



**HAL**  
open science

# Traitement du refus scolaire anxieux à l'adolescence : évaluation d'un programme de thérapie cognitive et comportementale en hospitalisation de jour

Estelle Caron

## ► To cite this version:

Estelle Caron. Traitement du refus scolaire anxieux à l'adolescence : évaluation d'un programme de thérapie cognitive et comportementale en hospitalisation de jour. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02956190

**HAL Id: dumas-02956190**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02956190>**

Submitted on 2 Oct 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

## **THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Estelle CARON**

Le 02 octobre 2018

### **TRAITEMENT DU REFUS SCOLAIRE ANXIEUX A L'ADOLESCENCE : EVALUATION D'UN PROGRAMME DE THERAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE EN HOSPITALISATION DE JOUR**

Directeur de Thèse : Dr DENIS Hélène

#### **JURY**

Président :	Mme le Professeur BAGHDADLI Amaria
Assesseurs	Mme le Professeur PURPER-OUAKIL Diane
	Mme le Professeur CAPDEVIELLE Delphine
	Mme le Docteur DENIS Hélène

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

## **THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Estelle CARON**

Le 02 octobre 2018

**TRAITEMENT DU REFUS SCOLAIRE ANXIEUX A L'ADOLESCENCE :  
EVALUATION D'UN PROGRAMME DE THERAPIE COGNITIVE ET  
COMPORTEMENTALE EN HOSPITALISATION DE JOUR**

Directeur de Thèse : Dr DENIS Hélène

## **JURY**

Président :

Mme le Professeur BAGHDADLI Amaria

Assesseurs

Mme le Professeur PURPER-OUAKIL Diane

Mme le Professeur CAPDEVIELLE Delphine

Mme le Docteur DENIS Hélène



## ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves  
ALRIC Robert  
ARNAUD Bernard  
ASTRUC Jacques  
AUSSILLOUX Charles  
AVEROUS Michel  
AYRAL Guy  
BAILLAT Xavier  
BALDET Pierre  
BALDY-MOULINIER Michel  
BALMES Jean-Louis  
BALMES Pierre  
BANSARD Nicole  
BAYLET René  
BILLIARD Michel  
BLARD Jean-Marie  
BLAYAC Jean Pierre  
BLOTMAN Francis  
BONNEL François  
BOUDET Charles  
BOURGEOIS Jean-Marie  
BRUEL Jean Michel  
BUREAU Jean-Paul  
BRUNEL Michel  
CALLIS Albert  
CANAUD Bernard  
CASTELNAU Didier  
CHAPTAL Paul-André  
CIURANA Albert-Jean  
CLOT Jacques  
D'ATHIS Françoise  
DEMAILLE Jacques  
DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain  
DU CAILAR Jacques  
DUBOIS Jean Bernard  
DUMAS Robert  
DUMAZER Romain  
ECHENNE Bernard  
FABRE Serge  
FREREBEAU Philippe  
GALIFER René Benoît  
GODLEWSKI Guilhem  
GRASSET Daniel  
GROLLEAU-RAOUX Robert  
GUILHOU Jean-Jacques  
HERTAULT Jean  
HUMEAU Claude  
JAFFIOL Claude  
JANBON Charles  
JANBON François  
JARRY Daniel  
JOYEUX Henri  
LAFFARGUE François  
LALLEMANT Jean Gabriel  
LAMARQUE Jean-Louis  
LAPEYRIE Henri  
LESBROS Daniel  
LOPEZ François Michel  
LORIOT Jean  
LOUBATIERES Marie Madeleine  
MAGNAN DE BORNIER Bernard  
MARY Henri  
MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean  
MICHEL François-Bernard  
MICHEL Henri  
MION Charles  
MION Henri  
MIRO Luis  
NAVARRO Maurice  
NAVRATIL Henri  
OTHONIEL Jacques  
PAGES Michel  
PEGURET Claude  
POUGET Régis  
PUECH Paul  
PUJOL Henri  
PUJOL Rémy  
RABISCHONG Pierre  
RAMUZ Michel  
RIEU Daniel  
RIOUX Jean-Antoine  
ROCHEFORT Henri  
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean  
Pierre  
SAINT AUBERT Bernard  
SANCHO-GARNIER Hélène  
SANY Jacques  
SENAC Jean-Paul  
SERRE Arlette  
SIMON Lucien  
SOLASSOL Claude  
THEVENET André  
VIDAL Jacques  
VISIER Jean Pierre

#### Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude  
BLANC François  
BOULENGER Jean-Philippe  
BOURREL Gérard  
BRINGER Jacques  
CLAUSTRES Mireille  
DAURES Jean-Pierre  
DAUZAT Michel  
DEDET Jean-Pierre  
ELEDJAM Jean-Jacques  
GUERRIER Bernard  
JOURDAN Jacques  
MAURY Michèle  
MILLAT Bertrand  
MARES Pierre  
MONNIER Louis  
PRAT Dominique  
PRATLONG Francine  
PREFAUT Christian

PUJOL Rémy  
ROSSI Michel  
SULTAN Charles  
TOUCHON Jacques  
VOISIN Michel  
ZANCA Michel

## Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

### PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)  
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé  
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie  
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale  
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation  
COMBE Bernard - Rhumatologie  
COSTA Pierre - Urologie  
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile  
COUBES Philippe - Neurochirurgie  
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie  
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire  
DAVY Jean Marc - Cardiologie  
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation  
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale  
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie  
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
ELIAOU Jean François - Immunologie  
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale  
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie  
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation  
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation  
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence  
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie  
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire  
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention  
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation  
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire  
MERCIER Jacques - Physiologie  
MESSNER Patrick - Cardiologie  
MOURAD Georges-Néphrologie  
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation  
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale  
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales  
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation  
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie  
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion  
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale  
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie  
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

## PU-PH de 1<sup>re</sup> classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion  
AVIGNON Antoine-Nutrition  
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie  
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie  
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale  
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive  
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie  
CAMU William-Neurologie  
CANOVAS François-Anatomie  
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion  
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation  
CORBEAU Pierre-Immunologie  
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale  
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation  
DAUVILLIERS Yves-Physiologie  
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale  
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire  
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie  
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie  
DROUPY Stéphane -Urologie  
DUCROS Anne-Neurologie -  
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence  
KOENIG Michel-Génétique moléculaire  
LABAUGE Pierre- Neurologie  
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation  
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie  
LECLERCQ Florence-Cardiologie  
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire  
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire  
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire  
MATECKI Stéfan -Physiologie  
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie  
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie  
MORIN Denis-Pédiatrie  
NAVARRO Francis-Chirurgie générale  
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie  
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire  
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie  
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)  
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
TOUITOU Isabelle-Génétique  
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie  
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

## PU-PH de 2<sup>ème</sup> classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie  
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire

CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes; addictologie  
 CAPTIER Guillaume-Anatomie  
 CAYLA Guillaume-Cardiologie  
 CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation  
 COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie  
 COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale  
 COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
 CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation  
 DAIEN Vincent-Ophtalmologie  
 DE VOS John-Cytologie et histologie  
 DORANDEU Anne-Médecine légale -  
 DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation  
 FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
 GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie  
 GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie  
 GENEVIEVE David-Génétique  
 GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
 GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -  
 GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie  
 GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale  
 HAYOT Maurice-Physiologie  
 HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie  
 JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie  
 JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence  
 KALFA Nicolas-Chirurgie infantile  
 KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
 LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie  
 LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie  
 LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
 LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
 LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
 LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
 LUKAS Cédric-Rhumatologie  
 MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
 MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale  
 MORANNE Olivier-Néphrologie  
 MOREL Jacques -Rhumatologie  
 NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
 NOCCA David-Chirurgie digestive  
 PANARO Fabrizio-Chirurgie générale  
 PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
 PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie  
 PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie  
 POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
 PRUDHOMME Michel-Anatomie  
 RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
 RIVIER François-Pédiatrie  
 ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques  
 ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion  
 ROUBILLE François-Cardiologie  
 SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation  
 SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie  
 SIRVENT Nicolas-Pédiatrie  
 SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire  
 SULTAN Ariane-Nutrition  
 THOUVENOT Éric-Neurologie  
 THURET Rodolphe-Urologie  
 VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie  
 VILLAIN Max-Ophtalmologie  
 VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
 VINCENT Thierry-Immunologie

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2<sup>ème</sup> classe :

LAOUJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

### **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

### **PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine**

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

### **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

#### **MCU-PH Hors classe**

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

#### **MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIÈRES Catherine-Biologie cellulaire



PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction  
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie  
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie  
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie  
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie  
**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**  
BERTRAND Martin-Anatomie  
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie  
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire  
GOUZI Farès-Physiologie  
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie  
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire  
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail  
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales  
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale**

COSTA David  
FOLCO-LOGNOS Béatrice

#### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard  
GARCIA Marc  
MILLION Elodie  
PAVAGEAU Sylvain  
REBOUL Marie-Catherine  
SEGURET Pierre

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

#### Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

#### Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences  
BERNEX Florence - Physiologie  
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé  
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire  
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire  
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques  
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé  
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé  
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques  
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé  
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques  
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences  
MOUTOT Gilles - Philosophie  
PASSERIEUX Emilie - Physiologie  
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie  
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

### **PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie  
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
FAILLIE Jean-Luc-  
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique  
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie  
HERRERO Astrid-Chirurgie générale  
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie  
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

# TABLE DES MATIERES

<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>8</b>
<b>ABREVIATIONS</b> .....	<b>10</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>11</b>
<b>I. CADRE THEORIQUE</b> .....	<b>12</b>
1. LE REFUS SCOLAIRE ANXIEUX : PRESENTATION GENERALE.....	12
1.1. <i>Définitions</i> .....	12
1.2. <i>Epidémiologie</i> .....	14
1.3. <i>Description clinique</i> .....	14
1.4. <i>Troubles psychiatriques sous-jacent</i> .....	17
1.5. <i>Autres causes d'absentéisme scolaire</i> .....	18
1.6. <i>Pronostic</i> .....	20
1.7. <i>Hypothèses psychopathologiques</i> .....	21
2. TRAITEMENT DU REFUS SCOLAIRE ANXIEUX : ETAT DES LIEUX.....	23
2.1. <i>Principes thérapeutiques consensuels</i> .....	23
2.2. <i>Les différentes modalités de traitement</i> .....	27
2.2.1. <i>Prise en charge thérapeutique d'orientation psychodynamique</i> .....	27
2.2.2. <i>Prise en charge en thérapie cognitive et comportementale</i> .....	28
2.2.2.1. <i>Historique et principes généraux</i> .....	28
2.2.2.2. <i>Traitement des troubles anxieux</i> .....	29
2.2.2.3. <i>Traitement du refus scolaire anxieux</i> .....	31
2.2.2.4. <i>Les données de la littérature internationale</i> .....	32
<b>II. ETUDE</b> .....	<b>35</b>
1. INTRODUCTION.....	35
2. OBJECTIFS.....	36
3. MATERIELS ET METHODES.....	37
3.1. <i>Plan de l'étude</i> .....	37
3.2. <i>Population de l'étude et critères d'éligibilité</i> .....	37
3.3. <i>Traitement étudié : le programme de thérapie cognitive et comportementale du refus scolaire anxieux en hospitalisation de jour du centre hospitalier universitaire de Montpellier</i> .....	39
3.4. <i>Données recueillies</i> .....	42
3.4.1. <i>Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants de l'étude</i> .....	42
3.4.2. <i>Données principales</i> .....	43
3.4.3. <i>Données secondaires</i> .....	44
3.5. <i>Méthode de recueil des données</i> .....	46
3.6. <i>Consentement des participants de l'étude</i> .....	47
3.7. <i>Analyse statistique</i> .....	47
4. RESULTATS.....	47
4.1. <i>Ecarts au traitement et données manquantes</i> .....	47
4.2. <i>Caractéristiques sociodémographiques et cliniques</i> .....	48
4.3. <i>Résultats principaux</i> .....	49
4.4. <i>Résultats secondaires</i> .....	50
5. DISCUSSION.....	51
5.1. <i>Interprétation des résultats</i> .....	51
5.1.1. <i>Caractéristiques sociodémographiques et cliniques</i> .....	51
5.1.2. <i>Reprise de la scolarité</i> .....	52
5.1.3. <i>Evolution du niveau d'anxiété</i> .....	55
5.1.4. <i>Evolution du niveau de fonctionnement global</i> .....	55
5.2. <i>Comparaison avec les données de la littérature</i> .....	56
5.2.1. <i>Reprise de la scolarité</i> .....	56
5.2.2. <i>Evolution de l'anxiété</i> .....	58
5.2.3. <i>Evolution du fonctionnement global</i> .....	59

5.3.	<i>Forces de l'étude</i> .....	59
5.4.	<i>Limites de l'étude</i> .....	60
5.5.	<i>Implications cliniques et perspectives</i> .....	62
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>63</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....		<b>64</b>
<b>ANNEXES</b> .....		<b>70</b>
A.	L'ÉCHELLE D'ANXIÉTÉ MULTIDIMENSIONNELLE POUR ENFANTS REVISÉE (MASC).....	70
B.	L'ÉCHELLE D'ANXIÉTÉ MANIFESTE POUR ENFANTS REVISÉE (R-CMAS).....	72
C.	L'ÉCHELLE DES PEURS POUR ENFANTS REVISÉE (FSSC-R) .....	73
D.	L'ÉCHELLE COMPORTEMENTALE D'ANXIÉTÉ ET DE PHOBIE (ECAP) .....	76
E.	L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION GLOBALE POUR ENFANTS (C-GAS) .....	80
F.	L'ÉCHELLE D'IMPRESSIION CLINIQUE GLOBALE D'AMÉLIORATION (CGI-I) .....	81
TABLEAU 1 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON CLINIQUE.....		48
TABLEAU 2 REPARTITION DES DIAGNOSTICS DANS L'ECHANTILLON CLINIQUE .....		49
TABLEAU 3. ÉVOLUTION DU NIVEAU D'ANXIÉTÉ AVANT ET APRÈS TRAITEMENT. LES MOYENNES (MOY) ET LES ÉCARTS TYPE (ET) SONT PRÉSENTES.....		50

# ABBREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

C-GAS : *Clinical Global Assessment Scale*

CGI-I : *Clinical Global Impression of Improvement*

CPE : Conseiller Principal d'Education

DSM-5 : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* , 5<sup>ème</sup> version

FSSC-R : *Revised Fear Survey Schedule for Children*

HDJ : Hospitalisation De Jour

ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

MASC : *Multidimensional Anxiety Scale for Children*

RSA : Refus Scolaire Anxieux

R-CMAS : *Revised Children's Manifest Anxiety Scale*

SMPEA : Service de Médecine Psychologique pour Enfants et Adolescents

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

# INTRODUCTION

L'absentéisme scolaire à l'adolescence est devenu une préoccupation majeure des intervenants de l'Education Nationale, de la Protection de l'enfance et des familles. Sa fréquence est en augmentation en France, et fait l'objet d'études scientifiques depuis les années 1990. On peut le retrouver dans des situations très variées, associé à diverses difficultés (d'apprentissage, sociales, comportementales, familiales). Certains adolescents se distinguent par la détresse émotionnelle intense, et plus particulièrement l'anxiété, que l'école provoque chez eux. Cette forme d'absentéisme scolaire avec anxiété, anciennement appelée « phobie scolaire », est maintenant connue sous le terme de « Refus scolaire anxieux » (RSA). Il constitue un motif régulier de consultation auprès des acteurs de santé mentale de l'adolescent, et plus particulièrement des services hospitaliers de pédopsychiatrie, car il est potentiellement sévère et chronique, et nécessite une prise en charge globale.

