'antécédents familiaux somatiques ou psychiatriques connus.

Les parents d'Al. sont divorcés depuis 2011. Il vit chez sa mère, conseillère en relations sociales à la SNCF de Tours. Il a 1 sœur de 12 ans avec laquelle il n'entretient pas de bonnes relations et qui est placée en internat SNCF suite à un trouble des conduites et à des conflits répétés avec sa mère. Son père est agent SNCF et vit en Thaïlande, depuis le mois de septembre 2016, avec sa nouvelle compagne et leur fille de 4 ans. Celui-ci fait les allers-retours régulièrement. La garde se faisait initialement, sur un mode de résidence alternée et a été modifiée avec une garde la moitié des vacances scolaires. Celui-ci reviendra en France, en novembre 2017 et reprendra contact avec Al. et sa sœur.

Al. a fait 7 ans de BMX et aime jouer aux jeux-vidéo. Il a pour projet de travailler dans l'informatique et plus particulièrement dans la programmation.

Une aide éducative à domicile (AED) était déjà mise en place lors de son adressage au Centre Oreste. Celle-ci a été reconduite tous les ans avec l'objectif de travailler la distanciation mère-fils. Le placement en internat de sa sœur a été maintenu. A ce jour l'AED est toujours en place et sera réévaluée courant 2019.

Du point de vue de la scolarité, Al. n'a pas montré de grandes difficultés jusqu'en 4^{ème}. On note un redoublement en CM2 en lien avec son trouble des apprentissages. En 4^{ème} générale, il a éprouvé des difficultés en lien avec une probable dyslexie. Il a, par la suite, intégré une 3^{ème} Prépa Pro dans un nouvel établissement scolaire où il est déscolarisé dès le mois de septembre 2016.

Dans ce contexte, il est reçu au Centre Oreste par un pédopsychiatre. En entretien, Al. semble ralenti, peu motivé et montre un air désabusé. Sa présentation est négligée, son discours pauvre. On note une anxiété de performance importante. Il a des idées suicidaires scénarisées par lésions auto-infligées par un couteau. Au domicile, il reste enfermé dans sa chambre. Il existe des troubles du sommeil pour lesquels un traitement par MELATONINE a été mis en place par le médecin traitant. A son arrivée au centre, la MELATONINE est arrêtée au profit de l'ATARAX.

Il intègre alors le dispositif Soins et Études. Il participe aux groupes *Info-Philo* et *Libre-Cours* et bénéficie d'accompagnements au collège par un infirmier. Al. est peu assidu et fréquente peu les groupes.

Durant son suivi, Al. est hospitalisé à deux reprises dans l'unité pour adolescents de la CPU. La première avait été organisée en avril 2017 à la demande du psychiatre pour repli au domicile. En fin d'hospitalisation, on constate une amélioration clinique mais une nouvelle hospitalisation est organisée en novembre 2017 pour refus scolaire anxieux avec isolement et repli sur la télévision et les jeux-vidéo. Un traitement par FLUOXETINE est alors introduit. Traitement qu'Alexis a arrêté de sa propre initiative quelques mois plus tard. A cette période, Al. est inscrit en 2^{nde} Bac Pro MELEC (Métiers de l'Électricité et de ses Environnements Connectés), un PAI est mis en place puis une Action de Remobilisation à Temps Plein (ARTP), est finalement organisée. Alexis fréquente peu l'établissement scolaire mais bénéficie toujours d'accompagnements qui lui permettent de rester en contact, même irrégulier avec l'établissement.

A la rentrée 2018, il est inscrit en Bac Pro Étude et Définition des Produits Industriels dans un nouveau lycée.

Durant tout son suivi, Al. se montre peu présent dans les groupes et aux rendez-vous médicaux. En mars 2018, un placement en foyer a été envisagé devant l'isolement d'Al. et son manque d'assiduité aux soins. A la suite de l'annonce de ce projet, Al. s'est réinvesti dans le suivi. En fin d'année scolaire, des groupes d'été lui ont été proposés auxquels il s'est présenté de façon aléatoire (Tableau 25).

A la rentrée scolaire 2018, les accompagnements sont poursuivis mais Al. continue d'être peu présent dans le suivi médical et aux groupes thérapeutiques. Il est scolarisé dans un nouvel établissement, a suivi sa scolarité jusqu'aux vacances de la Toussaint puis a de nouveau été déscolarisé. A ce jour, devant son manque d'adhésion au programme de soins, une sortie du dispositif a été décidée (Tableau 27).

En ce qui concerne les évaluations standardisées, on note une amélioration des scores des échelles de dépression (CDI) et d'estime de soi (EMESA). En effet, l'échelle de dépression reste à la limite du seuil de dépression et l'échelle d'estime de soi (EMESA) passe au-dessus de la limite désignant ainsi une bonne estime de soi. L'anxiété sociale (LSA-S) se majore, les scores augmentent et restent dans les limites d'une phobie sociale.

Du point de vue de la qualité de vie (VSP-A) il existe une diminution des scores dans de nombreux domaines : score général, relations paritaires, et relation aux parents. Cependant, la plupart des résultats des sous-dimensions témoignent d'une bonne qualité de vie. L'échelle d'anxiété de séparation (ADS) montre une augmentation des scores qui restent toujours en dessous du seuil d'anxiété de séparation pathologique (Tableau 26).

Les résultats d'Al. aux échelles peuvent s'expliquer par l'évolution de son parcours. En effet, il est désormais déscolarisé et n'envisage pas de retourner au lycée puisqu'il a 16 ans. Dans ce contexte, les scores en faveur d'un syndrome dépressif diminuent. En revanche, on peut observer que le repli au domicile ne favorise pas l'amélioration de l'anxiété de séparation et de l'anxiété sociale. La qualité de vie semble impactée puisqu'elle diminue, surtout dans les relations paritaires, de même que l'estime de soi.

Type de prise en charge	Programme proposé	Adhésion de l'adolescent
Psychothérapie	Entretiens psychiatriques individuels Accompagnements infirmiers Groupes Thérapeutiques : Libre-Cours et Info-Philo Groupes d'été	Assiduité fluctuante de septembre 2016 à juillet 2018 Faible assiduité aux groupes d'été
Soutien pédagogique	ARTP	Majoration de la fréquentation des cours Validation incomplète des stages
Mesure éducative	AED antérieure au suivi reconduite jusqu'en 2019	Bonne adhésion et bonnes relations avec les éducateurs

Tableau 25 : Récapitulatif du programme proposé et de l'assiduité aux soins.

	T0	T1	Evolution
CDI	15	14	+
ADS	4	12	-
LSA-S	65	71	-
VSPA	62	60	-
Amis	76	40	-
Parents	90	83	-
EMESA	17	28	+
Relations paritaires	31	21	-

Tableau 26 : Récapitulatif des principaux scores aux différentes échelles (0 : pas d'évolution, + : évolution favorable, - : évolution défavorable), T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

	T0	T0 à T1	T1
Facteurs Psychosociaux	Parents divorcés Père en Thaïlande Garde 1 week-end sur 2 et la moitié des vacances scolaires, non assurée	Retour du père en France en novembre 2017 Reprise de contact avec Alexis et sa sœur	Parents divorcés Père en France Maintien de la garde mais visites aléatoires
Scolarité	Absentéisme dès la 4ème	Absentéisme Aménagement ARTP Validation incomplète des stages	Déscolarisation

Tableau 27 : Récapitulatif de l'évolution des facteurs psychosociaux et de la scolarité, T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

Questionnaire de vécu parental :

La mère d'Al. n'a pas souhaité venir au centre pour passer le questionnaire.

Cas clinique n°10 : J.

J. est une adolescente de 15 ans adressée au Centre Oreste en novembre 2017, par un psychiatre du CMP de l'Orne, dans un contexte de difficultés de socialisation avec trouble du comportement.

Dans ses antécédents, on note une hospitalisation début 2017, en pédiatrie à Dreux, pour un épisode dépressif caractérisé. Un traitement par SERTRALINE et ALPRAZOLAM avait été alors mis en place. En juin 2017, elle est de nouveau hospitalisée, dans une unité pour adolescents à Alençon pendant 3 semaines pour le même motif. A cette époque, J. se scarifie et il existe une part importante de somatisation dans ses manifestations cliniques. Une thérapie familiale au CMP avait été débutée en 2015.

Les parents de J. sont séparés depuis 2006, ils vivent dans l'Orne. Initialement son père la voyait un week-end par mois, puis J. a dénoncé des maltraitances physiques et n'a plus souhaité le revoir. Elle vit donc chez sa mère avec sa demi-sœur de 7 ans, et son demi-frère de 2 ans. Elle a également une sœur de 13 ans qui vit chez leur père. Sont aussi nés, d'une précédente union, un demi-frère de 22 ans qui fait ses études de sociologie à Tours et une demi-sœur de 20 ans. Sa mère est éducatrice spécialisée en reconversion professionnelle et son père est électricien chez EDF.

Le souhait de J. est de devenir chanteuse.

En septembre 2017, J. part vivre à Tours, chez son demi-frère, en accord avec sa mère, pour s'éloigner géographiquement de son père. Il bénéficie d'une délégation de l'autorité parentale.

D'un point de vue scolaire, la maternelle s'est bien déroulée. En revanche, à l'entrée en CP, J. s'est trouvée en difficulté avec ses pairs : elle rapporte s'être fait « *marcher dessus* », avoir eu peur. Jusqu'en fin de primaire, la scolarité se déroule sans particularité mais en CM2 elle change d'établissement suite à des coups qu'elle aurait donnés à un camarade. En 6^{ème}, certains élèves l'appelaient « *l'indienne* » du fait de son métissage, elle rapporte s'être sentie complexée et isolée. La 4^{ème} et la 3^{ème} sont émaillées de harcèlement scolaire suite auquel elle est hospitalisée. Elle change de collègue en milieu de 3^{ème} mais va peu en cours, elle ne se rend

pas aux épreuves du brevet mais le valide tout de même avec mention assez bien. En 2nde option musique (piano) à Tours, elle explique avoir été agressée à la sortie du lycée, ce qui lui aurait rappelé les violences de son père subies par le passé et aurait généré un absentéisme total 15 jours après la rentrée.

Elle est reçue au Centre Oreste en novembre 2017 par un pédopsychiatre et un infirmier. J. présente alors une symptomatologie assez bruyante et polymorphes, avec des éléments phobiques, dépressifs, des idées suicidaires, une agoraphobie avec des attaques de panique associés à des troubles du sommeil avec des cauchemars répétitifs où elle voit son père la menacer. Le traitement par SERTRALINE et ALPRAZOLAM avait été arrêté par le médecin traitant avant la consultation. A cette époque, J. ne peut sortir qu'en compagnie de son frère ou des amis de celui-ci.

Elle entre alors dans le dispositif Soins et Études. Des groupes thérapeutiques lui sont proposés : *Libre-Cours* et *Info-Philo*. Le groupe *Espace Travail* lui est également recommandé, de même que des cours d'APAD au Centre Oreste. Initialement, J. s'est montrée assidue, puis sa participation s'est réduite. En janvier 2018, une hospitalisation dans l'unité pour adolescents de la CPU s'avère nécessaire devant des idées suicidaires obsédantes. A la suite de cette hospitalisation, le traitement par SERTRALINE est repris et un changement de lycée est décidé avec la mise en place d'un PAI mais elle ne réussira pas à s'y rendre (Tableau 28).

En fin de prise en charge, J. se montre de moins en moins authentique, de plus en plus labile et fuyante et prise dans une relation en *faux-self*. Elle reste de plus en plus souvent chez sa mère, jusqu'au 25 avril 2018 où elle annonce son retour définitif dans l'Orne. Elle quitte alors le Centre Oreste avec un traitement par SERTRALINE et THERALENE.

A ce jour, J. n'est pas scolarisée dans un établissement, elle suit une scolarité via un CNED complet (Tableau 30).

En ce qui concerne les évaluations standardisées, on observe une amélioration des scores dans plusieurs échelles notamment l'échelle de dépression (CDI) même s'ils indiquent la persistance d'une dépression. L'échelle d'anxiété sociale (LSA-S) montre une réduction des scores importante de 107 à 34 témoignant d'une diminution nette de sa phobie sociale.

En revanche, on assiste à une altération des résultats en ce qui concerne les autres échelles. L'échelle d'anxiété de séparation (ADS) montre une majoration des scores indiquant la persistance d'une anxiété de séparation pathologique. Cependant, la dimension « anxiété de séparation » pure semble diminuer. La qualité de vie (VSP-A) semble, également, se minorer dans les scores généraux et dans les relations amicales passant au-dessus du seuil de faible qualité de vie. L'échelle d'estime de soi (EMESA) montre également une réduction des scores en ce qui concerne le score général mais une amélioration de l'estime de soi dans les relations paritaires passant d'une estime de soi faible à une estime de soi dans les limites de la normale pour l'âge (Tableau 29).

