



HAL
open science

Étude des collégiens présentant un refus scolaire anxieux en Gironde sur l'année scolaire 2014-2015 : description du délai de reprise d'une scolarisation et de ses déterminants

Laetitia Menucelli

► To cite this version:

Laetitia Menucelli. Étude des collégiens présentant un refus scolaire anxieux en Gironde sur l'année scolaire 2014-2015 : description du délai de reprise d'une scolarisation et de ses déterminants. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02552928

HAL Id: dumas-02552928

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02552928v1>

Submitted on 23 Apr 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université De Bordeaux

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Thèse n°160

Année : 2018

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

MENUCELLI Laetitia, Aurore

Née le 18 juillet 1987, à Bergerac (24)

Titre :

Etude des collégiens présentant un refus scolaire anxieux en Gironde sur l'année scolaire 2014-2015 : description du délai de reprise d'une scolarisation et de ses déterminants.

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Caroline GENET

Jury :

Professeur Cédric GALERA, président du Jury

Professeur François PETREGNE, membre du Jury

Docteur Caroline GENET, directeur de Thèse et Membre du Jury

Docteur Sylvie Maurice, rapporteur et Membre du Jury

Docteur Victor Carre, membre du Jury

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury, Monsieur le Professeur Cédric GALERA

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur François PETREGNE

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

A ma Directrice de Thèse, Madame le Docteur Caroline GENET

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail, de m'avoir guidée par vos conseils et d'avoir partagé vos connaissances. Recevez mes sincères remerciements et mon profond respect.

A mon rapporteur, Madame le Docteur Sylvie MAURICE

Vous avez accepté d'être le rapporteur de mon travail. Je vous remercie pour votre gentillesse, votre patience et les conseils que vous m'avez prodigués. Cela a été un plaisir de travailler avec vous. Recevez ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Victor CARRE

Vous m'avez guidée au début de ce travail, et vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Recevez ma profonde reconnaissance.

Aux parents qui volontairement ont accepté de se prêter à ce travail

Vous m'avez accordé de votre temps et accepté de me faire partager votre vécu, celui de votre enfant. Vous avez contribué à la réalisation de ce travail. Ces moments d'échanges ont été très enrichissants et j'espère avoir passé les messages que certains voulaient transmettre. Veuillez croire en l'expression de ma sincère reconnaissance.

Aux médecins et responsables d'association qui ont accepté de me parler de leur rôle dans la prise en charge du refus scolaire anxieux

Je souhaiterais vous exprimer ma profonde gratitude pour le temps que vous m'avez accordé et pour les explications que vous m'avez fournies.

A mes parents

Pour l'éducation que vous m'avez donnée, pour votre soutien sans faille au cours de toutes ces années y compris dans les moments de doutes, je vous remercie pour votre écoute, votre aide et vos encouragements.

A ma sœur

Pour ton aide inestimable. Malgré la distance qui a pu nous séparer tu as toujours été un pilier. Je suis fière de toi et heureuse de ta présence en ce jour.

A Mouna

Je sais que tu es présente en pensée, et je ne peux oublier notre rencontre, sans toi je n'aurais peut-être pas persévéré dans cette voie.

A mes amis

De ceux que j'ai rencontrés lors de mes premiers pas, en passant par mon parcours scolaire, les latinistes, les coups de cœur amicaux au cours d'un voyage, ceux rencontrés au cours des années d'études de médecine qui m'ont permis de relativiser, à mes premières co-internes qui ont partagé les épreuves qui accompagnent le premier stage, aux amis que j'ai rencontrés par la suite en les remplaçant, et qui m'ont motivée et soutenue dans la rédaction de ce travail, merci d'être là dans les moments importants et merci pour tous ces bons moments passés ensemble. Julie P., Cécile, Elise, Mélanie, Aude, Julien, Amélie, Fadwa, Julie D., Anne...

Et à tous ceux que j'ai oubliés j'espère qu'ils ne m'en tiendront pas rigueur.

TABLE DES MATIERES

Contenu

TABLE DES MATIERES.....	4
PREAMBULE.....	6
PREMIERE PARTIE.....	7
Le Refus scolaire anxieux : Généralités et moyens de prise en charge en Gironde.....	7
1. Etat des connaissances actuelles	8
2. Moyens de prise en charge en Gironde	12
2.1 Généralités.....	12
2.2 Modalités scolaires.....	13
2.3 Soins.....	15
DEUXIEME PARTIE.....	19
Etude de 22 collégiens déscolarisés en Gironde pour refus scolaire anxieux sur l'année 2014-2015.....	19
1. POPULATION et METHODE :	20
1.1 Recherche Bibliographique/ Revue de la littérature	20
1.2 Objectifs.....	20
1.3 Type d'enquête.....	21
1.4 Critère de jugement et autres variables recueillies.....	21
1.5 Critères de sélection.....	22
1.6 Comité d'éthique.....	23
1.7 Modalités de réalisation.....	23
1.8 Saisie et traitement des données.....	25
2. RESULTATS.....	26
2.1 Recrutement des enfants de l'étude.....	26
2.2 Caractéristiques personnelles et familiales des enfants.....	27
2.3 Caractéristiques de la déscolarisation des enfants.....	31
2.4 Résultats concernant le critère de jugement principal : reprise de la scolarité	40

2.5 Déterminants de la reprise	43
DISCUSSION.....	51
3.1 Discussion de la méthode.....	51
3.2 Discussion des résultats	53
CONCLUSION.....	63
BIBLIOGRAPHIE.....	65
ANNEXES.....	70
Annexe 1 : Guide d’entretien.....	70
Annexe 2 : Lettre d’information transmise aux parents.....	75
Annexe 3 : Formulaire de consentement.....	78
Annexe 4 : Autorisation du CPP (Comité de Protection des Personnes).....	80
Annexe 5 : Autorisation de la CNIL (Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés).....	82
RESUME.....	85
ABSTRACT.....	86
SERMENT D’HIPPOCRATE.....	87

PREAMBULE

Mes études de médecine générale m'ont permis de découvrir le milieu de la médecine scolaire. Au cours de mon cursus, j'ai eu la possibilité de choisir un lieu de stage différent de la médecine générale où on réalise huit demi-journées. Pour ma part, cela était une évidence, étant la fille d'un médecin scolaire. J'étais curieuse d'en savoir plus. C'est une spécialité peu valorisée lors du cursus, méconnue, et beaucoup d'étudiants en ont une image négative. J'ai donc réalisé ce stage auprès du Docteur Genet, médecin scolaire, ce qui m'a permis d'avoir un premier aperçu de l'étendue des missions du médecin de l'Education nationale.

Le Docteur Genet m'a parlé du refus scolaire anxieux (aussi nommé phobie scolaire) au cours de ces journées, mais je n'y ai alors pas été confrontée directement. Ce n'est que plus tard lors d'un remplacement dans un cabinet de Périgueux, que je me suis retrouvée face à une petite fille de six ans qui m'a beaucoup marquée. Elle était victime de harcèlement depuis la grande section de maternelle et faisait des crises d'angoisse le matin avant d'aller en cours. Elle avait exprimé son mal-être en menaçant sa mère de se suicider si jamais elle devait retourner à l'école.

Je me suis sentie démunie face à cette situation : d'une part il est difficile de trouver des spécialistes à Périgueux, et d'autre part, le refus scolaire anxieux est un sujet peu abordé au cours de notre formation.

Lors d'une première partie, je résumerai l'état des connaissances actuelles. Je ne reprendrai pas la totalité des différentes études réalisées, il ne s'agira pas non plus de se pencher de façon exhaustive sur une bibliographie déjà maintes fois reprise.

Par ailleurs, j'étudierai les différentes solutions qui permettent de répondre en Gironde au refus scolaire anxieux.

Dans une deuxième partie, j'exposerai les résultats de l'étude réalisée auprès des parents d'enfants souffrant de phobie scolaire ; ceux-ci ont été recrutés grâce au concours des médecins scolaires de l'Education nationale de Gironde.

PREMIERE PARTIE

Le Refus scolaire anxieux : Généralités et moyens de prise en charge en Gironde.

1. Etat des connaissances actuelles

Le refus scolaire anxieux, plus connu sous le nom de phobie scolaire, terme largement employé par les médias, dans la vie courante, a été évoqué pour la première fois en 1913 par C.G. Jung (1) qui parlait de « *refus névrotique* ». Ce n'est qu'en 1941 que A.M. Johnson (2) propose le terme de « *phobie scolaire* ».

Bien que le refus scolaire anxieux ait été étudié par de nombreuses équipes scientifiques au cours de ces dernières décennies, il n'en existe pas de définition consensuelle.

Il a fallu attendre 1974 pour qu'une première ébauche soit avancée par le Dr Ajuriaguerra (3) : « *il s'agit de jeunes, qui pour des raisons irrationnelles, refusent de se rendre à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou d'angoisse si on les force à y aller* ». Cependant, il n'existe pas de consensus. Ainsi, dans l'entretien accordé à CNEWS (4) par Marie-France Le Heuzey, responsable de l'unité de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent à l'Hôpital Robert Debré à Paris, il ressort que la phobie scolaire n'existe pas du point de vue de la nomenclature psychiatrique (DSM V) : « *ce n'est pas une maladie répertoriée mais c'est un état de souffrance* ». La terminologie utilisée consiste en une décomposition en anxiété de séparation, phobie sociale, stress post-traumatique... « *Énormément de mécanismes aboutissent à la phobie scolaire* ». Au final, ni le DSM V, ni la CIM 10 n'en proposent une définition. Dans la classification CFTMEA-R-2000 (5), la phobie scolaire avait été définie comme « *des manifestations d'angoisse majeure avec souvent phénomène panique, liées à la fréquentation scolaire et interdisant sa poursuite sous les formes habituelles* ». Le problème de cette classification est qu'elle exclut « *les manifestations par angoisse de séparation* ».

Toutefois, si la définition et la terminologie ont été remises en cause à plusieurs reprises, il est admis qu'il ne s'agit pas d'un diagnostic, mais d'un syndrome qui serait la manifestation de diverses affections parmi lesquelles : anxiété, dépression.

Il n'existe pas de données récentes concernant la prévalence du phénomène de refus scolaire anxieux. Cela concernerait 0,3 à 1,7 % des enfants d'âge scolaire et 2 à 3 % des collégiens selon N. Catheline (6).

Il est fréquent de lire que ce nombre est en augmentation, sans qu'il y ait eu d'évaluation récente à grande échelle. Ainsi, L. Etienne (7) observe une augmentation du nombre de consultations pour refus scolaire anxieux de « 2009 à 2012, passant de 3,1% à 6,3% ».

Dernièrement, une étude (8) a montré que l'intérêt n'est pas la reprise scolaire à tout prix, mais le bien-être de l'enfant. Ainsi, il ne suffit pas d'avoir mis l'étiquette « refus scolaire » à l'adolescent, il faut évaluer ce qui se cache derrière ce symptôme afin d'apporter une réponse adaptée. A cet égard, il est important de noter qu'actuellement il n'existe pas de prise en charge standardisée. Cette dernière est adaptée en fonction des rencontres avec les parents, l'adolescent et les divers spécialistes de la santé.

Les travaux réalisés jusqu'à présent sont principalement le fait de psychologues et de pédopsychiatres. La plupart de ces études ont été obtenues à partir d'une cohorte d'enfants hospitalisés en service de pédopsychiatrie ou suivis par des pédopsychiatres. Pour autant ces hospitalisations ne concernent qu'une partie des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux. Certains travaux ont émis l'hypothèse que les enfants présentant ce trouble et n'ayant pas de suivi par un psychiatre ou un pédopsychiatre, ont un syndrome fugace. En effet, certains élèves peuvent présenter des manifestations somatiques et/ou psychologiques, sans pour autant qu'il y ait une absence. Ils peuvent également présenter des absences perlées mais qui sont spontanément résolutive.

Depuis ces 20 dernières années, les médias, les chercheurs et l'Education nationale, ont commencé à s'intéresser à ce phénomène (9). C'est une véritable souffrance pour l'enfant, mais aussi pour la famille qui se retrouve souvent démunie et seule face à cette situation. Les parents eux-mêmes n'hésitent pas à qualifier la recherche d'une prise en charge adaptée de « parcours du combattant ».

En s'appuyant sur les fiches techniques de l'Académie de la Gironde, et sur les données statistiques des médecins scolaires sur les enfants signalés pour absentéisme, il serait théoriquement possible d'obtenir un échantillon représentatif de la population des collégiens

présentant un refus scolaire anxieux. En effet, il est prévu que lors de la première absence non justifiée un contact soit pris avec les parents par le conseiller principal d'éducation (CPE) (10). Au-delà de 4 demi-journées d'absence non justifiées sur un mois, le dossier de l'élève est transmis à la Direction des services départementaux de l'Education nationale (DSDEN), et les parents sont convoqués par le chef d'établissement ou son représentant. Si les absences répétées non justifiées dépassent 10 demi-journées par mois, une réunion des membres concernés a lieu avec la communauté éducative et la DSDEN peut convoquer les personnes concernées. Cependant, il convient de noter que ce n'est pas toujours le cas, ils sont parfois prévenus plus tard. De plus, certains enfants présentant des manifestations somatiques ou psychiques ont des certificats d'absence réalisés par le médecin généraliste. Par ailleurs, il peut être complexe de repérer des symptômes anxieux noyés au milieu de plaintes somatiques, et de consultations itératives, amenant à la réalisation d'examens, voire la consultation d'un spécialiste ou d'une hospitalisation.

Il faut également considérer le fait qu'il n'y ait plus assez de médecins scolaires et que certains établissements en sont malheureusement dépourvus.

D'autres éléments doivent être pris en considération comme le contexte social, familial ou le secteur géographique. Ainsi, dans les grandes villes comme Bordeaux, l'accès à des centres spécialisés est aisé. En revanche, certaines zones sont désertées par les médecins et les spécialistes, ce qui peut expliquer que les adolescents non suivis par des pédopsychiatres y soient plus nombreux.

En Gironde, bien qu'il n'y ait pas de désert médical selon les termes de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) (11), certaines zones sont plus isolées et moins pourvues en terme de spécialistes (pédopsychiatres, psychologues) ; c'est le cas notamment de Lacanau, Lesparre-Médoc, et des territoires allant de Blaye à Coutras en passant par Libourne.

Dans cette thèse, je me suis intéressée au délai de reprise de la scolarité à trois ans du début de la déscolarisation au collège en Gironde, en me basant sur les données de l'Education nationale, avec une attention plus particulière concernant les moyens qui permettent ce retour à l'école : les dispositifs proposés par l'institution, et le suivi par un spécialiste (hospitalier ou libéral). En effet, il me paraissait intéressant de rechercher les

facteurs qui permettent à l'enfant de reprendre sa scolarité, et de préserver des contacts sociaux.

J'étudierai également les obstacles à la reprise de la scolarité qui aboutissent parfois à l'impossibilité d'un retour à l'école.

2. Moyens de prise en charge en Gironde

2.1 Généralités

Cette prise en charge, rencontre deux problèmes principaux : les délais et la difficulté d'accéder à des professionnels de santé.

Les premiers acteurs sont les psychologues et les pédopsychiatres libéraux. Dans ce cas se pose la question financière ; consulter un praticien en libéral n'est pas toujours accessible à toutes les familles (les psychologues ne sont pas ou peu remboursés, et il existe très fréquemment des dépassements d'honoraires pour les pédopsychiatres).

Les familles se tournent alors vers les Centres médico-psycho pédagogiques (CMPP), et les Centres de santé mentale infantile (CSMI).

Par ailleurs, le phénomène de refus scolaire anxieux est souvent méconnu des enseignants, qui n'ont pas forcément été informés et ne savent pas toujours comment réagir face à ce problème. Une étude réalisée en 2004 par C. Moreau-Pascal souligne cette méconnaissance (12). Pourtant, leur aide est primordiale, que cela soit pour l'intégration de l'élève, pour alarmer les parents devant des troubles du comportement (pleurs, isolement, manifestations d'anxiété excessives, par exemple à la prise de parole, ou lors de contrôle surprise), ou par la mise en œuvre de projet d'accueil individualisé (PAI). L'Assistance Pédagogique à Domicile (APAD) peut également avoir recours à leur aide pour la réalisation de cours à domicile.

De par ses missions, le médecin scolaire, comme on le verra, a un rôle primordial dans cette prise en charge.

Il n'est pas toujours évident pour les parents de se tourner vers les médecins de l'Education nationale, notamment en raison d'un effectif toujours plus faible.

2.2 Modalités scolaires

2.2.1 Les médecins scolaires :

La médecine scolaire a été fondée en 1938 sous le nom de l'Association Nationale de Médecine Scolaire et d'Hygiène Pédagogique. Les objectifs ont été revus plus récemment en 2015 (13). Ils « *participent à l'accompagnement de chaque élève en fonction de ses besoins spécifiques liés notamment à sa santé physique ou psychique en apportant leur expertise diagnostique le plus précocement possible* ». Un de leurs rôles est d'identifier les difficultés rencontrées par les élèves, d'évaluer des situations pathologiques susceptibles d'entraver leur scolarité, afin d'assurer l'orientation et la prise en charge adaptée, ainsi que le suivi en milieu scolaire. Depuis 1984, les médecins scolaires dépendent de l'Education nationale, et sont un pivot majeur dans la prise en charge multidisciplinaire du refus scolaire anxieux. On assiste à une prise de conscience de ce phénomène ces dernières années avec des documents d'information créés par les Inspections académiques (14).

2.2.2 PAI (15) :

Le projet d'accueil individualisé est mis en place à la demande de la famille, ou sur proposition du chef d'établissement en accord avec la famille. Il permet de réaliser des aménagements, lorsque l'enfant présente des troubles de santé, pour lui permettre de poursuivre sa scolarité.

Le PAI est réalisé en coopération entre la famille, l'élève, le médecin scolaire, le conseiller principal d'éducation, le professeur principal et le chef d'établissement. Ils décident ensemble de l'organisation et de la durée des cours. Les parents peuvent récupérer les cours auprès d'un élève, ou d'un professeur par l'intermédiaire d'Internet.

2.2.3 SAPAD (16):

Le Service d'Assistance Pédagogique A Domicile concerne les élèves de la Grande Section de maternelle à la Terminale, présentant un trouble de santé entraînant une absence

scolaire de 15 jours ou plus. L'objectif est d'éviter la rupture totale avec la scolarité. Ce service est gratuit. Il repose sur le volontariat. Ce sont des enseignants de l'établissement, où l'élève est scolarisé, qui donnent les cours. Les enseignants sont rémunérés par l'Education nationale. Les cours peuvent avoir lieu au domicile de l'enfant en présence de l'un des parents, dans un lieu neutre (médiathèque, salle prêtée par une municipalité) ou dans l'établissement scolaire (par exemple au Centre de documentation et d'information (CDI)).

Les parents doivent faire la demande (17) auprès du chef de l'établissement scolaire, et doivent joindre à cette demande un certificat médical.

2.2.4 ASSEM (18) :

L'Association de soutien scolaire aux enfants malades, créée en 1991, est affiliée à la FEMDH (Fédération pour l'enseignement des malades à domicile et à l'hôpital) et est agréée par le ministère de l'Education nationale. L'association s'adresse aux élèves de 6 à 26 ans, qui ont un problème de santé et dont les études sont interrompues pour 15 jours ou plus.

Le plus souvent les parents prennent contact avec l'association sur conseil d'un CPE, d'une infirmière scolaire ou du médecin de l'Education nationale. Un certificat médical est nécessaire, de préférence rédigé par un pédopsychiatre.

Les parents et l'enfant sont reçus au Centre Jean Abadie, rattaché au centre hospitalier universitaire de Bordeaux, dans le service du Dr Pommereau, chef de service de l'Unité Médico-psychologique de l'adolescent et du jeune adulte (UMPAJA). Un point est fait sur le dossier du jeune, ses antécédents et le type de prise en charge, puis sur sa motivation. S'il est prêt, il décide alors des cours qu'il souhaite suivre : en général 1 heure par matière au cours de la semaine, et cela concerne deux à trois matières. Les cours sont dispensés par des enseignants bénévoles, le plus souvent à la retraite. Ils peuvent avoir lieu dans des salles dédiées à Bordeaux, à l'hôpital lors d'une hospitalisation de jour programmée, au domicile de l'enfant mais en présence d'un des parents, ou au CDI en coopération avec l'établissement scolaire.

Il existe une cotisation annuelle pour la famille qui permet de prendre en charge les frais de déplacement des professeurs. L'ASSEM peut être contactée en complément d'un PAI, ou du CNED.