Durant mon parcours d'interne de psychiatrie, j'ai choisi de travailler durant un an dans l'Unité d'hospitalisation de jour (HDJ) du RSA du Service de Médecine Psychologique pour Enfants et Adolescents (SMPEA) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Montpellier, sous la supervision du Dr DENIS Hélène. C'est au contact des adolescents pris en charge dans cette unité que j'ai découvert toute la complexité de ce trouble, et les nombreuses questions encore en suspens concernant sa définition, ses causes, et son traitement. L'anxiété est au centre des difficultés émotionnelles de ces adolescents, et les données de la littérature scientifique valident l'utilisation de la Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC) pour traiter les troubles anxieux. Cette unité a donc développé un dispositif thérapeutique original alliant l'HDJ et l'utilisation d'un programme de TCC pour les adolescents présentant un RSA. Ce trouble peut compromettre rapidement le développement psychologique, social et académique des adolescents, il m'a donc semblé pertinent d'étudier une prise en charge thérapeutique novatrice, dans le but d'améliorer les pratiques professionnelles. J'ai donc décidé de réaliser mon travail de thèse sur la description de l'évolution de la fréquentation scolaire et du niveau d'anxiété des adolescents pris en charge par ce programme, dans le cadre d'une étude observationnelle rétrospective.

La première partie de cette thèse est consacrée à la présentation du cadre théorique dans lequel s'inscrit cette étude, et la seconde partie à la présentation du protocole de l'étude et de ses résultats.

# I. CADRE THEORIQUE

## 1. Le refus scolaire anxieux : présentation générale

### 1.1. Définitions

Le RSA, appelé également « phobie scolaire », désigne le refus ou la réticence d'un élève à fréquenter l'école en raison d'une anxiété intense. Ces jeunes évitent l'école et la détresse émotionnelle qu'elle suscite. Ils restent pourtant motivés et concernés par leur scolarité. Le RSA est observé dans des tableaux cliniques variés et complexes, ce qui explique que sa définition n'est pas consensuelle. Nous tenterons donc de délimiter cette entité au travers de trois dimensions : historique, scientifique et nosologique.

- Définition historique :

Le refus scolaire existe probablement depuis la fin du XIX siècle, lorsque la fréquentation scolaire a été rendue obligatoire dans la plupart des pays occidentaux. Les premiers travaux portent sur l'école buissonnière, ou *truancy* en anglais. Ce terme désigne un refus scolaire par manque de motivation, sans détresse émotionnelle au premier plan. Le jeune cache ses absences scolaires à ses parents, et occupe son temps libre en dehors du domicile, souvent avec un groupe de jeunes dans la même situation. Il faut attendre 1932 pour qu'une psychanalyste américaine, Isra T. Broadwin, repère une forme particulière de refus scolaire, où l'enfant refuse de quitter sa maison en exprimant une grande anxiété à l'idée de se rendre à l'école. En 1941, Adelaïde Johnson introduit le terme de phobie scolaire pour désigner un tableau clinique où « *les enfants, pour des raisons irrationnelles, refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer* »(1). Nous rappelons que la phobie scolaire ne doit pas être confondue avec un trouble phobique simple, comme par exemple la phobie de l'eau. Il s'agit d'un trouble complexe pouvant être associé à des troubles psychiatriques très variés.

- Définition nosologique :

Le statut nosologique du RSA est incertain. Il ne constitue pas une catégorie diagnostique indépendante dans les systèmes de classification internationaux des troubles mentaux.

Dans la 5<sup>ème</sup> version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5)(2), il est mentionné parmi les critères du trouble anxiété de séparation comme une « *réticence persistante ou refus d'aller à l'école, ou ailleurs, en raison de la peur de la séparation* ». Le RSA est donc présenté comme une manifestation comportementale d'un trouble anxieux.

La Classification Internationale des Maladies (CIM-10)(3) ne le mentionne pas explicitement.

En France, La CFTMEA (Classification Française de Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent) (4) présente la catégorie « phobie scolaire », définie par des « *manifestations d'angoisse majeure avec un phénomène de panique liées à la fréquentation scolaire, ce qui interdit sa poursuite sous les formes habituelles* ».

- Définition scientifique :

Dans la littérature scientifique récente, l'expression « phobie scolaire » est peu utilisée, et les auteurs emploient plutôt le terme de refus scolaire anxieux (RSA)(5,6). Entre 2010 et 2014, le terme « refus scolaire anxieux » était deux fois plus utilisé que « phobie scolaire » dans les articles répertoriés par les grandes bases de données scientifiques (5) . La majorité des études (7–11) définissent le RSA avec les critères cliniques de Berg (12) :

- 1) réticence ou refus fréquent d'aller à l'école,
- 2) détresse émotionnelle à la perspective de devoir aller à l'école, se traduisant par une crainte excessive, des crises de colère, de la tristesse ou des symptômes physiques inexplicables,
- 3) recherche du confort et de la sécurité de la maison, avec des absences scolaires qui ne sont pas dissimulées aux parents,
- 4) absence de comportements antisociaux significatifs,
- 5) efforts raisonnables des parents pour assurer la présence de l'enfant à l'école (12–14)

Certaines études utilisent uniquement les critères de Berg, d'autres ajoutent des critères pour définir plus précisément la fréquence des absences scolaires. L'absence scolaire est exprimée en pourcentage, définie par le rapport des heures d'école manquées sur les heures attendues de fréquentation scolaire, pendant une période donnée. Le seuil utilisé pour définir le RSA varie pour



chaque étude : 10% d'absence scolaire en un mois (15) ; 20% en 15 jours(8) ; 20% en un mois (16).

Pour certains auteurs (17), la détresse émotionnelle doit se manifester par des symptômes anxieux sévères, évalués par une échelle d'évaluation quantitative de l'anxiété. Pour d'autres(8,9,15,18), les symptômes anxieux doivent constituer au moins un trouble anxieux selon les critères du DSM-5(2).

## **1.2.Epidémiologie**

Nous ne disposons que de chiffres en dehors de la France, les études dans ce domaine sont très rares dans notre pays. De plus, l'absence de critères consensuels pour définir le RSA limite ce travail. Le RSA concernerait 1% des enfants et adolescents d'âge scolaire, et 5 % des patients suivis en milieu hospitalier (6). Le RSA semble aussi fréquent chez les filles que chez les garçons. Concernant l'âge, on retrouve plusieurs pics de fréquence pour les adolescents : 10-11 ans, ce qui correspond en France à l'entrée au collège, et 13-15 ans, qui est la période classique de début des troubles anxieux.

Le RSA se retrouve dans tous les milieux socio-économiques, et semble plus représenté chez les adolescents dans les milieux de niveaux moyens à élevés (6) . Il n'est généralement pas associé à des difficultés intellectuelles. Au contraire, il s'agit d'élèves qui pour la plupart ont de bonnes capacités cognitives.

## **1.3.Description clinique**

Le RSA regroupe un ensemble de situations hétérogènes. Le tableau clinique est variable en fonction de l'âge de l'adolescent et de la problématique sous-jacente.

- Mode de survenue :

Le RSA peut débuter brutalement en quelques jours, typiquement chez l'enfant après une période de vacances scolaires. Chez l'adolescent, on retrouve plus fréquemment un début insidieux, avec une augmentation progressive des absences scolaires durant plusieurs mois.

Certains évènements stressant peuvent précipiter la survenue du RSA (7). Il peut s'agir d'évènements scolaires : s'être senti ridiculisé devant un groupe de pairs, critiqué en classe par le

professeur, avoir une baisse inhabituelle des résultats scolaires. Nous pouvons citer les cas particuliers de harcèlement scolaire, racket, menaces et bagarres avec violences physiques(19). On retrouve également des évènements de vie familiaux ou personnels : maladie, hospitalisation, déménagement avec changement d'établissement scolaire, le passage de l'école primaire au collège, ou du collège au lycée.

- Manifestations anxieuses :

L'anxiété est une réaction affective normale et adaptative face à l'anticipation d'un danger potentiel. L'anxiété devient pathologique lorsqu'elle est permanente, entraîne une souffrance et une gêne dans la vie quotidienne. Dans le cas du RSA, les manifestations anxieuses pathologiques apparaissent lorsque l'adolescent doit se rendre à l'école, ou en anticipation de cette situation au cours de la veille d'un jour de classe. Elles peuvent être regroupées en trois catégories (20) :

- Les manifestations comportementales : le matin, l'adolescent refuse de se rendre à l'école, il ne veut pas se lever, refuse de se préparer, de monter dans la voiture ou de prendre le bus. Il pleure, se met en colère, peut proférer des menaces suicidaires ou de fugue. Ces comportements peuvent aussi survenir sur le chemin de l'école, ou au moment d'entrer dans l'établissement scolaire.
- Les manifestations physiques : des douleurs abdominales, des nausées, des vomissements, des diarrhées, des maux de tête, des sueurs, des vertiges, une pâleur, des maux de gorge, une pollakiurie. Elles proviennent d'une activation du système nerveux végétatif. Elles peuvent être particulièrement intenses au point de déclencher une attaque de panique au moment de se confronter à l'école : sensation d'étouffer, douleur thoracique, impression d'être sur le point de mourir, de perdre le contrôle ou de devenir fou. L'anxiété peut également venir perturber le sommeil et l'appétit de l'adolescent, avec des insomnies d'endormissement, des réveils nocturnes multiples ou l'impossibilité de prendre son petit déjeuner les jours d'école.
- Les manifestations cognitives : l'adolescent a des pensées négatives concernant la scolarité. Il surestime la probabilité de survenue d'évènements négatifs, et sous-estime sa capacité à développer des stratégies adaptatives (21). Les situations redoutées sont variées : être interrogé à l'oral, passer un examen, être en groupe dans la classe, dans la cour de récréation ou en sport, être loin de ses parents.

L'anxiété décroît rapidement lorsque le jeune n'est plus confronté à l'injonction immédiate de se rendre à l'école. Il peut promettre d'y retourner le lendemain, mais les manifestations anxieuses recommencent à l'identique, empêchant la reprise de la scolarité.

- **Plaintes somatiques chroniques :**

Les plaintes somatiques chroniques concerneraient un quart des enfants et adolescents présentant un RSA (22). Elles inquiètent les parents, et peuvent prendre une place prépondérante dans la plainte de l'enfant et dans la demande de soins émanant de la famille. Lorsque l'adolescent est à l'école, il peut effectuer de nombreux passages à l'infirmerie.

- **Manifestations dépressives :**

Les manifestations dépressives concerneraient 50% des jeunes présentant un RSA (20) : tristesse, pleurs fréquents, désintérêt pour des activités jusqu'alors investies, repli sur soi, troubles du sommeil et de l'appétit, sentiment d'avenir bouché, dévalorisation, idées suicidaires. Elles surviennent souvent secondairement, lorsque la déscolarisation est totale et que l'adolescent se sent alors en situation d'échec. L'estime de soi est alors fortement impactée.

- **Comportements d'opposition :**

Les comportements d'opposition peuvent être virulents, surtout lorsque les parents tentent d'amener leur enfant à l'école. Une attitude tyrannique peut apparaître à la maison, et rester limitée à la sphère familiale. Elle contraste avec une attitude réservée à l'école ou avec les pairs. L'anxiété majeure suscitée par la situation scolaire induit un épuisement et une grande irritabilité chez le jeune. Lorsque ces comportements sont envahissants et persistants, on parle de trouble oppositionnel, retrouvé dans 8 (23) à 24% (24) des situations. En revanche les vols, agressions de personnes et destructions de biens matériels ne sont pas caractéristiques du RSA, et orientent vers un trouble des conduites., qui est plus fréquemment associé à l'école buissonnière ou *truancy* (22)

- **Fonctionnement familial :**

Carless et al. (25) ont étudié le fonctionnement des familles d'adolescents présentant un RSA. Il retrouvait des interactions familiales altérées plus fréquentes que dans la population générale : faible communication, faible expression des émotions, faibles capacités de résolution de

problèmes, faible différenciation des rôles au sein de la famille. Les parents étaient significativement plus anxieux et déprimés que dans la population générale. La question est de savoir si ce dysfonctionnement est secondaire ou antérieur aux difficultés de l'adolescent. Par ailleurs, Kearney et al.(26) retrouvaient un fonctionnement sain chez 39,1% des familles dont l'enfant présentait un RSA .