Les résultats de J. sont en adéquation avec sa présentation clinique. En faisant le choix d'un CNED complet, elle se met à distance de ses angoisses en lien avec le lycée. Ainsi, le syndrome dépressif commence à régresser. Cependant, l'anxiété de séparation se majore et la qualité de vie régresse, de même que l'estime de soi générale. La décision d'une scolarité à domicile ne permet pas d'amélioration dans ces domaines. L'anxiété sociale semble diminuer de manière importante et lors de notre rencontre, J. se disait plus à l'aise avec les autres. Cependant, la qualité de vie en ce qui concerne la relation avec les amis chute de manière importante en dessous du seuil pour l'âge. Pour sa part, l'estime de soi dans les relations paritaires augmente. On peut supposer que les réponses à l'échelle LSA-S sont peu authentiques ou alors surestimées compte tenu du fait que J. semble assez isolée au domicile.

Type de prise en charge	Programme proposé	Adhésion de l'adolescent
Psychothérapie	Entretiens psychiatriques et infirmiers individuels Groupes Thérapeutiques : Libre-Cours et Info-Philo	Bonne assiduité en début d'année puis diminution de la participation
Soutien pédagogique	Groupe Espace Travail Cours au Centre Oreste (APAD) PAI	Bonne assiduité en début d'année puis diminution de la participation
Mesure éducative	Aucune	Aucune

Tableau 28 : Récapitulatif du programme proposé et de l'assiduité aux soins.

	T0	T1	Evolution
CDI	23	19	+
ADS	29	31	-
LSA-S	107	34	+
VSPA	76	55	-
Amis	80	30	-
EMESA	20	15	-
Relations paritaires	14	29	+

Tableau 29 : Récapitulatif des principaux scores aux différentes échelles (0 : pas d'évolution, + : évolution favorable, - : évolution défavorable), T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

	T0	T0 à T1	T1
Facteurs Psychosociaux	Parents divorcés Conflits avec le père	Pas de changement	Pas de changement
Scolarité	Déscolarisation complète 2nde Générale	Pas de changement	CNED complet

Tableau 30 : Récapitulatif de l'évolution des facteurs psychosociaux et de la scolarité, T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

Analyse du questionnaire de vécu parental :

Le questionnaire a été rempli avec la mère de J. On note une évolution dans les réponses avant et après la prise en charge.

On observe notamment, un changement des attentes en ce qui concerne la prise en charge. Initialement, la mère de J. souhaitait que sa fille retourne le plus rapidement possible en cours et prenait peu en compte la façon dont celle-ci se sentait. En fin de prise en charge, on constate l'inverse et la mère rapporte que le plus important est le bien être de sa fille.

La mère de J. relate avoir toujours considéré les difficultés de sa fille comme une maladie mais dit mieux l'appréhender depuis sa prise en charge dans l'institution.

Il existe une inquiétude quant à l'impact du RSA sur l'avenir professionnel et social de J. Ses difficultés semblent avoir influé sur les capacités de travail de sa mère. En revanche, il n'y a pas eu de retentissement sur ses activités sociales. Initialement, les relations avec le conjoint ont pu être impactées mais après la prise en charge, la mère a vu cette situation s'améliorer.

Cette maman considère le harcèlement dont J. a été victime comme pouvant être à l'origine du RSA, de même que le manque de compétences de l'institution scolaire. Celui-ci aurait généré une anxiété importante et un syndrome dépressif responsables du RSA.

Le questionnaire montre également un sentiment d'auto-efficacité bas chez la mère de J. mais l'anxiété parentale est faible : la confiance dans son rôle de parent est conservée mais pas en sa capacité à faire les bons choix pour sa fille.

Cas clinique n°11 : Cl.

Cl. est une adolescente de 15 ans adressée au Centre Oreste par la *Maison Des Adolescents* en décembre 2016. Elle y avait été orientée par l'infirmière scolaire pour refus de retourner en cours et idées suicidaires.

On ne note pas d'antécédents psychiatriques ou somatiques chez Cl. Un suivi orthophonique avait été mis en place à l'âge de 3-4 ans pour difficultés d'articulation et de déglutition.

Cl. vit chez ses parents avec son frère de 3 ans, sa sœur de 5 ans et son autre sœur, âgée de 11 ans avec qui elle partage sa chambre. Sa mère et son père sont sous-traitants chez SKF dans un emploi protégé. La grand-mère maternelle est très présente et habite non loin de chez eux. Il existe un suivi éducatif par AED (Aide Éducatives à Domicile). Au cours de la prise en charge, en 2017, une demande de Placement Éducatif A Domicile (PAED) est réalisée et reconduite 9 mois jusqu'en 2018. Allison, sa sœur, est alors placée en dehors de la famille. Rose est suivie au CAMPS pour des troubles du comportement. Durant toute la durée du suivi, Cl. vit chez sa grand-mère avec sa tante.

Cl. a fait de la gymnastique pendant plusieurs années mais a arrêté récemment car elle n'aimait pas la compétition.

Cl. est restée de la maternelle à la 5^{ème} dans le même établissement privé où elle redouble sa 6^{ème}. On note la mise en place d'un soutien scolaire en CP pour difficultés d'apprentissage de la lecture et des mathématiques. En 4^{ème}, elle change d'établissement pour un collège public en raison d'un absentéisme important mais elle s'y rend peu. En cours de 4^{ème}, elle retourne

dans son ancien collège mais elle se sent isolée et commence à s'absenter de nouveau : d'abord le lundi puis les autres jours. En 3^{ème}, elle change, une nouvelle fois d'établissement pour retourner dans l'enseignement public où elle sera totalement déscolarisée.

Au Centre Oreste, elle est reçue par un pédopsychiatre. En entretien, elle se montre timide, inhibée, et ne prend pas la parole. Les parents décrivent une jeune fille isolée, mal à l'aise dans son corps avec peu d'amis. Cliniquement, on note une inversion du cycle nycthémeral et des angoisses importantes associées à des douleurs abdominales, des céphalées et des nausées avant de se rendre au collège. Les parents rapportent un conflit avec le père car Cl. serait née d'un adultère de la mère.

Elle intègre le dispositif Soins et Études et participe aux groupes *Libre-Cours* et *Info-Philo*. Initialement, l'objectif était un retour progressif au collège avec mise en place d'un PAI pour aménagement d'emploi du temps avec des cours d'APAD. Cl. ne réussit pas à retourner au collège mais suit les cours d'APAD. Un projet de MFR (Maisons Familiales Rurales) en internat est ensuite proposé mais échoue faute de possibilités d'accompagnement. Cl. se montre peu assidue aux groupes et peu présente en entretiens individuels. En revanche, elle semble s'investir avec l'APAD (Tableau 31).

A la rentrée 2018, Cl. demande à arrêter les soins. Par la suite, elle n'est plus revenue au Centre Oreste et a été perdue de vue (Tableau 33).

Il n'y a donc pas de 2^{ème} passation des questionnaires. Lors de la première passation, on pouvait observer, un score élevé à la CDI marquant ainsi une dépression sévère. L'échelle d'anxiété de séparation ne montrait pas d'éléments en faveur d'une anxiété de séparation pathologique. L'échelle d'anxiété sociale (LSA-S) indiquait une phobie sociale importante. Les scores à la VSP-A montraient une bonne qualité de vie, à l'exception des relations parentales. En revanche, l'estime de soi (EMESA) semblait faible avec des scores bien en dessous des limites pour l'âge dans toutes les sous-dimensions (Tableau 32).

Type de prise en charge	Programme proposé	Adhésion de l'adolescent
Psychothérapie	Entretiens psychiatriques individuels Groupes Thérapeutiques : Libre-Cours et Info-Philo	Faible assiduité tout au long de l'année
Soutien pédagogique	PAI APAD	Pas de fréquentation du collège Bonne assiduité : va aux cours d'APAD et fait ses devoirs
Mesure éducative	AED puis PAED	Bonne adhésion au suivi éducatif

Tableau 31 : Récapitulatif du programme proposé et de l'assiduité aux soins.

	T0
CDI	27
ADS	19
RCMAS	23
Mensonges	3
LSA-S	90
VSPA	65
Amis	66
Parents	56
EMESA	15
Relations paritaires	12

Tableau 32 : Récapitulatif des principaux scores aux différentes échelles (0 : pas d'évolution, + : évolution favorable, - : évolution défavorable), T0 = temps initial.

	T0	T0 à T1	T1
Facteurs Psychosociaux	Conflits avec le père	Pas de changement	Perdue de vue
Scolarité	Déscolarisation en 3ème	Assiduité aux cours de l'APAD	Perdue de vue

Tableau 33 : Récapitulatif de l'évolution des facteurs psychosociaux et de la scolarité, T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

Cas clinique n°12 : E.

E. est une adolescente de 15 ans adressée au Centre Oreste en mai 2017, par les Urgences de l'hôpital pédiatrique, pour refus scolaire anxieux et attaques de panique.

Dans ses antécédents personnels, on note un suivi psychologique dans l'enfance et un suivi de 1 an au collège avec un pédopsychiatre dans un contexte de refus scolaire anxieux. Elle change ensuite de pédopsychiatre mais arrête le suivi au bout de quelques mois. En 2017, elle voit une psychologue avec qui elle travaille en TCC pendant 1 mois.

D'un point de vue familial, sa sœur a été hospitalisée pendant 2 mois dans une clinique psychiatrique pour un épisode dépressif caractérisé 3 ans auparavant.

Les parents d'E. sont séparés depuis 2012. Elle vit chez sa mère avec sa sœur de 19 ans. Elle a également une autre sœur de 22 ans, en 3^{ème} année à la faculté de Droit. Ses 2 sœurs auraient été testées à haut potentiel intellectuel. On relève, chez la cadette, un épisode de déscolarisation de 1 an en CP où elle a fait l'école à la maison. Sa mère possède un cabinet de médecine chinoise et son père est employé de banque à Lyon.

E. aime le dessin, le piano et la guitare.

En ce qui concerne sa scolarité, l'entrée en maternelle s'est déroulée sans particularités. En primaire, elle saute le CE1 et jusqu'en 5^{ème}, on ne note pas de difficultés. En 5^{ème}, débute un refus scolaire anxieux avec une déscolarisation et des cours à domicile. Elle change d'établissement en 4^{ème} et un PAI est mis en place. Cependant, E. ne se rend pas au collège et fait, de nouveau, les cours à domicile. Elle redouble sa 4^{ème} dans un autre collège. Pendant cette année, les absences diminuent ce qui lui permet de passer en 3^{ème}. Les absences reprennent alors et elle sera totalement déscolarisée en avril 2017. Elle rentre cependant au lycée en 2^{nde} générale où elle n'ira que quelques jours.

Au Centre Oreste, elle est reçue par un pédopsychiatre en juillet 2017. En entretien, on note une tristesse de l'humeur avec anhédonie, une hypersomnie diurne et une perte de poids. Il existe des idées noires. E. rapporte également des attaques de panique avant de se rendre en cours. Une hospitalisation est alors préconisée et programmée à la rentrée scolaire. Dans le

service de la CPU, elle montre une opposition passive avec un refus de rescolarisation. Un traitement par SERTRALINE est alors introduit, et une thérapie familiale est recommandée.

Par la suite, elle intègre le dispositif Soins et Études. Elle participe aux groupes *Libre-Cours* et *Info-Philo* avec une bonne assiduité. Elle a également bénéficié du groupe *Espace Travail* et de cours au Centre Oreste via l'APAD (Tableau 34).

E. a ensuite débuté sa terminale L en CNED mais est rapidement retournée au lycée dans un nouvel établissement (Tableau 36).

E. a arrêté son traitement antidépresseur à la rentrée. En entretien, on notait un léger fléchissement thymique sans épisode dépressif relevé. E. préfère ne pas continuer le suivi pour le moment.

En ce qui concerne les évaluations standardisées, les scores s'améliorent dans de nombreux domaines. Même s'il existe toujours une dépression, les scores de la CDI régressent. De même, l'échelle d'anxiété de séparation (ADS) montre une réduction des scores maintenant une anxiété de séparation dans les limites de la normale pour l'âge. L'anxiété sociale (LSA-S) semble s'atténuer mais reste dans les limites d'une phobie sociale. La qualité de vie (VSP-A) semble meilleure tant de manière générale qu'au niveau des relations amicales et sont au-dessus des limites pour une bonne qualité de vie dans tous les domaines à l'exception de la scolarité. L'échelle d'estime de soi (EMESA) s'améliore également dans les scores généraux et dans les relations paritaires. Cependant, ces derniers résultats témoignent de la persistance d'une estime de soi inférieure à la norme pour l'âge (Tableau 35).