2.2.5 CNED (19) :

Le CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) s'inscrit dans une volonté de poursuivre l'enseignement pédagogique. Il existe deux moyens, que je résumerai sous le terme de CNED gratuit ou payant. Je me suis intéressée au premier, car seul celui-ci inclut une prise en charge financière par l'Education nationale à la suite de la reconnaissance d'un problème de santé.

Le CNED s'adresse aux élèves de 6 ans à 16 ans. Les demandes doivent être réalisées du 1^{er} juillet au 31 octobre, mais il existe une dérogation jusqu'au 31 mars, pour les élèves inscrits et scolarisés dans un établissement et qui ne peuvent plus s'y rendre.

Pour obtenir cette gratuité, il faut obtenir l'avis favorable du directeur des services départementaux de l'Education nationale.

Dans le cadre d'une demande en lien avec un refus scolaire anxieux, un certificat médical rédigé par un pédopsychiatre est demandé pour compléter le dossier.

Sans ce certificat, et sans l'accord du directeur des services départementaux de l'Education nationale, la demande d'inscription aux cours ne peut être réalisée, dans ce cas les frais seront à la charge de la famille.

2.3 Soins

2.3.1 CMPP (20) (21):

Les Centres médico-psycho pédagogiques ont été créés en 1946. Ce sont des centres de consultations, de diagnostics recevant les enfants, parfois leur parents. Ces centres permettent également la réalisation de soins ambulatoires.

Les CMPP sont des centres privés portés par des structures associatives et conventionnées avec la sécurité sociale. Les traitements réalisés par les CMPP sont financés par l'assurance maladie.

Ces centres bénéficient d'une équipe pluridisciplinaire, comprenant des pédopsychiatres, des psychologues, des assistants sociaux, des éducateurs, des orthophonistes, des psychomotriciens, des psychopédagogues (22) (ce sont des enseignants affectés à ce service).

Les familles peuvent les contacter par eux-mêmes ou sur conseil d'un médecin ou d'une autre personne (un CPE, un enseignant...). Elles rencontrent un des intervenants avec l'adolescent, et expriment leurs difficultés. En fonction des troubles, un bilan pluridisciplinaire a lieu, afin de permettre à l'équipe de soignants de choisir par la suite la prise en charge thérapeutique adaptée.

2.3.2 CMPEA/CSMI (23) :

En comparaison avec les CMPP, les Centres médico-psychologiques de l'enfant et de l'adolescent/ Centre de santé mentale infantile sont rattachés à un hôpital. La prise en charge est également pluridisciplinaire, mais il n'y a pas de psychopédagogues.

2.3.3 UTAA :

L'Unité de Traitement Ambulatoire pour Adolescent prend en charge des enfants de 11 à 17 ans. Les parents peuvent prendre rendez-vous sans passer par un médecin. Ils sont reçus dans un délai de dix jours par une infirmière qui réalise un premier entretien. Ne peuvent pas être pris en charge les enfants qui présentent des troubles autistiques, les délinquants organisés, et les enfants ayant de multiples addictions. A la suite de l'entretien initial, une évaluation est réalisée par une équipe pluridisciplinaire. Une assistante sociale évalue les fonctions parentales, et un psychologue réalise un bilan. Leur rôle principal est d'orienter l'enfant pour une prise en charge adaptée (Centre Jean Abadie, hôpital de jour du Parc, la clinique médicale et pédagogique Jean Sarrailh, PAI...).

2.3.4 L'Hôpital de jour du Parc (24):

Il s'adresse à des adolescents de 12 à 18 ans, dont les troubles empêchent la poursuite de la scolarisation dans un établissement classique mais dont le maintien en milieu familial n'est pas mis en jeu, à l'inverse d'autres structures qui impliquent une rupture avec le contexte familial (Clinique médicale et pédagogique Jean Sarrailh à Aire-sur-l'Adour, l'unité de soins-études le Mont-Vert à Jurançon).

L'adolescent bénéficie de soins, tout en étant scolarisé. Le suivi des jeunes par l'équipe multidisciplinaire est coordonné par le projet de soin individualisé. L'admission peut se faire à n'importe quel moment de l'année. Le médecin directeur, selon les éléments du dossier et les consultations, confirme l'indication. Une période d'essai de 15 jours permet la confirmation définitive. Aucun des parents rencontrés n'a mentionné de prise en charge au sein de cet hôpital.

2.3.5 Centre Jean Abadie :

Le Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUHEA) dirigé par le Professeur Bouvard, pédopsychiatre à Bordeaux, comprend une unité d'hospitalisation à temps plein et un hôpital de jour. Les enfants pris en charge dans ces services sont adressés par d'autres professionnels, ils ont déjà bénéficié d'une prise en charge extérieure au service, et en moyenne sont déscolarisés depuis plus de 6 mois.

L'hôpital de jour permet de réaliser une évaluation et d'accompagner la reprise scolaire de l'enfant. Il joue aussi le rôle de transition entre l'hospitalisation à temps plein et le suivi ambulatoire. Un entretien est réalisé par l'infirmier, l'assistant social et un psychologue. Les parents sont rencontrés, et selon les besoins un bilan est réalisé (orthophonique, psychomoteur, psychologue) pour faire un diagnostic précis, et évaluer les facteurs sociaux et environnementaux.

Au cours de l'hospitalisation, à temps plein ou à temps partiel, les objectifs du retour à l'école sont fixés en accord avec l'enfant.

Le lien est réalisé avec l'établissement dès l'hospitalisation. Le contact se fait ensuite par étapes. L'enfant est accompagné par un membre de l'équipe médicale, et une réunion a lieu avec les parents, l'équipe pédagogique, l'infirmière et le médecin scolaire.

L'exposition scolaire est progressive, en amont par l'imagination, puis avec un membre de l'équipe médicale pour quelques heures au départ de l'hôpital, puis le départ se fait du domicile toujours accompagné.

Dans cette thèse, je me suis intéressée au délai de reprise de la scolarité à trois ans du début de la déscolarisation au collège en Gironde, en me basant sur les données de l'Education nationale, avec une attention plus particulière concernant les moyens qui permettent ce retour à l'école : les dispositifs proposés par l'institution, et le suivi par un spécialiste (hospitalier ou libéral). En effet, il me paraissait intéressant de rechercher les facteurs qui permettent à l'enfant de reprendre sa scolarité, et de préserver des contacts sociaux.

J'étudierais également les obstacles à la reprise de la scolarité, et celles qui aboutissent parfois à l'impossibilité d'un retour à l'école.

DEUXIEME PARTIE

**Etude de 22 collégiens déscolarisés en Gironde pour
refus scolaire anxieux sur l'année 2014-2015**

1. POPULATION et METHODE :

1.1 Recherche Bibliographique/ Revue de la littérature

La recherche bibliographique s'est faite à partir d'Internet, en utilisant la base de données PUBMED, via les moteurs de recherche GOOGLE, GOOGLE SCHOLAR et le catalogue universitaire des thèses SUDOC, et CISMEF.

Les mots clés utilisés étaient : « refus scolaire anxieux », « phobie scolaire », « absentéisme », associés au terme « scolarité », et « devenir ».

La recherche en anglais, afin d'identifier les articles internationaux, a été réalisée à l'aide des mots clefs traduits dans le MESH. Elle s'est appuyée sur les termes « school refusal », « school absenteeism », « school phobia » et « schooling ».

Certains articles étaient en consultation libre ; les articles de la revue Elsevier Masson étaient disponibles sur le site de la bibliothèque de la faculté de médecine de Bordeaux 2. Concernant les livres et articles en support papier, ils ont été empruntés dans la bibliothèque de la faculté d'odonto-psychologie et la faculté des sciences du vivant.

Toutes les références bibliographiques ont été répertoriées via le logiciel ZOTERO® et mises sous la forme de la norme Vancouver.

1.2 Objectifs

1.2.1 Objectif principal

L'objectif principal est de décrire la reprise, évaluée à 3 ans de la déscolarisation.

1.2.2 Objectifs intermédiaires

- Rechercher les déterminants pouvant expliquer les différences dans les délais de reprise de la scolarité à la suite d'un refus scolaire anxieux (trouble anxieux de séparation, trouble phobique, trouble anxieux généralisé).
- Rechercher les principaux déterminants de la reprise ou non de la scolarité à trois ans (contexte familial, sexe, pathologie associée, prise en charge médico-psycho-sociale).
- Description particulière des enfants qui ne reprennent pas leur scolarité.

1.3 Type d'enquête

La population cible qui m'intéresse est l'ensemble des élèves ayant présenté un refus scolaire anxieux au collège dans l'académie de Bordeaux, sur le territoire de la Gironde, au cours de l'année 2014/2015.

L'étude est descriptive longitudinale et souhaite atteindre l'exhaustivité.

La population étudiée est celle des enfants dont les parents ont accepté un entretien.

1.4 Critère de jugement et autres variables recueillies

1.4.1 Critère de jugement

Reprise à trois ans d'une scolarité ordinaire (c'est-à-dire une scolarité à temps plein, sans aménagement du temps passé en classe).

1.4.2 Autres variables d'intérêt

- Caractéristiques de l'enfant et de sa famille ;
- Caractéristiques de l'interruption scolaire, et délais exacts de reprise d'une scolarité ordinaire ;

- Caractéristiques de la prise en charge.

1.5 Critères de sélection

1.5.1 Critères d'inclusion

Les critères choisis sont en accord avec les études publiées réalisées jusqu'à présent, notamment ceux de I. Berg (25) et de C.A. Kearney (26), et la définition du Dr Ajuriaguerra (3), à savoir l'existence d'une détresse émotionnelle anticipatoire se traduisant par une peur excessive, des crises de colère, des phénomènes paniques ou des symptômes physiques inexplicables ; le fait pour les enfants de rester au domicile parental pendant le temps scolaire ; et des efforts parentaux significatifs pour pousser leurs enfants à fréquenter l'école.

Concrètement, nous avons sélectionné l'ensemble des enfants ayant présenté un refus d'aller à l'école entre la 6^{ème} et la 3^{ème} de septembre 2014 à juin 2015, conduisant à une absence prolongée (supérieure à 27 demi-journées) et portée à la connaissance du médecin scolaire.

La période de sélection a été choisie en lien avec les médecins de l'Education nationale en prenant en compte les changements de secteur, afin de limiter les ruptures de suivi des dossiers. Il semblait plus facile que ce soit le médecin en charge du dossier à l'époque du refus scolaire anxieux qui contacte la famille.

Les établissements concernés étaient les collèges de Gironde, publics et privés, et les élèves âgés de 10 à 15 ans.

1.5.2 Critères d'exclusion

- Pathologie organique empêchant une scolarité normale ;
- Décrochage scolaire par désintérêt ;
- Délinquance, comportements antisociaux.

1.6 Comité d'éthique

1.6.1 Comité de Protection des Personnes (CPP)

Une demande a été réalisée auprès du CPP, car la recherche impliquait des personnes humaines (les parents des élèves). Conformément à l'article L.1121-1 3° du Code de la Santé publique.

1.6.2 Commission Nationale des Informations et des Libertés (CNIL)

Les recherches portant sur des données nécessitant l'étude de dossiers médicaux informatisés ou non, ont fait l'objet d'une demande d'autorisation.

1.7 Modalités de réalisation

Un courrier électronique type a été envoyé avec l'accord du médecin conseiller technique de la DSDEN, aux médecins scolaires de la Gironde pour leur présenter le sujet de l'étude. Lors d'une réunion en juin 2017, une lettre leur a été remise, leur expliquant les détails et le mode de recrutement souhaité, en leur demandant leur aide.

1.7.1 Sélection

Pour établir la liste de la population source, les médecins de l'Education nationale de la Gironde devaient se baser sur les statistiques de l'année scolaire allant de septembre 2014 à juin 2015. Ils ont pu d'abord repérer les enfants qui leur avaient été signalés pour absentéisme, et en consultant le dossier de ces derniers, rechercher les critères d'inclusions ou les motifs suivants : « refus scolaire anxieux » ou « phobie scolaire » parfois mentionné dans les dossiers.

Les parents ont été contactés par les médecins au cours de l'année scolaire de septembre 2017 à juin 2018.

Pour les secteurs dépourvus de médecins de l'Education nationale, j'ai eu l'appui du médecin conseiller technique de la DSDEN pour rassembler les dossiers du CNED et de l'APAD afin de compléter l'échantillon à étudier. Les dossiers ont été retenus lorsque les motifs de « refus scolaire anxieux » ou « phobie scolaire » étaient avancés. L'accord des parents a également été recherché.

A la suite de ce recensement, l'effectif de la population source était théoriquement de 91 enfants (51 garçons et 40 filles) sans préjuger de l'accord des parents.

1.7.2 Contact et entretien

Un premier contact, réalisé par les centres médico-scolaires, téléphonique ou par courrier électronique selon les coordonnées conservées dans les dossiers, a été réalisé auprès des parents, des collégiens sélectionnés. Deux points ont été abordés lors de ce premier contact :

- leur accord pour recevoir une lettre d'information (par courrier électronique ou par la poste) et le recueil de non-opposition qu'ils pouvaient renvoyer selon les mêmes modalités ;
- une brève explication de l'étude.

En cas de consentement, un deuxième contact téléphonique a été réalisé, au cours duquel, j'ai de nouveau expliqué l'étude, répondu aux questions des parents, et fixé soit un entretien téléphonique soit un entretien présentiel réalisé le plus souvent dans le centre médico-scolaire le plus proche de chez eux.

A la suite de ces contacts, 22 enfants ont pu être inclus dans l'étude.

1.7.3 Entretien avec les parents des élèves concernés

Le guide d'entretien qui a été utilisé pour recueillir les données utiles aux analyses figure en annexe 1. Il a été utilisé comme support pour la prise de notes, que ce soit lors des entretiens téléphoniques ou en face à face.

1.7.4 Individus

Pour conserver l'anonymat, un numéro aléatoire a été affecté à chaque individu, auquel l'âge et le sexe ont été rattachés.

L'âge était déduit de la date de naissance.

1.8 Saisie et traitement des données

1.8.1 Saisie des données

Les données du questionnaire ont été rentrées à l'aide du logiciel EPIDATA ® après la réalisation d'un masque, afin d'établir la base de données. Les données recueillies ont été analysées à l'aide du logiciel EPI INFO ® de juin 2018, puis les données ont été exportées sur le logiciel EXCEL® pour la création d'histogrammes.

1.8.2 Traitement des données

Certaines variables ont été créées. Par exemple, le détail des réponses pour la variable « symptôme associé » a permis de les détailler en céphalées, troubles psychiatriques et troubles digestifs. Les délais de prise en charge ont été regroupés en périodes de : 0 mois (prise en charge immédiate), inférieure à 3 mois, inférieure à 6 mois et plus de 12 mois. La durée de reprise scolaire a été recodée en mois : 0 mois, jusqu'à 7 mois et demi (médiane), plus de 7 mois et demi.

L'analyse statistique et l'exploitation des données ont été réalisées sur le logiciel EPI INFO®. Les comparaisons de fréquences se faisaient par le test du Chi². Le seuil de significativité retenu pour exprimer les différences était de 5 %.

2. RESULTATS

2.1 Recrutement des enfants de l'étude

A partir de la sélection sur dossier des 91 enfants repérés, l'accord des parents a été obtenu pour un échantillon de 22 enfants pour la suite de l'étude.

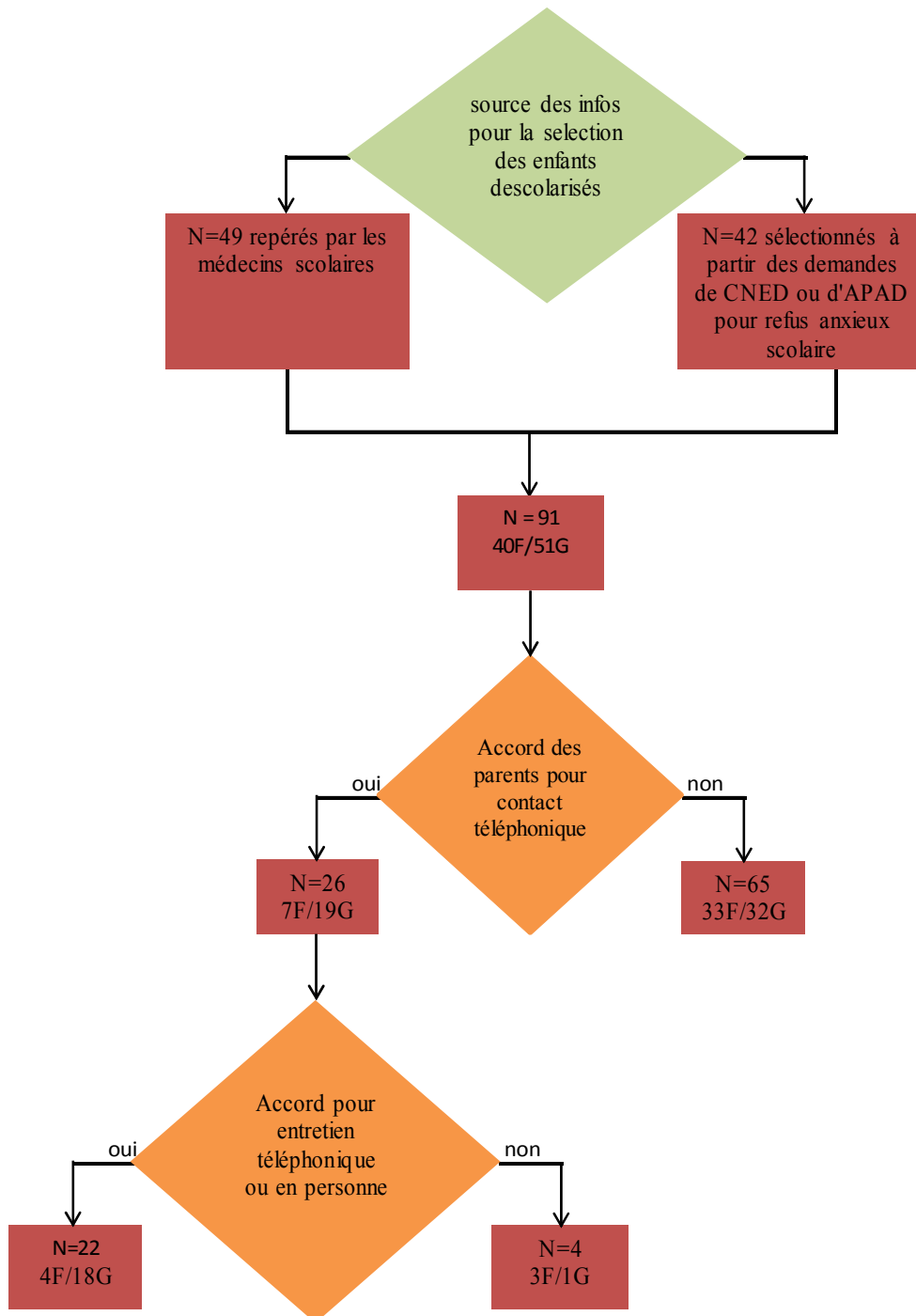


Figure 1 : Diagramme de flux. Moyens mis en œuvre pour le recrutement.

Etude de 22 enfants déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

2.2 Caractéristiques personnelles et familiales des enfants

2.2.1 Caractéristiques sociodémographiques

Sexe des enfants

Sur les 91 élèves dont les dossiers ont été sélectionnés, on retrouve 40 filles (44 %) et 51 garçons (56 %). Parmi les 22 entretiens, il y a davantage de garçons (18 soit 82 %) que de filles (4).