#### **1.4.Troubles psychiatriques sous-jacent**

Un trouble psychiatrique est fréquemment diagnostiqué chez les enfants et adolescents présentant un RSA. Le pourcentage observé varie selon les études : 25,4% (22), 66% (23), 87,9% (10). Parmi eux, 55% (24) à 63,7% (10) avaient plusieurs troubles psychiatriques associés. En comparaison, 6,9% des enfants et adolescents en population générale présenteraient un trouble psychiatrique(22) .

- Troubles anxieux :

Les troubles anxieux sont les diagnostics les plus représentés (5,6,20,22) chez les adolescents présentant un RSA. Ils sont à différencier de la peur, qui est une émotion normale, passagère, et qui a une fonction adaptative. Une étude de King et al.(6) retrouvait que 80% des enfants ou adolescents ayant un RSA présenteraient un trouble anxieux, selon les critères diagnostiques du DSM-5. Les études portant uniquement sur les adolescents sont rares. On peut citer l'étude de McShane et al. (24), qui retrouvait un trouble anxieux chez 54% des adolescents évalués. Ce chiffre est plus important si l'on prend en compte ceux qui présentent un trouble anxieux non spécifié, c'est-à-dire des symptômes anxieux remplissant partiellement les critères du DSM-5.

Les troubles anxieux les plus souvent retrouvés sont l'anxiété de séparation et l'anxiété sociale (6). L'anxiété de séparation a tendance à être plus fréquente chez les enfants. L'anxiété sociale est plus fréquente chez les adolescents. Elle est centrée sur la relation aux pairs et sur les évaluations scolaires. L'adolescent, plutôt timide et introverti, craint de plus en plus les situations où il doit s'exposer au regard de ses camarades et enseignants. Il tente de rationaliser son refus d'aller à l'école en mettant en avant une mauvaise relation avec un enseignant particulier, des difficultés dans certaines matières, les difficultés relationnelles avec ses camarades. Un cercle vicieux s'installe, car plus son absence à l'école se prolonge, plus l'adolescent craint d'être le centre d'attention et de questions à son retour. Il a tendance à s'isoler de ses pairs même en dehors de l'école, ne répondant plus au téléphone ni aux messages.

On retrouve également dans une moindre mesure le trouble anxieux généralisé, le trouble panique et l'agoraphobie.

- Trouble dépressif :

Le trouble dépressif est souvent secondaire à l'épuisement, à la lutte contre l'anxiété, à l'isolement social dans lequel se retrouve le jeune. On retrouve une baisse de l'estime de soi devant une déscolarisation vécue comme un échec, parfois un sentiment de culpabilité de ne pas parvenir à y retourner. Un trouble dépressif ou dysthymique serait diagnostiqué chez 52% des adolescents présentant un RSA (24).

- Autres diagnostics :

Ils sont beaucoup moins représentés que les troubles anxieux ou dépressif.

- Trouble oppositionnel avec provocation : des troubles des comportements (crises de colère, agressivité verbale voir physique à l'encontre de la fratrie ou d'un parent) et une attitude tyrannique peuvent survenir dans le cadre familial, surtout lorsqu'on tente de forcer l'adolescent à se rendre à l'école.
- Troubles spécifiques des apprentissages (lecture, écriture, calcul) et trouble spécifique de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Ils ne sont pas plus représentés chez les adolescents présentant un RSA. Ces troubles se retrouvent plus classiquement dans des tableaux de décrochage scolaire, autre cause d'absentéisme scolaire qui se distingue du RSA. L'adolescent, face aux lacunes académiques accumulées, se décourage et désinvestit la scolarité.

### **1.5. Autres causes d'absentéisme scolaire**

L'absentéisme scolaire peut être en lien avec des situations ne devant pas être confondu avec un RSA.

- Décrochage scolaire :

Il peut s'agir d'adolescents qui sont en difficulté scolaire du fait de lacunes académiques antérieures, et qui baissent les bras. Les difficultés scolaires peuvent être sous-tendues par des

troubles spécifiques des apprentissages d'expression légère, qui sont alors méconnus durant l'enfance et décompensent à l'adolescence lorsque la charge de travail scolaire augmente.

Il peut s'agir aussi d'adolescents attirés par des renforçateurs extérieurs (jeux sur écrans par exemple), n'ayant pas d'intérêt exprimé pour la scolarité, ni de projet professionnel déterminé.

- Ecole buissonnière :

Dans cette situation, le refus scolaire ne s'accompagne pas de manifestations anxieuses. L'adolescent dissimule ses absences scolaires, durant lesquelles il est le plus souvent avec d'autres jeunes. L'école buissonnière peut s'intégrer dans un tableau de troubles des conduites ou *truancy*.

- Retrait scolaire :

Les parents gardent délibérément leur enfant à la maison, malgré l'obligation légale de scolarisation jusqu'à 16 ans en France. La famille peut être en difficulté pour gérer la vie quotidienne, les adolescents sont en place d'être livrés à eux-mêmes, ou encore en charge du reste de la famille. Ils se déscolarisent pour assurer le quotidien, s'occuper de leurs frères et sœurs ou leurs parents parfois malades. Certains parents poussent leur adolescent à aller travailler ou à les assister dans leur profession, et n'ont pas une représentation positive de l'école. Le retrait scolaire peut aussi avoir lieu dans le cadre d'une négligence ou d'une maltraitance de l'enfant.

- Trouble psychiatrique caractérisé :

Dans ce contexte, l'absentéisme scolaire n'est qu'un élément secondaire s'intégrant dans un tableau clinique psychiatrique franchement pathologique.

Une schizophrénie peut débuter insidieusement avec des symptômes peu spécifiques tel que le retrait social (et donc scolaire) et une anxiété. Certains symptômes orientent davantage le diagnostic : comportement désorganisé, diminution de l'expression émotionnelle, pensées étranges, apragmatisme.

Un épisode dépressif caractérisé sévère peut causer une perte d'intérêt pour les relations sociales et la scolarité et une détresse anxieuse. Ici l'épisode dépressif débute avant les absences scolaires. A l'inverse, un RSA peut se compliquer d'un épisode dépressif caractérisé.

## 1.6. Pronostic

De manière générale, plus le RSA persiste, plus il est difficile à traiter. En l'absence de traitement, la plupart des RSA à l'adolescence se maintiennent (7). Les jeunes continuent de présenter un absentéisme scolaire et une détresse émotionnelle, avec des conséquences négatives à court et à long terme. Le RSA interfère clairement dans la trajectoire développementale du jeune (27). Les adolescents ont un pronostic plus sévère que les enfants (28). L'absentéisme scolaire est plus important, les symptômes dépressifs sont plus fréquents (24). L'engagement dans la TCC est plus difficile que chez l'enfant (9), l'hypothèse étant que l'adolescent en recherche d'indépendance peut envisager la psychothérapie comme une tentative de contrôle externe de la part des adultes.

- Pronostic psychiatrique :

A court terme, l'absentéisme scolaire chronique est associé à un risque plus élevé à l'adolescence de tentative de suicide, de conduites de mise en danger, d'abus de substances toxiques (29).

Le RSA à l'adolescence est un facteur de risque de survenue d'un trouble psychiatrique à l'âge adulte (30,31). Berg retrouvait une association entre le RSA et la survenue d'une agoraphobie à l'âge adulte (32). Dans l'étude de Flakierska et al.(33), 33% des adultes ayant présenté un RSA dans l'enfance présentaient un trouble anxieux ou dépressif, contre 11% dans le groupe contrôle, ce qui était significativement plus élevé.

- Pronostic académique :

L'absentéisme scolaire affecte négativement les apprentissages et la réussite scolaire (34). Certains chercheurs (27) retrouvaient que la moitié des enfants et adolescents qui présentaient un RSA étaient par la suite en échec scolaire. Lorsque l'absentéisme est chronique, il est associé à un risque accru d'arrêt précoce et définitif de la scolarité, et par conséquent à une précarité économique et sociale. Ces jeunes ont des difficultés à accéder aux études supérieures et sont plus à risque d'avoir des problèmes d'emploi professionnels que dans la population générale

- Pronostic social :

A court terme, les relations aux pairs sont perturbées (27), y compris dans les situations extra-scolaires (28). La famille aussi est en difficulté, avec un haut niveau de stress pouvant déboucher

sur des conflits (6). La pression pour que l'enfant retourne en scolarité est importante, y compris au point de vue légal, puisqu'il est obligatoire de scolariser son enfant jusqu'à 16 ans.

A long terme, le jeune est à risque de développer des difficultés d'adaptation sociale et des comportements d'évitement des contacts sociaux. Un tiers des jeunes traités pour RSA ont des contacts sociaux très limités trois ans après (32). Une autre étude (35) montrait que, sept ans après un épisode de refus scolaire anxieux, si l'adolescent n'est pas retourné à l'école, il affichait une adaptation sociale faible, avec peu de relations amicales et d'activités de loisirs. Flakierska et al. (31) ont suivi jusqu'à leur 25 ans une cohorte d'enfants ayant présenté un RSA. L'étude retrouvait que ces jeunes adultes vivaient plus fréquemment chez leurs parents que dans la population générale, vivaient moins souvent en couple, et avaient moins d'enfants.

### **1.7. Hypothèses psychopathologiques**

Il existe de nombreuses hypothèses, qui dépendent du modèle théorique avec lequel les cliniciens et chercheurs travaillent. Nous nous limiterons à la présentation des deux modèles les plus utilisés en France et dans la littérature scientifique.

- **Modèle cognitif et comportemental :**

Il est utilisé par la majorité des auteurs de la littérature scientifique, en particulier anglo-saxonne. Selon ce modèle, le RSA survient chez un adolescent ayant un terrain biologique vulnérable et des facteurs de prédisposition personnels (inhibition comportementale, peur de l'échec, sentiment d'incompétence personnelle) au développement d'un trouble anxieux (27).

Des événements de vie stressant vont fragiliser son rapport à l'école et précipiter la survenue du RSA. Il peut s'agir de facteurs familiaux (séparation parentale, maladie parentale, style parental surprotecteur, interactions familiales dysfonctionnelles), ou scolaires (relation aux pairs, harcèlement scolaire, exigences académiques) (7).

L'adolescent développe alors une anxiété majeure qu'il associe à sa fréquentation de l'école. La diminution de l'anxiété associée à l'évitement de l'école et aux bénéfices secondaires obtenus en restant à la maison deviennent des facteurs de maintien du RSA.



- Modèle psychodynamique :

A notre connaissance, le modèle psychodynamique est largement utilisé dans les services de pédopsychiatrie français. Il tient compte des spécificités du travail psychique propre à l'adolescence. Selon ce modèle, l'adolescent, au moment de la poussée pubertaire, modifie ses objets d'investissement : il s'éloigne de ses parents pour aller vers ses pairs (36). Ce phénomène est appelé la séparation-individuation. Le RSA est assimilé à une butée dans le processus développemental, une incapacité à se séparer psychiquement de ses parents. De plus, l'adolescent n'arrive pas à investir un processus de pensée personnelle. Le processus de pensée est vécu comme persécuteur. L'école, qui exige cette pensée, devient le lieu à fuir. La pensée évitée ne serait pas celle qui consiste à apprendre ou à raisonner sur des connaissances livresques, mais celle qui oblige à se faire sa propre opinion et à la confronter au point de vue des autres. C'est pourquoi ces adolescents accepteraient d'apprendre, mais seraient en difficulté dans la relation aux pairs (37).

## 2. Traitement du refus scolaire anxieux : état des lieux

### 2.1. Principes thérapeutiques consensuels

Il s'agit des principes thérapeutiques retrouvés dans la littérature traitant du RSA, indépendamment de l'hypothèse psychopathologique à laquelle se réfèrent les auteurs.

- Objectifs du traitement :

Le traitement vise un triple objectif (9) :

- La reprise de la scolarité à temps complet
- La diminution de la détresse émotionnelle
- La prévention des complications psychiatriques et de la dégradation du fonctionnement social et académique.

- Urgence de la mise en place du traitement :

Le RSA est une urgence thérapeutique. L'intervention doit être rapide, active et intensive. L'objectif est de lutter au plus tôt contre l'installation des facteurs de maintien du comportement de refus scolaire, qui apparaissent rapidement et entravent le développement des stratégies adaptatives. Ainsi, plus l'absence à l'école se prolonge, moins le pronostic est favorable.

Un retour rapide en scolarité diminue les comportements d'évitement, puissant renforçateur du RSA (38). Le jeune qui évite l'école diminue à court terme son anxiété en supprimant le contact avec la situation anxiogène, mais se prive de l'opportunité de développer des compétences pour faire face à cette situation et pour maîtriser ses émotions. L'estime de soi est impactée, l'anxiété est renforcée. A moyen et long terme, cette stratégie d'évitement est donc un puissant facteur de maintien du RSA.

Un retour rapide à l'école diminue les bénéfices secondaires acquis en restant à la maison (regarder la télévision, jouer aux jeux vidéo, se lever tard, disponibilité de la famille). Ces bénéfices renforcent le comportement de refus scolaire, le jeune étant récompensé de sa présence au domicile par l'accès à des activités procurant un plaisir immédiat.

Enfin, le retour rapide en scolarité protège le fonctionnement global (psychologique, académique et social) (7). En étant absent de sa classe, le jeune peut avoir des difficultés à rattraper les cours, manquer de motivation pour faire ses devoirs et ainsi se sentir dépassé par la charge de travail, ce qui augmente son anxiété. De même, il perd le lien avec ses camarades, et ressent de la

difficulté à renouer contact, particulièrement après une longue absence et les inévitables questions qu'elle suscite.