Les résultats d'E. aux échelles semblent concorder avec la clinique. Elle est retournée au lycée et son syndrome dépressif a régressé, de même que son anxiété sociale. Sa qualité de vie s'est nettement améliorée à l'exception des relations parentales. L'estime de soi semble également être meilleure. Il n'y a pas de majoration de l'anxiété de séparation qui reste dans la norme pour l'âge.

Type de prise en charge	Programme proposé	Adhésion de l'adolescent
Psychothérapie	Entretiens psychiatriques individuels Groupes Thérapeutiques : Libre-Cours et Info-Philo	Bonne assiduité tout au long de l'année
Soutien pédagogique	Espace Travail APAD au Centre Oreste	Va peu à l'Espace Travail Bonne assiduité aux cours d'APAD et fait ses devoirs
Mesure éducative	Aucune	Aucune

Tableau 34 : Récapitulatif du programme proposé et de l'assiduité aux soins.

	T0	T1	Evolution
CDI	29	20	+
ADS	17	12	+
LSA-S	63	38	+
VSPA	47	69	+
Amis	73	100	+
Parents	77	63	-
EMESA	12	19	+
Relations paritaires	16	22	+

Tableau 35 : Récapitulatif des principaux scores aux différentes échelles (0 : pas d'évolution, + : évolution favorable, - : évolution défavorable), T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

	T0	T0 à T1	T1
Facteurs Psychosociaux	Parents séparés, père vit à Lyon	Pas de changement	Pas de changement
Scolarité	Déscolarisation en 3ème	Assiduité aux cours de l'APAD CNED en début de première L	Rescolarisation en Première L

Tableau 36 : Récapitulatif de l'évolution des facteurs psychosociaux et de la scolarité, T0 = temps initial, T1 = 9 mois après la première évaluation.

Analyse du questionnaire de vécu parental :

Le questionnaire a été rempli avec la mère d'E. On note une évolution dans certaines des réponses avant et après la prise en charge.

La mère d'E. s'est montrée ambivalente quant aux attentes par rapport à la prise en charge : elle n'était pas sûre de vouloir que sa fille retourne le plus rapidement possible au collège. En revanche, elle pouvait dire qu'elle souhaitait prioriser son bien-être par rapport à une rescolarisation précoce.

Pour cette maman, il semble que le RSA ait toujours été considéré comme une maladie bien que la prise en charge lui ait permis de mieux appréhender les particularités.

Les conséquences que pourraient avoir les difficultés d'E. d'un point de vue social et professionnel étaient au centre de ses préoccupations. Après la prise en charge, elle était moins soucieuse du retentissement social du RSA. On note dans les résultats, une nette diminution des dimensions d'anxiété sociale et de séparation qui pourrait dans les faits, rassurer la mère d'E. De même, les questionnaires de qualité de vie et d'estime de soi montrent une amélioration dans les relations paritaires.

D'un point de vue étiologique, un traumatisme vécu avec les camarades d'école d'E. était considéré comme, en partie, responsable de ses difficultés. En revanche, l'implication de l'institution scolaire était moins certaine. Après la prise en charge, il existait un doute quant au rôle du harcèlement scolaire sur la déscolarisation. L'anxiété et le syndrome dépressif semblaient précéder le trouble.

Le sentiment d'auto-efficacité était plutôt important chez la mère d'E. On note, également, une anxiété parentale faible excepté en ce qui concerne le stress que peut parfois générer les difficultés d'E. auxquelles cette mère craint de ne pas pouvoir faire face.

6. Discussion

6.1. Données sociodémographiques

Dans notre étude, nous retrouvons un sex-ratio de de 3/1 soit 9 filles pour 3 garçons. Ce résultat n'est pas en accord avec ceux de la littérature qui retrouvent une parité chez les jeunes présentant un refus scolaire anxieux (H. Denis & Caron, 2018; Gallé-Tessonnet et al., 2017; Romani et al., 2017). Cependant, nous observons que les demandes de prise en charge au Centre Oreste concernent plus de 50% de filles (60% de filles et 40% de garçons) ce qui pourrait expliquer leur sur-représentation dans notre cohorte.

Nous retrouvons 7 adolescents vivant en milieu urbain et 5 en milieu rural. Une faible majorité des jeunes vivent donc dans les aires urbaines. En population générale, 8 familles sur 10 avec enfants mineurs résident en milieu urbain (INSEE, 2017). Il existe donc plus

d'adolescents en zone rurale dans notre cohorte. La scolarisation en milieu rural pourrait être un facteur de risque de refus scolaire anxieux.

6.2. Profils cliniques

Dans notre cohorte, une majorité d'adolescents est déscolarisée (10 jeunes sur 12 soit 83%). Seulement 2 ne présentent qu'un absentéisme. Nous savons qu'il existe fréquemment un continuum entre absentéisme et déscolarisation (Zugaj et al., 2016) et peut être pouvons-nous mettre en lien ces résultats avec le délai entre l'âge de début des troubles et celui de la prise en charge. En effet, dans notre étude, l'âge de début des troubles est évalué à 13,6 ans et l'âge de début de prise en charge, tous suivis confondus est de 14,6 ans. Il existe donc un délai de 1 an entre le début des troubles et la mise en place d'un suivi. Cependant, nous n'observons pas de différence de latence entre les adolescents déscolarisés et ceux présentant seulement un absentéisme. Il est probable que la taille de notre cohorte ne soit pas suffisante pour investiguer ce paramètre.

Les études de la littérature retrouvent deux pics d'incidence du refus scolaire anxieux à l'adolescence : un à l'entrée au collège à 10-11 ans (6^{ème}-5^{ème}) et un à 13-15 ans (4^{ème}-3^{ème}) (H. Denis & Caron, 2018). Les résultats de notre étude semblent en accord avec ces données. En effet, l'âge moyen de début des troubles a été évalué à 13,6 ans et la majeure partie des adolescents (n=9) commence à avoir des difficultés durant le collège (6^{ème} à 3^{ème}). Seulement 3 débutent leur trouble à l'entrée au lycée ou en 1^{ère}.

Cinq de nos adolescents ont bénéficié de prises en charge antérieures (psychologue ou psychiatre) dans le cadre du refus scolaire anxieux, souvent en libéral. Malgré ces soins, il n'y a pas eu de retour scolaire prolongé. Nous savons que le traitement du RSA implique un abord multifocal de l'adolescent, de sa famille mais aussi de l'école. Ces trois domaines sont essentiels et doivent être mobilisés de manière conjointe afin de s'engager dans des soins au long cours. En effet, il s'agit d'un trouble qui est souvent l'aboutissement de plusieurs années de difficultés, ce qui implique des soins prolongés (N. Catheline, 2009). Une prise en charge institutionnelle est donc intéressante dans la mesure où elle permet de proposer des prises en charge individuelles, groupales et parentales. L'utilisation de médiations diverses (manuelle, culturelle, corporelle, imaginative...) permet à l'adolescent de renouer avec le goût de penser. De plus, le groupe facilite l'étayage narcissique car « *c'est parce qu'on lui renvoie plusieurs*

images de lui que l'adolescent peut les critiquer et acquérir la liberté de présenter une image encore différente et qu'il ressent comme la sienne » (Lamotte et al., 2010). L'institution permet également de travailler le lien parent-enfant par sa fonction médiatisante, étayante et séparatrice. Par ailleurs, le retour progressif à l'école ne peut être réalisé sans un lien entre les équipes pédagogiques et les soignants. Il permet de réduire les différents clivages et d'organiser une prise en charge du jeune sur mesure, en fonction de ses besoins.

C'est probablement parce qu'un suivi libéral ne peut permettre la mise en place d'un tel dispositif que les soins antérieurs n'ont pas permis de retour scolaire prolongé.

Une prise en charge institutionnelle semble à privilégier dans le refus scolaire anxieux.

Un facteur déclenchant est retrouvé chez 7 jeunes (58%) de notre cohorte. Parmi ces adolescents, 3 rapportaient un harcèlement scolaire, 4 un contexte familial difficile. Ces chiffres rejoignent ceux de la littérature.

On parle de harcèlement scolaire, lorsqu'un élève est soumis de manière répétée et à long terme à des comportements intentionnellement agressifs visant à lui porter préjudice, le blesser ou le mettre en difficulté et établir une relation dominant-dominé de la part d'un ou plusieurs élèves. La relation de domination et l'impuissance de la victime constituent les critères de gravité des conséquences psychologiques et comportementales. A ce jour, le harcèlement concernerait 15 à 20% des élèves (N. Catheline & Linlaud-Fougeret, 2015). Les conséquences pour le jeune sont l'apparition d'une anxiété et de symptômes dépressifs pouvant entraîner une déscolarisation avec un refus scolaire anxieux et un risque à moyen terme de tentative de suicide. L'une des questions qui se pose est « *existe-t-il des profils de harceleurs et des profils de victimes ?* » ou au contraire, « *s'agit-il d'un processus inhérent à la dynamique de groupe particulièrement marqué lors des épisodes de construction de la personnalité (enfance, adolescence) ?* ». Il existe des facteurs prédisposants : isolement du jeune, exposition à une éducation autoritaire ou à des violences durant l'enfance, conflits répétés dans la fratrie. Ceux-ci traduisent un mauvais ajustement relationnel et constituent un élément de vulnérabilité lors des expériences de socialisation. Le manque de relations chaleureuses dans la famille et de partage d'activités ainsi que l'attitude hyperprotectrice de la part des parents sont également des facteurs favorisant. Au niveau économique, il est à noter que les établissements des quartiers sensibles affichent une augmentation nette du harcèlement scolaire. Selon Catheline, on distingue 3 types de conséquences : à court, à moyen et à long terme. Dans les 6 premiers mois (à court terme), on repère une anxiété à l'origine de difficultés d'ordre scolaire avec des

troubles du sommeil accentuant les difficultés de concentration et d'apprentissage puis la peur de se rendre à l'école avec un risque de déscolarisation. Apparaissent ensuite une baisse de l'estime de soi et des symptômes dépressifs. A moyen terme (2-3 ans suivant le harcèlement), il existe un risque suicidaire élevé. A long terme (au-delà de 5 ans), le harcèlement augmente le risque de dépression à l'âge adulte (N. Catheline & Linlaud-Fougeret, 2015).

Le harcèlement scolaire peut donc être un facteur fort pouvant induire un refus scolaire anxieux. Cependant, il est à noter que les interactions familiales jouent un rôle important dans la genèse de facteurs favorisant le harcèlement. L'impact de la situation familiale et des facteurs psychosociaux doit donc être étudié. D'autant plus que 4 jeunes ont rapporté que le contexte familial était à l'origine de leur trouble.

Le harcèlement scolaire est un facteur de risque, non négligeable, de refus scolaire anxieux. Il serait probablement intéressant de mettre en place des stratégies de repérage du harcèlement scolaire pour que celui-ci ne se pérennise pas et n'aboutisse pas à une déscolarisation.

6.3. Caractéristiques familiales

Zugaj et al., 2016, ont réalisé une étude sur 63 patients déscolarisés pris en charge en ambulatoire. Ils retrouvent 42% d'antécédents familiaux psychiatriques au premier degré chez les adolescents suivis (Zugaj et al., 2016). Dans notre étude nous retrouvons 50% de pathologies psychiatriques familiales chez l'un ou les deux parents, ce qui est concordant avec leurs résultats. Cinq familles sur 12 rapportaient une affection somatique chez au moins un des parents. Plusieurs auteurs évoquent la maladie dans la famille comme un facteur de risque de développer un refus scolaire anxieux, que celle-ci soit psychiatrique ou somatique (Bahali et al., 2011; Gallé-Tessonneau et al., 2017).

Nous observons 2 cas de refus scolaire anxieux dans la fratrie de nos 12 adolescents. Le taux de RSA en population générale étant de 2 à 5%, nos résultats même sur un effectif réduit témoignent d'une sur-représentation du RSA dans la fratrie. La question des facteurs favorisant familiaux peut une nouvelle fois être posée.

Dans notre cohorte, il n'y a pas d'enfant unique, tous sont issus d'une famille de 2 enfants ou plus. Ce résultat est inférieur au taux d'enfants uniques en population générale (45%)

(INSEE, 2017). La répartition des places dans la fratrie montre une majorité d'enfants aînés (n=6) ou de benjamins (n=5). Seul 1 adolescent est au rang de cadet. La position de cadet semble être moins à risque de refus scolaire anxieux. Ce résultat est comparable à celui de l'étude de Etienne (Etienne, 2013).