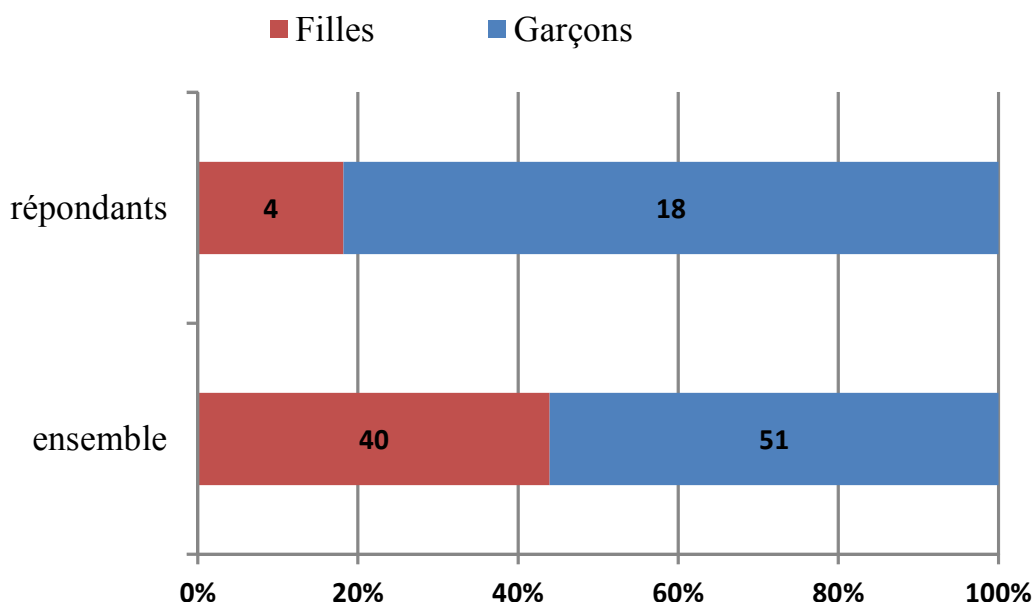


Figure 2 : Répartition des élèves par sexe.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

Proximité géographique de l'offre de soins

D'après les 22 entretiens réalisés, près de la moitié des enfants (45 %) n'avaient pas accès à un spécialiste (notamment absence de pédopsychiatre) dans un rayon de 20 km. Plus de la

moitié des enfants (12 sur 22, soit 56 %) avaient un accès potentiellement plus facile, du fait de leur résidence dans une ville plus grande, dans laquelle les spécialistes exercent. Ce critère de proximité ne préjuge pas des délais de rendez-vous des spécialistes.

2.2.2 Contexte familial

Catégories socioprofessionnelles et situation familiale

Au cours des différents entretiens, j'ai eu accès aux professions des parents et à leurs contraintes professionnelles ou personnelles, pouvant compliquer la prise en charge de leurs enfants. Les catégories socio-professionnelles ne seront pas citées dans cette étude pour ne pas donner de détails pouvant être identifiants. Il en est de même pour la situation familiale.

Déménagement au cours de la scolarisation

La moitié des enfants inclus dans l'étude (soit 11 enfants) a déménagé au moins une fois. Cela n'a donné lieu à des changements d'école que pour 4 d'entre eux. Par ailleurs, 3 enfants ont changé d'école après avoir présenté un refus scolaire anxieux et cela sans déménagement. Certains parents ont précisé avoir déménagé dans le même quartier, d'autres ont déménagé avant la scolarisation de l'enfant.

Fratricie

Parmi les 22 enfants, près 1/3 d'entre eux (soit 27 %) n'avaient pas de frères et sœurs. Plus de 2/3 des enfants (73 %) ont au moins un frère ou une sœur.

2.2.3 Antécédents et difficultés scolaires dans la famille (Figure 3)

Difficultés scolaires chez les parents

Quatre enfants ayant un refus scolaire anxieux, ont au moins un de leurs parents qui a rencontré des difficultés au cours de sa scolarité. Les difficultés scolaires énumérées par les parents sont très variées. Certains parents ont évoqué une dépression au cours de la scolarité, une anxiété liée à un manque d'estime personnelle ou une difficulté à chaque changement de classe.

Problème de santé chez les parents

Parmi les 22 enfants de l'étude, 5 d'entre eux ont au moins un des parents qui a présenté un problème de santé apparu plus ou moins longtemps avant le début des manifestations.

Problème lors de la grossesse, de l'accouchement ou en postpartum immédiat

Un peu moins de la moitié des mères, 10 soit 45 % ont rencontré un problème au cours de la grossesse, lors de l'accouchement ou au cours de la période postnatale. Plus précisément, 4 mères ont eu un problème au cours de la grossesse, 3 ont eu un problème lors de l'accouchement. Les problèmes rencontrés sont très différents ; parmi ceux cités par les parents, il y a un diabète gestationnel, un décollement placentaire. De plus, 3 ont rencontré une difficulté en post natal, dont l'échec de l'allaitement, ou une dépression du post-partum.

Difficultés scolaires dans la fratrie

Parmi les 22 enfants inclus dans l'étude, près d'1/3 de ceux qui ont une fratrie (6/16 soit 32 %) a un frère ou une sœur ayant présenté une difficulté scolaire, sans préjuger de l'antériorité ou non par rapport à l'enfant inclus dans notre étude. Les parents ont évoqué un refus scolaire anxieux chez trois de ces frères et sœurs.

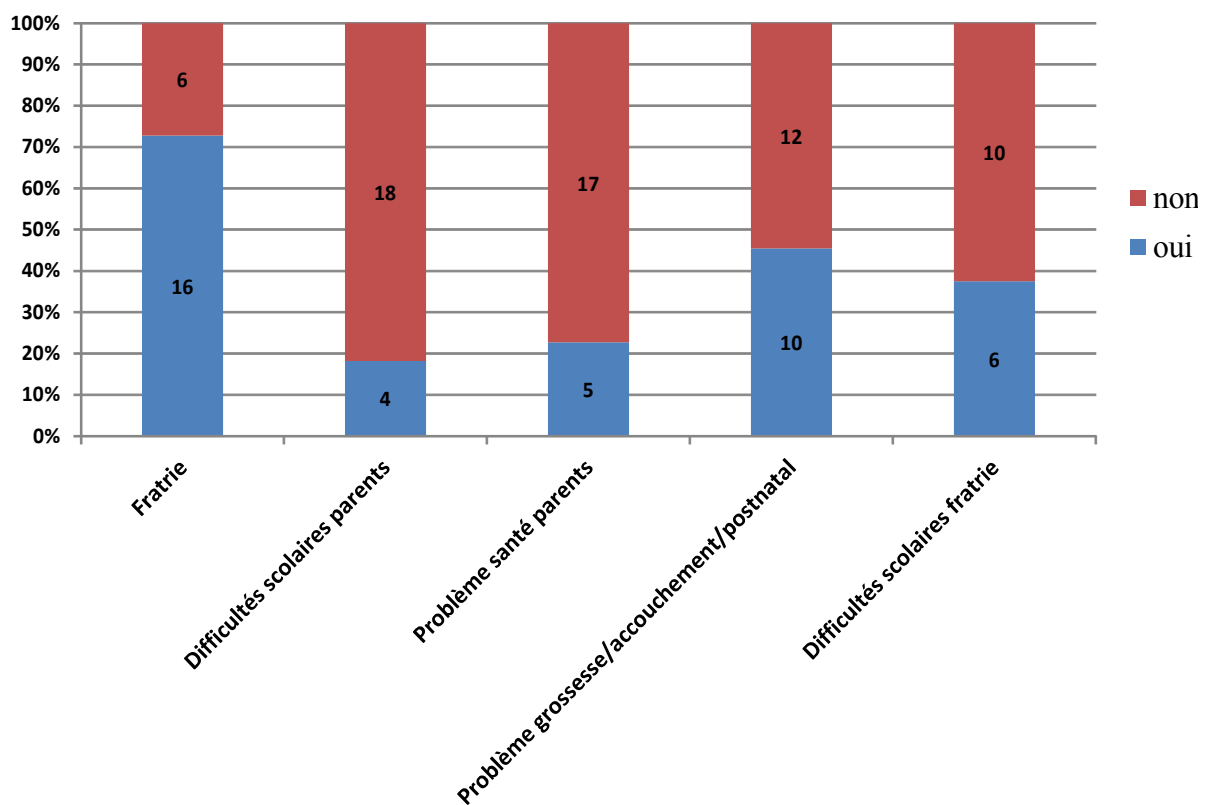


Figure 3 : Représentation des différents critères du contexte familial.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

2.3 Caractéristiques de la déscolarisation des enfants

2.3.1 Diagramme de flux de la scolarité

Dans le diagramme ci-dessous, j'ai illustré par des cases orangées la notion de déscolarisation totale au collège (18 élèves soit 82%), et l'existence d'antécédents de signes en élémentaire (N=9) et/ou en maternelle (N=9) qui concerne près de la moitié de l'échantillon.

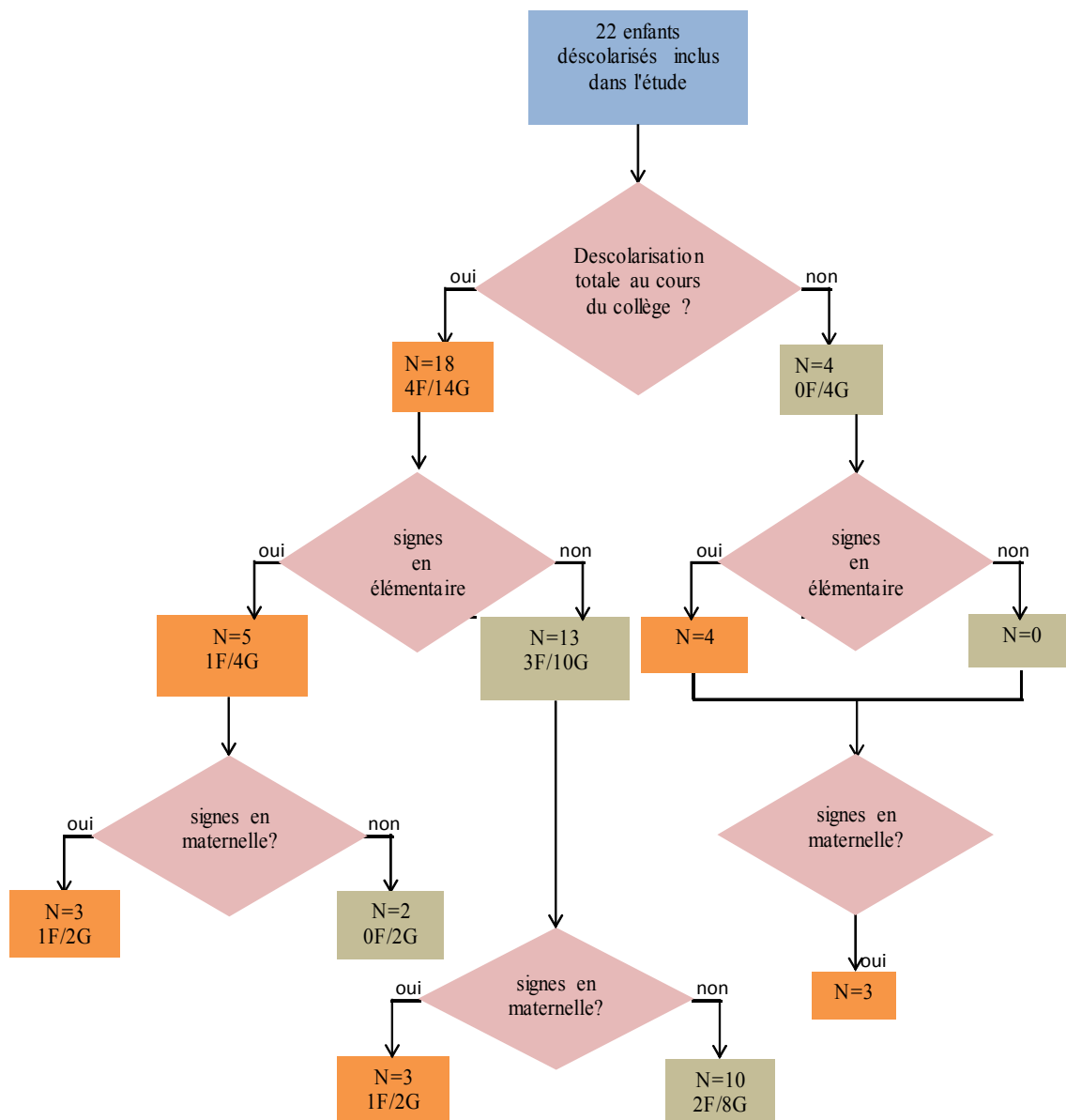


Figure 4 : Diagramme de Flux des événements anxieux ou de déscolarisation antérieure en primaire.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

2.3.2 Classe au cours de laquelle est apparue la déscolarisation au collège

Plus de la moitié des enfants (12/22) étaient déscolarisés lors de la 6^{ème}. Parmi eux, 2 étaient déjà déscolarisés avant l'entrée au collège.

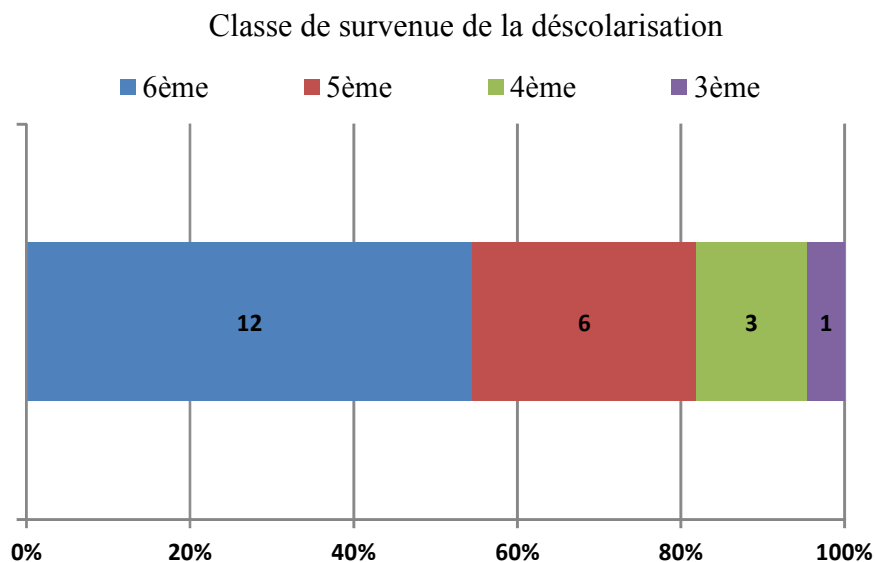


Figure 5 : Moment de survenue de la déscolarisation au collège.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

2.3.3 Age de l'enfant au moment de la déscolarisation

Le recrutement a été réalisé auprès des enfants scolarisés au collège, ayant entre 10 et 15 ans. L'âge de la première déscolarisation est dans l'échantillon en moyenne de 11 ans et 2 mois, sachant que l'âge minimal est de 6 ans pour l'un d'entre eux qui est arrivé au collège en étant déjà dans un processus de déscolarisation. L'âge le plus tardif de la déscolarisation est de 14 ans, en classe de 3^{ème}.

Il n'y a pas de différence entre les filles et les garçons pour ce qui est de l'âge à la première déscolarisation (l'âge moyen pour les filles est de 11 ans et 4 mois, et pour les garçons de 11 ans et 1 mois.).

2.3.4 Signes accompagnant le refus scolaire anxieux

Au dire des parents, concernant les symptômes présentés, seuls ou en association, par les 22 élèves inclus dans l'étude : 9 enfants (soit 41 %) s'étaient plaints de céphalées, 14 enfants (soit 64 %) de troubles digestifs, et 15 enfants (soit 68 %) de manifestations psychologiques. Parmi les situations évoquées par les parents, on retrouve des enfants en pleurs, tétanisés ou qui n'arrivent plus à sortir de la voiture. Pour les signes digestifs, certains enfants ont des vomissements avant d'arriver en cours ou dès le début des cours, d'autres ont eu des douleurs au ventre ayant entraîné la réalisation de plusieurs examens médicaux.

Pour 7 d'entre eux ces signes sont apparus en maternelle, 4 enfants ont également présenté des manifestations en élémentaire, avec parfois une déscolarisation apparue en élémentaire.

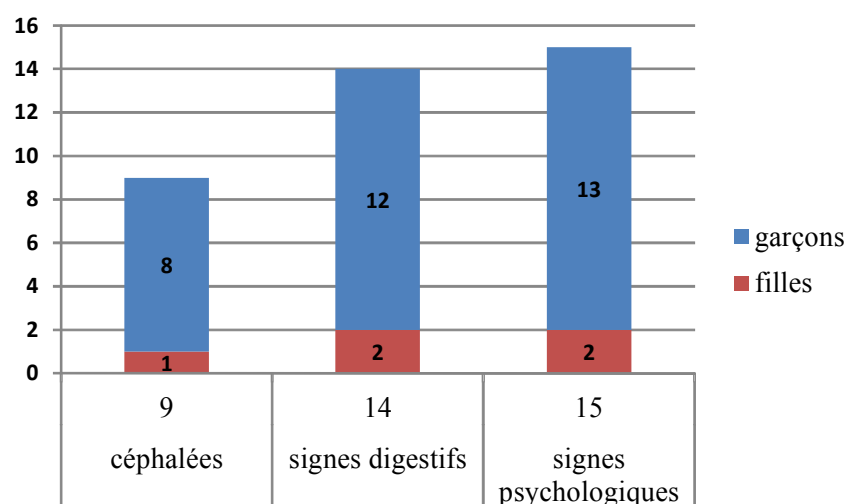


Figure 6 : Signes les plus fréquents accompagnant le refus scolaire anxieux, selon le sexe.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

2.3.5 Notion de harcèlement par un professeur, par un élève

Au dire des parents, 41 % des élèves (9 d'entre eux) ont vécu une situation assimilée à un harcèlement par un professeur. Au cours de l'un des entretiens réalisés, un des parents a évoqué un professeur qui a stigmatisé l'élève en cours. Après chaque période de déscolarisation l'élève revenait en cours, le professeur réitérait ses propos, et l'élève arrêtait de nouveau les cours.

Par ailleurs, autant d'élèves auraient été harcelés par un de leurs camarades, soit 41 %. L'un des parents a précisé avoir reçu des menaces à son encontre et envers son enfant par un

élève plus âgé. Les parents ont parlé du harcèlement en sport par d'autres élèves, par réception de courriers électroniques menaçants, ou à la sortie des classes.

Parmi eux, 4 enfants ont rencontré un problème avec à la fois un professeur et un élève.

Au total, ce sont 14 enfants (64 %) pour lesquels les parents ont évoqué un harcèlement.

Déclaration de harcèlement

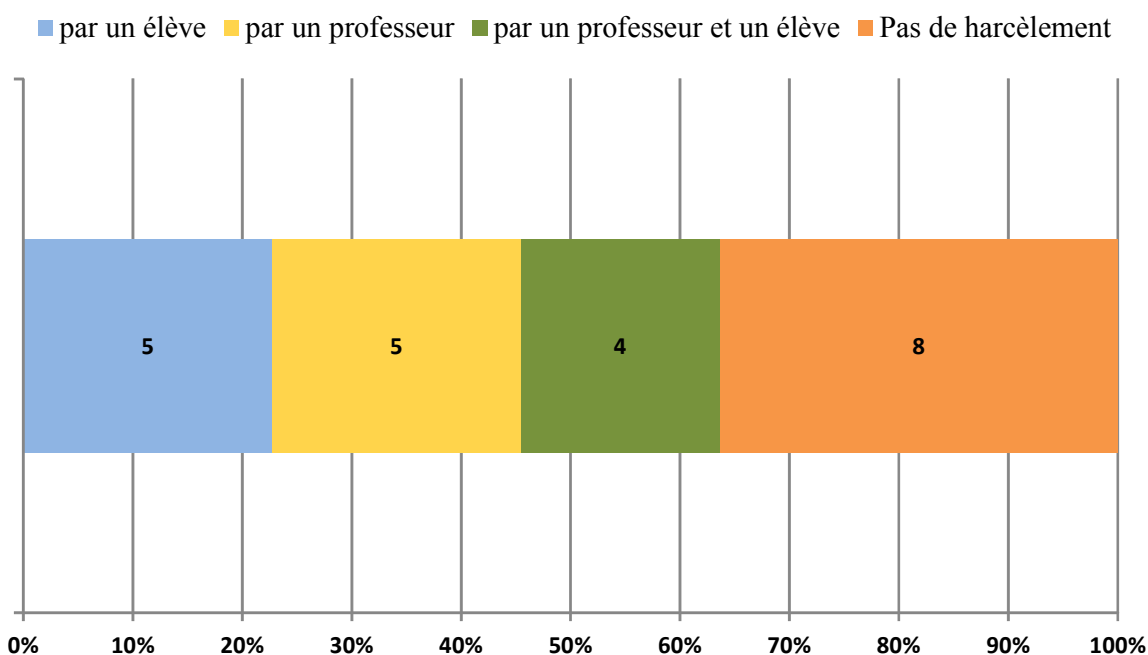


Figure 7 : Déclaration d'antécédents de harcèlement par un professeur ou par un élève.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

2.3.6 Diagnostics associés ou difficultés scolaires

Près d'un tiers des parents d'élèves (7/22) m'ont indiqué que leur enfant aurait un Haut potentiel intellectuel associé, évoqué par le psychologue ou le pédopsychiatre qui suivait l'enfant. La moitié d'entre eux (11) a également un autre trouble anxieux que le refus scolaire anxieux. Parmi les troubles anxieux énumérés par les parents : l'anxiété de performance à 6 reprises, les troubles anxieux généralisés pour 4 enfants, ou l'anxiété de séparation chez 2 élèves.