Le retour doit se faire dans de bonnes conditions, avec un niveau d'anxiété acceptable pour le jeune. Un retour en scolarité est souhaitable dans les deux mois suivant le début du traitement (37). Au Japon, l'étude d'Okuyama et al (39) montrait que débiter le traitement dans les dix mois suivant le début du RSA permettait un retour à l'école significativement plus rapide qu'avec un traitement débuté plus tardivement.

- Traitement multifocal :

Le traitement doit s'inscrire dans une collaboration entre l'adolescent, sa famille, l'école et le service de pédopsychiatrie. Il comporte plusieurs volets :

- Traitement psychothérapeutique :

La psychothérapie peut avoir lieu dans différents cadres. Un suivi en consultation est possible, si le RSA est récent ou que l'adolescent est encore partiellement scolarisé. Des consultations rapprochées hebdomadaires sont nécessaires, en lien étroit avec l'école. Un suivi en hôpital de jour est préférable en cas de déscolarisation complète ou en l'absence d'amélioration rapide lors du suivi en consultation. L'hospitalisation à temps complet est indiquée en cas d'échec du traitement ambulatoire. Elle doit être programmée et préparée avec le patient et sa famille afin de favoriser leur adhésion à cette modalité de soin. Une hospitalisation en urgence est indiquée en cas de décompensation d'un trouble psychiatrique associé au RSA, par exemple un épisode dépressif sévère.

L'évaluation\_somatique est nécessaire, mais la recherche d'une pathologie organique qui expliquerait les plaintes somatiques doit être limitée dans le temps et dans la quantité d'exams complémentaires réalisés. Le but est d'éviter la quête sans fin d'une maladie rare qui mobiliserait la famille au détriment de la cause psychique.

- Traitement médicamenteux

Le traitement médicamenteux n'est présent qu'en 2<sup>nde</sup> intention, toujours accompagné de la psychothérapie. Différentes classes pharmacologiques sont utilisées.

Parmi les anxiolytiques, l'hydroxyzine peut être utilisée à court terme en cas de manifestations anxieuses sévères et invalidantes, pour encadrer la reprise scolaire. Son efficacité n'a toutefois pas

été clairement démontrée par les essais cliniques (28). Les benzodiazépines sont déconseillées en raison de l'accoutumance induite et des effets secondaires sur la mémoire. Les bêta bloquants, utilisés pour traiter les symptômes physiques d'anxiété chez l'adulte, pourraient avoir un intérêt en cas d'anxiété sévère, mais leur efficacité n'a pas été démontrée chez l'enfant et l'adolescent.

Les antidépresseurs sont utilisés comme traitement de fond en cas de trouble anxieux ou dépressif sévère associé. Ils sont également utilisés en cas de non efficacité du traitement psychothérapeutique seul, ou en préalable en cas d'anxiété sévère. Les études évaluant l'efficacité d'un médicament sont rares dans le RSA, car il n'est pas considéré comme une catégorie diagnostique dans les différentes classifications internationales des maladies psychiatriques. En 2000, Bernstein et al. (16) ont réalisé une étude contrôlée randomisée évaluant l'efficacité d'un antidépresseur tricyclique chez les adolescents présentant un RSA avec un trouble anxieux ou dépressif sévère. L'étude retrouvait une amélioration des symptômes dépressifs et un temps de fréquentation scolaire significativement plus important dans le groupe traité par antidépresseur tricyclique et psychothérapie, par rapport à la psychothérapie seule. Cette classe d'antidépresseur est cependant peu utilisée en raison d'effets secondaires potentiels fréquents et graves.

Les antidépresseurs Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) sont actuellement le premier choix, leur efficacité pour traiter les jeunes patients présentant un trouble anxieux ou dépressif résistant à l'approche psychothérapeutique est confirmé par plusieurs études (40,41). Cependant, l'étude de Wu et al. (42) en 2013 ne retrouvait pas de supériorité d'efficacité d'un traitement combinant un antidépresseur ISRS (fluoxétine) et une psychothérapie par rapport à la psychothérapie seule.

- Un accompagnement des parents

Les auteurs s'accordent à dire que les parents doivent être impliqués dans la prise en charge de leur enfant. Cet engagement dans les soins implique l'instauration d'une alliance thérapeutique avec la famille. Les diagnostics posés chez leur enfant et les principes de la psychothérapie doivent être clairement expliqués grâce à la psychoéducation. Cela permet de modifier leurs éventuelles représentations négatives des absences scolaires de leur enfant, et de questionner des croyances erronées (43) (penser que l'établissement scolaire est responsable de la déscolarisation de leur enfant, ou qu'il souffre d'une pathologie somatique que les médecins ne parviennent pas à diagnostiquer). Ces croyances mènent à des attitudes parentales ambivalentes quant au retour en scolarité de l'enfant, pouvant renforcer le comportement de refus scolaire. Des parents convaincus de la nécessité du retour en scolarité améliorent l'engagement de leur enfant dans la psychothérapie (13).

Une guidance parentale leur permet d'apprendre à gérer les contingences de renforcement du RSA. Des stratégies de gestion du comportement de leur enfant peuvent ainsi être proposées, notamment encadrer et limiter les bénéfices secondaires liés au fait de rester au domicile (contrôle de l'accès à la télévision, à Internet, aux jeux vidéo, au réfrigérateur).

- La reprise de la scolarité

La conduite à tenir par rapport au retour en scolarité du jeune est homogène en France et dans la littérature internationale (28,44).

Au préalable, un lien entre l'équipe de soins et l'équipe de l'établissement scolaire doit être établi, avec l'autorisation des parents.

Dans un premier temps, la suspension transitoire de la scolarité est reconnue par un certificat médical. Un retour progressif en classe est ensuite convenu entre l'équipe de pédopsychiatrie, les parents, le jeune et l'institution scolaire. La date du premier retour à l'école doit être programmée. L'équipe pédagogique est prévenue de cette date afin que l'accueil se fasse dans les meilleures conditions.

La première réintégration scolaire doit être adaptée au niveau d'anxiété du jeune et à ses préférences en termes de matière scolaire. Il est possible de programmer un retour sur quelques heures seulement, l'objectif étant que ce retour soit supportable sur le plan émotionnel. D'autres aménagements scolaires temporaires peuvent être proposés selon les difficultés spécifiques rencontrées par le jeune : aménagement de la prise de parole à l'oral ou des évaluations écrites. Si le jeune est d'accord, ses camarades de classe peuvent être prévenus de son retour par le professeur principal. La reprise scolaire est contractualisée entre le jeune, les parents, l'école, l'équipe de soins. Ce contrat prend la forme d'un emploi du temps aménagé. Le médecin et l'infirmière scolaire sont également impliqués dans ce retour, et assure le suivi de l'élève en cas de difficultés au sein de l'établissement. En cas de plaintes somatiques de la part du jeune, il est préconisé de favoriser un maintien dans l'établissement à l'infirmerie et non un retour au domicile familial.

La mise en place d'une scolarité par correspondance ou à domicile pour pallier à l'impossibilité du jeune de se rendre à l'école doit être évitée, car elle maintient le RSA et ne prévient pas les complications psychiatriques, sociales et académiques.

## 2.2. Les différentes modalités de traitement

Le traitement du RSA est hétérogène au sein d'un même pays et d'un pays à l'autre. Ceci tient aux modèles de compréhension psychopathologique variés utilisés par les acteurs de la pédopsychiatrie, aux moyens humains et aux structures de prise en charge disponibles sur le lieu géographique. Les différentes approches psychothérapeutiques du RSA sont principalement les psychothérapies psychodynamiques, les thérapies familiales, la psychothérapie de soutien et la TCC. A notre connaissance, les psychothérapies psychodynamiques et TCC sont les plus utilisées en France, nous nous limiterons donc à leur présentation.

### 2.2.1. *Prise en charge thérapeutique d'orientation psychodynamique*

La prise en charge institutionnelle dans un cadre de référence psychodynamique se propose de relancer le plaisir à penser de façon autonome en offrant un espace d'expression personnelle à l'adolescent (37). Dans le cadre de l'hospitalisation de jour, complète ou en ambulatoire, elle utilise les objets de médiation, les groupes thérapeutiques à médiateur, le psychodrame analytique. Il s'agit de proposer à l'adolescent de participer à des ateliers thérapeutiques à médiations diverses (manuelle, corporelle, culturelle, imaginative, créative) pour qu'il investisse une pensée personnelle, en tolérant puis en prenant plaisir à penser, dans un contexte d'abord déconnecté du cadre scolaire. Dans un second temps, lorsque l'adolescent d'intéresse suffisamment à son fonctionnement psychique, une psychothérapie d'inspiration analytique individuelle peut être proposée (36).

L'hospitalisation à temps complet est la plus contenant, se proposant d'aider l'adolescent à élaborer son conflit psychique en s'affranchissant d'un milieu familial qui serait devenu saturé d'angoisse. L'institution devient le lieu de projection de l'anxiété de l'adolescent et sa famille, ce qui peut être à l'origine d'un contre transfert négatif. Il permet une séparation physique et psychique de l'enfant et ses parents.

Les parents sont impliqués dans le prise en charge, la dynamique relationnelle familiale est considérée par certains psychiatres comme fondatrice du symptôme. Dans cette perspective, les parents sont accompagnés dans le processus de séparation de leur enfant, voir invité à débiter eux-mêmes une psychothérapie individuelle, l'anxiété de séparation étant conceptualisée comme un trouble bilatéral de la relation entre les parents et leur enfant. Le travail institutionnel permettrait de desserrer peu à peu ce lien anxieux par sa fonction de médiateur, et d'ouvrir un nouvel espace de relation entre les parents et leur enfant. Certains auteurs préconisent une approche systémique

de thérapie familiale, le refus scolaire anxieux étant considéré comme une solution de compromis assurant la cohésion familiale.

Ces méthodes de psychothérapie sont largement employées, mais à ce jour leur efficacité n'est pas démontrée dans la littérature internationale (45).

## ***2.2.2. Prise en charge en thérapie cognitive et comportementale***

### *2.2.2.1. Historique et principes généraux*

- Historique :

La TCC s'est développée en plusieurs vagues à partir de de la seconde moitié du XXème siècle. La première vague correspond à l'émergence de la « thérapie comportementale ». L'expression apparaît pour la première fois en 1953, employée par Skinner, psychologue Américain. Cette thérapie est issue d'une approche expérimentale de la psychologie qui étudie les comportements animaux et humains, ainsi que leurs interactions avec leurs milieux.

Dans les années 1960 émerge la deuxième vague, dite de « thérapie cognitive ». Elle considère que les comportements des individus ne sont pas directement conditionnés par l'environnement, que l'intervention des processus cognitifs et les variables personnelles (personnalité, expérience) doivent être pris en compte. Certains thérapeutes centrent leurs interventions sur l'expression et l'utilisation des émotions (Albert Ellis), d'autres sur les dysfonctionnements de la pensée (Aaron Beck).

A la fin des années 1970, ces thérapies sont regroupées sous le nom de « thérapies comportementales et cognitives » (TCC). La triade émotions-cognitions-comportements est au cœur de la prise en charge en TCC. Elle offre un modèle de compréhension des réactions humaines, et des possibilités de prise en charge des fonctionnements pathologiques. Cette approche cognitivo-comportementale s'est très vite répandue dans le monde, particulièrement aux Etats-Unis et dans les pays Nord Européens. Elle est apparue en France à partir du début des années 1970, avec des associations privées dont les deux principales sont l'AFTCC (Association française de thérapie comportementale et cognitive), fondée en 1972, et l'AFFOR- THECC (Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive), fondée en 1994.

- Principes généraux :

La TCC appartient au champ des thérapies brèves. Les objectifs et le nombre de séances sont définis au préalable entre le patient et le thérapeute. La notion de « comportement-problème » désigne ce que l'individu souhaite modifier dans ce qu'il pense, fait, ou ressent. La première étape consiste à faire une analyse fonctionnelle du comportement-problème, en recherchant les émotions, cognitions et comportements qui le déclenche et le maintienne. Le comportement-problème est mesuré de façon quantitative grâce à des échelles d'évaluation et à une auto-observation. Le patient est ensuite informé des résultats de l'évaluation et du diagnostic posé au cours d'un temps de psychoéducation. Patient et thérapeute fixent ensemble les objectifs à atteindre au cours de la TCC. S'il y a plusieurs objectifs à atteindre, ils seront travaillés successivement. Ils choisissent les techniques thérapeutiques les plus pertinentes pour constituer un programme thérapeutique. Le patient aura à effectuer des exercices entre chaque séance, il a un rôle actif dans sa prise en charge. Patient et thérapeute ont une relation collaborative. L'impact de la TCC est décrit avec des échelles d'évaluation standardisées qui sont complétées avant et après la prise en charge.

#### 2.2.2.2. *Traitement des troubles anxieux*

- Déroulement de la TCC :

Les premiers entretiens sont faits avec les parents et leur enfant pour poser le diagnostic de trouble anxieux et l'indication de TCC, et faire de la psychoéducation en apportant des données scientifiques concernant les signes, les traitements et l'évolution du trouble anxieux diagnostiqué. Le thérapeute explique les principes et le déroulement de la TCC. Par la suite, le travail s'effectue essentiellement avec le jeune.

- Principales techniques de TCC utilisées :

Le clinicien apprend au jeune à mettre en pratique des stratégies adaptatives pour développer un sentiment de maîtrise de l'anxiété. La TCC des troubles anxieux intègre l'utilisation des techniques suivantes.

- La relaxation corporelle : elle vise à la diminution du niveau d'alerte, de la fréquence cardiaque et respiratoire, de la tension musculaire créée par l'anxiété. Il existe des



techniques musculaire (exemple : relaxation musculaire de Jacobson) et respiratoires (respiration abdominale).