Dans la population générale, les mesures éducatives chez les moins de 21 ans n'excèdent pas 1% (d'après la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)). Dans notre cohorte, on relève 3 adolescents sur 12 accompagnés par une de ces mesures. On note donc une sur-représentation des aides éducatives dans le groupe. Nous n'avons pas retrouvé d'articles s'intéressant particulièrement à cette question mais si nous considérons qu'une telle aide est mise en place lors de difficultés familiales et que plusieurs adolescents ont rapporté des conflits familiaux comme facteur déclenchant, nous pouvons nous interroger leur intrication avec le RSA. En effet, les conflits familiaux sont-ils la cause ou la conséquence du RSA ?

Dans notre étude, 8 adolescents sont issus de familles où les parents sont séparés ou isolés. Zugaj et al., 2016, retrouvent 50% de parents séparés. Nos résultats marquent une sur-représentation de la séparation du couple parental par rapport à ce qui est rapporté dans la littérature puisque nous retrouvons 67% de parents séparés ou isolés. L'événement stressant familial le plus fréquemment rapporté par les patients sont le divorce ou la séparation des parents (Gallé-Tessonneau et al., 2017). Il est à noter que selon l'INED (Institut National d'Études Démographiques) le nombre de divorce est actuellement stabilisé autour de 45%. Il existe donc une sur représentation de parents séparés dans les cas de RSA dans notre cohorte. Nous constatons plus de cas de séparation parentale mais notre cohorte ne présente pas un nombre suffisant de patient pour que cette différence soit considérée comme significative.

L'étude de Zugaj et al, 2016, retrouve 42% de situations où un des deux parents est au domicile. Dans la mesure où l'on peut considérer la question de la séparation comme importante dans la genèse du RSA, nous pouvons nous interroger sur l'impact que peut avoir la présence au domicile d'un parent, sur le développement, voire le maintien des comportements en lien avec le refus scolaire anxieux (bénéfices secondaires, renforcements négatifs).

Les caractéristiques familiales ont une place essentielle dans le refus scolaire anxieux. Notre étude met en avant une sur-représentation des antécédents familiaux ou somatiques

dans les familles de jeunes présentant un RSA. De plus, la présence d'un parent au domicile rend souvent difficile la séparation, élément essentiel dans le RSA.

Par ailleurs, des conflits familiaux sont fréquemment rapportés par les adolescents. L'existence de conflits lors des séparations qui sont sur-représentées dans le RSA ou un cadre familial instable souvent révélé par l'existence de mesures éducatives sont autant de facteurs pouvant favoriser un RSA.

6.4. Prise en charge et soins

Dans notre étude, tous les adolescents suivaient une psychothérapie individuelle associée à une prise en charge groupale. Sur les 12 jeunes, 5 ont bénéficié d'accompagnements au Centre Oreste ou en milieu scolaire. Le groupe parent était également accessible aux familles qui le souhaitaient. Un lien avec l'établissement scolaire était réalisé par le biais de l'enseignante spécialisée et des cours étaient donnés aux adolescents au sein d'un groupe ou bien grâce à l'APAD. Ce mode de prise en charge correspond aux recommandations données par plusieurs auteurs (prise en charge multifocale et pluridisciplinaire) (N. Catheline, 2009; H. Denis & Caron, 2018; Zugaj et al., 2016).

La moitié des adolescents a également bénéficié d'un aménagement pédagogique (PAI, APAD). Aucun d'entre eux n'était inscrits au CNED en amont ou durant la prise en charge. En revanche 1 adolescente du groupe a bénéficié du CNED pendant 1 mois avant de réintégrer une scolarité classique dans un lycée après la prise en charge. Une autre poursuit sa scolarité grâce à un CNED complet après avoir arrêté son suivi au Centre Oreste.

Plusieurs auteurs déconseillent la mise en place d'un CNED argumentant que la mise en place d'un enseignement à distance peut entretenir l'évitement voire le renforcer (Martin-Guehl, 2006; Scharmann, 2011).

Dans la mesure du possible et pour les mêmes raisons, nous préférons également ne pas encourager la mise en place d'un CNED.

Le PAI ou Projet d'Accueil Individualisé permet, après une déscolarisation ou un absentéisme important, un retour scolaire à temps partiel. Le temps peut ensuite être augmenté en fonction de l'aisance de l'adolescent (N. Catheline, 2009; H. Denis & Caron, 2018)

L'APAD ou Assistance Pédagogique A Domicile assure la continuité de la scolarité pour permettre à l'adolescent de poursuivre les apprentissages scolaires fondamentaux, avec un soutien de proximité tenant compte de ses difficultés et facilitant sa réintégration. L'APAD permet également de maintenir le lien avec l'établissement scolaire et ses camarades de classe afin de favoriser la reprise de l'activité scolaire. L'objectif n'est pas d'assurer l'intégralité du programme, mais d'éviter une rupture de scolarité, l'échec ou le redoublement.

Hirsh, 2017, a réalisé une étude concernant 59 patients souffrant d'un RSA et pris en charge en milieu hospitalier. Il a relevé des aménagements scolaires chez 84,6% des adolescents suivis. Nous n'avons pas trouvé d'études concernant les aménagements pédagogiques lors des prises en charge ambulatoires mais nos résultats restent inférieurs à ceux observés dans celle de Hirsh. On peut cependant considérer que l'hospitalisation des patients est justifiée dans des cas de RSA sévère et qu'un suivi ambulatoire regroupe probablement des situations d'intensité moindre justifiant moins d'aménagements scolaires. Il est à noter que l'un des volets de la prise en charge au Centre Oreste était la possibilité de se présenter au groupe *Espace Travail* et au cours en petits groupes, qui ne sont pas considérés comme des aménagements scolaires mais qui permettent aussi de garder un lien avec le milieu scolaire et les cours.

Sept des 12 adolescents ont bénéficié de l'introduction d'un traitement antidépresseur par SERTRALINE ou FLUOXETINE. Plusieurs auteurs décrivent l'intérêt de la prescription d'un traitement antidépresseur en seconde intention en cas de non-efficacité du traitement psychothérapeutique seul. Les antidépresseurs de type inhibiteurs sélectifs de la sérotonine (ISRS) tels que la SERTRALINE ou la FLUOXETINE ont l'AMM chez l'adolescent en cas de trouble anxieux (TOC pour la SETRALINE) ou d'épisode dépressif sévère (N. Catheline, 2009; H. Denis & Caron, 2018). L'étude de Zugaj et al., 2016, et celle de Hirsh rapportent également une prescription d'antidépresseurs dans les cas de RSA et ce jusque dans 88% des cas (Hirsch, 2017; Zugaj et al., 2016). Dans notre étude, sur les 7 patients traités par antidépresseurs, 5 ont repris une scolarité ou se sont inscrits dans une formation et 1 adolescente est en cours de reprise de scolarité. Ils font donc parti des 7 adolescents ayant obtenu un résultat positif ou intermédiaire. Cependant, pour beaucoup d'entre-eux, le traitement a été de très courte durée (1-2 mois), seuls 3 d'entre-eux ont poursuivis le traitement au long cours. On peut néanmoins supposer qu'une thérapeutique médicamenteuse en association avec une prise en charge psychothérapeutique peut être efficace lorsque la sévérité clinique l'indique. De plus, les antidépresseurs sont indiqués en cas d'anxiété sévère et plusieurs études retrouvent une

efficacité des ISRS sur les troubles anxieux de l'enfant également très présents dans le RSA chez l'adolescent (H. Denis & Caron, 2018; Hélène Denis, 2005).

Une prise en charge globale est donc nécessaire : pluridisciplinaire, multifocale, associée à des aménagements pédagogiques et plus ou moins appuyée par un traitement médicamenteux.

6.5. Reprise de scolarité et résultats des échelles

Dans notre cohorte, 7 adolescents sur 12 ont repris une scolarité ou une formation, 3 patients sont toujours déscolarisés, 1 adolescente est en cours de reprise de scolarité et 1 autre a été perdue de vue.

Les résultats positifs sont importants et concernent les adolescents les plus assidus à la prise en charge à la fois individuelle et groupale. On observe que 5 de ces adolescents bénéficiaient d'un aménagement pédagogique (PAI, APAD) et 4 d'un accompagnement complémentaire par le groupe *Espace Travail* (2 en association avec un PAI ou à l'APAD).

Une adolescente est en cours de rescolarisation classique. Elle est actuellement scolarisée via le CNED. Elle bénéficiait également d'aménagements scolaires (PAI et APAD). Cette jeune a écourté sa prise en charge pour retourner en Normandie, elle n'a donc pas fini le programme de soins au Centre Oreste.

On note, chez les 3 adolescents déscolarisés, une faible assiduité à la prise en charge ou un décrochage du suivi et des groupes en cours d'année. Ces 3 jeunes ont été reçus avec leur famille, par la suite, afin de refaire le point sur leur participation aux soins.

Dans la littérature, Catheline rapporte que plus l'adolescent avance en âge et moins le retour scolaire est facile. Avant 11 ans, 99% des jeunes retournent à l'école, après 13 ans, il n'y a plus que 30% des adolescents qui reprennent leur cursus scolaire dans un établissement (N. Catheline, 2009). Dans notre étude, les adolescents ont tous plus de 13 ans et plus de 50% d'entre-eux retrouvent le chemin de l'école ou d'une formation. Ceux qui ne sont pas retournés en cours n'étaient pas les plus âgés du groupe. Même si l'effectif de notre cohorte est réduit, nos résultats sont intéressants et sont en faveur d'une bonne efficacité du dispositif lorsque l'adolescent arrive à y être assidu.

En ce qui concerne les échelles, on observe une diminution du nombre d'adolescents dépressifs dans notre cohorte. Sur les 3 adolescents ne présentant plus des scores en faveur d'un syndrome dépressif, 2 avaient bénéficié d'un traitement par FLUOXETINE poursuivi pendant plusieurs mois. Ils font partie des adolescents qui ont pu retourner au lycée ou trouver une formation.

On observe une faible diminution du niveau de phobie sociale avec 1 adolescent passant en dessous du seuil pathologique. Même si dans notre groupe, nous n'avons pas observé de diminution suffisamment importante des résultats pour passer en dessous du seuil pathologique de phobie sociale, nous notons dans le détail des résultats, une réduction des scores chez 8 adolescents sur 12. On peut penser qu'il s'agit d'un paramètre dont l'évolution est lente et que la poursuite de la prise en charge associée au retour scolaire permettra une amélioration à plus long terme.

L'anxiété de séparation se manifeste par une peur ou une anxiété excessive concernant la séparation d'avec la maison ou des figures d'attachement. Il existe un besoin d'être toujours en contact avec les parents ce qui génère des difficultés au moment de se rendre à l'école. L'anxiété de séparation est habituellement plus élevée chez les RSA par rapport à la population générale. La prévalence de l'anxiété de séparation chez l'enfant pré-pubère est de 4% à 5% dans la population générale (Zebdi & Lignier, 2017). Dans notre cohorte, elle est de l'ordre de 30%, soit sur-représentée par rapport à la population pré-pubère. Ce chiffre est d'autant plus intéressant qu'il existe normalement une diminution de l'incidence de l'anxiété de séparation à l'adolescence. Il n'y a cependant pas de modifications en ce qui concerne l'anxiété de séparation dans notre cohorte : les mêmes adolescents continuent d'avoir des scores élevés à l'échelle ADS. Zebdi et al. soulignent l'importance de la relation parent-enfant sur le développement et le maintien de l'anxiété de séparation chez le jeune et insistent sur une prise en charge conjointe de l'adolescent et de ses parents pour traiter ce trouble (Zebdi & Lignier, 2017). Au Centre Oreste, un groupe parent a été organisé et était ouvert aux parents qui le désiraient. Ainsi, tous les parents n'y participaient pas. Même s'il est difficile d'imposer à des parents une prise en charge, il serait peut-être intéressant de les enjoindre fortement à venir au groupe quitte à l'intégrer dans le programme de soins.

Nous assistons à une amélioration des scores globaux à l'échelle VSP-A. De plus, les analyses statistiques ont relevé une différence significative entre les 2 passations de la sous-

échelle « *Énergie/Vitalité* » et des différences qui tendaient à être significatives pour les sous-échelles « *École* » et « *Bien-être* ». Romani et al., 2017, rapportent que les troubles dépressifs et anxieux entraîneraient une diminution de la qualité de vie des adolescents et altéreraient leur fonctionnement scolaire (Romani et al., 2017). Dans notre cohorte, nous observons une majorité de retour scolaire avec une réduction du syndrome dépressif et de l'anxiété sociale même si celle-ci n'est pas considérée comme significative. Ceci peut expliquer en partie l'amélioration de scores. Par ailleurs, la participation aux groupes où l'adolescent côtoie des pairs régulièrement, participe probablement à l'amélioration du niveau de la qualité de vie.