Les difficultés scolaires concernent 5 enfants. Les parents ont évoqué un trouble DYS chez 3 d'entre eux (multiDYS, dysgraphie, dyspraxie), dont 2 qui ont bénéficié d'un aménagement mis en place avec l'aide du médecin scolaire (AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire, PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation).

2.3.7 Activités extra scolaires

Au cours des entretiens avec les parents, je les ai interrogés sur les activités au collège au moment de la déscolarisation. 18 enfants sur 22 (soit 82 %) pratiquaient une activité extrascolaire, principalement sportive (un seul des enfants pratiquait une activité musicale en plus d'une activité sportive). Parmi ces 18 enfants, 94 % ont eu également des difficultés à poursuivre le sport, soit 17 d'entre eux. Le motif d'arrêt le plus fréquent rapporté par les parents est la volonté d'arrêter la compétition. Sur les 18 élèves, 14 ont arrêté toute activité sportive soit 78 %. Concernant les 3 enfants qui ont poursuivi, tous ont arrêté la compétition et pour l'un d'entre eux, les parents devaient rester sur place pour qu'il poursuive l'activité. Sans que le lien ait été exprimé, l'arrêt de l'activité a été concomitant à l'apparition du trouble anxieux scolaire.

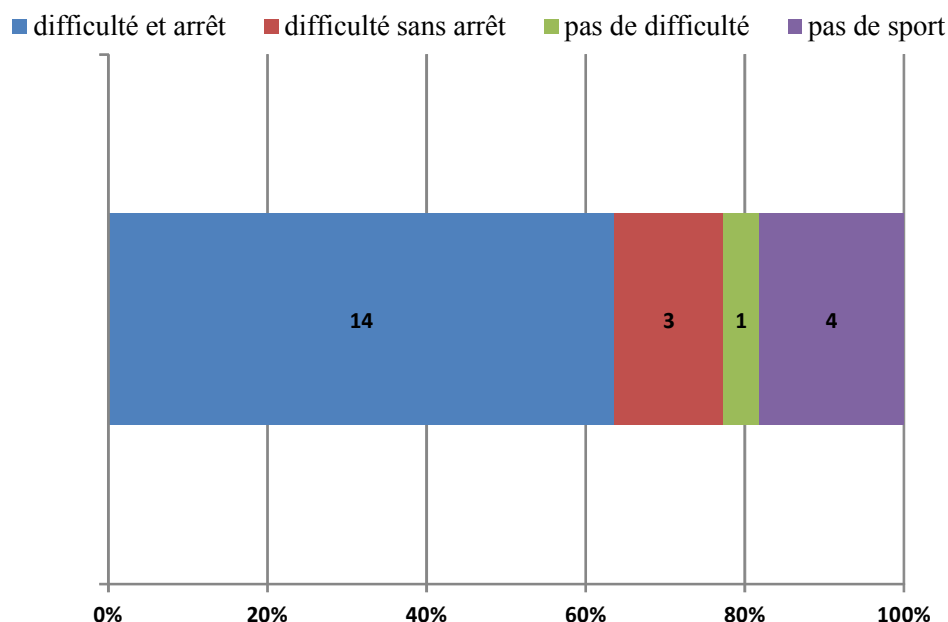


Figure 8 : Activité sportive extrascolaire au temps du collège.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

2.3.8 Eloignement en famille, en colonies de vacances ou avec des amis

14 enfants (soit 64 %) étaient déjà allés en vacances, soit en famille, soit en colonies, soit chez des amis. Concernant les colonies, 4 d'entre eux n'ont plus voulu y retourner, et pour 2 des enfants les parents ont précisé qu'ils ont dû aller les chercher. L'un d'entre eux a vécu un traumatisme en colonie.

Majoritairement ils sont déjà partis seuls en vacances chez un autre membre de la famille (8 enfants sur 14 soit 57 %)

2.3.9 Prise en charge et suivi

Délai de prise en charge médico-psychologique

Dans la moitié des cas, les élèves ont été pris en charge dans les 3 premiers mois qui ont suivi l'apparition des manifestations anxieuses et de déscolarisation ou retentissement scolaire.

Parmi ces 11 élèves, 3 ont eu une prise en charge en urgence suite à une tentative de suicide révélatrice.

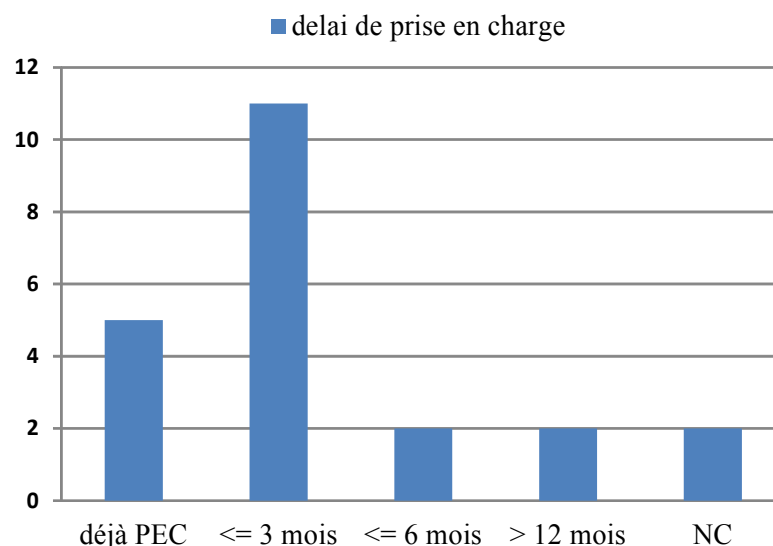


Figure 9 : Délai de prise en charge médicalisée du refus scolaire anxieux.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

Prise en charge et suivi médical et psychologique

Concernant le suivi médical, les parents de 12 enfants (soit 54 %) ont indiqué avoir sollicité le médecin généraliste, qui a été le premier et seul intervenant pour un des élèves. Dans certains cas, il n'y avait pas encore eu de déscolarisation lors de cette première consultation. Pour 7 des enfants, la première consultation s'est faite auprès d'un pédopsychiatre. Certains parents m'ont expliqué avoir été orientés vers les soignants par un CPE ou par un professeur, devant des absences répétées, ou des manifestations d'anxiété. Cela concerne 5 enfants.

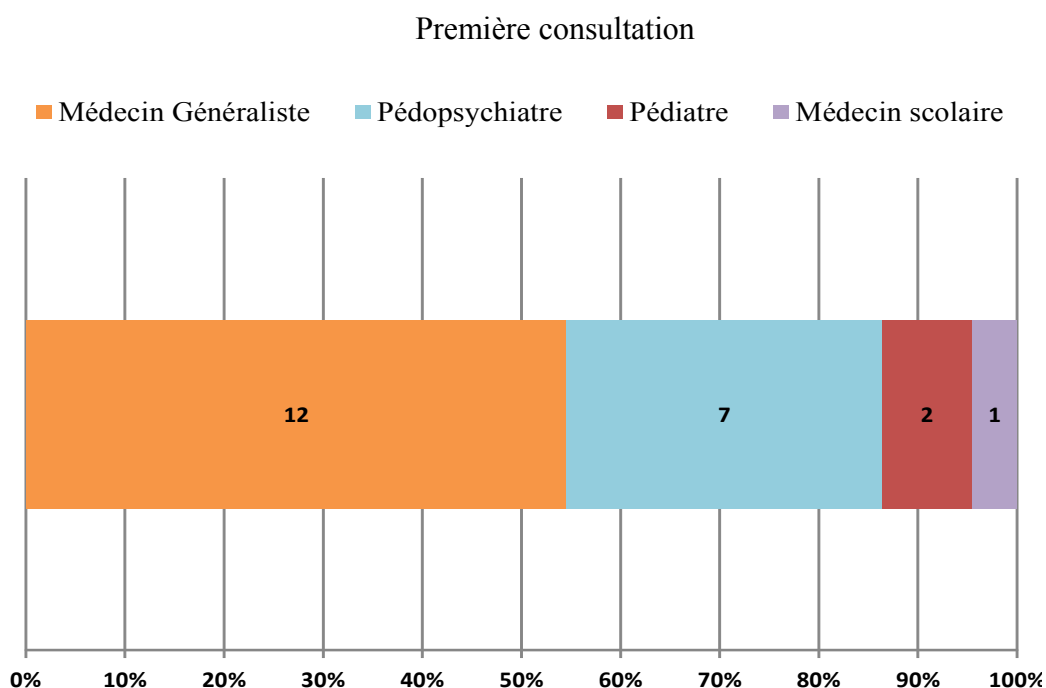


Figure 10 : Première consultation médicale, lors de l'apparition des symptômes.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

Au total, 14 élèves (soit 64%) ont vu un pédopsychiatre au cours de leur suivi.

Par ailleurs, 11 élèves sur 22 étaient suivis à la fois par un pédopsychiatre et un psychologue. 7 élèves avaient un suivi uniquement avec le psychologue, 3 avaient un suivi uniquement par un pédopsychiatre et l'un d'entre avait un suivi effectué par le médecin généraliste.

Suivi des enfants

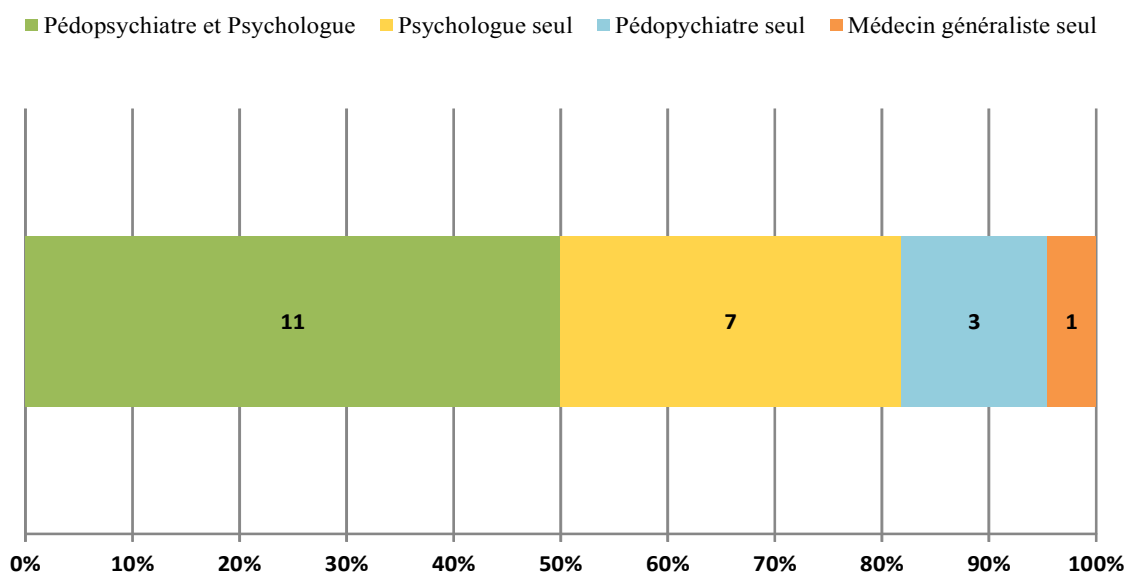


Figure 11 : Soignants rencontrés par l'élève lors de son suivi pour un refus scolaire anxieux.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

Concernant le type de prise en charge, 6 des élèves étaient suivis en libéral par un psychologue ou un pédopsychiatre, les autres étaient suivis dans un CMPP (8 élèves) ou dans un centre hospitalier (11 élèves) sans qu'ils soient pour autant hospitalisés plusieurs jours. 2 enfants étaient suivis à la fois par un centre hospitalier et par un CMPP.

La moitié des enfants (11) avait un suivi une fois par semaine, 4 enfants rencontraient un psychologue ou un pédopsychiatre deux fois par mois. 7 enfants avaient un suivi de moins de 2 séances par semaine. Pour la majorité des enfants, des séances à la demande étaient possibles.

Prise en charge et suivi de la scolarité

Deux tiers des enfants (soit 17/22) ayant un refus scolaire anxieux ont bénéficié d'un PAI au collège. Concernant le CNED gratuit, 5 enfants y ont eu accès. La moitié des enfants ayant présenté un refus scolaire anxieux ont bénéficié de l'APAD.

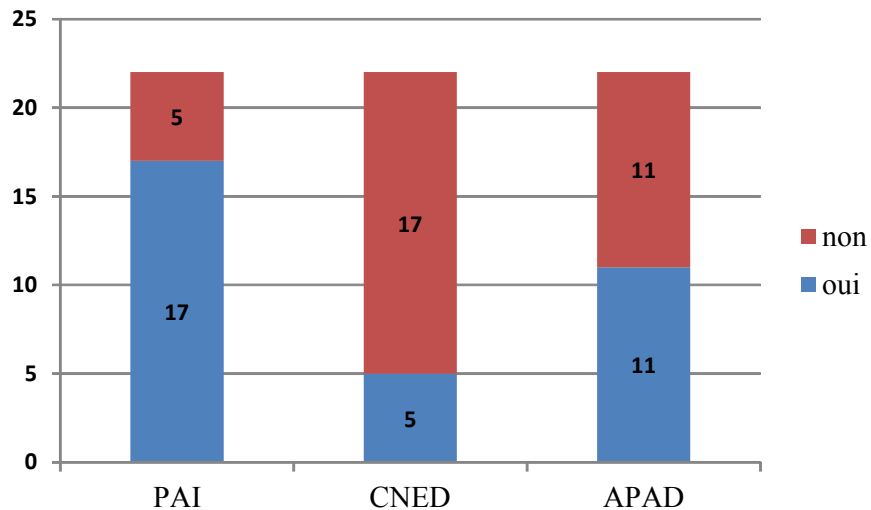


Figure 12 : Prise en charge par un PAI, CNED ou par l'APAD au collège.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015. PAI (Projet d'accueil individualisé) ; CNED (Centre national d'Enseignement à Distance) ; APAD (Assistance Pédagogique A Domicile).

2.4 Résultats concernant le critère de jugement principal : reprise de la scolarité

2.4.1 Reprise

J'ai rencontré les parents trois ans après un épisode de déscolarisation au collège au cours de l'année scolaire 2014/2015, ce qui permettait de repérer les enfants ayant repris ou non une scolarité à 3 ans, ainsi que la durée totale de la déscolarisation pour les élèves ayant repris au moment de l'entretien. La reprise s'est avérée être à multiples facettes.

Au total, le schéma suivant met en évidence que 15 élèves ont repris leur scolarité au moment de l'entretien, soit 68 % de l'échantillon initial de refus scolaire anxieux au collège.

Ils sont représentés dans les cases rouges, et on remarque que les 4 enfants qui ont bénéficié directement d'une scolarisation aménagée pour leur refus scolaire anxieux ont tous repris une scolarité normale. Parmi les 18 autres élèves, qui ont connu une rupture scolaire totale au collège, 11 ont repris une scolarité normale.

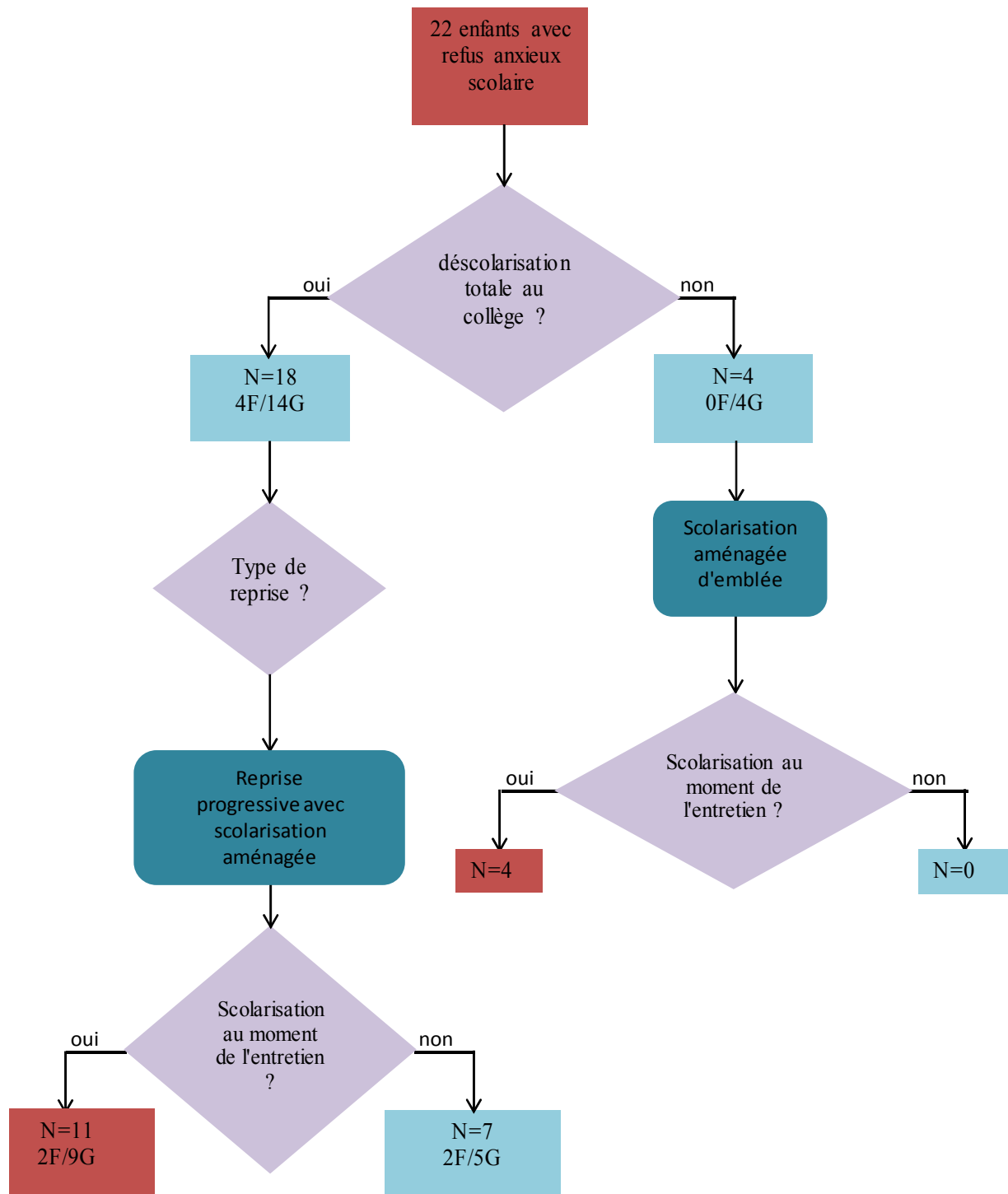


Figure 13 : Diagramme de flux de la scolarité après l'épisode de déscolarisation.

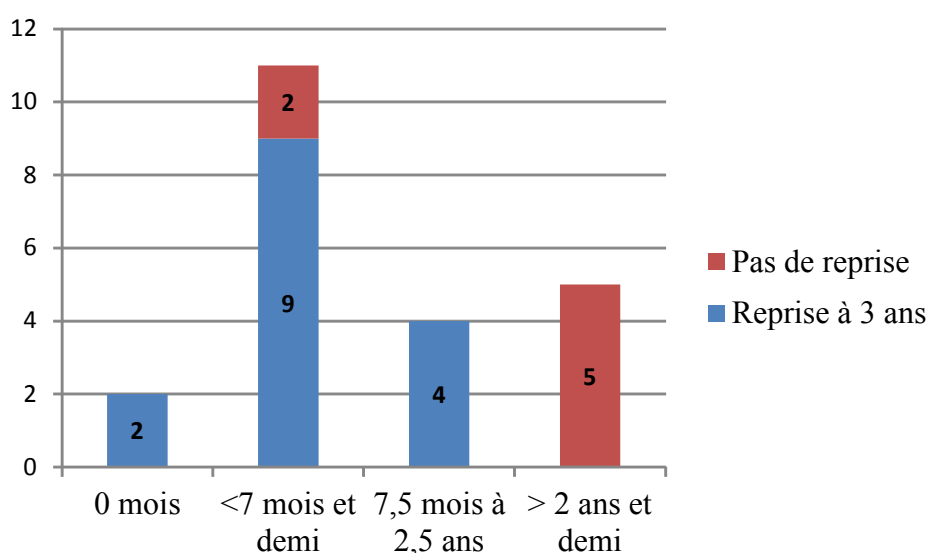
Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

2.4.2 Délai de reprise, Durée exacte de la déscolarisation

La figure ci-dessous détaille la durée de la déscolarisation en distinguant selon que les enfants ont repris ou non une scolarité à 3 ans.