- Les expositions graduées : c'est la technique centrale dans le traitement du trouble anxieux. Elle vise la diminution de l'anxiété par la confrontation progressive et répétée aux situations anxiogènes. En pratique, le patient et le thérapeute établissent une liste hiérarchique des situations anxiogènes. Le patient va débiter son exposition par une situation facile. Il va alors présenter des manifestations d'anxiété et expérimenter, avec la répétition des expositions le phénomène d'habituation à l'anxiété. L'anxiété ressentie sera de moins en moins intense au fil des expositions.
- La résolution de problème : elle vise à définir clairement un problème et à rechercher toutes les solutions possibles, même les plus improbables. Le patient choisit une solution, la met en pratique, et évalue les résultats obtenus.
- La restructuration cognitive : elle vise à identifier les pensées automatiques négatives provoquant la réponse émotionnelle anxieuse dans une situation donnée. Le jeune anxieux a tendance à surestimer la probabilité de survenue d'un événement négatif, et à sous-estimer sa capacité à y faire face. Ces pensées sont ensuite questionnées, le thérapeute aide à l'identification des erreurs d'interprétation (biais cognitifs) à l'origine de ces pensées catastrophiques et encourage la recherche de pensées alternatives plus réalistes.
- La thérapie d'affirmation de soi : elle vise à apprendre à exprimer son avis, ses désirs ou ses émotions tout en respectant ceux des autres. Elle augmente les habiletés sociales et le sentiment de compétence dans les situations sociales de l'adolescent. Elle peut être apprise en groupe en utilisant le jeu de rôle : comme dans une pièce de théâtre, les adolescents jouent une situation sociale qui leur pose problème et essaient d'appliquer les techniques d'affirmation de soi apprises en début de séance.
- Evaluation de l'efficacité :

Dans les années 1990, Philip C. Kendall, professeur de psychologie américain, fut le premier à créer un programme de TCC pour les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent, puis réalisa une étude de son efficacité (46). Son programme de TCC, le manuel « Coping Cat » est destiné aux patients âgés de 7 à 14 ans présentant un trouble anxieux. Il s'agit d'un manuel qui guide le

patient et son thérapeute étape par étape. Chaque session propose un objectif à atteindre et des stratégies pour y parvenir. 60% des patients traités ne répondaient plus aux critères diagnostiques de trouble anxieux, comparativement à 5% des enfants restés sur liste d'attente. Une autre étude de Kendall et al. montrait l'efficacité du programme en format de groupe (47). Concernant le suivi, 72% des patients maintenaient les gains thérapeutiques à dix mois. Plusieurs études de suivi sur le long terme retrouvaient un maintien des gains thérapeutiques allant jusqu'à sept ans après la TCC (48). A ce jour, il s'agit du programme dont l'efficacité thérapeutique est la mieux établie. Par la suite, de nombreuses études retrouvaient une efficacité de la TCC, et ont fait l'objet de méta-analyses (49,50).

Il n'y avait pas de différence significative d'efficacité entre une TCC centrée sur l'enfant et une TCC impliquant les parents de façon intensive en se focalisant sur la gestion de l'anxiété parentale. Des études récentes ont montré qu'inclure les parents dans les séances de TCC de l'enfant ou traiter l'anxiété des parents n'améliorait pas davantage le trouble anxieux de leur enfant (51). La TCC en groupe est aussi efficace que la TCC en individuel (49,52–54), exceptée pour la phobie spécifique (55) et l'anxiété sociale sévère (56). Au plan économique, la TCC en groupe est plus avantageuse (52).

Au plan médicamenteux, un traitement combinant TCC et ISRS serait plus efficace que chacun des traitements utilisés séparément (57). L'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP) recommande la TCC comme traitement de première intention dans les troubles anxieux légers à modérés. Dans les cas les plus graves ne répondant pas à cette forme d'intervention, la pharmacothérapie est alors être considérée.

#### 2.2.2.3. *Traitement du refus scolaire anxieux*

- Principes généraux :

Le RSA est sous tendu par des symptômes anxieux, voir un ou plusieurs troubles anxieux caractérisés (28). La TCC est déjà validée par de nombreuses études pour traiter les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent. Certains acteurs de la pédopsychiatrie s'orientent vers l'adaptation des techniques TCC des troubles anxieux pour faire progresser le traitement du RSA.

Les expositions sont déterminées avec l'analyse fonctionnelle. Si l'adolescent présente une anxiété de séparation, des situations d'éloignement des parents seront expérimentées pour que le patient puisse les gérer seul progressivement. Pour diminuer l'anxiété sociale, l'apprentissage des techniques d'affirmation de soi prépare aux interactions avec les pairs. Pour l'anxiété de performance, une préparation aux situations d'évaluation est mise en place avec des jeux de rôle

et des expositions en imagination. Chaque trouble anxieux nécessite des techniques de TCC spécifique afin que l'adolescent ait déjà expérimenté des expositions et soit déjà en réussite en dehors des situations scolaires. Le retour à la scolarité est ensuite préparé comme pour les autres expositions.

Les techniques de relaxation et de respiration sont indiquées pour les adolescents ayant des manifestations anxieuses physiques importantes. Les adolescents s'entraînent à maîtriser ces techniques en dehors des situations anxiogènes. Elles sont ensuite utilisées en situation pour diminuer rapidement les symptômes physiques désagréables d'anxiété.

Les parents font l'objet d'une prise en charge spécifique : la psychoéducation sur le trouble anxieux, son évolution et les principes de la thérapie sont indispensables pour modifier leurs éventuelles représentations négatives des absences scolaires de leur enfant, et pour qu'ils deviennent de véritables co-thérapeutes. Une guidance est nécessaire afin qu'ils puissent encourager leur adolescent à s'engager dans la TCC, à s'exposer aux situations anxiogènes jusqu'au retour en scolarité qui se fera progressivement. La restructuration cognitive peut être utilisée dans le but de modifier les croyances parentales erronées (43).

#### *2.2.2.4. Les données de la littérature internationale*

Les études sur l'efficacité des méthodes de traitement du RSA ont longtemps été limitées à des rapports de séries de cas (43). A notre connaissance, les études sur la prise en charge du RSA portent majoritairement sur la TCC. A ce jour, il existe quelques programmes de TCC spécifique au RSA dont l'efficacité a été évaluée.

Les premiers programmes s'inspirent des manuels de TCC pour troubles anxieux déjà existant et dont l'efficacité a été établie. Ils utilisent les techniques d'exposition graduée, de restructuration cognitive et de résolution de problème. Ils ciblent à la fois les enfants et les adolescents. En 1998 en Australie, Neville J. King et al.(11), ont réalisé une étude contrôlée randomisée évaluant l'efficacité de leur programme inspiré du manuel de TCC de Kendall (Coping Cat). Ce programme comprenait six séances de TCC individuelle de 50 minutes, réparties sur quatre semaines. L'étude incluait deux groupes de 17 patients. Le groupe contrôle était constitué par des adolescents non traités, sur liste d'attente. Les résultats montraient que les adolescents traités présentaient une amélioration significative de leur présence scolaire, définie en pourcentage (volume horaire passé en classe par rapport au volume horaire attendu par l'institution scolaire). Celle-ci passait de 61,47% à 91,53%. Il n'y avait pas d'augmentation significative du temps de présence scolaire dans le groupe contrôle. De plus, on observait une diminution significative de

l'anxiété dans le groupe TCC, mesurée avec des échelles d'auto-évaluation de l'anxiété. Ces résultats étaient encourageants. Cependant, l'étude ne ciblait pas spécifiquement les adolescents. Parmi les 34 patients, seul 16 avaient plus de 11 ans.

En 1998 également, Cynthia G. Last (Professeur de psychologie américaine) et al. (15) ont évalué leur programme inspiré d'un manuel de TCC pour l'agoraphobie de l'adulte (58). Il s'agissait d'une étude contrôlée randomisée incluant 56 patients. Le groupe contrôle recevait une psychothérapie de soutien, afin de contrôler les effets non spécifiques du programme de TCC. Contrairement aux attentes des auteurs, les résultats ne retrouvaient pas de différence significative entre les deux groupes en termes d'évolution de la présence scolaire et du niveau d'anxiété. On constatait une amélioration marquée dans les deux groupes. Dans le groupe TCC, la présence scolaire était passée de 26 % à 67% en moyenne (contre 30% à 60% dans le groupe contrôle). 25% des participants du groupe TCC présentaient toujours un trouble anxieux en post traitement, contre 50% dans le groupe contrôle, mais cette différence n'était pas statistiquement significative.

Ainsi, ces études montraient une tendance à la diminution de l'anxiété et une augmentation de la présence scolaire chez les patients présentant un RSA traités par TCC. Cependant, ces programmes semblaient manquer de spécificité au regard de l'hétérogénéité clinique du RSA et des outils thérapeutiques utilisés.

Dès les années 1990, Christopher A. Kearney (Professeur de psychologie américain) a développé un programme tenant compte de cette hétérogénéité clinique du RSA. Ce programme se basait sur une évaluation fonctionnelle du comportement de refus scolaire, dans lequel il incluait le RSA. Selon l'auteur, le refus scolaire pouvait présenter quatre dimensions fonctionnelles : éviter les émotions négatives suscitées par l'école, éviter les situations sociales anxigènes, rechercher l'attention des parents, rechercher des bénéfices externes à l'école. Kearney proposait un programme de TCC adaptée à chaque dimension fonctionnelle. Les expositions devaient être adaptées selon la dimension fonctionnelle prédominante. L'évaluation fonctionnelle du RSA est réalisée avec une échelle d'hétéro évaluation créée par Kearney, l'Echelle d'Evaluation du Refus Scolaire (*School Refusal Assessment Scale* ou SRAS). En 1999, pour évaluer l'efficacité de ce programme, Kearney et al.(59) ont réalisé une étude contrôlée randomisée chez 8 patients âgé de 6 à 16 ans. L'absentéisme scolaire total n'était pas un critère d'inclusion (les patients qui avaient une présence scolaire complète avec une anxiété sévère et des difficultés à se rendre à l'école le matin pouvaient être admis dans l'étude). Un groupe traité par TCC adaptée à l'évaluation fonctionnelle était comparé à un groupe contrôle traité par TCC standardisé. Les résultats montraient un pourcentage de présence scolaire plus important dans le groupe TCC adaptée (98%, contre 96% dans le groupe contrôle) en post traitement. Les scores des échelles d'évaluation de l'anxiété et de la dépression étaient également plus faibles dans le groupe de TCC adaptée. Ces

résultats suggéraient une efficacité de la TCC, mais la taille de l'échantillon clinique constituait une limite importante de l'étude. De plus, l'étude ne ciblait pas spécifiquement les adolescents.

En 2000, Bernstein et al. (16) ont évalué l'efficacité d'un programme de TCC inspiré de celui de Last, en ajoutant un traitement antidépresseur par imipramine. Il s'agissait d'une étude contrôlée randomisée avec un groupe contrôle recevant le programme de TCC seul et un médicament placebo. Les participants étaient 63 adolescents âgés de 12 et 18 ans présentant un RSA avec des symptômes dépressifs. Les résultats du groupe contrôle apportaient des données sur l'évolution de la présence scolaire, de l'anxiété et de la dépression chez des adolescents présentant un RSA et traités par TCC durant 8 semaines. Le pourcentage de présence scolaire n'augmentait pas significativement après la TCC seule, passant de 17,1% à 27,6%. En revanche, l'anxiété et la dépression diminuaient significativement. Le groupe traité avec médicament voyait sa présence scolaire augmenter significativement, atteignant 70,1%. Le niveau d'anxiété diminuait également, mais sans différence significative avec le groupe placebo. Ainsi, une approche incluant TCC et traitement antidépresseur aurait une plus grande efficacité qu'une TCC seule chez les adolescents présentant un RSA avec symptômes dépressifs.

En 2002 aux Pays-Bas, David Heyne (Professeur de psychologie) a créé un programme de TCC du RSA spécifique aux adolescents (appelé *The @school program*), en ajoutant des modules ciblant les symptômes dépressifs et les conflits familiaux entre les parents et leur adolescent. Le programme se déroule en 10 à 14 séances, une à deux fois par semaine. En 2011, il a réalisé un essai non contrôlé pour évaluer l'efficacité du *@Schoolprogram* (60). Il s'agissait d'un essai où il comparait un seul et même groupe d'adolescent dans le temps, avant et après le traitement. Les résultats ont montré une augmentation de la présence scolaire moyenne, qui passait de 15,25% à 40,5%. Cependant, 45% des adolescents restaient encore totalement déscolarisés (contre 70% avant le programme de TCC). Le niveau d'anxiété était diminué.

Devant ces limites, les autres études ont cherché à améliorer les programmes de TCC en testant différents leviers thérapeutiques, comme des expositions en réalité virtuelle (17) pour préparer les expositions in vivo et améliorer l'adhésion à la prise en charge. Le niveau d'anxiété était alors diminué, mais l'évolution de la présence scolaire n'avait pas été évaluée. Maric et al. (9) ont développé des modules pour favoriser le sentiment d'auto-efficacité des patients. Les résultats concernant la présence scolaire et l'anxiété étaient positifs, mais ne se maintenaient pas à deux mois.

Ainsi, des progrès restent nécessaires dans le traitement du RSA, particulièrement chez les adolescents où les études sont rares, avec des résultats plus limités que chez les enfants. Aucun programme ne s'adresse spécifiquement aux adolescents complètement déscolarisés.

# II. ETUDE

## 1. Introduction

Le RSA est un trouble en augmentation dont le pronostic psychiatrique, social et académique est sévère, en particulier chez l'adolescent (61). Les facteurs de mauvais pronostic sont la sévérité et la durée de l'absentéisme scolaire, l'intensité de l'anxiété et la période de l'adolescence. L'enjeu thérapeutique est donc le retour en scolarité (réintégration scolaire) rapide avec, avec le rétablissement d'un niveau d'anxiété maîtrisable pour le jeune et d'un niveau de fonctionnement global (psychologique, social et académique) satisfaisant.