On retrouve une baisse de l'estime de soi dans divers troubles psychopathologiques dont l'anxiété et la dépression. L'attachement insécure aux parents, au meilleur ami ou une faible insertion dans le groupe de pairs, contribuent à amoindrir l'estime de soi, favorisant ainsi l'augmentation des symptômes anxieux et dépressifs. Par ailleurs, l'adolescence est le moment d'élaboration du projet professionnel. Les difficultés d'élaboration de ce projet peuvent prédire une baisse de l'estime de soi. Le refus scolaire anxieux est fréquemment associé à des troubles anxieux et dépressif mais aussi à des difficultés à se projeter dans un avenir professionnel (Kindelberger & Picherit, 2015a). Dans notre étude, on assiste à une amélioration des scores généraux à l'échelle EMESA. De plus, les analyses statistiques retrouvent une amélioration significative de l'estime de soi dans les relations paritaires ainsi que dans les compétences professionnelles entre la première et la deuxième passation. Cette amélioration constitue un élément important si l'on considère ces deux points comme essentiels à l'augmentation de l'estime de soi générale et à la reprise scolaire.

6.6. Facteurs « *prédictifs* » d'une bonne évolution

Certains facteurs semblent pouvoir prédire une bonne évolution du trouble.

La disparition du syndrome dépressif est un bon facteur prédictif. Sur les 3 adolescents dont les scores témoignent de la régression de la dépression, la totalité a retrouvé le chemin de l'école. Il ne s'agit pas du seul paramètre, l'estime de soi pourrait être un bon indicateur. En effet, tous les adolescents (n=4) dont l'estime de soi générale s'est majorée, au-delà du seuil d'une bonne estime de soi, sont retournés en cours. Deux d'entre-eux présentaient pourtant toujours un syndrome dépressif.

Sur les 5 adolescents ayant eu une prise en charge antérieure, 4 sont retournés en cours. Il semblerait qu'une prise en charge précoce soit bénéfique mais si celle-ci ne s'avère pas concluante au premier abord, elle permet probablement de ne pas laisser le trouble s'installer.

La mise en place de soins dans un contexte pluridisciplinaire, utilisant plusieurs médiations, favorisant le lien avec le milieu scolaire et intégrant les parents dans la prise en charge semble favoriser une bonne évolution et ce, notamment, par rapport à une prise en charge libérale.

Les aménagements pédagogiques (PAI, APAD) sont également des éléments permettant une bonne évolution. Sur les 7 adolescents ayant obtenu des résultats positifs, 5 bénéficiaient de mesures d'accompagnement pédagogiques.

Lorsqu'il est indiqué, un traitement antidépresseur peut s'avérer utile puisqu'il permet de réduire le syndrome dépressif, facteur essentiel dans le RSA. Dans cette situation, il constitue un facteur favorisant une bonne évolution.

6.7. Questionnaire de vécu parental

« Je souhaite que mon enfant retourne à l'école le plus rapidement possible ».

Initialement, la majorité des parents a répondu vouloir que leur enfant retourne le plus rapidement possible en cours (n=9) (1 « *parfois d'accord* » et 0 « *pas d'accord* »). Ces données confirment celles de l'étude de Bussard et al. et de Sibeoni et al. qui mettaient en avant une divergence dans les objectifs que se fixent les parents et ce que souhaitent les adolescents en ce qui concerne la temporalité du retour scolaire (Bussard et al., 2015; Sibeoni et al., 2017). On constate qu'après la prise en charge, il existe une évolution dans le sens de l'ambivalence : 3 parents restent « d'accord » mais 4 se disent « *parfois d'accord* » et 3, « *pas d'accord* ». L'institution qui axe sa prise en charge à la fois sur l'adolescent, les parents mais aussi sur l'école semble avoir, en partie, fait évoluer les modes de pensée, y compris celui des parents.

« Les difficultés de mon enfant altèrent les relations avec mon conjoint ».

Dans notre cohorte, nous observons une majorité de parents plutôt d'accord avec cette affirmation. Ces résultats rejoignent ceux de Blandin et al. Dans leur étude, les parents avaient mis en avant le retentissement que pouvait avoir le RSA sur leur relation de couple (Blandin et al., 2018). Dans la nôtre, 5 parents sur 8 (2 ne se sont pas prononcés) répondaient être « d'accord » (n=3) ou « *parfois d'accord* » (n=2) avec la proposition énoncée lors de la

première passation. On observe une évolution après la prise en charge. En effet, 6 parents se disent désormais « *d'accord* » (n=2) ou « *parfois d'accord* » (n=4). On constate une plus grande incertitude à la suite du suivi dans l'institution. On peut penser à un bénéfice de la prise en charge qui permet de faire réfléchir au retentissement du RSA qu'il s'agisse de la relation de couple ou d'autres domaines. En effet, dans les questionnaires, une majorité de parents répondaient également observer un retentissement sur leur propre vie professionnelle et sociale.

« Je pense que le trouble de mon enfant est lié à un traumatisme qu'il a vécu avec des camarades d'école ».

Le harcèlement scolaire a, plusieurs fois, été mis en avant dans la genèse du RSA (N. Catheline & Linlaud-Fougeret, 2015; Havik et al., 2014, 2015; Roques et al., 2015). Dans notre cohorte (n=10), 6 parents disent être « *d'accord* » avec la proposition et 2 se disent « *parfois d'accord* ». Seuls 2 parents ne sont « *pas d'accord* » avec cette affirmation. Ces résultats sont donc concordants avec ceux de la littérature et ne se modifient pas après la prise en charge. Nous avons vu que le harcèlement scolaire pouvait générer des conséquences importantes dans la vie d'un adolescent, notamment en ce qui concerne un absentéisme voire une déscolarisation complète. Il semble que nos résultats aillent dans ce sens.

« Le manque de compétence de l'institution scolaire est en grande partie responsable des difficultés de mon enfant »

Que ce soit avant ou après la prise en charge, les parents semblent incriminer l'institution scolaire et la rendre en partie responsable des difficultés de leur enfant. Dans notre cohorte de 10 parents, 8 disent être « *d'accord* » avec la proposition et 2 se disent « *parfois d'accord* ». Aucun parent ne s'est positionné comme « *pas d'accord* » avec cette affirmation.

Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude de Havik et al. dans laquelle les parents parlaient du manque de compétence de l'institution scolaire comme un des facteurs principaux, impliqués dans l'émergence du RSA (Havik et al., 2015). Blandin et al. parlaient du manque de reconnaissance du trouble par l'institution scolaire comme d'un « *obstacle à la prise en charge* » (Blandin et al., 2018). Nous n'observons pas d'évolution en ce qui concerne cette vision de la scolarité malgré le lien fait avec les établissements scolaires.

« L'anxiété et la baisse de moral sont probablement à l'origine du trouble de mon enfant ».

Les parents (n=10) statuent en majorité sur l'existence de syndromes anxieux et dépressif avant le début de l'absentéisme ou de la déscolarisation. Sept parents disent être « *d'accord* » avec cette proposition et 1 se dit « *parfois d'accord* ». Uniquement 2 parents ne sont « *pas d'accord* ». Nos résultats concordent avec ceux de nombreuses études (Berg, 1997; Blandin et al., 2018; N. Catheline, 2009; Gallé-Tessonneau et al., 2017). Il est probable que les affects dépressifs et l'anxiété précèdent le trouble et persistent une fois le RSA installé.

« Je suis le/la plus à même de trouver la réponse aux difficultés de mon enfant ».

En ce qui concerne cette proposition, on note des opinions divergentes : 4 parents disent être « *d'accord* », 4, « *pas d'accord* » et 2 sont « *parfois d'accord* ». Ces résultats témoignent d'un sentiment d'auto-efficacité variable d'un parent à l'autre. Ils ne sont pas en accord avec ceux de la littérature qui retrouvent un sentiment d'auto-efficacité plus faible chez les parents d'adolescents présentant un RSA (Carless et al., 2015). Il est possible que notre cohorte ne soit pas suffisamment importante pour évaluer ce paramètre par ailleurs complexe.

6.8. Limites de l'étude

Les limites de notre étude résident dans le faible effectif d'adolescents dans notre cohorte. Ce nombre ne permet pas la réalisation d'analyses statistiques performantes qui permettraient une interprétation quantitative des résultats. Cependant, nous avons inclus les adolescents qui étaient entrés dans le dispositif entre septembre et décembre 2017 et qui poursuivaient la prise en charge en janvier 2018. L'effectif d'adolescents du dispositif a augmenté à partir de mars 2018. Ainsi, bien qu'il y ait eu au total 22 adolescents inclus dans le dispositif sur l'année 2017/2018, seuls 12 étaient en cours de prise en charge en janvier-février 2018. Par ailleurs, nous constatons qu'il y a davantage d'adolescents dans le dispositif sur l'année 2018/2019.

De plus, un temps d'évaluation de 9 mois paraît court notamment pour évaluer certains paramètres d'évolution lente comme l'anxiété sociale et l'anxiété de séparation. Une nouvelle étude évaluant l'efficacité du dispositif pourrait être réalisée sur une année scolaire de septembre à septembre ou sur un suivi plus long afin d'observer l'évolution sur un temps prolongé et avec davantage de recul.

IV. Perspectives

1. Repérage précoce :

L'école a un rôle majeur dans la prévention du refus scolaire anxieux notamment à travers le repérage de l'absentéisme scolaire. Une circulaire interministérielle relative à la prévention de l'absentéisme scolaire (Circulaire n° 2014-159 du 24-12-2014) présente les dispositions de la loi n°2013-108 du 31 janvier 2013. Cette loi prévoit la mise en place d'un dispositif en cas de « *persistance du défaut d'assiduité* ». Celui-ci comprend la réunion de l'équipe éducative afin de proposer aux parents une aide et un accompagnement adaptés aux difficultés de l'adolescent. Un « *personnel d'éducation référent* » doit être désigné pour suivre les mesures mises en place au sein de l'établissement scolaire. Cependant, il est parfois difficile d'analyser les comportements d'absence et d'identifier le refus scolaire anxieux. Pour cette raison, une sensibilisation des équipes éducatives au repérage des signes évocateurs d'un RSA serait souhaitable au sein des établissements afin que de telles mesures puissent être effectives. En Indre et Loire, un groupe de travail a été mis en place afin de réaliser un « *guide de repérage et d'accompagnement* » du RSA. Ce livret est disponible en ligne sur le site de l'Académie Orléans-Tours.

Le médecin traitant a également un rôle important dans le repérage et la prise en charge précoce des cas de RSA. L'une des étapes difficiles est le diagnostic de refus scolaire anxieux, notamment lorsque celui-ci est masqué par de nombreuses manifestations somatiques. Une fois le trouble identifié, il est important que celui-ci ne se chronicise pas. Le médecin traitant a l'avantage d'avoir accès à la dynamique intrafamiliale, ce qui lui permet, dans le cadre d'une intervention précoce, de prendre en charge l'ensemble des membres de la famille lorsque le facteur déclenchant s'avère être familial. Si le RSA est sévère, il peut, par la suite, orienter l'adolescent vers un suivi spécialisé.

2. Prévention

Le harcèlement scolaire est considéré comme un facteur important pouvant être à l'origine d'un RSA. Il est souvent rapporté un manque de reconnaissance et d'intervention vis à vis du harcèlement scolaire voire une minimisation des faits par les adultes. Pourtant, il est de leur ressort de veiller à ce que chaque adolescent puisse faire la découverte des interactions sociales de façon positive afin de se socialiser sans craindre de mouvements négatifs de la part du groupe. Cependant, certains adultes peuvent considérer certaines formes de harcèlement

comme un rite initiatique, sorte de préfiguration de ce qu'ils pourront rencontrer dans leur vie d'adulte où ils devront s'imposer et faire leur place. Des efforts doivent être faits mais ils ne concernent pas uniquement l'équipe éducative car les parents doivent aussi être impliqués. Dans certains pays comme la Suède, des programmes ont été créés (1994) et rendus obligatoires dans les établissements scolaires. Ils associent des mesures d'information, de prévention et de traitement des cas de harcèlement. En France, deux campagnes successives en 2011 et 2013 ont eu lieu « *Agir contre le harcèlement* », mais à ce jour, aucun programme n'a été réalisé et diffusé à l'ensemble des établissements français. Il serait intéressant d'entreprendre un réel travail d'information et de formation afin de mobiliser les équipes éducatives et les familles avec comme objectif la prévention, entre autres, de l'une des conséquences principales du harcèlement scolaire : le RSA.

La mise en place d'aménagements scolaires semble également essentielle. Nous voyons, dans notre étude, le rôle important de la mise en place d'un PAI ou de cours d'APAD. Il n'est pas toujours possible de mettre en place un accompagnement, notamment en cas de déscolarisation complète. Cependant, nous avons vu que la déscolarisation commence fréquemment par un absentéisme d'abord sporadique puis de plus en plus fréquent. Il serait probablement intéressant, dans le cadre d'une prise en charge précoce, de mettre rapidement en place ces mesures pédagogiques afin de prévenir au maximum une déscolarisation complète.