On remarque que parmi les 5 qui ont été déscolarisés plus de 2 ans et demi (>120 semaines), aucun n'avait au moment de l'entretien repris une scolarité. Pour les élèves déscolarisés moins de 2 ans et demi, 91 % des élèves, soit 15 d'entre eux, avaient repris une scolarité. 2 élèves avaient repris une scolarité, mais ont rechuté et n'étaient plus scolarisés au moment de l'entretien.

D'autre part, un des parents a précisé que même si son enfant n'a pas repris une scolarité classique, il a trouvé une voie professionnelle dans laquelle il s'épanouit.



Durée exacte de la déscolarisation, évaluée à 3 ans du début

Figure 14 : Durée de la déscolarisation en fonction de la reprise de la scolarité au moment de l'entretien.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

2.5 Déterminants de la reprise

Dans ce paragraphe, nous étudierons les facteurs environnementaux et personnels associés à la reprise, à la recherche de facteurs explicatifs ou pronostics de cette dernière.

2.5.1 Harcèlement

Concernant respectivement les élèves harcelés par un camarade ou par un professeur, près des 2/3 (9/14) ont repris une scolarité. Parmi les élèves non harcelés, la proportion est supérieure (75 %, soit 6 sur 8), sans que la différence soit statistiquement significative en raison du faible effectif de l'échantillon.

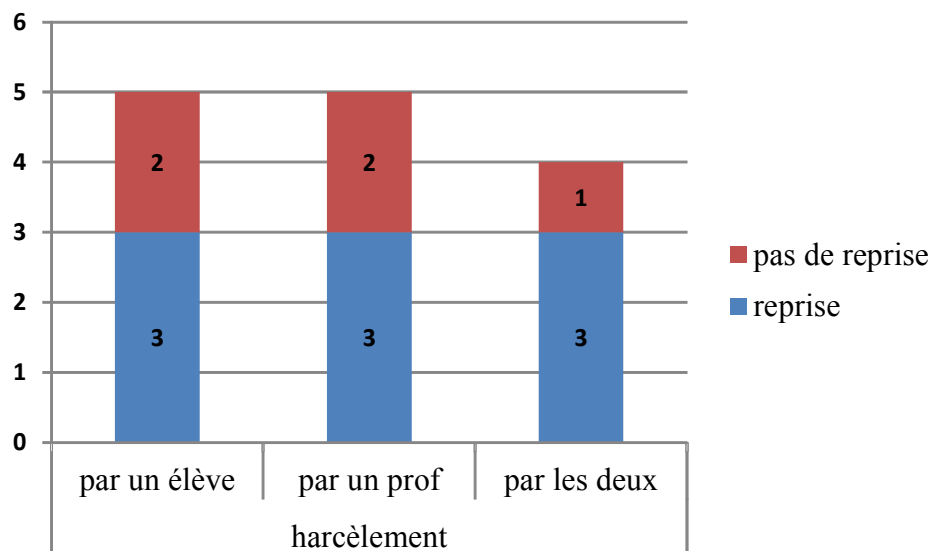


Figure 15 : Reprise selon l'origine du harcèlement.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

2.5.2 Difficultés scolaires

Parmi les enfants qui avaient une difficulté scolaire, 3 sur 5 ont repris une scolarité, soit un peu moins que les enfants sans autres difficultés que le refus scolaire anxieux (10/15).

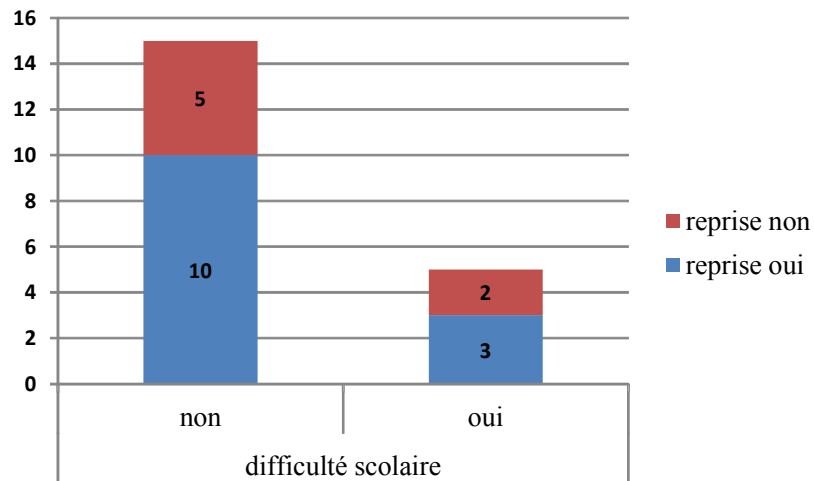


Figure 16 : Devenir scolaire selon l'existence ou non de difficultés scolaires.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

2.5.3 Haut potentiel intellectuel

Concernant les 7 enfants qui selon les parents ont un haut potentiel intellectuel, 5 ont repris une activité scolaire, soit proportionnellement un peu plus que l'autre groupe.

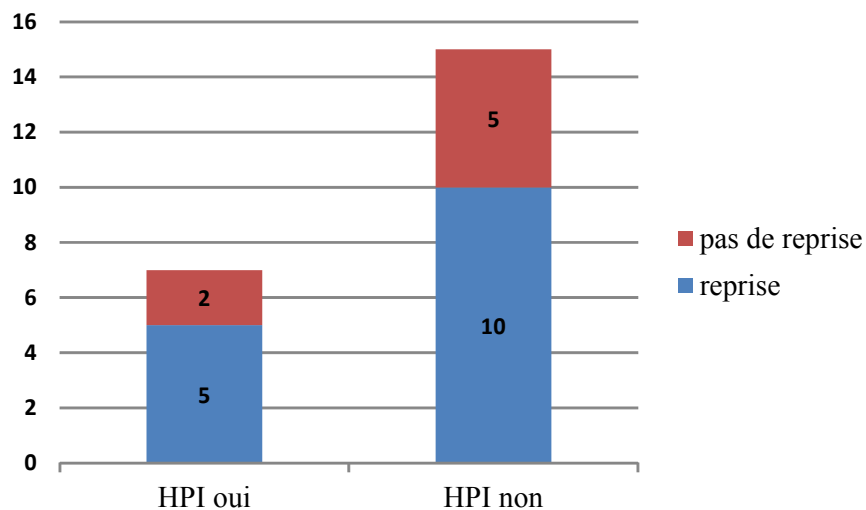


Figure 17 : Devenir scolaire selon la notion de haut potentiel intellectuel.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

2.5.4 Date du début refus scolaire anxieux

Parmi les 9 élèves qui ont présenté des manifestations de refus scolaire anxieux dès la maternelle, 8 ont repris leur scolarisation au moment de l'entretien. Concernant les 3 élèves qui ont manifesté un refus scolaire anxieux au cours de l'élémentaire, 1 seul a repris sa scolarité. 6 élèves sur 10 au collège ont repris.

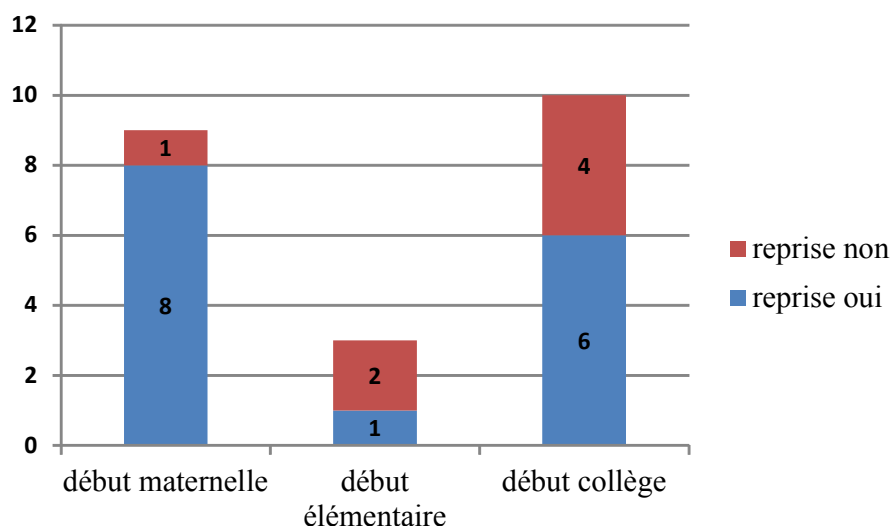


Figure 18 : Devenir scolaire au moment de l'entretien, selon la classe des premiers signes du refus scolaire anxieux.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

2.5.5 L'âge de début de la déscolarisation

Parmi les 22 enfants inclus, 15 ont été déscolarisés à 12 ans ou avant, déscolarisation totale et partielle comprise. Sur ces 15 enfants, 11 ont repris leur scolarité soit 73 %. 7 des enfants ont été déscolarisés après l'âge de 12 ans. 4 ont repris leur scolarité. Parmi les 2 élèves déscolarisés après 14 ans, aucun des deux n'a repris sa scolarité.

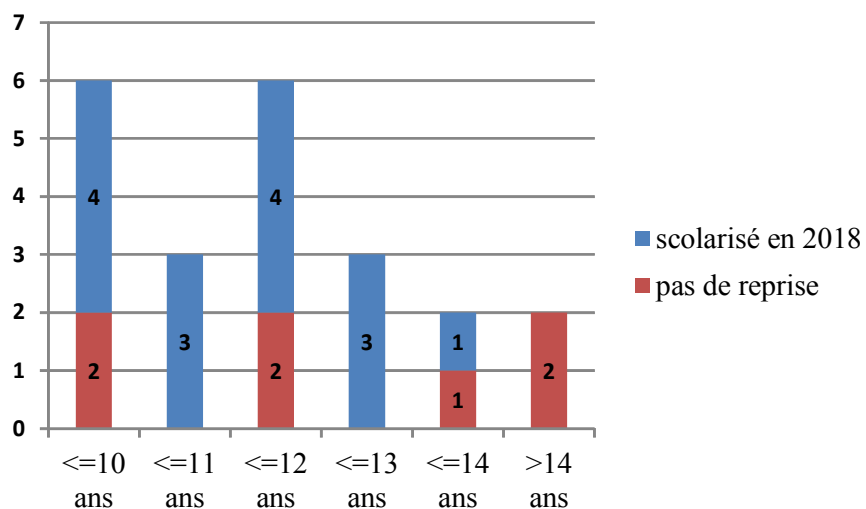


Figure 19 : Devenir scolaire selon l'âge du début de la déscolarisation.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

2.5.6 Classe du début de la déscolarisation au collège

Rappelons qu'un peu plus de la moitié des élèves, 12/22 (55 %), était déscolarisée en 6^{ème}, 2 étant déjà déscolarisés depuis l'élémentaire. Parmi ces 12 élèves, 9 (75 %) ont repris leur scolarité. Pour les 10 enfants déscolarisés après la 6^{ème}, 6 sur 10 ont repris leur scolarité.

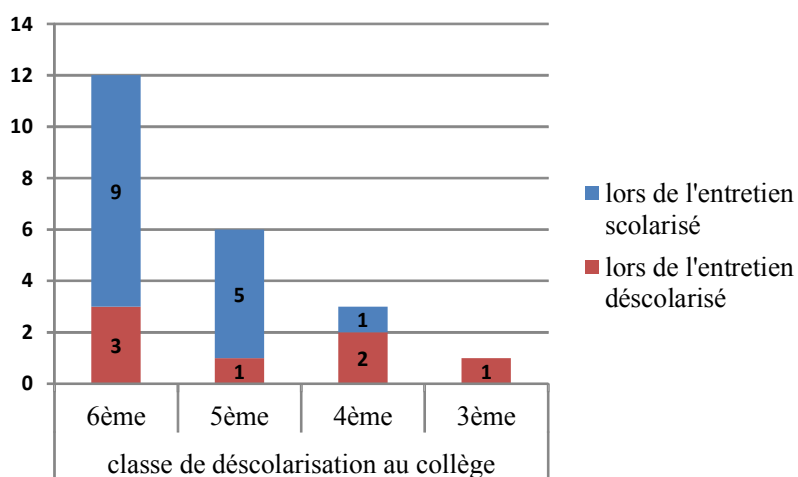


Figure 20 : Devenir scolaire lors de l'entretien, selon la classe du collège où l'élève a été déscolarisé au collège.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

2.5.7 Délai de Prise en charge (PEC)

Parmi les 11 enfants pris en charge avec un délai de moins de 3 mois lors de leur scolarisation au collège, 8 ont repris. Concernant les 4 élèves pris en charge entre 3 mois et plus de 12 mois, ils ont tous repris leur scolarité. Les 2 élèves pris en charge après 12 mois ont repris leur scolarité.

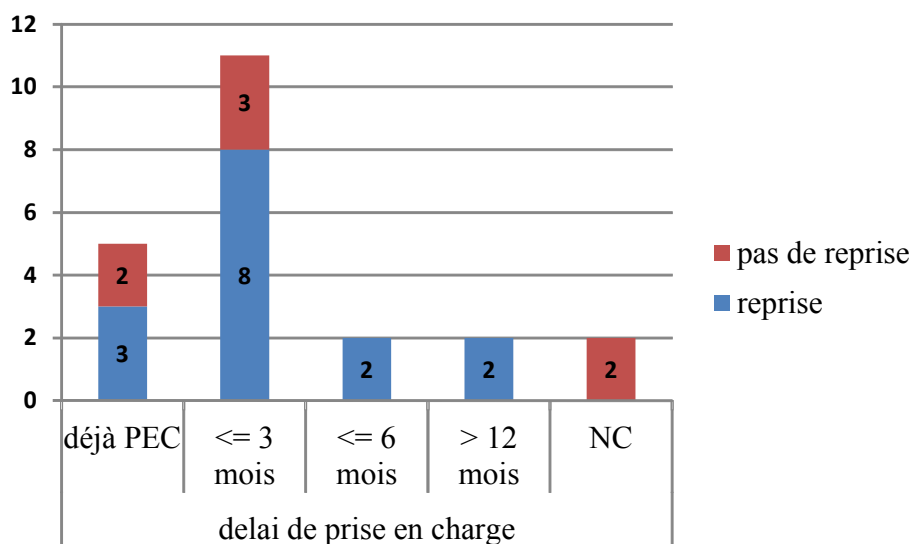


Figure 21 : Devenir de la scolarité selon le délai de prise en charge des enfants scolarisés au collège.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

2.5.8 Type du suivi spécialisé

Parmi les 3 enfants suivis par un pédopsychiatre, l'un d'entre eux a repris sa scolarité. Concernant les 7 enfants qui ont vu un psychologue, 3 sont scolarisés au moment de l'entretien. Pour les enfants suivis à la fois par un pédopsychiatre et un psychologue, 8/11 (73 %) ont repris. A noter que l'enfant suivi par le médecin généraliste a également repris sa scolarité.

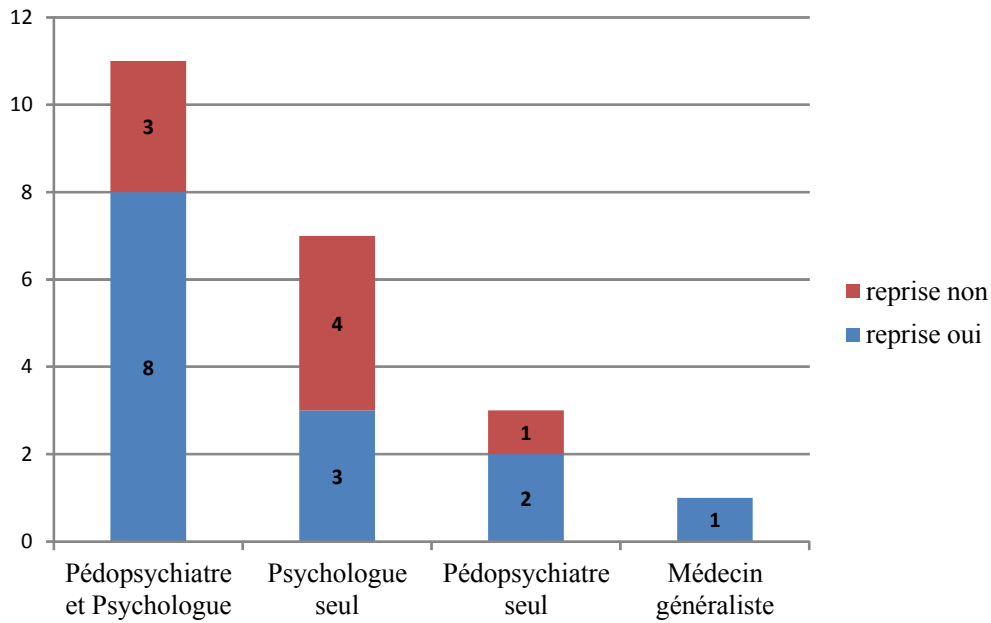


Figure 22 : Devenir scolaire selon le suivi par un médecin généraliste, un pédopsychiatre et/ou un psychologue.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

2.5.9 Lieu du suivi

La moitié des enfants suivis en libéral sont scolarisés au moment de l'entretien. Concernant les 5 élèves suivis dans un CMPP, 2 ont repris. 9 enfants sur 11 suivis dans un centre ou service hospitalier sont retournés en cours.

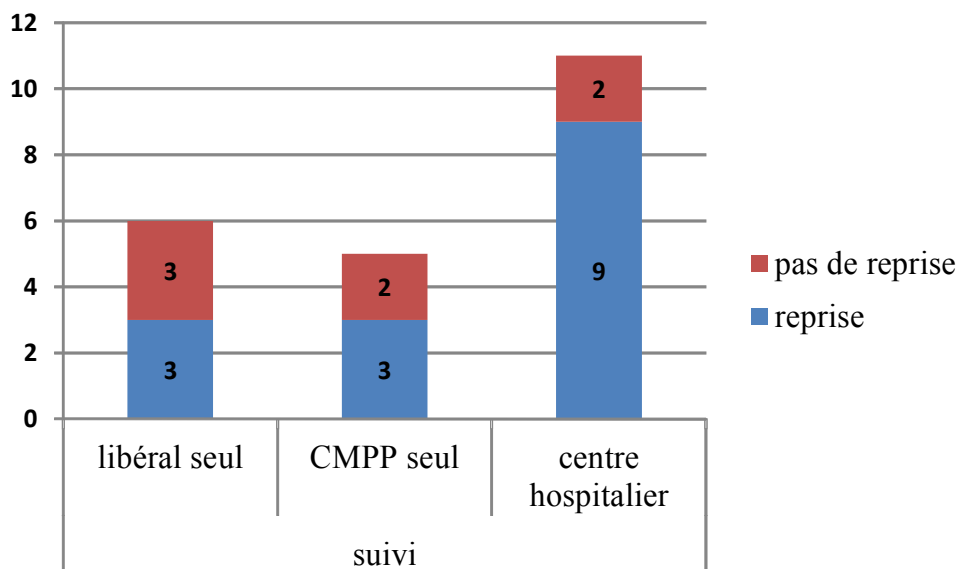


Figure 23 : Description de la reprise scolaire ou non selon le suivi en milieu libéral, hospitalier ou au CMPP.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

2.5.10 Fréquence du suivi

Concernant les enfants suivis 1 fois par semaine, 9/12 (75 %) ont repris. 1 enfant sur 4 suivi deux fois par mois a repris sa scolarité, et 5 enfants sur 6 suivis moins de 2 fois par mois ont repris.

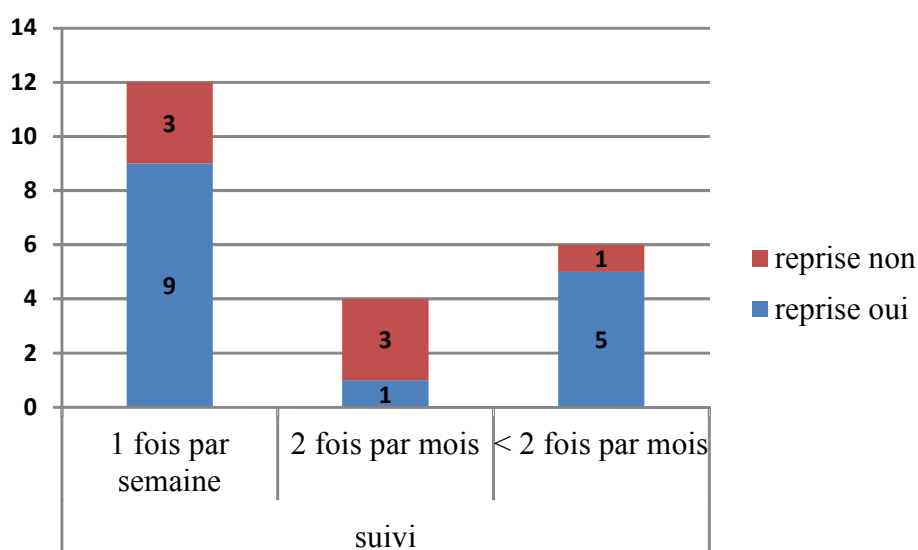


Figure 24 : Devenir scolaire selon la fréquence du suivi par un psychologue et/ou un pédopsychiatre.