A notre connaissance, les données scientifiques concernant le traitement du RSA proviennent d'études encore peu nombreuses, évaluant essentiellement des traitements par TCC. Les résultats étaient encourageants, avec une tendance à l'augmentation de la présence scolaire et une diminution de l'anxiété. Cependant, il s'agissait de prises en charge en consultation qui ne ciblaient pas spécifiquement le RSA sévère avec déscolarisation complète et trouble anxieux caractérisé, ni les adolescents. Les rares programmes de TCC spécialement orientés vers les adolescents n'ont pas montré une efficacité significative (16,60). Ainsi, à ce jour, Il n'existe pas de traitement de référence du RSA. Ces études étaient Néerlandaises (8,14,60) et anglophones (15,16,59), nous n'avons retrouvé aucune étude française (61).

Devant ces lacunes, il est apparu nécessaire d'innover dans la prise en charge thérapeutique du RSA de l'adolescent, tout en s'appuyant sur les travaux déjà réalisés. C'est dans ce contexte qu'a été créé le programme de TCC du RSA du service de pédopsychiatrie du CHU de Montpellier. Depuis plus de dix ans, le RSA de l'adolescent constitue un motif fréquent et croissant de consultation au CHU de Montpellier. Jusqu'en 2005, les adolescents présentant un RSA étaient reçus en consultation urgente (dans les trois semaines), et suivis en consultations rapprochées. Le suivi ambulatoire non spécifique paraissait insuffisant aux cliniciens. Le recours à l'hospitalisation à temps complet était souvent nécessaire du fait de l'aggravation de l'état clinique des adolescents avec prolongation de la déscolarisation. De plus, le service d'hospitalisation à temps complet disposait d'une enseignante permettant de remettre en place des heures de classe. La durée moyenne du séjour hospitalier était de plus de six mois. Devant la multiplication des demandes de prise en charge et le peu de lits disponibles en hospitalisation temps complet, un autre dispositif thérapeutique a été réfléchi. Dans un premier temps, une prise en charge non spécifique en HDJ a été proposée, sur les mêmes temps que d'autres adolescents présentant des troubles psychiatriques

divers. L'enseignante spécialisée de l'hôpital de jour a permis de mettre en place des temps scolaires.

Le pédopsychiatre responsable de l'hôpital de jour, Dr Hélène DENIS, de par son expertise en TCC des troubles anxieux de l'adolescent, a permis de développer une prise en charge adaptant les outils de la TCC au RSA. Après deux ans de réorganisation, il est apparu important que ces adolescents bénéficient d'une prise en charge spécifique. En 2005, une unité spécifique du RSA, l'« Unité RSA », est créée au sein de l'hôpital de jour. Elle cible les adolescents âgés de 11 à 16 ans présentant un RSA sévère en ce qui concerne le niveau d'anxiété (présence d'au moins un trouble anxieux caractérisé) et les absences scolaires (déscolarisation complète). Les adolescents y sont accueillis quatre demi-journées par semaine, avec une partie du temps d'activité de l'équipe soignante consacrée exclusivement à leur prise en charge, et des temps d'enseignement sur place. Il s'agit d'une prise en charge thérapeutique intensive s'appuyant sur un programme de TCC original. A notre connaissance, il n'existe pas de dispositif thérapeutique semblable en France, ou décrit dans la littérature internationale. Il m'a donc paru pertinent de décrire l'évolution clinique des adolescents qui ont été traités par ce programme, afin de fournir une première évaluation de l'efficacité de ce programme.

## **2. Objectifs**

Cette étude cherche à connaître l'évolution de la fréquentation scolaire, du niveau d'anxiété et du fonctionnement global des adolescents traités en hospitalisation de jour avec le programme de TCC du RSA du CHU de Montpellier.

Les objectifs principaux de cette étude sont :

- Décrire le nombre d'adolescents ayant repris une scolarité à temps partiel durant l'année scolaire de leur traitement avec le programme de TCC du RSA, et le délai de cette reprise partielle de la scolarité.
- Décrire le nombre d'adolescents ayant repris une scolarité à temps complet à la rentrée scolaire suivant le programme de TCC du RSA.

Les objectifs secondaires sont :

- Décrire et comparer le niveau d'anxiété avant et après le programme de TCC du RSA.
- Décrire et comparer le niveau de fonctionnement global avant et après le programme de TCC du RSA.

## **3. Matériels et méthodes**

### **3.1. Plan de l'étude**

Cette étude observationnelle longitudinale rétrospective monocentrique s'est déroulée en 2018 dans un service universitaire de pédopsychiatrie, le Service de Médecine Psychologique pour Enfants et Adolescents (SMPEA) du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Montpellier. Ce schéma d'étude a été choisi pour sa faisabilité : il ne modifiait pas l'activité clinique du SMPEA, ne nécessitait pas de moyen financier et humain supplémentaire.

### **3.2. Population de l'étude et critères d'éligibilité**

- Population cible :

L'étude ciblait les adolescents âgés de 11 et 16 ans présentant un RSA sévère.

- Critères d'inclusion :

La population étudiée incluait les adolescents traités en HDJ avec le programme de TCC du RSA du CHU de Montpellier entre Septembre 2014 et Septembre 2018.

Le RSA n'étant pas référencé dans une classification internationale, nous avons utilisé les critères cliniques de Berg (12) pour le définir :

- Réticence ou refus fréquent d'aller à l'école,
- Détresse émotionnelle à la perspective de devoir aller à l'école, se traduisant par une crainte excessive, des crises de colère, de la tristesse ou des symptômes physiques inexpliqués,
- Recherche du confort et de la sécurité de la maison, les absences scolaires ne sont pas dissimulées aux parents,
- Absence de comportements antisociaux significatifs,
- Efforts raisonnables des parents pour assurer la présence de l'enfant à l'école.



Des critères supplémentaires étaient requis :

- Etre un adolescent âgé de 11 à 16 ans, inscrit dans un établissement scolaire.
- Absentéisme scolaire complet, défini par plus de 5 jours consécutifs d'absences scolaires non justifiées par une raison autre que le problème émotionnel.
- Présence d'au moins un diagnostic de trouble anxieux selon les critères du DSM-5 : anxiété de séparation, anxiété sociale, trouble panique, agoraphobie, anxiété généralisée.
- Volonté de l'adolescent de retourner à l'école, dans son établissement scolaire d'origine.
- Consentement aux soins écrit et signé par les parents

▪ Critères d'exclusion :

Les critères d'exclusion correspondaient aux critères contre-indiquant une prise en charge avec le programme de TCC du RSA :

- Handicap intellectuel
- Trouble du spectre de l'autisme
- Trouble des conduites
- Trouble des apprentissages causant des difficultés émotionnelles et étant la première cause de déscolarisation
- Absentéisme scolaire complet depuis plus de dix mois, soit une année scolaire.
- Refus de participer

▪ Population source et modalités de recrutement :

Les adolescents ayant participé au programme de TCC du RSA étaient sélectionnés parmi ceux qui avaient consulté le service de pédopsychiatrie du CHU de Montpellier pour absentéisme scolaire et détresse émotionnelle (anxiété, tristesse, plaintes somatiques). La demande de consultation provenait des parents, parfois sur conseil d'un professionnel de santé impliqué dans le suivi médical ou psychologique de l'adolescent (médecin généraliste, pédopsychiatre, psychologue, infirmière scolaire). L'adolescent devait être domicilié dans le secteur géographique n°1 ou 2 du département de l'Hérault (Région Occitanie, France), selon le principe de la sectorisation en pédopsychiatrie.

Les demandes de consultation étaient adressées au pédopsychiatre ou à l'interne de l'Unité RSA, selon leur disponibilité respective. La consultation avait lieu dans les trois semaines suivant la demande. Le pédopsychiatre et l'interne évaluaient la présence des critères cliniques posant l'indication d'une prise en charge en HDJ avec le programme de TCC du RSA.

### **3.3. Traitement étudié : le programme de thérapie cognitive et comportementale du refus scolaire anxieux en hospitalisation de jour du centre hospitalier universitaire de Montpellier**

- Présentation générale de l'Unité RSA :

L'Unité RSA est un HDJ destiné aux adolescents présentant un RSA sévère. Il a pour objectif la reprise de la scolarité selon des modalités identiques à celles précédant l'apparition du RSA (même établissement scolaire et même classe), la diminution de l'anxiété et l'amélioration du fonctionnement global de l'adolescent. L'équipe professionnelle de l'Unité RSA comprend : le pédopsychiatre responsable de l'Unité RSA, un interne en psychiatrie, deux psychologues à mi-temps, quatre infirmiers et une enseignante spécialisée de l'Education Nationale. Un infirmier référent est désigné pour chaque adolescent, il est son interlocuteur privilégié. La prise en charge thérapeutique de chaque adolescent est discutée chaque semaine au cours d'une réunion de l'équipe de l'Unité RSA.

Le programme de TCC débute à la date d'admission de l'adolescent et se termine à la fin de l'année scolaire. Il intègre ensuite une période de suivi de trois mois à partir de la rentrée scolaire suivante. La prise en charge thérapeutique a lieu à l'hôpital de jour du service de pédopsychiatrie du CHU de Montpellier, avec des déplacements dans l'établissement scolaire de l'adolescent. L'Unité RSA peut accueillir dix adolescents, répartis en deux groupes de cinq. La prise en charge de chaque groupe se répartit sur quatre demi-journées par semaine.

- Le programme de TCC du RSA :

Il s'agit d'une prise en charge thérapeutique multifocale et adaptée à chaque adolescent. L'adolescent bénéficie d'une séance hebdomadaire de TCC individuelle, menée par le pédopsychiatre, la psychologue ou l'interne, avec supervision du pédopsychiatre. Chaque séance dure trente à quarante-cinq minutes.

Les trois premières séances permettent la construction de l'analyse fonctionnelle du RSA de l'adolescent. Une séance est réalisée avec l'infirmier référent pour compléter des questionnaires standardisés d'évaluation de l'anxiété.

Les séances suivantes permettent l'apprentissage des techniques de TCC des troubles anxieux, qui sont adaptées à la situation de RSA :

- Les techniques cognitives de restructuration et de résolution de problème,
- Les techniques comportementales d'exposition progressive aux situations anxiogènes avec ou sans relaxation, en imagination ou in vivo,
- Les techniques corporelles de relaxation musculaire (technique de Jacobson) et respiratoire (respiration abdominale).

Cette partie de la TCC individuelle a pour support un manuel rédigé par le pédopsychiatre, composé de 12 séances. Il se compose d'une partie guidant le thérapeute et d'un livret à l'usage de l'adolescent.

La dernière partie de la TCC individuelle est consacrée à la consolidation des acquis, jusqu'à la fin de la prise en charge sur l'Unité RSA.

Les adolescents ont également deux séances hebdomadaires de TCC en groupe, menées par deux infirmiers. Ces séances sont consacrées à l'apprentissage des techniques corporelles de relaxation, des techniques d'affirmation de soi, de résolution de problème, et au travail de l'estime de soi. Des situations spécifiques à la reprise de la scolarité sont mises en scène en jeux de rôle : répondre aux questions des autres élèves après une longue absence, demander à un élève ses cours, proposer de faire un exposé ensemble, demander à un professeur à pouvoir sortir de la classe en cas d'anxiété.

Enfin, les adolescents suivent huit heures hebdomadaires d'enseignement des matières scolaires principales (Mathématiques, Français, Histoire et Géographie, trois matières évaluées au Brevet des Collèges), réalisées par l'enseignante. Cet enseignement se déroule dans une salle aménagée en salle de classe attenante à l'hôpital de jour.

La date de début des expositions à l'école est choisie en collaboration avec l'adolescent. Les expositions sont réalisées durant le temps d'hospitalisation de jour. L'infirmier référent accompagne l'adolescent jusqu'à son école. Son rôle est de renforcer positivement l'adolescent, de l'aider à appliquer des techniques de relaxation et à s'auto-observer en évaluant quantitativement son niveau d'anxiété.

Les principaux paliers d'exposition proposés par le programme sont :

- Passer devant l'école en voiture, puis à pied ;
- S'arrêter devant l'école en voiture, puis à pied ;
- Entrer dans l'école pendant que les élèves sont en classe ;

- Rencontrer un membre de l'équipe pédagogique, souvent le Conseiller principal d'Education (CPE), l'infirmier scolaire ou le professeur principal dans son bureau ;
- Rencontrer ses pairs dans la cour de l'école pendant la récréation.

Une fois ces paliers franchis sans anxiété majeure, la prochaine étape est le premier retour en scolarité et la reprise progressive de la scolarité à temps partiel. Une rencontre est organisée entre l'équipe de l'Unité RSA, l'équipe de l'établissement scolaire, les parents et l'adolescent. Elle permet de définir un plan d'accueil personnalisé pour l'adolescent, d'élaborer une conduite à tenir en cas d'anxiété sévère lorsque l'adolescent est en classe, de lister les éventuels aménagements scolaires nécessaires (suspension des interrogations orales, place dans la classe attribuée, suspension des évaluations notées). Ces aménagements provisoires avaient pour objectif de mettre l'adolescent en situation de réussite afin de renforcer positivement le comportement de retour en scolarité. L'adolescent choisit lui-même la matière scolaire qu'il souhaite reprendre en premier. Les trois premières fois, l'adolescent est accompagné par son infirmier référent durant le trajet entre son domicile et l'établissement scolaire, et effectue deux heures de cours par semaine. Durant le temps de classe, l'infirmier référent reste présent dans l'établissement scolaire. Puis, l'adolescent se rend seul à l'école et la présence en classe est augmentée progressivement jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours. Avant les grandes vacances scolaires, l'adolescent complète à nouveau les mêmes questionnaires d'évaluation de l'anxiété qu'au début de sa prise en charge.

Pendant les grandes vacances scolaires d'été, les adolescents ont une consultation mensuelle. La semaine précédant la rentrée scolaire, tous les adolescents reviennent à l'Unité RSA quatre demi-journées pour des séances de consolidation des acquis, avec rappel de psychoéducation de l'anxiété et des techniques de TCC.