3. Intégration des parents à la prise en charge

Nous savons que les parents ont un rôle indispensable dans la prise en charge d'un adolescent souffrant de RSA. Le dispositif Soins et Études comprenait un *Groupe Parents*, ouverts sur la base du volontariat. Nous observons que dans notre cohorte, seules les mères se sont présentées dans la plupart des cas. Celles qui se sont déplacées ne sont venues qu'un nombre limité de fois (1-2 fois). Deux éléments sont à prendre en compte ; D'une part, les pères étaient peu présents alors que certains couples ne sont pas séparés ou ne sont pas en conflits. D'autre part, les mères qui se sont déplacées se sont montrées peu assidues sur le long terme.

Il serait peut-être intéressant d'intégrer le *Groupe Parents* au programme de soins afin de signifier aux deux parents que celui-ci est essentiel dans la prise en charge de leur adolescent et qu'ils sont des membres, à part entière, dans la prise en charge de leur adolescent.

Par ailleurs, le questionnaire de vécu parental pourrait être utilisé comme un outil dans la prise en charge. Les parents le rempliraient lors de l'entrée de l'adolescent dans le dispositif,

ce qui permettrait d'évaluer le vécu parental en début de prise en charge. Après 1 an de suivi, ils répondraient de nouveau au questionnaire. De cette façon, nous pourrions évaluer l'évolution de ce vécu après plusieurs mois et orienter la suite de la prise en charge en fonction des réponses données.

4. L'après Soins et Études

Pour les adolescents dont les objectifs scolaires ou de formation ont été atteints, le dispositif de Soins et Études s'allège. Les jeunes ne participent plus aux groupes (*Info-Philo*, *Libre-Cours* et *Espace Travail*) mais l'accompagnement individuel se poursuit avec pour objectif le maintien ou le travail autour de la socialisation grâce à des accompagnements à la mission locale ou une inscription à Pôle Emploi par exemple. Ces adolescents font partie du « *post-Soins et Études* ». Il existe un enjeu quant à la poursuite des soins avec ces jeunes afin qu'une rechute ne survienne pas.

V. Conclusion

Le refus scolaire anxieux est un trouble ancien, de plus en plus étudié de nos jours. En effet, il touche environ 2 à 5% de la population, ce qui en fait un trouble relativement fréquent. Ce d'autant plus qu'il est probablement sous-diagnostiqué en raison de l'absence de critères consensuels et d'outils de repérage validés en français.

Le RSA doit être pris en charge rapidement. En effet, plus l'apparition du trouble et la prise en charge sont tardives, plus le pronostic est réservé.

Le vécu parental tient un rôle essentiel dans la prise en charge et l'absence de reconnaissance du trouble comme une « *maladie* » génère des retards à la prise en charge. Par ailleurs, le sentiment d'impuissance, d'échec voire la remise en cause du rôle de parent tiennent une place importante dans le maintien du RSA. L'éducation thérapeutique doit être proposée car beaucoup de parents souhaitent un retour scolaire rapide malgré les difficultés cliniques de leur enfant. Or, la prise en charge doit être longue et suivre les besoins de l'adolescent afin que celui-ci ait le temps d'évoluer à son rythme.

Les intervenants dans la prise en charge sont, en première intention, les médecins traitants ou les pédiatres ainsi que les médecins scolaires. Le recours au pédopsychiatre n'est nécessaire

qu'en cas d'échec des mesures simples. Dans ce dernier cas, il est important que la prise en charge puisse être pluridisciplinaire et multifocale avec un suivi individuel de l'adolescent, une intervention auprès de la famille (guidance parentale, gestion des renforcements) et un lien entre les soignants et les équipes éducatives.

C'est parce que le dispositif Soins et Études ambulatoire mis en place dans le cadre de la prise en charge du RSA est particulièrement novateur, que nous avons décidé de mener cette étude. Elle a été réalisée auprès de 12 patients présentant un refus scolaire anxieux et pris en charge au Centre Oreste à Tours. Compte-tenu de l'incidence des troubles anxieux et dépressif et de l'impact sur l'estime de soi et la qualité de vie, nous avons émis l'hypothèse d'une amélioration de ces différents paramètres après 9 mois de prise en charge. De plus, nous avons décidé d'évaluer le vécu parental en lien avec le RSA.

Nos résultats principaux sont un retour scolaire ou une entrée dans une formation de 7 des 12 adolescents. De plus 1 adolescente est en cours de reprise de scolarité. Les échelles ont montré une diminution de la dépression et de l'anxiété ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie et de l'estime de soi particulièrement chez les adolescents présentant un résultat positif. Les facteurs tels que le harcèlement scolaire et la séparation parentale ont été mis en avant comme des facteurs favorisant.

Ainsi, cette étude souligne qu'une prise en charge institutionnelle, pluridisciplinaire et multifocale est nécessaire dans le RSA installé. Celle-ci doit concerner l'adolescent, grâce à des thérapies à la fois individuelle et groupale, mais aussi la famille car une dynamique familiale positive est essentielle au bien-être du jeune. Enfin, l'équipe éducative ne doit pas être écartée car un lien entre l'établissement et les soignants est indispensable pour que le retour scolaire se fasse dans de bonnes conditions. Le questionnaire de vécu parental vient renforcer l'importance de la famille, de sa perception de la « maladie » et des conséquences que celle-ci peut engendrer.

Compte tenu des enjeux que sous-tend le refus scolaire anxieux, un repérage précoce semble indispensable afin d'en améliorer le pronostic. Des efforts doivent être fait dans l'information, la prévention et la prise en charge des cas de RSA notamment auprès des équipes éducatives et des parents mais aussi des médecins traitants. Des programmes nationaux seraient à mettre en place pour homogénéiser la formation et avoir un impact plus important et plus général sur la genèse et la prise en charge du trouble.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de vécu parental

Cochez la case qui vous convient le mieux pour chaque proposition. Utilisez le sigle 0 pour ce qui vous ressentiez avant le début de la prise en charge et le sigle X pour ce qui vous correspond maintenant, après la prise en charge.

0 Avant la prise en charge

X Après la prise en charge

		Pas du tout d'accord	Désaccord	Parfois d'accord	D'accord	Totalement d'accord
	Attentes de la prise en charge					
1.	Je souhaite que mon enfant retourne à l'école le plus rapidement possible					
2.	Peu importe le temps que cela prendra pour que mon enfant retourne à l'école, ce que je souhaite c'est qu'il se sente mieux.					
	Reconnaissance du trouble					
3.	Il est évident que mon enfant souffre d'une maladie dont il n'est pas responsable					
4.	Il est plus facile pour moi de considérer la maladie de mon enfant depuis qu'il est pris en charge dans l'institution					
	Retentissement du RSA					
5.	Je suis inquiet(e) des conséquences que peut avoir le RSA sur les relations sociales de mon enfant					
6.	L'avenir professionnel de mon enfant me préoccupe					

7.	Les difficultés de mon enfant modifient mes capacités de travail (arrêts de travail, absences répétées...)					
8.	Les difficultés de mon enfant retentissent sur mes activités sociales (loisirs, relations amicales...)					
9.	Les difficultés de mon enfant altèrent les relations avec mon conjoint					
	Questionnement étiologique					
10.	Je pense que le trouble de mon enfant est lié à un traumatisme qu'il a vécu avec ses camarades d'école					
11.	Le manque de compétence de l'institution scolaire est en grande partie responsable des difficultés de mon enfant (surveillance des élèves, compétences pédagogiques, encadrement éducatif...)					
12.	L'anxiété et la baisse de moral sont probablement à l'origine du trouble de mon enfant.					
	Sentiment d'auto-efficacité					
13.	Je pense que mes parents étaient mieux préparés à être une bonne mère/père que moi					
14.	Lorsqu'on devient parent, il est difficile de savoir si l'on fait ce qu'il faut.					
15.	Je suis le /la plus à même de trouver la réponse aux difficultés de mon enfant.					
16.	J'ai l'impression de toujours avoir été père/mère.					
17.	Je crois que j'ai les capacités nécessaires pour être un bon parent.					

	Anxiété parentale					
18.	Je suis heureux(se) dans mon rôle de parent.					
19.	Je suis prêt(e) à tout faire pour mon enfant.					
20.	Je me demande si j'en fais assez pour mon enfant.					
21.	Je me sens dépassé(e) par la responsabilité d'être parent.					
22.	Avoir des enfants signifie peu de choix et de contrôle sur ma vie.					
23.	Le comportement de mes enfants est souvent stressant pour moi.					

Annexe 2 : Échelle d'Anxiété de Séparation (ADS)

Depuis au moins un mois	Je le ressens toujours	Je le ressens souvent	Je le ressens quelques fois	Je ne le ressens jamais
1. Je ne veux pas aller à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quand je suis loin de la maison, j'ai peur qu'il arrive du mal et/ou un accident à l'un de mes parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je ne veux pas rester tout(e) seul(e) à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avant d'aller à l'école, j'ai mal à l'estomac, mal à la tête, envie de vomir...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai peur qu'un accident arrive à un membre de ma famille quand je ne suis pas avec lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dans des endroits que je ne connais pas, j'ai peur d'être perdu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quand je suis seul(e) la nuit, j' imagine que des monstres, des animaux, peuvent m'attaquer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'ai très peur des inconnus quand je suis « seule(e) » quelque part	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je fais des cauchemars de violences contre moi et ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Lorsque je suis séparé(e) de ma famille, je suis très malheureux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Quand je suis tout(e) seul(e), j'ai peur d'être blessé(e), kidnappé(e) (enlevé(e))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pendant la journée, lorsque je me trouve loin de chez moi, je pense que je suis avec ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. J'ai peur d'aller dormir tout(e) seule(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je suis très tendu(e) avant d'aller à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'ai peur dans le noir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 3: Liebowitz Social Anxiety Scale (LSA-S)

		Peur ou anxiété				Evitement			
		0 = Aucune 1 = Légère 2 = Moyenne 3 = Sévère				0 = Jamais 1 = Occasionnel 2 = Fréquent 3 = Habituel			
1.	Parler à tes camarades de classe ou à d'autres personnes au téléphone.	0	1	2	3	0	1	2	3
2.	Participer à des groupes de travail en classe.	0	1	2	3	0	1	2	3
3.	Manger devant les autres (par exemple à la cafétéria de l'école, au restaurant).	0	1	2	3	0	1	2	3
4.	Demander de l'aide à un adulte que tu ne connais pas bien, comme un employé de magasin, un directeur ou un policier (par exemple pour demander ton chemin ou t'expliquer quelque chose que tu ne comprends pas).	0	1	2	3	0	1	2	3
5.	Faire un rapport oral ou une présentation en classe (par exemple un exposé).	0	1	2	3	0	1	2	3
6.	Aller à des fêtes, des soirées dansantes, ou activités scolaires.	0	1	2	3	0	1	2	3
7.	Ecrire au tableau ou devant d'autres personnes.	0	1	2	3	0	1	2	3
8.	Parler avec d'autres jeunes que tu ne connais pas bien.	0	1	2	3	0	1	2	3
9.	Commencer une conversation avec des gens que tu ne connais pas bien.	0	1	2	3	0	1	2	3
10.	Utiliser les toilettes publiques ou celles de l'école.	0	1	2	3	0	1	2	3
11.	Entrer dans une classe ou dans un autre endroit (par exemple l'église, la cafétéria) quand d'autres personnes sont déjà assises.	0	1	2	3	0	1	2	3
12.	Etre le centre d'attention (par exemple ta propre fête d'anniversaire).	0	1	2	3	0	1	2	3
13.	Poser des questions en classe.	0	1	2	3	0	1	2	3
14.	Répondre à des questions en classe.	0	1	2	3	0	1	2	3
15.	Lire à haute voix en classe.	0	1	2	3	0	1	2	3
16.	Passer des tests.	0	1	2	3	0	1	2	3
17.	Dire "non" aux autres quand ils te demandent de faire quelque chose que tu ne veux pas faire (comme t'emprunter quelque chose ou regarder tes devoirs).	0	1	2	3	0	1	2	3
18.	Dire à d'autres que tu es en désaccord ou que tu es en colère contre eux.	0	1	2	3	0	1	2	3
19.	Regarder des gens que tu ne connais pas bien dans les yeux.	0	1	2	3	0	1	2	3
20.	Rapporter quelque chose dans un magasin (par exemple pour l'échanger).	0	1	2	3	0	1	2	3
21.	Pratiquer un sport ou réaliser une performance devant d'autres personnes (par exemple, cours de gymnastique, spectacle à l'école, concert musical).	0	1	2	3	0	1	2	3
22.	Rejoindre un club ou une organisation.	0	1	2	3	0	1	2	3
23.	Rencontrer de nouvelles personnes ou des étrangers.	0	1	2	3	0	1	2	3
24.	Demander à un professeur la permission de quitter la classe (comme pour aller à la toilette ou à l'infirmerie).	0	1	2	3	0	1	2	3