Etude de 22 enfants, ayant un refus scolaire anxieux, déscolarisés au collège en Gironde en 2014/2015.

2.5.11 Type de prise en charge scolaire

Parmi les 5 enfants qui ont été inscrits au CNED gratuit, l'un d'entre eux a repris l'école, les 4 autres n'ont pas repris. Ces 5 élèves avaient bénéficié antérieurement d'un PAI, deux d'entre eux avait également eu recours à l'APAD.

Concernant les PAI, près de 2/3 des élèves qui en ont bénéficié ont repris leur scolarité. 8 de ces élèves ont aussi eu des cours via l'APAD.

Pour l'APAD, 64 % des élèves qui ont suivi ces cours, soit 7/11, sont actuellement scolarisés. Parmi les 4 qui sont déscolarisés, 1 seul a été inscrit au CNED par la suite.

DISCUSSION

3.1 Discussion de la méthode

S'agissant d'une étude sur le refus scolaire anxieux, il était logique que le recueil de données soit réalisé à partir des données de l'Education nationale, ce qui a permis, grâce à la mobilisation des médecins scolaires et au croisement des données du CNED et de l'APAD, d'identifier très probablement la totalité de la population cible des élèves ayant présenté un refus scolaire anxieux amenant à une déscolarisation.

3.1.1 Concernant les variables non étudiées dans l'étude

Nous avons d'autant plus facilement renoncé à exploiter le statut professionnel des parents que les études réalisées (celle de I. Berg (27), et celle de S. Benbrika (28)) ne mettent pas en évidence de catégorie socio-professionnelle prédominante.

Concernant les difficultés familiales, selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (29), le pourcentage de divorce a augmenté progressivement depuis les années 1970, pour observer une baisse légère depuis les années 2000. Il est difficile de corréler un lien entre un divorce et le refus scolaire anxieux, d'autant plus que le refus scolaire anxieux existait déjà avant la recrudescence des séparations, et que l'on n'a pas de données fiables sur la prévalence de ce trouble en fonction de l'augmentation des séparations.

3.1.2 Biais de volontarisme et de sélection

A partir du moment où il était inconcevable d'exiger une réponse des parents ou de travailler sur dossier sans autorisation expresse, il existe un possible biais de sélection du fait que les entretiens ont été réalisés sur la base du volontariat.

Parmi les 91 cas identifiés, j'ai rencontré 22 familles, soit un taux de réponse de 24 %. De plus, la proportion filles/garçons n'est pas la même que dans la population cible. Je reviendrai

sur ce point (paragraphe 3.2.1). Il convient donc de se demander si les 22 entretiens sont représentatifs des 91 cas.

Il est probable que ce faible taux de réponse soit lié au thème abordé, qui reste douloureux à évoquer, du fait du parcours souvent difficile de la famille entière. J'ai été frappée au cours des entretiens par l'émotion exprimée et l'expression régulièrement employée de « parcours du combattant » par les parents.

Il est possible que les parents qui ont accepté de me rencontrer aient des enfants qui aient plus souvent réussi à reprendre un chemin de vie, que les parents non-répondants. Mais on ne peut pas exclure que la non-réponse corresponde plutôt à des problèmes réglés rapidement et dont ils ne souhaitent plus parler. Je n'ai pas de données sur le devenir des enfants de l'échantillon de la population des non-répondants me permettant de trancher entre ces deux hypothèses.

3.1.3 Biais de déclaration

Un des biais possible serait lié au type d'étude réalisée. En effet, lors de l'entretien, un seul des parents était rencontré. Ainsi, on peut supposer que pour certaines données, notamment les antécédents scolaires des parents, on n'a peut-être pas récolté l'ensemble des informations, d'autant plus que les parents interrogés n'étaient pas toujours sûrs des informations concernant l'autre parent, ou bien pour certains l'information n'était pas connue.

3.1.4 Biais de mémorisation

Il est souvent évoqué que les études rétrospectives exposent à des biais de mémoire. Je faisais appel aux souvenirs des parents sur ce qui c'était passé trois ans auparavant, parfois même dans la petite enfance. Cependant, pour les parents rencontrés, il est apparu au contraire que les événements avaient été suffisamment marquants, au point que certains citaient des dates précises même a posteriori. Ainsi, une mère a pu me dire avec précision le jour de l'hospitalisation de son enfant.

Au total, sans être certaine que l'échantillon soit représentatif des enfants déscolarisés pour refus scolaire anxieux, on dispose de 22 entretiens riches d'informations, sélectionnés

dans les collèges, et non pas recrutés à partir d'évènements plus graves comme l'hospitalisation dans un service de pédopsychiatrie, comme l'ensemble des études publiées sur ce sujet.

L'intérêt de notre étude est bien d'avoir accès à des enfants qui ont vécu une déscolarisation pour refus scolaire anxieux, avec des prises en charge non systématiquement hospitalières, ce qui permet d'avoir un aperçu plus représentatif de la population cible. Nous avons même pu, sur un petit échantillon, observer la fréquence de caractéristiques rarement recueillies comme les activités sportives.

Un deuxième intérêt réside dans le fait que les données ont été recueillies auprès des parents lors d'un entretien oral et non sur des dossiers, ce qui laisse la possibilité de demander des informations supplémentaires et de s'adapter aux réponses des parents, et parfois d'inclure de nouvelles données. Par exemple, des parents m'ont fait remarquer à juste titre qu'il est difficile de se rendre disponible pour être présent lors des cours à domicile de l'APAD, ou pour amener son enfant chez un pédopsychiatre ou psychologue lorsque l'on habite dans des zones reculées.

3.2 Discussion des résultats

3.2.1 A propos des caractéristiques sociodémographiques

Dans notre étude réalisée avec des élèves de collège, le sex-ratio de l'ensemble des enfants répondant aux critères de sélection, était proche de 1 (1,3 avec 51 garçons et 40 filles), ce qui concorde avec les études antérieures, dont le critère de sélection était un refus scolaire anxieux chez des enfants hospitalisés. Par exemple, l'étude de Flakierska N. (30) (1988) retrouve un sex-ratio de 1,2 (16 garçons et 19 filles), I. Berg (31) (1985) a dans son étude un sex-ratio de 1,2 (91 garçons et 77 filles), et l'étude de L. Racle (32) retrouve un sex-ratio de 1,2 (26 garçons et 22 filles).

Concernant le taux d'acceptation de l'entretien, 8 % des parents de filles versus 43 % des parents de garçons ont accepté, conduisant à un échantillon de 22 enfants dont 4 filles et 18

garçons. Cela soulève la question du refus scolaire anxieux en fonction du sexe de l'enfant, de son acceptation, de sa gravité en fonction du sexe. On peut se demander si les filles présentent des symptômes à minima, ou s'il est plus facile de les accepter venant d'une fille, ce qui pourrait expliquer une moindre mobilisation pour une étude. Il pourrait aussi s'avérer que les cas soient plus graves et plus douloureux à évoquer.

3.2.2 A propos des caractéristiques familiales

Concernant les notions de déménagement et les différentes périodes autour de la grossesse

Aucune donnée bibliographique utile n'a été retrouvée concernant la notion du déménagement, ainsi que les périodes concernant la grossesse, l'accouchement ou la période du postpartum. Ces données ont été recherchées car elles intéressaient à priori les médecins de l'Education nationale, qui cherchent à comprendre, voire pronostiquer les divers éléments amenant à un refus scolaire anxieux avec une déscolarisation.

Le déménagement avait été recherché comme facteur déclencheur, car le changement d'école met en jeu les capacités d'adaptation de l'enfant. Ces déménagements ont entraîné des changements d'école chez 4 élèves. Il n'est pas possible de comparer ce nombre à un taux de déménagement chez la population classique des élèves. Il est possible qu'il y ait eu plus de déménagements dans notre échantillon que parmi les autres élèves. Si c'était le cas, il pourrait être supposé que ce changement s'ajoute à une situation sensible, pouvant évoluer vers un refus scolaire anxieux.

Concernant la fratrie et la scolarité de la fratrie

Parmi les 16 enfants ayant un frère ou une sœur, il a été repéré que 6 d'entre eux (32 %) ont un frère ou une sœur qui a présenté des difficultés scolaires, que cela soit un trouble DYS, un refus scolaire anxieux, ou un autre trouble des apprentissages. Parmi les 6, la moitié a présenté un refus scolaire anxieux, ce qui est légèrement plus élevé que dans l'étude de E. Hirsch (33) (15,2 %). Ces taux semblent plus élevés que le pourcentage de refus scolaire anxieux concernant l'ensemble des enfants d'âge scolaire (1 %).

Il aurait été intéressant de rechercher si ces troubles scolaires dans la fratrie sont apparus avant ou après le début des symptômes pour l'enfant concerné, ou s'ils avaient la même présentation clinique et scolaire. On remarque cependant que sur les 6 adolescents dont

un membre de la fratrie a eu des difficultés scolaires, 4 d'entre eux ont présenté des signes précoces dès la maternelle.

Concernant les antécédents parentaux

Dans notre étude, parmi les 22 familles, soit 44 parents, nous avons recueilli l'information que 3 d'entre eux auraient présenté au cours de leur vie un trouble d'origine psychiatrique (dépression, trouble bipolaire, tentative de suicide) et une des mères a souffert d'une dépression du post-partum. Si on se rapporte aux données de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) (34) « 1 personne sur 5 a souffert ou souffrira d'une dépression dans sa vie avec un facteur de risque de suicide important de 5 à 20 % ».

Au total, 4 parents ont eu des problèmes que l'on peut relier à la dépression. En reprenant notre échantillon, en comparaison aux données de l'INSERM, nous ne retrouvons pas de fréquence plus élevée que dans la population générale.

Les études antérieures à la nôtre se sont principalement intéressées au lien entre des antécédents familiaux de dépression, ou de trouble anxieux, et l'émergence d'un refus scolaire anxieux chez l'un de leurs enfants. Notre étude permet seulement de montrer la fréquence de ces troubles chez les parents.

En revanche, l'étude de L. Racle (32) trouve un taux de 66 % d'antécédents psychiatriques chez la mère, très nettement supérieur à celui de notre étude, mais peut-être retrouverait-on ces antécédents à un taux plus élevé dans la population qui a refusé de participer à l'étude.

Parmi les 22 familles interrogées, 4 parents ont présenté des difficultés lors de leur scolarisation. Ces données ont été recueillies via le parent présent à l'entretien et peuvent être sous-estimées.

3.2.3. A propos des caractéristiques de l'enfant

Concernant l'observation au collège

La période du collège avait été choisie en fonction des différentes études réalisées qui mettaient en exergue l'apparition des signes à ce moment-là. L'étude réalisée retrouve une moyenne d'âge de 11 ans et 2 mois à l'apparition du refus scolaire anxieux, et plus de de la

moitié des déscolarisation en 6^{ème}. Il est possible que d'autres enfants aient présenté des problèmes en élémentaire, et qu'ils se soient résolus avant l'entrée au collège. De même, certains élèves développeront peut-être des symptômes, plus tard, au lycée.

Les données sur la moyenne d'âge dans les études réalisées sur des cohortes avec sélection d'âges variables sont nécessairement disparates et mesurent parfois la moyenne de l'âge auquel survient le refus, et parfois la moyenne d'âge des enfants observés présentant un refus scolaire anxieux. Ainsi L. Hersov (35) (1960) retrouve un âge moyen de 11,8 ans pour une inclusion d'enfants de 7 à 16 ans. Dans son étude, L. Racle (32) (2006) identifie une moyenne d'âge de 12,5 ans, I. Berg (25) (1969) identifie un âge moyen de 12 ans et 10 mois, et l'étude de S. Benbrika (28) (2010) retrouve un âge moyen de 12 ans.

Benbrika retrouve un taux de 65 % d'adolescents débutant un refus scolaire anxieux au collège, la plupart des cas apparaissant en 6^{ème}. Il était donc légitime pour notre étude de se centrer sur la période du collège.

Ce pic de déscolarisation en 6^{ème} s'expliquerait par un changement important : le collège est plus grand, il y a plus d'élèves, plus de professeurs, il existe aussi une majoration du risque de harcèlement, et un changement de classe entre les cours. Toutes ces modifications peuvent dépasser les capacités d'adaptation de l'élève, mais cela n'explique pas tout.

Toutefois, notre étude montre que 55 % des élèves présentent des signes dès la maternelle ou l'élémentaire. L'étude de Coolidge (36) (1964) sur 44 enfants de 12 à 22 ans retrouve un âge moyen de début à 7 ans, plus jeune que les précédentes études, montrant une apparition précoce des symptômes.

Concernant les signes associés

Les signes les plus fréquemment repérés dans notre étude ont été regroupés selon trois thèmes : les signes digestifs dans 64 % des cas (nausées, vomissements, douleurs abdominales), les céphalées dans 41 %, et les signes qualifiés de « psychologiques » chez 68 % des enfants (regroupant des items variés comme des crises d'angoisse, des troubles du sommeil ou du comportement alimentaire, énurésie...).

L'importance de ces signes réside dans le retard de diagnostic qu'ils peuvent entraîner (notamment les signes digestifs et les céphalées), du fait de la réalisation d'examens complémentaires pour identifier une éventuelle pathologie organique. Les signes « psychologiques » sont moins étayés dans les études, mais lors des entretiens réalisés dans notre étude, ils étaient recherchés de façon systématique et non sur dossiers. En effet, il est probable que lors des hospitalisations, ces données soient recherchées mais pas forcément notées dans les dossiers. Elles ont pu être transmises oralement. On peut donc supposer que lors des études rétrospectives, ces données sensibles n'apparaissaient pas dans les dossiers.

Par exemple, dans son étude, I. Berg (27) (1992) cite principalement les maux de tête et les troubles digestifs (diarrhée, anorexie).

Une étude récente de E. Hirsch (33) (2017) retrouve des signes digestifs chez 63,4 % des enfants, des céphalées chez 30,9 % d'entre eux, et des troubles du sommeil dans 54,8 % des cas. Il est intéressant de constater que les deux premiers taux sont très similaires à ceux de notre étude.

Concernant le harcèlement scolaire

Dans l'étude réalisée, la proportion d'enfants victimes de harcèlement est de 64 % (14 enfants sur 22). Ce taux est largement supérieur à la prévalence présumée dans la population scolaire (entre 6 et 15 %) (37). Le harcèlement n'est pas clairement défini comme facteur déclenchant dans les études consultées. Dans la plupart des cas de l'étude, à l'exception de 2 élèves, le harcèlement précède la déscolarisation, mais il ne semble pas être un facteur isolé. Dans notre étude, sur les 7 enfants encore actuellement déscolarisés, 5 se sont sentis victimes de harcèlement par un professeur et/ou un élève. Il est possible qu'ils soient freinés par la crainte de nouveaux épisodes de harcèlement. Pour l'un d'entre eux d'ailleurs, les parents l'ont changé de collège, ce qui lui a permis de reprendre sa scolarité.

D. Olweus (38) (1999) définit le harcèlement scolaire par un camarade de la façon suivante : « un élève est victime de violence lorsqu'il est exposé de manière répétée et à long terme, à des actions négatives de la part de un ou plusieurs élèves ». D'après lui, « Les victimes types sont plus angoissées et souffrent d'un manque de confiance plus grand que l'ensemble des élèves. De plus, ce sont des élèves timides, sensibles et calmes ».

La notion d'angoisse est fréquemment retrouvée chez les enfants souffrant d'un refus scolaire anxieux, il est probable qu'ils soient plus fréquemment victimes de harcèlement.

Concernant les diagnostics associés

L'étude retrouve un taux qui paraît élevé (32 % soit 7 enfants sur 22) d'enfants présentant un haut potentiel intellectuel. Selon les parents, l'évaluation a été réalisée par des psychologues ou des pédopsychiatres. La prévalence est estimée à 2,5 % dans la population générale. Récemment ; l'étude de E. Hirsch (33) a mis en évidence un taux encore plus élevé (54 %) parmi des enfants hospitalisés présentant un refus scolaire anxieux. Il s'agissait de cas potentiellement plus graves.

N. Catheline (6) décrit en 2010 les enfants intellectuellement précoces comme « *des enfants hypersensibles, qui ressentent très douloureusement les critiques qui leur sont faites sur leur réponse ou sur leur attitude, souvent marquée par l'ennui et le retrait* ». On peut y voir quelques similitudes avec l'approche de D. Olweus (38) sur le profil des victimes de harcèlement.

Parmi les autres diagnostics associés, au dire des parents, on retrouve les troubles anxieux, notamment les troubles anxieux généralisés (4 enfants), l'anxiété de performance (27 % soit 6 enfants sur 22) ou les troubles du comportement alimentaire (4 enfants), et la dépression (4 enfants).

Selon les données recueillies lors des entretiens, on retrouve un seul diagnostic d'anxiété de séparation parmi les 22 enfants. Dans son étude, L. Etienne met en évidence que l'anxiété de séparation touche majoritairement les filles, ce qui pourrait expliquer le taux très faible dans notre étude, les filles étant moins représentées. Il est également possible que les pourcentages relevés dans les autres études soient plus élevés parce que le diagnostic est posé par un professionnel. Les différentes études réalisées ne parlent pas du trouble du comportement alimentaire. Je n'ai pas retrouvé au cours des entretiens, comme il a pu être décrit dans la littérature, de diagnostic porté de TDA/H (Trouble du Déficit de l'Attention et Hyperactivité).

C.A Kearney (39) (2005) retrouve dans son étude un taux d'anxiété de séparation de 53,7 %, et un taux de prévalence d'anxiété générale et de troubles phobiques de 9,3 %.

Concernant les troubles d'apprentissage

Des troubles des apprentissages ont été repérés chez 5 enfants (23 %). Parmi eux, deux enfants avaient des troubles de la concentration avec une lenteur à l'écriture ou à la lecture. Les trois autres élèves avaient un trouble DYS (14 %), parmi les troubles cités par les parents on retrouve la dysgraphie, la dyspraxie ou un trouble multi DYS. Ces chiffres sont à rapprocher de la prévalence des personnes présentant un trouble DYS, qui serait de 6 % à 8 %, mais « aucune donnée fiable n'a donné un chiffre des troubles dys en France » (40).

Concernant les activités extra-scolaires

La revue de la littérature n'a pas permis de trouver d'éléments de comparaison. Dans notre étude, sur les 18 enfants qui pratiquaient initialement une activité extra-scolaire, un seul a poursuivi cette activité sans modification malgré sa déscolarisation en parallèle, donc 94 % ont eu un potentiel retentissement de leur trouble anxieux au-delà du contexte scolaire (arrêt définitif pour 14 d'entre eux). Bien que les résultats ne soient pas significatifs, mais sachant que les médecins généralistes sont souvent mis à contribution pour des « certificats d'incapacité pour le sport », il peut être intéressant de surveiller particulièrement les enfants qui arrêtent toute activité extra-scolaire, car il peut s'agir d'un signe avant-coureur, ou d'un facteur de gravité.

3.2.4 Concernant le critère de jugement principal et la prise en charge

Concernant la reprise et la durée de déscolarisation

L'équipe de M. Okuyama (41) (1999) avait mis en évidence la nécessité de mettre en place un traitement dans les 10 mois qui suivent l'apparition des symptômes. Dans cette recherche, chez les enfants pris en charge avant 10 mois, la durée de déscolarisation était de 6,5 mois +/-4 mois. Dans son étude, E. Hirsch (33) retrouve un délai moyen de reprise de la scolarité un peu plus long de 9,4 mois, après le début des consultations. Dans notre étude qui a sélectionné des enfants à l'école et non en consultation, la durée de déscolarisation était de 9 mois en moyenne après le début de l'arrêt de l'école, ce qui rejoint les résultats précédents. La moitié des élèves avaient repris leur scolarité après 7,5 mois d'absentéisme, soit une durée proche de l'étude de M. Okuyama.