La reprise de la scolarité à temps complet doit se faire à la rentrée de la nouvelle année scolaire, où le suivi se poursuit en consultation seule. Le rythme des consultations est hebdomadaire durant le premier mois, puis les consultations s'espacent progressivement. Si l'adolescent ne reprend pas sa scolarité à temps complet, la prise en charge se poursuit également en consultation, car un adolescent ayant déjà participé au programme de TCC du RSA n'est pas admis à le refaire une deuxième fois. Une autre proposition thérapeutique doit être envisagée, adaptée à la situation particulière de l'adolescent.

- Place des parents :

Une fois par mois, les parents sont reçus en entretien individuel par le pédopsychiatre. Ces entretiens ont pour objectif une guidance parentale, c'est-à-dire d'apporter des conseils aux parents pour :

- Encourager leur enfant à s'engager dans le programme, en utilisant le renforcement positif,
- Identifier et limiter les bénéfices secondaires de leur enfant à rester au domicile
- Gérer les possibles comportements d'opposition de leur enfant au domicile.

Les parents sont en lien téléphonique régulier avec l'infirmier référent de leur enfant.

Ces entretiens permettent aussi de poursuivre la psychoéducation du RSA et des troubles anxieux de leur enfant.

Les parents sont également reçus en groupe une fois tous les trois mois par le pédopsychiatre et les infirmiers. Ces rencontres permettent de poursuivre la guidance parentale, la psychoéducation, et constituent un espace d'échange entre les parents.

### **3.4. Données recueillies**

#### *3.4.1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants de l'étude*

L'échantillon clinique a été décrit selon :

- Le sexe
- L'âge, regroupé en trois catégories : 11-12 ans (première moitié du collège), 13-14 ans (seconde moitié du collège) et 15-16 ans (lycée).
- La situation familiale : parents en couple (vivant dans le même foyer), parents séparés (foyers séparés, prenant en charge tous les deux l'enfant), parent isolé (prenant en charge seul l'enfant, suite à un veuvage, une non reconnaissance de l'enfant par l'autre parent ou une séparation)
- La durée de déscolarisation, définie par le nombre de semaines entre la date de la première absence scolaire due au RSA et la date de début de prise en charge dans l'Unité RSA. Les semaines de vacances scolaires n'étaient pas prises en compte.
- La durée de déscolarisation complète, définie par le nombre de semaines consécutives ou l'adolescent ne se rendait plus du tout à l'école au cours de la durée de déscolarisation. Les semaines de vacances scolaires n'étaient pas prises en compte.

- La prescription d'un traitement psychotrope anxiolytique ou antidépresseur durant le programme de TCC du RSA, regroupé en quatre catégories : absence de traitement, traitement anxiolytique, traitement antidépresseur, traitement anxiolytique et antidépresseur.

### ***3.4.2. Données principales***

- La reprise de la scolarité à temps partiel :

La reprise de la scolarité à temps partiel était définie par une présence scolaire supérieure ou égale à deux heures par semaine à partir de la première reprise de la scolarité. Elle devait débiter durant l'année scolaire en cours, c'est-à-dire l'année scolaire pendant laquelle l'adolescent avait débuté le programme de TCC du RSA. Elle devait se maintenir jusqu'au grandes vacances scolaires.

Le temps de présence scolaire était rapporté par les parents de l'adolescent à son infirmier référent, par téléphone une fois par semaine. En cas d'absence non justifiée, il était convenu que les parents préviennent l'infirmier référent par téléphone et qu'un des membres de l'équipe scolaire prévienne le pédopsychiatre par téléphone ou par message électronique le plus rapidement possible. Ces absences injustifiées étaient consignées dans le dossier médical papier ou dans le dossier médical numérique de l'adolescent.

Le délai de reprise de la scolarité à temps partiel était défini par le nombre de semaines entre la date de début de prise en charge dans l'Unité RSA et la date du premier retour en classe pour au moins deux heures. Les semaines de vacances scolaires ne sont pas prises en compte.

- La reprise de la scolarité à temps complet :

La reprise de la scolarité à temps complet était définie par une fréquentation scolaire compatible avec celle qui est attendue par l'institution scolaire. Trois demi-journées d'absences scolaires non justifiées par mois étaient tolérées. La reprise de la scolarité à temps complet devait être effective dès la rentrée scolaire suivant la participation au programme de TCC du RSA. Elle devait se maintenir durant le premier trimestre scolaire, compris entre la première semaine de septembre et la dernière semaine de novembre de la même année (soit onze semaines de scolarité). Cette période correspondait à la durée de suivi des adolescents après participation au programme. Les absences scolaires étaient rapportées par les parents au pédopsychiatre à chaque consultation

de suivi durant le premier trimestre scolaire. Le pédopsychiatre contactait par téléphone ou message électronique l'infirmier scolaire ou le CPE au moins une fois dans le trimestre pour confirmer le temps de présence scolaire de l'adolescent. Les absences scolaires non justifiées étaient consignées dans le dossier médical papier et numérique de l'adolescent.

### 3.4.3. *Données secondaires*

- L'évolution du niveau d'anxiété :

Le niveau d'anxiété était défini par les scores obtenus aux quatre échelles d'évaluation de l'anxiété utilisées au cours du programme TCC du RSA. Ce sont des questionnaires écrits d'auto évaluation (complétés par l'adolescent lui-même). Les scores sont calculés en additionnant les notes obtenues aux différents items. Le score-seuil indique la valeur numérique au-delà de laquelle le niveau d'anxiété est considéré comme sévère. Il correspond au score moyen obtenu en population générale, auquel on ajoute un écart type.

Ces échelles sont valides et fiables. Elles sont disponibles en version francophone. Les versions françaises ont été évaluées comme ayant les mêmes qualités psychométriques que les versions originales. Elles sont consultables en annexe de cette thèse ( Annexes A à D ).

Les quatre échelles utilisées étaient les suivantes :

- L'Échelle d'Anxiété Multidimensionnelle pour Enfants Révisée, adaptation francophone (62) de la *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC) (63) comporte 39 items évaluant les symptômes physiques d'anxiété, les comportements d'évitement des dangers, l'anxiété de séparation et l'anxiété sociale. Le score est compris entre 0 et 117. Le score seuil est 59,6.
- L'Échelle d'Anxiété Manifeste pour Enfants Révisée, adaptation francophone (64) de la *Revised-Children's Manifest Anxiety Scale* (R-CMAS) (65) comporte 28 items évaluant l'anxiété-trait, c'est-à-dire la dimension stable de l'anxiété, en lien avec la personnalité du sujet. Le score est compris en 0 et 28. Le score seuil est 15.
- L'Échelle des Peurs pour Enfants Révisée, adaptation francophone (66) de la *Revised Fear Survey Schedule for Children* (FSSC-R)(67) comporte 80 items évaluant les peurs spécifiques, avec 11 items se référant à des situations scolaires. Pour la version francophone, les scores supérieurs à 146, chez les filles, et 125, chez les garçons, sont considérés comme un indice de peur élevée.

- L'Echelle Comportementale d'Anxiété et de Phobie (ECAP) est une échelle française (68). Elle évalue les peurs dans les différents domaines de la vie quotidienne (social, familial, scolaire, image de soi). Elle est composée de deux échelles : une échelle de 76 items évaluant l'anxiété dans différentes situations (ECAP peur), et une autre échelle de 21 items évaluant la présence de comportements d'évitement dans ces situations (ECAP évitement). Le score de l'ECAP peur est compris entre 76 et 228. Le score seuil est 124. Le score de l'ECAP évitement est compris entre 21 et 63. Le score seuil est 32.

Les quatre échelles étaient complétées avant et après la participation au programme de TCC du RSA. Elles étaient appelées respectivement « échelle pré traitement » et « échelle post traitement ». Les échelles pré traitement étaient complétées durant la première semaine suivant le début du programme. Les échelles post traitement étaient complétées dans les deux semaines suivant la fin du programme, soit durant les deux premières semaines des grandes vacances scolaires. Chaque adolescent complétait les échelles dans un bureau de l'Unité RSA, en présence de son infirmier référent. L'infirmier référent n'intervenait que sur demande de l'adolescent pour préciser le sens d'un item incompris.

- L'évolution du niveau de fonctionnement global :

Le niveau de fonctionnement global était défini par les scores obtenus aux deux échelles d'évaluation du fonctionnement global utilisées au cours du programme de TCC du RSA. Il s'agissait d'une hétéro-évaluation : les questionnaires étaient complétés par un évaluateur (professionnel de santé ou parents). Ces échelles sont valides et fiables. Elles sont consultables en annexe de cette thèse (Annexes E et F).

Les deux échelles utilisées étaient les suivantes :

- L'Echelle d'Impression Clinique Globale d'Amélioration, adaptation francophone de la *Clinical Global Impression of Improvement (CGI-I)* (69). Le professionnel de santé évalue, d'après son expérience clinique, l'amélioration du trouble du sujet après traitement. Le score est compris entre les paliers 1 (fortement amélioré) à 7 (fortement dégradé). Le palier 4 correspond à un état clinique inchangé. Nous avons regroupé les scores en deux catégories : amélioration (palier 1-2) et aggravation ou stagnation (palier 3 à 7).



La CGI-I était complétée par l'équipe de l'Unité RSA, lors de la dernière semaine de l'année scolaire en cours.

- L'Echelle d'évaluation globale pour enfants ou *Clinical Global Assessment Scale* (C-GAS) (70). Les parents évaluaient l'état émotionnel et le fonctionnement global de leur enfant. Le score est compris entre les paliers 1 (niveau de fonctionnement minimal) à 10 (niveau de fonctionnement maximal). Un score supérieur ou égal à 7 indique un bon niveau de fonctionnement. Un score inférieur ou égal à 4 indique une altération majeure du niveau de fonctionnement. Nous avons regroupé les paliers en trois catégories de niveau de fonctionnement : bon (paliers 7 à 10), moyen (palier 5 et 6) et faible (paliers 1 à 4).

La C-GAS était complétée avant (échelle pré traitement) et après (échelle post traitement) la participation au programme de TCC du RSA. L'échelle pré traitement était complétée par les parents durant la première consultation avec le pédopsychiatre suivant le début du programme. L'échelle post traitement était complétée durant la dernière consultation suivant la fin du programme, soit durant les deux premières semaines des grandes vacances scolaires.

### **3.5.Méthode de recueil des données**

Le recueil des données a été réalisé à partir des dossiers médicaux papier et numérique des participants de l'étude. Le dossier médical papier était constitué pour chaque adolescent admis dans l'Unité RSA, et conservé dans une pièce d'archivage des dossiers située dans le service de pédopsychiatrie. Le dossier numérique était accessible sur le logiciel médical utilisé par le CHU de Montpellier (DxCare®). Il était constitué d'un dossier médical et d'un dossier infirmier numérique.

Les données descriptives sociodémographiques et médicales ont été recueillies dans le dossier médical numérique, à partir du compte rendu d'hospitalisation rédigé par le pédopsychiatre ou l'interne. Les absences scolaires injustifiées durant la reprise de la scolarité à temps partiel ont été recueillies dans le dossier infirmier numérique, à partir des transmissions infirmières. Les absences scolaires injustifiées durant la reprise de la scolarité à temps complet ont été recueillies dans le dossier médical papier, à partir des compte-rendu manuscrits des consultations de suivi rédigés par le pédopsychiatre. Les scores des échelles d'évaluation ont été recueillis dans le dossier médical papier, à partir des exemplaires originaux.

### **3.6. Consentement des participants de l'étude**

Le consentement écrit des parents et de leur adolescent pour l'utilisation anonyme des données du dossier médical a été recherché.

Le Comité de Protection des Personnes a donné un avis consultatif favorable, attestant que cette recherche présentait toutes les garanties d'un point de vue éthique.

### **3.7. Analyse statistique**

Une analyse descriptive détaillée de la population étudiée a été faite avant toute autre analyse. Les variables qualitatives sont présentées sous forme de proportion. Les variables quantitatives sont présentées sous forme de moyenne, écart-type, médiane, et des 25<sup>e</sup> et 75<sup>e</sup> percentiles, minimum et maximum. L'analyse statistique a été réalisée en per protocole à partir du logiciel SAS, version 7.1 (SAS Institute, Cary, NC). La différence des scores, avant et après traitement, a été calculée pour chaque outil et comparée à l'aide des tests de Student apparié (distribution gaussienne) ou des rangs signés de Wilcoxon (distribution non gaussienne). Un seuil alpha de 0,05 a été utilisé.

## **4. Résultats**

### **4.1. Ecart au traitement et données manquantes**

Au total, 38 adolescents ont été admis dans l'Unité RSA du CHU de Montpellier entre Septembre 2014 et Septembre 2018. Un adolescent a été perdu de vue au cours du suivi, à la rentrée scolaire suivant le début de sa prise en charge dans l'Unité RSA. Une adolescente a été retirée de l'Unité RSA au cours de sa prise en charge, en raison d'une non réponse aux critères d'inclusion. Le refus scolaire était dans le cadre d'un trouble oppositionnel avec provocation, et non d'un trouble anxieux. Les données ont donc été recueillies à partir des dossiers médicaux des 36 adolescents ayant suivi complètement le traitement (échantillon per protocole).

La reprise de la scolarité à temps partiel a été évaluée chez les 36 adolescents. La reprise de la scolarité à temps complet a été évaluée chez 27 adolescents, puisque les données des 9 participants de l'année scolaire 2017- 2018 ne seront disponibles qu'en Décembre 2018.

Certaines données secondaires étaient indisponibles dans les dossiers médicaux. Les scores des échelles R-CMAS, MASC, FSSC-R, CGI-I et C-GAS ont été recueillis pour 35 adolescents. Les scores de l'échelle ECAP ont été recueillis pour 31 adolescents.