Annexe 4 : Vécu et Santé Perçue de l'Adolescent (VSP-A)

V S P - A (Vécu et Santé Perçue de l'Adolescent) Questionnaire de qualité de vie de l'adolescent

	Jamais Pas du tout	Rarement Un peu	Parfois Moyennement	Souvent Beaucoup	Toujours Enormément
Bien-être psychologique					
1 Avez-vous été angoissé(e) ?	100	75	50	25	0
2 Avez-vous été soucieux(se), incapable de réagir ?	100	75	50	25	0
3 Avez-vous été stressé(e) ?	100	75	50	25	0
4 Avez-vous été angoissé(e), ou eu peur en pensant à l'avenir	100	75	50	25	0
5 Avez-vous été triste ?	100	75	50	25	0
6 Avez-vous été dégoûté(e) ?	100	75	50	25	0
7 Avez-vous été choqué(e), révolté(e), parce que vous voyez, par ce qui se passe autour de vous ?	100	75	50	25	0
8 Vous êtes-vous senti(e) fatigué(e) ?	100	75	50	25	0
9 Avez-vous été pensif(ve) ?	100	75	50	25	0
10 Avez-vous été inquiet(ète) pour votre avenir professionnel (travail, métier, chômage...) ?	100	75	50	25	0
Energie et vitalité					
1 Avez-vous eu tendance à prendre la vie du bon côté ?	100	75	50	25	0
2 Avez-vous été en pleine forme, plein(e) de vitalité ?	100	75	50	25	0
3 Avez-vous eu le moral ?	100	75	50	25	0
4 Vous êtes-vous senti(e) en bonne forme physique ?	100	75	50	25	0
5 Avez-vous eu confiance en vous ?	100	75	50	25	0
6 Avez-vous été optimiste, confiant (e) pour l'avenir ?	100	75	50	25	0
7 Avez-vous eu facilement le sourire ?	100	75	50	25	0
8 Avez-vous été motivé(e) en pensant à l'avenir ?	100	75	50	25	0
9 Avez-vous été content(e), satisfait(e) de votre vie ?	100	75	50	25	0
10 Avez-vous eu l'impression que tout allait bien autour de vous ?	100	75	50	25	0
Amis					
1 Avez-vous pu vous confier à vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0
2 Avez-vous parlé de vos problèmes avec vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0
3 Avez-vous pu discuter avec vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0
4 Avez-vous donné des conseils à vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0
5 Avez-vous pu exprimer, communiquer avec les autres ?	100	75	50	25	0
6 Avez-vous été entouré(e), aidé(e) par vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0

Parents						
1	Vos parents ont-ils été disponibles pour vous écouter ?	100	75	50	25	0
2	Vos parents vous ont-ils donné des conseils ?	100	75	50	25	0
3	Avez-vous pu discuter avec vos parents ?	100	75	50	25	0
4	Avez-vous eu l'impression que vos parents comprenaient vos soucis, vos problèmes ?	100	75	50	25	0
5	Vous êtes-vous senti(e) protégé(e) par vos parents ?	100	75	50	25	0
6	Avez-vous eu l'impression que vos proches ont fait attentions à vous, se sont souciés de vous ?	100	75	50	25	0
Loisirs						
1	Etes-vous sorti(e) avec vos copains, vos copines (en ville, au cinéma, en boîte, faire la fête...) ?	100	75	50	25	0
2	Etes-vous allé(e) chez vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0
3	Etes-vous sorti en ville (acheter des habits, des CD, manger au fast-food...) ?	100	75	50	25	0
4	Vous êtes-vous retrouvé(e) en bande avec vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0
5	Etes-vous allé(e) jouer dehors avec vos copains, vos copines (vélo, foot, rollers...) ?	100	75	50	25	0
Ecole						
1	Avez-vous eu de bons résultats au collège, au lycée ?	100	75	50	25	0
2	Avez-vous été satisfait(e) de votre travail scolaire ?	100	75	50	25	0
3	Avez-vous eu des difficultés à travailler au collège, au lycée ?	100	75	50	25	0

<p>11 Il y a tout le temps quelque chose qui me tracasse/travaille <input type="checkbox"/></p> <p>Il y a souvent quelque chose qui me tracasse/travaille <input type="checkbox"/></p> <p>Il y a de temps en temps quelque chose qui me tracasse/travaille <input type="checkbox"/></p>	<p>19 Je ne m'inquiète pas quand j'ai mal quelque part <input type="checkbox"/></p> <p>Je m'inquiète souvent quand j'ai mal quelque part <input type="checkbox"/></p> <p>Je m'inquiète toujours quand j'ai mal quelque part <input type="checkbox"/></p>
<p>12 J'aime bien être avec les autres <input type="checkbox"/></p> <p>Souvent, je n'aime pas être avec les autres <input type="checkbox"/></p> <p>Je ne veux jamais être avec les autres <input type="checkbox"/></p>	<p>20 Je ne me sens pas seul <input type="checkbox"/></p> <p>Je me sens souvent seul <input type="checkbox"/></p> <p>Je me sens toujours seul <input type="checkbox"/></p>
<p>13 Je n'arrive pas à me décider entre plusieurs choses <input type="checkbox"/></p> <p>J'ai du mal à me décider entre plusieurs choses <input type="checkbox"/></p> <p>Je me décide facilement entre plusieurs choses <input type="checkbox"/></p>	<p>21 Je ne m'amuse jamais à l'école <input type="checkbox"/></p> <p>Je m'amuse rarement à l'école <input type="checkbox"/></p> <p>Je m'amuse souvent à l'école <input type="checkbox"/></p>
<p>14 Je me trouve bien physiquement <input type="checkbox"/></p> <p>Il y a des choses que je n'aime pas dans mon physique <input type="checkbox"/></p> <p>Je me trouve laid(e) <input type="checkbox"/></p>	<p>22 J'ai beaucoup d'amis <input type="checkbox"/></p> <p>J'ai quelques amis mais je voudrais en avoir plus <input type="checkbox"/></p> <p>Je n'ai aucun ami <input type="checkbox"/></p>
<p>15 Je dois me forcer tout le temps pour faire mes devoirs <input type="checkbox"/></p> <p>Je dois me forcer souvent pour faire mes devoirs <input type="checkbox"/></p> <p>Ça ne me pose pas de problème de faire mes devoirs <input type="checkbox"/></p>	<p>23 Mes résultats scolaires sont bons <input type="checkbox"/></p> <p>Mes résultats scolaires ne sont pas aussi bons qu'avant <input type="checkbox"/></p> <p>J'ai de mauvais résultats dans des matières où j'avais l'habitude de bien réussir <input type="checkbox"/></p>
<p>16 J'ai toujours du mal à dormir la nuit <input type="checkbox"/></p> <p>J'ai souvent du mal à dormir la nuit <input type="checkbox"/></p> <p>Je dors plutôt bien <input type="checkbox"/></p>	<p>24 Je ne fais jamais aussi bien que les autres <input type="checkbox"/></p> <p>Je peux faire aussi bien que les autres si je le veux <input type="checkbox"/></p> <p>Je ne fais ni mieux ni plus mal que les autres <input type="checkbox"/></p>
<p>17 Je suis fatigué de temps en temps <input type="checkbox"/></p> <p>Je suis souvent fatigué <input type="checkbox"/></p> <p>Je suis tout le temps fatigué <input type="checkbox"/></p>	<p>25 Personne ne m'aime vraiment <input type="checkbox"/></p> <p>Je me demande si quelqu'un m'aime <input type="checkbox"/></p> <p>Je suis sûr que quelqu'un m'aime <input type="checkbox"/></p>
<p>18 La plupart du temps je n'ai pas envie de manger <input type="checkbox"/></p> <p>Souvent je n'ai pas envie de manger <input type="checkbox"/></p> <p>J'ai plutôt bon appétit <input type="checkbox"/></p>	<p>26 Je fais généralement ce qu'on me dit <input type="checkbox"/></p> <p>La plupart du temps je ne fais pas ce qu'on me dit <input type="checkbox"/></p> <p>Je ne fais jamais ce qu'on me dit <input type="checkbox"/></p>
	<p>27 Je m'entends bien avec les autres <input type="checkbox"/></p> <p>Je me bagarre souvent <input type="checkbox"/></p> <p>Je me bagarre tout le temps <input type="checkbox"/></p>

Annexe 6 : Échelle de Mesure de l'Estime de Soi (EMESA)

Comment je me trouve ?						
	Pas du tout d'accord					Totalement d'accord
Les jeunes de mon âge m'apprécient spontanément	1	2	3	4	5	
Mes capacités scolaires ne me permettent pas de réussir en classe	1	2	3	4	5	
Je suis la plupart du temps heureux(se) de ce que je suis	1	2	3	4	5	
Ce qui m'arrive importe peu à ma famille	1	2	3	4	5	
Je trouve que mon corps est bien proportionné	1	2	3	4	5	
Je pense que je peux me donner à fond dans un job	1	2	3	4	5	
Quand je suis avec des jeunes de mon âge, j'éprouve un sentiment d'isolement	1	2	3	4	5	
Mes résultats scolaires me rendent fier(e)	1	2	3	4	5	
Je voudrais être différent(e) de ce que je suis	1	2	3	4	5	
On passe de bons moments en famille	1	2	3	4	5	
Je suis content(e) de la façon dont mon corps se développe	1	2	3	4	5	
Je pense être moins capable que les autres d'assumer un travail rémunéré	1	2	3	4	5	
Je me fais facilement des copains/copines	1	2	3	4	5	
Mes professeurs sont satisfaits de moi	1	2	3	4	5	
Je suis quelqu'un de bien	1	2	3	4	5	
J'ai régulièrement envie de quitter le domicile familial	1	2	3	4	5	
Mon physique est un peu moins agréable que celui des autres	1	2	3	4	5	
Mon entourage me sent prêt à exercer une activité professionnelle	1	2	3	4	5	
On s'amuse bien en ma compagnie	1	2	3	4	5	
Je me décourage facilement en classe	1	2	3	4	5	
J'aime la façon dont je mène ma vie	1	2	3	4	5	
Mes parents ont trop d'attentes par rapport à moi	1	2	3	4	5	
Je suis fier(e) de mon corps	1	2	3	4	5	
Je me sens prêt(e) à me débrouiller dans un job	1	2	3	4	5	
Je suis mal à l'aise dans les relations avec les autres personnes de mon âge	1	2	3	4	5	
En classe, je comprends vite	1	2	3	4	5	
J'aimerais bien être quelqu'un d'autre	1	2	3	4	5	
Mes parents comprennent ce que je ressens	1	2	3	4	5	
Je me trouve trop gros(se)	1	2	3	4	5	
Je n'arrive pas à imaginer les compétences professionnelles nécessaires pour exercer un métier	1	2	3	4	5	
C'est facile pour moi de me faire des ami(e)s	1	2	3	4	5	
J'échoue en classe car je ne travaille pas assez	1	2	3	4	5	
Dans l'ensemble, je suis assez satisfait(e) de moi	1	2	3	4	5	
Je me sens souvent comme harcelé(e) par mes parents	1	2	3	4	5	
Mon physique plaît facilement	1	2	3	4	5	
Je ne sais pas comment me situer par rapport à mes compétences professionnelles	1	2	3	4	5	
En cas de déménagement, j'ai des doutes sur mes capacités à me faire de nouveaux amis	1	2	3	4	5	
Je trouve facilement les réponses en classe	1	2	3	4	5	
Etre moi m'apparaît souvent difficile	1	2	3	4	5	
Mes goûts et mes désirs sont importants pour ma famille	1	2	3	4	5	
J'ai un physique peu attirant	1	2	3	4	5	
Je pense être mûr(e) pour obtenir un travail payé	1	2	3	4	5	

Bibliographie

Ajuriaguerra, J. de. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris, France : Masson et cie.

Bahali, K., Tahiroglu, A. Y., Avci, A., & Seydaoglu, G. (2011). Parental psychological symptoms and familial risk factors of children and adolescents who exhibit school refusal, *21*(4), 164–169.

Bailly, D. (2004). *L'angoisse de séparation chez l'enfant et l'adolescent par Daniel Bailly* (Psychologie de l'enfant). Elsevier-Masson.

Berg, I. (1997). School refusal and truancy. *Archives of Disease in Childhood*, *76*(2), 90–91.

Berg, I., Nichols, K., & Pritchard, C. (1969). School phobia--its classification and relationship to dependency. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *10*(2), 123–141.

Bernstein, G. A., Hektner, J. M., Borchardt, C. M., & McMillan, M. H. (2001). Treatment of school refusal: one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*(2), 206–213. 10.1097/00004583-200102000-00015

Birraux, A. (1999). Refus scolaire et difficultés d'apprentissage à l'adolescence.