Au total, à 3 ans du début de la déscolarisation, ce sont 68 % des élèves qui vont de nouveau à l'école.

Concernant l'âge de début des troubles

Dans notre étude, sur les 9 enfants présentant des manifestations dès la maternelle, l'un d'entre eux est toujours déscolarisé. Concernant les 3 enfants qui présentent des signes en élémentaire, deux n'ont pas repris, et pour les 10 qui ont débuté un refus scolaire anxieux au collège, trois n'ont plus d'activité scolaire.

En reprenant les données liées à l'âge, parmi les enfants de 11 ans ou moins, 2 sur 9 sont déscolarisés avant l'entrée en 6^{ème}, alors que chez les enfants de 14 ans ou plus, 3 sur 4 sont déscolarisés.

Ces résultats concordent avec les données de la littérature, qui mettent en évidence une reprise scolaire difficile, si l'âge de début des troubles est tardif. On peut citer les études réalisées par D. Marcelli (42) (2004) et M. Dugas (43) (1977) qui font le lien entre un mauvais pronostic scolaire et l'apparition à un âge plus tardif

Concernant les délais de prise en charge

Dans l'étude réalisée par I. Berg (44) sur le devenir des adolescents ayant présenté une phobie scolaire, la date d'évaluation avait été fixée à 3 ans, ce que nous avons choisi également.

Pour la majorité des élèves (80 %), le délai de prise en charge a été inférieur ou égal à 3 mois, ce qui concorde avec l'étude récente de E. Hirsch (33) qui conclut à un délai de 3 à 4 mois. 90 % des enfants ont été pris en charge avant 1 an.

En revanche notre étude ne met pas en évidence de corrélation entre le fait d'être pris en charge plus tardivement et de ne pas reprendre une scolarité. On peut se demander si les enfants pris en charge plus tard ont des symptômes moins importants, et donc un moindre retentissement, ce qui expliquerait un bon taux de reprise, malgré ce « retard » de soins. Le délai moyen de prise en charge dans notre étude est de 6 mois.

Concernant la prise en charge médicale et la fréquence du suivi

Dans son étude, L. Etienne (7) (2013) retrouve que la moitié des refus scolaires anxieux sont adressés par le médecin généraliste, ce qui concorde avec notre étude, où ce dernier se retrouve en première ligne pour la première consultation dans un peu plus de la

moitié des cas. L'étude de C. Moreau-Pascal (12) (2004) a montré que les médecins (généralistes et de l'Education nationale) sont peu formés et mal à l'aise avec le repérage du refus scolaire anxieux. Cela reste vrai pour les médecins généralistes, en ce qui concerne les médecins scolaires leur formation a évolué depuis. Cette même étude met en avant le manque de connaissance des enseignants, et leur difficulté à intervenir dans le repérage du refus scolaire anxieux.

L'étude montre également que le médecin de l'Education nationale, qui devrait être un des premiers intervenants (14) dans cette prise en charge, est peu sollicité au début, un seul enfant l'ayant consulté en premier. Cela peut faire supposer que leur rôle est mal connu par les enseignants, les CPE, la famille. Il devrait être informé, et pouvoir conseiller la famille sur les démarches, et les médecins généralistes qui ne savent pas toujours vers qui orienter l'élève devraient pouvoir leur demander conseil.

Concernant le suivi spécialisé, près des $\frac{3}{4}$ des élèves ayant eu un suivi concomitant avec un pédopsychiatre et un psychologue ont repris l'école. Pour les enfants ayant eu un suivi avec un pédopsychiatre ou un psychologue, la reprise est proportionnellement plus faible (respectivement $\frac{2}{3}$ et 43 %).

Je faisais l'hypothèse que les enfants suivis à l'hôpital présentaient un refus scolaire anxieux plus grave et étaient susceptibles d'une déscolarisation plus longue. Comme on avait effectué un recrutement à partir d'une base plus générale, on a pu rechercher si les enfants suivis par l'hôpital ou en libéral ainsi que dans un CMPP avaient un taux de reprise différent. Sur les 11 élèves suivis en centre hospitalier, 2 seulement sont actuellement déscolarisés, 82 % ont repris. La moitié des élèves suivis en libéral restent déscolarisés, et 2 des enfants suivis en CMPP sur 5 n'ont pas repris leur scolarité.

Il est possible que la prise en charge plus intense en milieu hospitalier (incluant suivis avec l'UTAA, ou le centre Abadie) ait permis une meilleure reprise.

On pensait par ailleurs qu'une fréquence de suivi plus importante était un facteur de bon pronostic de la reprise scolaire. Au final, parmi les enfants suivis une fois par mois $\frac{5}{6}$ (83 %) ont repris, et pour ceux qui étaient suivis plus fréquemment, deux à quatre fois par mois, 63 % ont repris. Il est donc possible que les élèves suivis une fois par mois aient des

symptômes moins intenses, ce qui peut expliquer alors un taux de reprise plus élevé malgré un suivi « moindre ».

Concernant la prise en charge non médicale

Sur les 5 élèves ayant bénéficié du CNED, un seul a repris. Le CNED gratuit à temps complet ne fait pas partie des prises en charge mises en place par le médecin scolaire, il est même le plus souvent évité, car il favoriserait l'isolement de l'enfant au domicile. Il est également possible que les enfants qui ont recours au CNED sont des enfants qui présentent des manifestations plus importantes, et peut-être même une phobie sociale. Parmi les enfants qui ont bénéficié d'un PAI, 63 % ont repris les cours, Quant à ceux qui ont eu accès à l'APAD, 64 % ont repris. Il est possible que la mise en place d'un PAI, ou de cours via l'APAD, permette une meilleure reprise scolaire.

CONCLUSION

En France, il est probable que le refus scolaire anxieux existe depuis l'instauration de l'école obligatoire sous Jules Ferry en 1882. Les sociétés actuelles sont de plus en plus exigeantes concernant la scolarité, notamment au Japon (45) où ce trouble prend une ampleur importante. L'étude de N. Flakierska, réalisée en Suède, (46) (1997) s'est intéressée au devenir à long terme des personnes ayant souffert de refus scolaire anxieux (20 à 29 ans après), et a souligné l'intérêt de faire des progrès dans sa prévention, sa détection et sa prise en charge de par l'existence possible de troubles persistant à l'âge adulte.

Notre étude, en accord avec les données bibliographiques, montre qu'il y a une égalité des sexes avec un sex-ratio proche de 1, même si nous avons obtenu plus d'accords pour les entretiens de la part des parents d'élèves garçons. La moitié des enfants concernés par la déscolarisation au collège sont en 6^{ème}, classe qui entraîne beaucoup de changements. L'âge moyen du début des troubles, dans mon étude est de 11 ans et 2 mois. Certains de ces enfants présentent un haut potentiel intellectuel, leur nombre est supérieur à celui que l'on retrouve dans la population générale.

Notre étude illustre l'importance de s'intéresser aux antécédents familiaux, notamment ceux de la fratrie concernant les difficultés scolaires, d'autant que les parents m'ont semblé tout à fait disposés à en parler. Il semble ainsi qu'il faille être plus vigilant dans une fratrie où il existe déjà un refus scolaire anxieux. Les études démontrent à quel point il est nécessaire de rester attentif concernant certains événements de vie au collège, notamment le harcèlement scolaire qui concerne plus de la moitié des élèves présentant une phobie scolaire.

L'arrêt de l'activité sportive que nous avons constaté, et dont les parents parlent aussi facilement, nous éclaire sur l'expression du trouble non seulement dans la vie scolaire mais aussi dans la vie quotidienne.

A l'issue de mon étude et de la discussion, je me demandais comment réaliser une étude à plus grande échelle. Il apparaît qu'une enquête de grande ampleur effectuée par l'INSERM (47), est en cours de réalisation, afin de mieux comprendre le parcours de soins de

ces enfants. Ceci montre que le sujet, bien qu'encore mal connu, est au cœur de l'actualité. La prise en charge reste encore chaotique et les parents sont mal informés, beaucoup ont insisté sur le « parcours du combattant » qui s'est présenté à eux. Il me semble qu'on pourrait envisager une étude prospective, au cours de laquelle il serait intéressant de pouvoir réaliser un entretien avec les enfants également, afin d'avoir leur point de vue, ce que je n'avais pas, personnellement, l'autorisation de faire, et ce qui semble difficile à mettre en œuvre par manque de moyens et de temps. Il faudrait effectivement l'implication de tous les parents, leur autorisation, celle de la CNIL. L'idéal aurait été de ne pas limiter la définition du refus scolaire anxieux à la déscolarisation. En effet, cela permettrait de mieux appréhender le problème dans sa globalité, avec un échantillon qui serait plus représentatif de la réalité de cette souffrance. Enfin, cela permettrait de mieux appréhender l'impact d'un refus scolaire anxieux chez un enfant, et peut-être d'identifier des moyens de détection précoces et de prévention qui permettent d'éviter la déscolarisation.

Globalement, la reprise de la scolarité se fait dans l'année qui suit la déscolarisation. Pour autant, la poursuite de la scolarité reste à surveiller. Certains enfants font des rechutes, puis reprennent, mais ils restent pour la plupart fragiles.

Contrairement aux données bibliographiques, le délai moyen de prise en charge ne semble pas influencer la reprise. Concernant la nature de la prise en charge, notre étude a mis en évidence que la première consultation se fait pour la moitié des enfants auprès du médecin généraliste, qui reste un des premiers acteurs pouvant donner l'alarme.

Une meilleure formation des médecins généralistes pourrait permettre de détecter précocement les difficultés, et d'orienter plus rapidement vers un suivi adapté. La réalisation de ce travail m'a permis d'avoir une meilleure connaissance des moyens à notre disposition, ce qui est nécessaire pour pouvoir accompagner les parents et l'enfant lors du parcours de soin. Il faudrait permettre au médecin de l'Education nationale de jouer son rôle en le sollicitant, que ce soit par la famille, le médecin généraliste, le CPE, etc ... La formation des enseignants est aussi primordiale pour une compréhension du trouble, pour leur participation à son repérage, et à la lutte du harcèlement quand ce n'est pas leur propre attitude qui est engagée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Jung C.G. La psychologie analytique. XVIIe Congrès International de Médecine, Londres; 1913.
2. Johnson A.M., Falstein E.I., Szurek S., Svenden M. School phobia. Am J Orthopsychiatry. 1941;(11):702-11.
3. De Ajuriaguerra J. La phobie scolaire. Manuel de psychiatrie de l'enfant. Masson. 1977;915-9.
4. L'association phobie scolaire. Phobie Scolaire [En ligne]. Phobie Scolaire. [consulté le 19 août 2018]. Disponible sur: <https://www.phobiescolaire.org>
5. Misès R, Quemada N, Botbol M, Bursztejn C, Durand D, Garrabé J, et al. Nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. mars 2002;160(3):257-78.
6. Catheline N. Refus scolaire et difficultés scolaires à l'adolescence. 2010;Psychiatrie/Pédopsychiatrie-37-216-D-10.
7. Etienne L. Le refus scolaire anxieux à l'adolescence : une étude clinique de 183 cas accueillis dans un centre de consultations de 2009 à 2012. [Thèse de médecine]. Université Tour; 2013, 86p.
8. Sibeoni J., Orri M., Campredon S. L'efficacité des soins perçue chez des adolescents présentant un refus scolaire anxieux. Soins PédiatriePuériculture. 2017;38(295):43-7.
9. Mathis L. D'où vient la phobie scolaire, et comment aider les ados à la surmonter. Le HuffPost [En ligne]. 18 mars 2018 [consulté le 18 mars 2018]; Disponible sur: https://www.huffingtonpost.fr/luc-mathis/dou-vient-la-phobie-scolaire-et-comment-aider-les-ados-a-la-surmonter_a_23385437/
10. DSDEN, Direction des services départementaux de l'Education nationale Gironde-académie de bordeaux. Fiche technique n°9 bis : prévenir de l'absentéisme dans le second degré.

11. ARS, Agence régionale de la santé Aquitaine Limousin Poitou-Charente. Zonage au sens de l'article R.1434-4 du code de santé public installés avant le 01/01/2016 [En ligne]. 2016 [consulté le 14 mai 2018]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-09/Zonages_R1434_4_CSP_09_2016_au_31_12_2015.pdf
12. Moreau-Pascal C. Rôle du médecin de l'Éducation Nationale dans le repérage de la phobie scolaire [Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique]. Ecole Nationale de la Santé Publique Rennes; 2004, 67p.
13. Robine F, Directrice générale de l'enseignement scolaire. Missions des médecins de l'éducation nationale. Ministère L'Éducation Natl [En ligne]. 10 nov 2015 [consulté le 10 juin 2018];2015-118. Disponible sur: http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=91583
14. Service de Promotion de la Santé en faveur des Elèves. DSDEN Direction des services départementaux de l'Education nationale de l'Indre et Loire. Refus scolaire anxieux : guide de repérage et d'accompagnement. Académie Orléans-Tours; 2017.
15. AFPSSU, Association Française de Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire. PAI - Projet d'Accueil Individualisé [En ligne] [consulté le 15 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.afpssu.com/dossier/pai-projet-daccueil-individualise/>
16. APAD, Assistance pédagogique à domicile. Information aux familles. [En ligne] [consulté le 15 mai 2018]. Disponible sur: http://cache.media.education.gouv.fr/file/APAD/63/7/Information_aux_familles_632637.pdf
17. Académie de Bordeaux. Demande d'assistance pédagogique à domicile [En ligne]. 2016 [consulté le 5 août 2018]. Disponible sur: http://cache.media.education.gouv.fr/file/APAD/63/4/Formulaire_Demande_Assistance_Pedagogique_632634.pdf
18. ASSEM-Gironde. Association de Soutien Scolaire aux Enfants Malades [En ligne]. [consulté le 5 août 2018]. Disponible sur: <http://www.assem-aquitaine.com/pages/index2.php?page=qsn>

19. CNED. Collège : de la 6e au brevet - Centre National d'Enseignement à Distance [En ligne]. 2018 [consulté le 15 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.cned.fr/scolaire/college>
20. Joly V. CMP enfant, CMPP: quelles différences et comment choisir? [En ligne]. Vincent Joly. 2017 [consulté le 5 août 2018]. Disponible sur: <http://psy-enfant.fr/cmp-cmpp-psychologue-comparaison/>
21. Formation médecins resodys. CMPP et CMP : les dispositifs de prise en charge pédopsychiatrique ambulatoires pour enfants et adolescents. [En ligne]. 2010 [consulté le 05 août 2018]. Disponible sur: http://www.resodys.org/IMG/pdf/CMPP_et_CMP_-_F._Soumille.pdf
22. Balavoine J., Horowitz R. Des enseignants spécialisés au sein des équipes et à la direction pédagogiques et administratives des CMPP : un dispositif fondateur et toujours pertinent aujourd'hui. Communication commune fondation des associations nationales des CMPP et fédération générale des fondations européennes de la psychanalyse.;
23. Association Rénovation. CSMI, Le Centre de Santé Mentale Infantile [En ligne]. 2018 [consulté le 15 mai 2018]. Disponible sur: http://www.renovation.asso.fr/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=21
24. Hôpital de Jour du Parc | Association Rénovation [En ligne]. 2015 [consulté le 5 août 2018]. Disponible sur: <http://renovation.asso.fr/?portfolio=hj-parc>
25. Berg I., Nichols K., Pritchard C. School phobia : its classification and relationship to dependency. 1969;10(2):123-41.
26. Kearney CA, Silverman WK. Family environment of youngsters with school refusal behavior : a synopsis with implications for assessment and treatment. 1995;23:59-72.
27. Berg I. Absence from school and mental health. Br J Psychiatry 1992; 161: 1992;161(2):154-66.
28. Benbrika S. Le refus anxieux scolaire : à propos de 40 patients hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy. [Thèse de médecine]. Université Nancy 1; 2010, 164p.

29. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques 123 500 divorces en 2014. [En ligne]. [consulté le 9 août 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121566>
30. Flakierska N., Lindström M., Gillberg C. School refusal : a 15-20 year follow-up study of 35 swedish urban children. 1988;152:834-7.
31. Berg I, Jackson A. Teenage school refusers grow up: a follow-up study of 168 subjects, ten years on average after in-patient treatment. Br J Psychiatry J Ment Sci. oct 1985;147:366-70.
32. Racle L. Le refus scolaire anxieux de l'école : revue de la littérature et étude personnelle de 48 enfants. [Thèse de médecine]. Grenoble; 2006.
33. Hirsh E. Refus scolaire anxieux : étude de cohorte rétrospective de 59 patients soignés en milieu hospitalier. « Comment optimiser leur trajectoire de soins ? » [Thèse de médecine]. Université Lyon 1; 2017, 140p.
34. INSERM, Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. Dépression [En ligne]. 2014 [consulté le 8 août 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>
35. Hersov L.A. Refusal to go to school. J Child Psychol Psychiatry 1960;1(2):137-45 .
36. Coolidge JC, Brodie RD, Feeney B. A ten-year follow-up study of sixty-six school-phobic children. Am J Orthopsychiatry. juill 1964;34:675-84.
37. Debarbieux E. Refuser l'oppression quotidienne : la prévention du harcèlement à l'Ecole. Observatoire International de la violence à l'école : Université Bordeaux Segalen. Rapport au ministre de l'Education nationale de la jeunesse et de la vie associative. [En ligne]. 2011 [consulté le 8 août 2018]. Disponible sur: http://cache.media.education.gouv.fr/file/2011/64/5/Refuser-l-oppression-quotidienne-la-prevention-du-harcelement-al-ecole_174645.pdf
38. Olweus D, Limber S. Blueprints for violence prevention : Bullying prevention program. book nine. Boulder, CO : University of Colorado at Boulder, Institute of Behavioral Science, Center for the Study and prevention of violence.; 1999.

39. Kearney CA, Chapman G, Cook LC. School refusal behavior in young children. *Int J Behav Consult Ther.* 2005;1(3):216-22.
40. Loumé L. France. Combien de personnes souffrent de troubles « dys »? [En ligne]. *science et avenir.* 2016. [consulté le 18 mars 2018] Disponible sur: <https://www.google.fr/amp/s/www.sciencesetavenir.fr/sante/cerveau-et-psy/france-combien-de-personnes-souffrent-de-troubles-dys.104323.amp>
41. Okuyama M, Okada M, Kuribayashi M, Kaneko S. Factors responsible for the prolongation of school refusal. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1 août 1999;53(4):461-9.
42. Marcelli D. Braconnier A. *Adolescence et psychopathologie.* 8ème. elsevier mation; 2013, 688p.
43. Dugas M., Gueriot C. Les phobies scolaires. *Etude clinique et psychopathologique.* 1977;20(2):307-82.
44. Berg I, Butler A, Hall G. The outcome of adolescent school phobia. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* janv 1976;128:80-5.
45. Iwamoto S., Yoshida K. School refusal in Japan : The recent dramatic increase in incidence is a cause for concern. 1997;25(4):315-9.
46. Flakierska-Praquin N, Lindström M, Gillberg C. School phobia with separation anxiety disorder: a comparative 20- to 29-year follow-up study of 35 school refusers. *Compr Psychiatry.* févr 1997;38(1):17-22.
47. INSERM, Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. Enquête "Parcours Phobie Scolaire" 2018 destinée aux familles. [En ligne] [consulté le 05 octobre 2018] Disponible sur : <https://www.vjf.cnrs.fr/limersurvey2/index.php/227927/lang-fr>.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

1) Comment avez-vous été alerté ?

Si pas abordé, demander :

- Un professeur
- Un médecin généraliste
- Un médecin scolaire
- Une infirmière scolaire
- Un pédiatre
- Des signes qui vous ont alerté

2) Quels sont les signes qui vous ont alerté ?

Si pas abordé, demander :

- des maux de ventre
- des maux de tête

3) Votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé ?

4) Si oui, lesquels ?

5) A qui en avez-vous parlé en premier ?

6) Un suivi a-t-il été mis en place à votre connaissance, si oui lequel ?

Si pas abordé, demander :

- Un suivi par un psychologue en libéral
- Un suivi par un pédopsychiatre en libéral
- Un suivi dans un hôpital de jour
- Un suivi dans un CMPP
- Une hospitalisation dans un centre de pédopsychiatrie

7) Quel est le délai entre le moment où vous avez été alerté et le moment où votre enfant a commencé à être pris en charge ?

Si pas abordé, demander :

- Trois mois ;
- Plus ;
- Moins.

8) Quelle a été la régularité du suivi, s'il y'en a eu un ?

Si pas abordé, demander :

- une fois par semaine
- plus
- moins

9) La déscolarisation a-t-elle été partielle ou totale ?