Blandin, M., Harf, A., & Moro, M. R. (2018). Le refus scolaire anxieux au risque de l'adolescence : une étude qualitative du vécu adolescent et parental. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 10.1016/j.neurenf.2018.02.002

Brandibas, G., Sudres, J.-L., Gaspard, J.-L., & Jeunier, B. (2010). Évaluer l'anxiété de séparation de l'adolescent avec le Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI). Adaptation et validation française.

Brandibas, Gilles, Jeunier, B., Gaspard, J.-L., & Fourasté, R. (2001). Évaluation des modes de refus de l'école : validation français de la SRAS (School Refusal Assessment Scale). *Psychologie et psychométrie*, *22*(1), 45–58.

Bussard, D., Harf, A., Sibeoni, J., Radjack, R., Benoit, J. P., & Moro, M. R. (2015). Le vécu parental du refus scolaire anxieux à l'adolescence.

Carless, B., Melvin, G. A., Tonge, B. J., & Newman, L. K. (2015). The role of parental self-efficacy in adolescent school-refusal. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, *29*(2), 162–170.

Catheline, N. (2009). Refus scolaire et difficultés scolaires à l'adolescence.

- Catheline, N., & Linlaud-Fougeret, V. (2015). Harcèlement entre pairs en milieu scolaire.
- Catheline, Nicole. (2012). *Psychopathologie De la Scolarité*. Elsevier. 10.1016/B978-2-294-71159-6.X0001-1
- Denis, H., & Caron, E. (2018). Refus scolaire et absentéisme à l'adolescence.
- Denis, Hélène. (2005). Le refus scolaire anxieux. *Enfances & Psy*, no28(3), 98–106. 10.3917/ep.028.0098
- Etienne, L. (2013). *Le refus scolaire anxieux à l'adolescence : une étude clinique de 183 cas accueillis dans un centre de consultations de 2009 à 2012*.
- Gallé-Tessonneau, M., Doron, J., & Grondin, O. (2017). Des critères de repérage aux stratégies de prise en charge du refus scolaire : une revue de littérature internationale systématique. *Pratiques Psychologiques*, 23(1), 1–19. 10.1016/j.prps.2016.03.001
- Gaspard, J.-L., Brandibas, G., & Fouraste, R. (2007). Refus de l'école : les stratégies thérapeutiques en médecine générale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(7), 367–373. 10.1016/j.neurenf.2007.09.004
- Gaspard, J.-L., Liengme, N., & Minjard, R. (2015). Enjeux et perspectives psychopathologiques de la phobie scolaire. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(2), 67–75. 10.1016/j.neurenf.2014.11.004
- Gras, D. (2009). *Santé et qualité de vie des frères et sœurs d'enfants atteints de maladies chroniques*. Unniversité de Nantes, Nantes.
- Havik, T., Bru, E., & Ertesvåg, S. K. (2014). Parental perspectives of the role of school factors in school refusal. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 19(2), 131–153. 10.1080/13632752.2013.816199
- Havik, T., Bru, E., & Ertesvåg, S. K. (2015). School factors associated with school refusal- and truancy-related reasons for school non-attendance. *Social Psychology of Education*, 18(2), 221–240. 10.1007/s11218-015-9293-y
- Hirsch, E. (2017). *Refus scolaire anxieux : étude de cohorte rétrospective de 59 patients soignés en milieu hospitalier : comment optimiser leur trajectoire de soin ?* (Thèse d'exercice). Université Claude Bernard, Lyon, France.
- Holzer, L., & Halfon, O. (2006). Le refus scolaire. *Archives de Pédiatrie*, 13(9), 1252–1258. 10.1016/j.arcped.2006.05.010

Inglés, C. J., González-Maciá, C., García-Fernández, J. M., Vicent, M., & Martínez-Monteagudo, M. C. (2015). Current status of research on school refusal. *European Journal of Education and Psychology*, 8(1), 37–52. 10.1016/j.ejeps.2015.10.005

Ingul, J. M., & Nordahl, H. M. (2013). Anxiety as a risk factor for school absenteeism: what differentiates anxious school attenders from non-attenders? *Annals of General Psychiatry*, 12, 25. 10.1186/1744-859X-12-25

INSEE. (2017, March). Ménages - Familles – Tableaux de l'économie française | Insee.

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(3), 340–366. 10.1177/01454455900143007

Kindelberger, C., & Picherit, S. (2015a). La mesure de l'estime de soi à l'adolescence : proposition d'une nouvelle échelle multidimensionnelle (Emesa).

Kindelberger, C., & Picherit, S. (2015b). *Manuel d'utilisation de l'échelle de mesure de l'estime de soi pour adolescents de Kindelberger & Picherit*. Nantes.

King, N. J., Ollendick, T. H., & Tonge, B. J. (1995). *School Refusal: Assessment and Treatment*. Allyn & Bacon.

Kovacs, M. (1985). The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995–998.

Lamotte, F., Doncker, E., & Goëb, J.-L. (2010). Les phobies scolaires à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 58(4), 256–262. 10.1016/j.neurenf.2009.10.004

Manicavasagar, V., Silove, D., Curtis, J., & Wagner, R. (2000). Continuities of separation anxiety from early life into adulthood. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(1), 1–18.

Maric, M., Heyne, D. A., MacKinnon, D. P., van Widenfelt, B. M., & Westenberg, P. M. (2013). Cognitive mediation of cognitive-behavioural therapy outcomes for anxiety-based school refusal. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(5), 549–564. 10.1017/S1352465812000756

Martin-Guehl, C. (2006). Refus scolaire anxieux : description clinique et principes de la prise en charge. *Mise au point*, 4.

- Masia-Warner, C., Storch, E. A., Pincus, D. B., Klein, R. G., Heimberg, R. G., & Liebowitz, M. R. (2003). The Liebowitz social anxiety scale for children and adolescents: an initial psychometric investigation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(9), 1076–1084. 10.1097/01.CHI.0000070249.24125.89
- Maynard, B. R., Heyne, D., Brendel, K. E., Bulanda, J. J., Thompson, A. M., & Pigott, T. D. (2018). Treatment for School Refusal Among Children and Adolescents , Treatment for School Refusal Among Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis, A Systematic Review and Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*, 28(1), 56–67. 10.1177/1049731515598619
- Moor, L., & Mack, C. (1982). French versions of depression rating scales. *Neuropsychiatrie De L'enfance Et De L'adolescence*, 30(10–11), 623–652.
- Nair, M. K. C., Russell, P. S. S., Subramaniam, V. S., ... Charles, H. (2013). ADad 8: School Phobia and Anxiety Disorders among adolescents in a rural community population in India. *Indian Journal of Pediatrics*, 80 Suppl 2, S171-174. 10.1007/s12098-013-1208-3
- Ohan, J., W. Leung, D., & Johnston, C. (2000). The Parenting Sense of Competence Scale: Evidence of a Stable Factor Structure and Validity. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 32, 251–261. 10.1037/h0087122
- Richards, H. J., & Hadwin, J. A. (2011). An Exploration of the Relationship Between Trait Anxiety and School Attendance in Young People. *School Mental Health*, 3(4), 236–244. 10.1007/s12310-011-9054-9
- Romani, J., Campredon, S., & Da Fonseca, D. (2017). Refus scolaire anxieux : profils psychopathologiques d'adolescents suivis en hôpital de jour. *Archives de Pédiatrie*, 24(10), 950–959. 10.1016/j.arcped.2017.08.003
- Roques, M., Confort, C., & Mazoyer, A.-V. (2015). Le harcèlement psychologique en milieu scolaire : une affaire de groupes d'adolescents ? Effets traumatiques et propositions de prise en charge.
- Saint-Laurent, L. (1990). Étude psychométrique de l'Inventaire de dépression pour enfants de Kovacs auprès d'un échantillon francophone. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 22(4), 377–384. 10.1037/h0078990
- Scharmann, G. (2011). Rejets d'école à l'adolescence. *Enfances Psy*, n° 52(3), 78–88.
- Schmits, E., Heeren, A., & Quertemont, E. (2014). The self-report Version of the LSAS-CA: Psychometric Properties of the French Version in a non-clinical adolescent sample. *Psychologica Belgica*, 54(2), 181–198. 10.5334/pb.al

Sibeoni, J., Orri, M., Campredon, S., & Revah-Levy, A. (2017). L'efficacité des soins perçue chez des adolescents présentant un refus scolaire anxieux.

Sibeoni, J., Orri, M., Podlipski, M.-A., Labey, M., Campredon, S., Gerardin, P., & Revah-Levy, A. (2018). The Experience of Psychiatric Care of Adolescents with Anxiety-based School Refusal and of their Parents: A Qualitative Study. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(1), 39–49.

Skedgell, K., & Kearney, C. A. (2018). Predictors of school absenteeism severity at multiple levels: A classification and regression tree analysis. *Children and Youth Services Review*, 86, 236–245. 10.1016/j.chldyouth.2018.01.043

Zebdi, R., & Lignier, B. (2017). Anxiété de séparation et refus scolaire anxieux chez l'enfant : étude de cas.

Zugaj, L., Gotheil, N., Delpech, S., Jung, C., & Delmas, C. (2016). La déscolarisation : étude rétrospective d'une cohorte de 63 patients soignés en ambulatoire dans un secteur de pédopsychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(2), 75–80. 10.1016/j.neurenf.2016.01.002

Index

ADS : Anxiété de séparation

AED : Aide Éducative à Domicile

AEMO : Aide Éducative en Milieu Ouvert

APAD : Aide Pédagogique A Domicile

ARTP : Action de Remobilisation à Temps Plein

ATSEM : Agent Territorial Spécialisé des Écoles Maternelles

BEP : Brevet d'Études Professionnelles

CAP : Certificat d'Aptitudes Professionnelles

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CDI : Child Depression Inventory

CIO : Centre d'Information et d'Orientation

CMP : Centre Médico-psychologique

CNED : Centre National d'Enseignement à Distance

CPU : Clinique Psychiatrique Universitaire

EMESA : Échelle de Mesure de l'Estime de Soi des Adolescents

ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

LSA-S : Liebowitz Social for Children and Adolescent

MELEC : Métiers de l'Électricité et de ses Environnements

MFR : Maisons Familiales Rurales

PAED : Placement Éducatif A Domicile

PAI : Projet d'Accueil Individualisé

RSA : Refus Scolaire Anxieux

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

VSP-A : Vécu et Santé Perçue de l'Adolescent

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Latry Mailys

151 pages - 36 tableaux - 21 figures - 2 tables - 6 annexes

Résumé :

Le refus scolaire anxieux est un sujet de plus en plus étudié. Cependant, il n'existe pas de données dans la littérature concernant l'évaluation d'un dispositif Soins et Études ambulatoire, spécialisé dans la prise en charge de ce trouble. De plus, il n'a jamais été réalisé de questionnaire permettant l'évaluation objective et reproductible du vécu parental.

Pour cette raison, nous avons mené une étude prospective entre janvier et octobre 2018 sur une cohorte de 12 adolescents âgés de 14 à 17 ans, déscolarisés et pris en charge dans un CMP spécialisé pour adolescents. Nous avons analysé l'évolution clinique de ces adolescents en utilisant 5 auto-questionnaires évaluant la dépression (CDI), l'anxiété sociale (LSA-S), l'anxiété de séparation (ADS), la qualité de vie (VSP-A) et l'estime de soi (EMESA) sur 2 passations réalisées à 9 mois d'intervalle. Un questionnaire de vécu parental a également été créé et proposé aux parents des adolescents suivis.

Nous avons observé une régression du syndrome dépressif, de la phobie sociale ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie est de l'estime de soi. En revanche, il n'y a pas eu d'évolution en ce qui concerne l'anxiété de séparation. Après la prise en charge, 7 adolescents ont repris une scolarité ou entrepris une formation, 1 est en voie de rescolarisation, 3 sont toujours déscolarisés et 1 adolescente a été perdue de vue. L'analyse du questionnaire de vécu parental a mis en avant l'importance du rôle de la prise en charge dans la reconnaissance du trouble en tant que maladie, de la place du harcèlement et de l'institution scolaire dans la genèse du refus scolaire anxieux.

Cette étude souligne l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire impliquant l'adolescent, le milieu scolaire et les parents, dans la perspective d'un retour scolaire prolongé.

Mots clés : Refus Scolaire Anxieux, Adolescents, Soins et Études, Dépression, Anxiété

Jury :

Président du Jury : Madame la Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT

Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur Pascal LENOIR
Monsieur le Docteur Xavier ANGIBAUT

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Nicolas BALLON
Monsieur le Professeur Olivier BONNOT
Monsieur le Docteur Ugo FERRER-CATALA

Date de soutenance : Vendredi 5 avril 2019