10) Qu'elle a été la durée totale de la déscolarisation ?

Si pas abordé, demander :

- Pendant combien de temps votre enfant n'a-t-il pas bénéficié de scolarisation à la maison comme à l'école ?
- Un mois ;
- Plus ;
- Moins.

11) Combien de temps s'est écoulé entre le moment où le refus scolaire anxieux a été repéré et la reprise de la scolarité ?

12) Comment s'est déroulée la reprise scolaire ?

13) Est-ce que la reprise scolaire a été progressive ?

14) Si l'absentéisme a été total, demander : à quel moment a-t-il commencé à retourner dans un établissement ?

15) Actuellement, combien de demi-journées est-il scolarisé ?

Si pas abordé, demander :

- 10 demi-journées ;
- Moins.

15) S'il fait actuellement plus de 8 demi-journées par semaine, depuis quand a-t-il repris ce rythme ?

16) Est-ce le premier épisode ?

17) S'il ne s'agit pas du premier épisode, en quelle classe était votre enfant la première fois qu'il a présenté un refus scolaire anxieux ?

18) A quel âge cela s'est-il produit ?

19) Combien y'a-t-il eu d'épisodes ?

20) A chaque épisode, quel a été le délai moyen de reprise de la scolarité ?

21) Comment a-t-il poursuivi ses cours juste après que le refus scolaire anxieux a été repéré ?

22) Y'a-t-il eu une mise en place de PAI ?

23) A-t-il bénéficié du CNED ?

24) Y'a-t-il eu une intervention de l'APAD ou de l'ASSEM ?

25) Y'a-t-il eu un diagnostic associé, si oui lequel ?

Si pas abordé, demander :

- Une anxiété de séparation ;
- Un trouble anxieux généralisé ;
- Une dépression ;
- Un trouble phobique ;
- Un TDA/H

26) Votre enfant avait-il des difficultés d'apprentissages préexistantes ?

Si pas abordé, demander :

- une dyslexie ;
- une dyspraxie.

27) A-t-il beaucoup déménagé ?

28) Si oui, à quel âge se sont faits les déménagements ?

29) A-t-il changé d'école en dehors de déménagements familiaux ?

30) Si oui pourquoi ?

31) Pratiquait-il une activité physique ou culturelle au moment où cela a commencé ?

32) Si oui quel impact cela a-t-il eu sur ses activités extrascolaires?

Si pas abordé, demander : a-t-il arrêté ses activités ?

33) Avait-il l'habitude de partir en vacances en colonies ou en famille loin de chez lui ?

34) Votre enfant a-t-il présenté des plaintes somatiques ?

35) Votre enfant a-t-il présenté des manifestations d'anxiété avant l'entrée au collège ?

36) A-t-il été victime de harcèlement, ou d'humiliation par un professeur ?

37) A-t-il été victime de harcèlement, ou d'humiliation par un élève ?

38) Comment s'est déroulée l'entrée en petite section de maternelle, et à l'école primaire ?

39) A-t-il des frères ou des sœurs, si oui, combien ?

40) Pour chacun des frères ou sœur pouvez-vous me dire quelques mots sur leur santé et sur leur scolarité ?

41) Et vous, pourriez-vous me dire quelques mots sur votre scolarité, sur votre santé et sur votre activité professionnelle ?

42) Comment s'est déroulée la grossesse ?

43) Comment s'est passé l'accouchement ?

44) Comment s'est déroulée la période post-natale ?

Annexe 2 : Lettre d'information transmise aux parents

LETTRE D'INFORMATION

DESTINEE AUX PARENTS DES ELEVES

POUR PARTICIPATION A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE

Titre de la recherche : Etude des collégiens présentant un refus scolaire anxieux en Gironde : description du délai de reprise d'une scolarisation et de ses déterminants.

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous pourrez prendre le temps de lire et comprendre ces informations, de réfléchir à votre participation, et de demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

BUT DE L'ETUDE

Evaluer les facteurs qui déterminent la reprise ou la non reprise de la scolarité.

BENEFICE ATTENDU

Trouver des pistes pour améliorer la prise en charge du refus scolaire anxieux et l'aider à reprendre une vie scolaire normale.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Vous avez été contacté par téléphone, par le médecin scolaire en charge du dossier de votre enfant. L'étude débutera quand vous aurez renvoyé le formulaire de consentement. Elle se terminera au moment de la soutenance de la thèse. Une fois votre accord obtenu, vous serez

contacté par la responsable de l'étude pour un entretien soit téléphonique soit au centre médico-scolaire, selon votre convenance. Au cours de l'entretien des questions vous seront posées auxquelles vous serez libre de répondre ou non. Les données seront ensuite informatisées de façon anonyme, un numéro sera attribué à chaque enfant.

FRAIS MEDICAUX

Votre collaboration à ce protocole de recherche biomédicale n'entraînera pas de participation financière de votre part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par le promoteur de l'étude.

LEGISLATION - CONFIDENTIALITE

Conformément aux articles L. 1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique, le Comité de Protection des Personnes du Sud-Ouest et Outre-mer III a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le 01/06/2017

Toute information vous concernant ou concernant votre enfant, recueillie pendant cette étude sera traitée de façon confidentielle.

Seuls les responsables de l'étude et éventuellement les autorités de Santé pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données médicales, vous bénéficierez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude, ce droit est exercé par l'intermédiaire de madame Menucelli conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé. Le projet a reçu un avis favorable de la CNIL en date du 17/07/2017.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter la responsable de l'étude, Mme MENUCELLI Laetitia, tél : 06 38 69 60 29, mail : laetitia.menucelli@wanadoo.fr

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués. Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

Annexe 3 : Formulaire de consentement

<p style="text-align: center;">FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE</p>

Titre de la recherche : Etude des collégiens présentant un refus scolaire anxieux en Gironde : description du délai de reprise d'une scolarisation et de ses déterminants

Je soussigné(e)(nom et prénom du sujet),

accepte de participer à l'étude des collégiens présentant un refus scolaire anxieux en Gironde : description du délai de reprise d'une scolarisation et de ses déterminants.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par(nom et prénom de l'investigateur).

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que le médecin scolaire transmette mes coordonnées au responsable de l'étude.

J'accepte que les documents du dossier médical de mon enfant qui se rapportent à l'étude puissent être accessibles aux responsables de l'étude et éventuellement aux autorités de santé. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, l'anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui seront prodigués à mon enfant.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à,

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

Annexe 4 : Autorisation du CPP (Comité de Protection des Personnes)

COMITÉ DE PROTECTION DES PERSONNES SUD-OUEST ET OUTRE MER III Président : Docteur Driss BERDAÏ

DOSSIER ENREGISTRÉ CPP N° : 2017/18
Numéro ID-RCB : 2017-A01006-47

DESTINATAIRE : Madame Laetitia MANUCELLI
8 impasse Jean Bouin
33700 Mérignac

Vos réf. :

Bordeaux, le 1^{er} juin 2017.

Complément d'information en date du 26 avril 2017.

PROMOTEUR : Université de Bordeaux
Département de médecine générale
146 rue Léon Saignat
33076 Bordeaux cedex

PERSONNE QUALIFIEE :
Madame Laetitia MANUCELLI
8 impasse Jean Bouin
33700 Mérignac

En date du 26 avril 2017, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique, le Comité de Protection des Personnes Sud-Ouest et Outre-mer III a examiné la recherche impliquant la personne humaine mentionnée au 3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique intitulée :

Etude des collégiens présentant un refus anxieux scolaire en Gironde : description du délai de reprise d'une scolarisation et de ses déterminants.

Avant de se prononcer, conformément au 2° de l'article R. 1123-23 du code de la santé publique, le comité a formulé une demande d'informations complémentaires qu'il estimait nécessaire à l'examen du dossier.

En date du **31 MAI 2017**, au vu des corrections apportées, le comité à l'unanimité des membres présents émet un

AVIS FAVORABLE

Le Président du Comité



Docteur Driss BERDAÏ.

Service de Pharmacologie clinique – Groupe Hospitalier Pellegrin – Bât. 1A
Place Amélie Raba Léon – 33076 BORDEAUX CEDEX
TÉL/FAX : 33-(0)5.57.81.76.07 – E-mail : cpp_soom3@u-bordeaux.fr
Site Internet : www.cpp-soom3.u-bordeaux2.fr

1/2

COMITÉ DE PROTECTION DES PERSONNES
SUD-OUEST ET OUTRE MER III

Président : Docteur Driss BERDAÏ

DOSSIER ENREGISTRÉ CPP N° : 2017/18
Numéro ID-RCB : 2017-A01006-47

DOCUMENTS EXAMINÉS PAR LE COMITE

- > Courrier de demande d'avis de Madame MENUCELLI en date du 8 avril 2017 ;
- > Formulaire de demande d'avis signé et daté du 8 avril 2017 ;
- > Attestation de promotion de l'université de Bordeaux en date du 18 avril 2017 ;
- > Résumé du protocole de l'étude ;
- > Lettre d'information et formulaire de consentement destinée aux parents des patients version 1 datée du 31 mars 2017 ;
- > Curriculum vitae de Madame Laetitia MANUCELLI ;
- > Protocole de l'étude version 02 du 12 mai 2017 ;

MEMBRES PRESENTS

Catégorie médecins ou personnes qualifiées dans la recherche biomédicale :

- ✦ Professeur Nicholas MOORE (titulaire)
- ✦ Professeur Didier LACOMBE - pédiatre (titulaire)
- ✦ Docteur Antoine BENARD - compétent en matière biostatistique ou d'épidémiologie (titulaire)
- ✦ Docteur Igor GALPERINE – pédiatre (suppléant)
- ✦ Professeur Marc GENIAUX (suppléant)

Catégorie médecins généralistes

- ✦ Docteur Stéphane FRAIZE (titulaire)

Catégorie pharmaciens hospitaliers :

- ✦ Mademoiselle Marie-Claude SAUX (titulaire)
- ✦ Madame Barbara LORTAL-CANGUILHEM (suppléante)

Catégorie infirmiers

- ✦ Madame Marie VIGUIER (titulaire)

Catégorie personnes qualifiées dans le domaine de l'éthique :

- ✦ Monsieur André CALAS (titulaire)

Catégorie psychologues :

- ✦ Professeur Pascal-Henri KELLER (titulaire)

Catégorie travailleurs sociaux :

- ✦ Madame Christiane GABORIAU (titulaire)

Catégorie juridique :

- ✦ Professeur Jean-Pierre DUPRAT (titulaire)

Catégorie Représentants des associations agréées de malades et d'usagers du système de santé :

- ✦ Monsieur Michel PERDRISSET (titulaire)
- ✦ Monsieur Serge ARNOULET (suppléant)

Annexe 5 : Autorisation de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)



Le Vice-Président délégué

Professeur Jean-Philippe JOSEPH
Département de Médecine Générale de
l'Université de Bordeaux
DIRECTEUR
Case courrier 148
146 rue Léo Saignat
CS 61292
33076 Bordeaux Cedex.

Paris, le 17 JUIL. 2017

N/Réf. : MMS/AVL/AR177136

Objet: NOTIFICATION D'AUTORISATION

Décision DR-2017-126 autorisant l'UNIVERSITE de BORDEAUX – DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE à mettre en œuvre un traitement de données ayant pour finalité une étude des collégiens présentant un refus anxieux scolaire en Gironde : description du délai de reprise d'une scolarisation et de ses déterminants. (Demande d'autorisation n° 2054025)

Monsieur le Directeur,

Vous avez saisi notre Commission d'une demande d'autorisation relative à un traitement de données à caractère personnel ayant pour finalité :

UNE ÉTUDE DES COLLÉGIENS PRÉSENTANT UN REFUS ANXIEUX SCOLAIRE EN
GIRONDE : DESCRIPTION DU DÉLAI DE REPRISE D'UNE SCOLARISATION ET DE SES
DÉTERMINANTS

Ce traitement relève de la procédure des articles 54 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Les services de notre Commission ont étudié les caractéristiques de votre dossier, en particulier celles relatives à l'exercice effectif des droits des participants à l'étude.

Je prends acte que la collecte des nom, prénom et coordonnées est nécessaire pour contacter les personnes concernées. Je vous rappelle que les données directement identifiantes doivent être traitées et transmises de façon séparée des données de santé et être enregistrées dans une base de données distincte. La durée de conservation de ces données ne doit pas excéder le temps nécessaire à la finalité poursuivie.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - 01 53 73 22 22 - www.cnil.fr

Les données à caractère personnel nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL définies par la loi sont conservées dans des fichiers réservés à son usage exclusif.
Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits d'accès, de rectification et d'opposition en s'adressant au correspondant informatique et libertés (CIL) de la CNIL via le formulaire prévu à cet effet sur cnil.fr ou par courrier postal.

Active
Accède

Je vous rappelle qu'en application du 3ème alinéa de l'article 55, la présentation des résultats du traitement de données ne peut, en aucun cas, permettre l'identification des personnes concernées.

En application de l'article 15 de la loi précitée et de la délibération n° 2014-073 du 4 février 2014 portant délégation d'attributions de la Commission nationale de l'informatique et des libertés à son président et à son vice-président délégué, j'autorise la mise en œuvre de ce traitement.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Marie-France MAZARS

Active

RESUME

Etude des collégiens présentant un refus scolaire anxieux en Gironde sur l'année scolaire 2014-2015 : description du délai de reprise d'une scolarisation et de ses déterminants.

Introduction : En France, ces dernières années, le refus scolaire anxieux a pris une place de plus en plus importante de par sa médiatisation, et de par la suspicion de l'augmentation de l'incidence. Il est difficile de faire la différence entre l'augmentation des cas, et une meilleure détection des cas existants de la part des différents soignants.

Objectif : Le but de l'enquête était d'évaluer le délai de reprise à partir du début de la déscolarisation et de mettre en évidence des facteurs pronostics.

Matériels et Méthode : Mon enquête a permis de recenser 91 cas potentiels, avec un total de 22 parents répondants. Ils ont été contactés, informés et ont signé le formulaire de consentement. Au cours de l'entretien des questions diverses leur ont été posées sur les antécédents familiaux, y compris la fratrie, sur l'histoire du refus scolaire anxieux et de la déscolarisation. Des éléments de la vie sociale ont également été pris en compte.

Résultats : Dans mon étude, sur les 91 enfants suspectés de souffrir d'un refus scolaire anxieux, 22 parents ont répondu à mes questions : les parents de 18 garçons et de 4 filles. Parmi les caractéristiques de la scolarité de l'enfant, on note que la plupart des déscolarisations se font lors de l'entrée en 6^{ème} (45 %), le délai moyen de reprise est de 6 mois, les élèves qui dépassent ce délai reprennent plus rarement. Près d'1/3 des élèves présentent des signes dès la maternelle. Concernant les facteurs analysés, la notion de harcèlement, qu'il soit le fait d'un professeur ou d'un autre élève, ressort comme primordiale : 45 % des élèves de l'étude ont connu un épisode de harcèlement, ainsi que 86 % des élèves qui ne reprennent pas leur scolarité. La poursuite ou non de l'activité extrascolaire permet de montrer que le refus scolaire anxieux déborde du cadre de l'institution, puisque 64 % arrêtent. La fréquence du suivi ou le type de prise en charge ne semblent pas avoir une incidence : les enfants qui ont un suivi fréquent n'ont pas un meilleur devenir scolaire, et ceux suivis en centre hospitalier, que nous pensions souffrir d'un trouble plus sérieux, ont un bon taux de reprise.

Conclusion : Même s'il existe une prise de conscience, des moyens doivent être mis en œuvre pour proposer une meilleure formation aux professionnels de santé concernés (sans oublier les médecins scolaires et les médecins généralistes). Par ailleurs, il est crucial de lutter contre les éléments

déclencheurs d'un refus scolaire anxieux, notamment le harcèlement, ce qui nécessite de mettre l'accent sur une meilleure information.

DISCIPLINE : médecine générale

MOTS-CLES : refus scolaire anxieux, phobie scolaire, absentéisme.

ABSTRACT

Study of schoolchildren having a school refusal in Gironde over the school year 2014-2015: description of the period necessary for a return to school, and its factors.

Introduction: In France, in the last few years, school refusal became more and more important, for its media coverage, and because of its suspected increasing incidence. It is hard to differentiate an increasing number of cases from a better detection of existing cases by caregivers.

Objective: The aim of the study was to assess the delay between school dropout and the return to school, and to evidence prognostic factors.

Study materials and method: My research identified 91 potential cases of school refusal. Among them, 22 parents agreed to be part of the study. These parents were contacted, provided with information, and signed the consent form. During the interview, several questions were asked about their family history, including the siblings, the story of the school refusal and the school dropout. Social life events have also been included.

Results: In my research, among 91 children suspected to suffer from school refusal, 22 parents agreed to answer my questions: 18 boys' parents, and 4 girls' parents. Regarding the school characteristics, it can be noted that most of the school dropouts happen in sixth grade (45%), and the average delay between school dropout and the return to school is 6 months, the children that do not return to school after this delay rarely return to school. About one third of the schoolchildren show early signs, since the kindergarten. Regarding the analysed factors, bullying, either by a teacher or by another child, seems to be a major factor: 45% of the children of the study are concerned by this phenomenon, as well as 86% of the children that do not return to school. The continuation, or not, of an afterschool activity illustrates that the effects of school refusal might go beyond school, since 64% of the children suffering from school refusal stop all afterschool activity. The frequency and the kind of medical care do not seem to have an impact: children with a more frequent monitoring do not have a better school

future, while children monitored in psychiatric services, for which we thought the trouble was more serious, have a good rate of return to school.

Conclusion: Even if there is a better awareness, a better training of medical professionals (including school doctors and family doctors) must be proposed. Moreover, it is crucial to fight against the elements that trigger school refusal, such as bullying, which implies to focus on better information.

DEPARTMENT : family practice, general practice

KEYWORDS : school refusal, school absenteeism, school phobia et schooling.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ces éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

RESUME :

Introduction : En France, ces dernières années, le refus scolaire anxieux a pris une place de plus en plus importante de par sa médiatisation, et de par la suspicion de l'augmentation de l'incidence. Il est difficile de faire la différence entre l'augmentation des cas, et une meilleure détection des cas existants de la part des différents soignants.

Objectif : Le but de l'enquête était d'évaluer le délai de reprise à partir du début de la déscolarisation et de mettre en évidence des facteurs pronostics.

Matériels et Méthode : Mon enquête a permis de recenser 91 cas potentiels, avec un total de 22 parents répondants. Ils ont été contactés, informés et ont signé le formulaire de consentement. Au cours de l'entretien des questions diverses leur ont été posées sur les antécédents familiaux, y compris la fratrie, sur l'histoire du refus scolaire anxieux et de la déscolarisation. Des éléments de la vie sociale ont également été pris en compte.

Résultats : Dans mon étude, sur les 91 enfants suspectés de souffrir d'un refus scolaire anxieux, 22 parents ont répondu à mes questions : les parents de 18 garçons et de 4 filles. Parmi les caractéristiques de la scolarité de l'enfant, on note que la plupart des déscolarisations se font lors de l'entrée en 6^{ème} (45 %), le délai moyen de reprise est de 6 mois, les élèves qui dépassent ce délai reprennent plus rarement. Près d'1/3 des élèves présentent des signes dès la maternelle. Concernant les facteurs analysés, la notion de harcèlement, qu'il soit le fait d'un professeur ou d'un autre élève, ressort comme primordiale : 45 % des élèves de l'étude ont connu un épisode de harcèlement, ainsi que 86 % des élèves qui ne reprennent pas leur scolarité. La poursuite ou non de l'activité extrascolaire permet de montrer que le refus scolaire anxieux déborde du cadre de l'institution, puisque 64 % arrêtent. La fréquence du suivi ou le type de prise en charge ne semblent pas avoir une incidence : les enfants qui ont un suivi fréquent n'ont pas un meilleur devenir scolaire, et les enfants suivis en centre hospitalier, que nous pensions souffrir d'un trouble plus sérieux, ont un bon taux de reprise.

Conclusion : Même s'il existe une prise de conscience, des moyens doivent être mis en œuvre pour proposer une meilleure formation aux professionnels de santé concernés (sans oublier les médecins scolaires et les médecins généralistes). Par ailleurs, il est crucial de lutter contre les éléments déclencheurs d'un refus scolaire anxieux, notamment le harcèlement, ce qui nécessite de mettre l'accent sur une meilleure information.

DISCIPLINE : médecine générale

MOTS-CLES : refus scolaire anxieux, phobie scolaire, absentéisme.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

146, rue Léo Saignat

33076 Bordeaux