## 4.2. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Les 36 adolescents étaient âgés de 10 à 15 ans. L'âge moyen était de 12,8 ans avec un écart type de 1,53 ans. Le **tableau 1** montre la répartition des effectifs selon le sexe, la tranche d'âge et la situation familiale.

**Tableau 1** *Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon clinique*

Caractéristiques	Effectifs (n = 36)	Pourcentages (%)
<b>Sexe</b>		
Fille	23	63,89
Garçon	13	36,11
<b>Catégorie d'âge (années)</b>		
10-12	15	41,67
13-14	15	41,67
15-16	6	16,67
<b>Situation familiale</b>		
Parents en couple	22	61,11
Parents séparés	12	33,33
Parent isolé	2	5,56

La durée de la déscolarisation variait de 3 à 28 semaines, avec une moyenne de 9,67 semaines et un écart type de 5,93 semaines.

La durée de la déscolarisation complète variait de 1 à 24 semaines, avec une moyenne de 4,89 semaines et un écart type de 4,27 semaines.

Le **Tableau 2** montre la répartition de chaque diagnostic dans l'échantillon clinique.

**Tableau 2 Répartition des diagnostics dans l'échantillon clinique**

Diagnostic <sup>a</sup>	Effectifs	Pourcentages (%)
<b>Trouble anxieux :</b>		
Anxiété sociale	23	63,89
Anxiété de séparation	8	22,22
Trouble panique	8	22,22
Agoraphobie	2	5,56
Anxiété généralisée	3	8,33
Phobie spécifique	1	2,78
Troubles anxieux associés	36	100
<b>Autres troubles :</b>		
Trouble à symptomatologie somatique	3	8,33
Trouble obsessionnel compulsif	1	2,78
Déficit de l'attention/hyperactivité	1	2,78
Trouble oppositionnel avec provocation	3	8,33
Trouble spécifique des apprentissages	1	2,78
Encoprésie	1	2,78

<sup>a</sup> Selon les critères du DSM-5

Durant la prise en charge par le programme de TCC du RSA, 3 adolescents (8%) ont reçu un traitement antidépresseur, 4 (11%) ont reçu un traitement anxiolytique, et 2 (6%) ont reçu les deux. 27 adolescents (75%) n'ont reçu aucun traitement médicamenteux.

### 4.3. Résultats principaux

33 adolescents sur 36, soit 91,7 %, ont repris une scolarité à temps partiel durant l'année scolaire de leur traitement avec le programme de TCC du RSA.

Le délai de reprise de la scolarité à temps partiel variait de 3 à 28 semaines, avec une durée moyenne de 15 semaines et un écart type de 6 semaines.

22 adolescents sur 27, soit 81,5 %, ont repris une scolarité à temps complet à la rentrée scolaire suivant le programme de TCC du RSA.

#### 4.4. Résultats secondaires

- Evolution du niveau d'anxiété :

Le **Tableau 3** montre l'évolution des scores des échelles d'auto-évaluation de l'anxiété avant et après le traitement.

**Tableau 3.** Evolution du niveau d'anxiété avant et après traitement. Les moyennes (Moy) et les écarts type (ET) sont présentés

Mesures	n	Pré traitement		Post traitement		p-value
		Moy	ET	Moy	ET	
<b>MASC</b>	35	<b>66,9</b>	19,5	50,9	21,7	0,001 <sup>1</sup>
<b>R-CMAS</b>	35	<b>20,7</b>	6,3	<b>16,1</b>	6,3	0,001 <sup>1</sup>
<b>FSSC-R</b>	35	<b>147,2</b>	29,8	124,9	30,8	0,001 <sup>1</sup>
<b>ECAP peur</b>	31	<b>130,8</b>	32,4	101,1	28,2	0,001 <sup>1</sup>
<b>ECAP</b>	31	<b>36,1</b>	7,7	31,7	10,9	0,001 <sup>1</sup>

**évitement**

*Note : MASC = Echelle d'anxiété multidimensionnelle pour enfants ; RCMAS = Echelle révisée d'anxiété manifeste pour enfants ; FSSC-R = Echelle des peurs pour enfants révisée ; ECAP = Echelle comportementale d'anxiété et phobie.*

*Les scores supérieurs aux seuils pathologiques sont marqués en gras.*

<sup>1</sup> = test des rangs signés de Wilcoxon

n = effectifs

- Evolution du niveau de fonctionnement global :

Parmi les 35 adolescents, 6 (17.14%) présentaient un score pré traitement à la C-GAS de niveau faible, 20 (57.14%) de niveau moyen, et 9 (25.71%) de bon niveau. Après le traitement, les 35 adolescents (100%) présentaient un score à la C-GAS de bon niveau.

Parmi les 35 adolescents, 28 (80%) présentaient un score à la CGI-I compris dans la catégorie « Amélioration », et 7 (20%) présentaient un score dans la catégorie « Stagnation ou aggravation ».

## 5. Discussion

### 5.1. Interprétation des résultats

Notre étude a permis d'observer que les adolescents traités avec le programme de TCC du RSA en HDJ au CHU de Montpellier présentaient une augmentation de leur fréquentation scolaire, en reprenant leur scolarité d'abord à temps partiel durant l'année scolaire en cours, puis à temps complet à la rentrée scolaire suivante. Une diminution significative de leur niveau d'anxiété et une amélioration de leur fonctionnement global étaient également observées.

#### 5.1.1. *Caractéristiques sociodémographiques et cliniques*

L'échantillon clinique comportait une majorité de filles. Les données de la littérature ont montré que le RSA touche autant les filles et les garçons. Cependant, au point de vue clinique, certains auteurs s'accordent à dire que les filles sont touchées plus tardivement que les garçons (37).

Les adolescents de notre étude étaient en majorité des collégiens, probablement du fait que les services de pédopsychiatrie prennent en charge les adolescents jusqu'à l'âge de 16 ans, et non 18 ans. De plus, les lycéens présentent plus fréquemment que les collégiens des formes chroniques de RSA, avec des facteurs de maintien familiaux parfois installés depuis plusieurs années qui peuvent limiter la demande de soins.

Une majorité des adolescents vivaient chez le couple parental. Des résultats similaires ont été retrouvés dans une étude antérieure portant sur les caractéristiques des adolescents présentant un RSA (24). Le statut du couple parental ne constitue pas un facteur de risque de RSA dans la littérature scientifique. Cependant, certains auteurs s'accordent à dire qu'une séparation parentale en cours peut constituer un facteur précipitant (7).

Au plan diagnostique, le trouble anxieux le plus représenté était l'anxiété sociale. Il s'agit du trouble anxieux le plus classiquement retrouvé chez les adolescents (19,71), congruentes avec les peurs développementales, qui se centrent sur le regard des pairs.

Un quart des adolescents ont reçu un traitement médicamenteux durant leur prise en charge, en raison d'une anxiété sévère, entravant le travail en TCC. Les médicaments de la classe des antidépresseurs étaient délivrés dans leur indication de traitement de fond des troubles anxieux sévères, reconnus uniquement chez l'adulte. Ils s'agissaient donc de prescriptions hors Autorisation de Mise sur le Marché (hors AMM).

### *5.1.2. Reprise de la scolarité*

Les résultats de cette étude confirment l'augmentation de la fréquentation scolaire chez les adolescents traités en hospitalisation de jour avec le programme de TCC du RSA. Ce résultat nous semble prometteur, au vu de la forme sévère de RSA présentée par ces adolescents. En effet, tous les adolescents présentaient au moins deux troubles anxieux, avec parfois un troisième trouble comorbide. Ils étaient complètement déscolarisés depuis cinq semaines en moyenne, ce qui représentait une durée conséquente au regard des cours manqués et du travail scolaire à rattraper. Cette durée moyenne doublait (dix semaines) lorsque nous prenions en compte la durée de déscolarisation partielle, qui précédait souvent la déscolarisation totale.

La reprise de la scolarité à temps partiel a été réussie par une grande majorité des adolescents, il s'agit d'un préalable indispensable à la reprise de la scolarité à temps complet, selon le principe de l'exposition graduée. Le premier retour en scolarité représente un cap difficile à l'origine d'une anticipation anxieuse importante, et doit donc être préparé avec soin. Ceci explique le délai de reprise de la scolarité, qui peut sembler relativement long. Ce délai nous semble nécessaire, et doit être relativisé en rappelant que le RSA se chronicise très rapidement. Ainsi, un traitement de 3 mois en moyenne nous semble acceptable s'il permet d'éviter une déscolarisation qui perdure parfois plusieurs années.

Nous pensons que cette réussite pourrait être attribuée à la prise en charge intensive et multifocale dont avaient bénéficié en amont les adolescents sur l'Unité RSA. Le programme de TCC offrait un support commun à l'équipe soignante, permettant de structurer la prise en charge. Les mêmes outils thérapeutiques étaient utilisés en consultation avec le pédopsychiatre, le psychologue, dans la classe de l'Unité RSA avec l'enseignante, ou à l'école durant les expositions avec les infirmiers. La dynamique du groupe d'adolescents nous paraît également un des facteurs essentiels permettant la réussite de ce programme. Les adolescents se reconnaissent dans leurs difficultés, se soutiennent, s'entraînent à l'occasion de jeux de rôles avant le retour à l'école, et créent des liens d'amitié particulièrement importants durant cette période du développement. Les séances de groupe permettent aux adolescents de partager leurs expériences et de s'apporter un soutien mutuel au cours de leur TCC. Des temps informels en groupe (repas pris en commun) permettaient aux jeunes de nouer des liens, de se reconnaître comme faisant partie d'une même problématique et de se soutenir dans les différentes étapes.

La reprise de la scolarité à temps complet était la 2<sup>ème</sup> étape clé. La coupure imposée par deux mois de vacances scolaires impliquait le risque de perdre le bénéfice des expositions réalisées

durant l'année scolaire précédente. Malgré ces difficultés, une majorité des adolescents a pu passer ce cap et reprendre une scolarité à temps complet directement. Nous pensons que le fait d'avoir vécu de façon positive la reprise de la scolarité à temps partiel a permis d'atténuer l'anticipation anxieuse de la reprise de la scolarité à temps complet. De plus, la prise en charge intensive la semaine précédant la rentrée scolaire permettait un rappel des stratégies adaptatives apprises et un renforcement du sentiment de maîtrise de l'anxiété. Elle permet également de retrouver le groupe, et de se rappeler qu'ils ne sont pas les seuls à appréhender la rentrée, ce qui préserve leur estime personnelle. L'intérêt de ces séances de TCC intensives avant la rentrée scolaire ont déjà été souligné dans une étude antérieure (15) . Enfin, débiter une nouvelle année scolaire en faisant sa rentrée à temps complet comme tout le monde est source de fierté et de satisfaction pour ces adolescents.

On relevait une bonne adhésion des adolescents à la prise en charge thérapeutique. Seul un adolescent a été perdu de vue en quatre ans. L'implication quotidienne de l'équipe soignante, les liens étroits créés avec les familles et la coordination avec les partenaires de l'éducation nationale pourraient expliquer la régularité du suivi des adolescents. Le renforcement positif accompagnait chaque étape de la réintégration scolaire et l'assiduité aux soins programmés en hospitalisation de jour. L'alliance thérapeutique constituait une priorité.

Une adolescente a été exclue du programme en raison d'une erreur diagnostique. Il s'agissait d'un refus scolaire dans le cadre d'un trouble oppositionnel avec provocation. Le retour en scolarité à temps complet s'est effectué au bout d'une semaine de prise en charge sur l'Unité RSA. Le suivi s'est poursuivi en consultation, centrée sur la guidance parentale pour gérer les contingences de renforcement du refus scolaire. Le diagnostic de RSA est complexe, d'autant que notre expérience clinique nous montre que les adolescents n'expriment pas toujours leur anxiété. Un équilibre doit être recherché entre l'urgence du traitement et le temps nécessaire à l'évaluation diagnostique. L'utilisation d'une échelle spécialisée du RSA serait intéressante, mais il n'en existe pas de disponible en français à ce jour à notre connaissance.

Les adolescents sont tous passés en classe supérieure, ce qui nous fait penser que la prise en charge scolaire de l'Unité RSA est un point central de la prise en charge. Elle permet la poursuite des apprentissages scolaires malgré la déscolarisation totale, et l'exposition aux situations d'apprentissage et de performance (évaluations orales et écrites notées, faire ses devoirs). Il s'agit d'un environnement moins anxiogène que l'école, du fait du petit nombre d'élève dans la classe et de l'adaptation de l'enseignement au niveau d'anxiété de l'adolescent, par exemple en faisant des évaluations écrites non notées dans un premier temps. Le lien établi



avec les écoles sont satisfaisants et permettent une confiance mutuelle facilitant les prises de décision quant à l'orientation scolaire suite au RSA.

3 adolescents sur 36 n'ont pas repris une scolarité à temps partiel durant l'année scolaire en cours. Nous remarquons qu'il s'agit d'adolescents dont la prise en charge a débuté tardivement, au 3<sup>ème</sup> trimestre scolaire, entre Mai et Juin. Parmi eux, un adolescent a repris une scolarité à temps partiel à la rentrée scolaire suivante, puis à temps complet avant la fin du premier trimestre scolaire. La 2<sup>ème</sup> adolescente avait subi un harcèlement scolaire et présentait une anxiété sociale sévère. Elle n'a pas pu retourner en 3<sup>ème</sup> dans son collège, et s'est orientée vers une formation professionnelle pour l'année suivante, ce qu'elle a réussi, en alternant stage et cours par correspondance. Le 3<sup>ème</sup> adolescent a été pris en charge durant l'année scolaire 2017-2018, nous n'avons donc pas de données concernant la reprise de la scolarité de Septembre 2018 à ce jour.

Parmi les adolescents ayant repris une scolarité à temps partiel, deux adolescentes n'ont pas repris une scolarité à temps complet à la rentrée scolaire suivante. Une adolescente était arrivée tardivement (fin du mois de Mars). Elle est passée par une scolarité partielle avant de passer à temps complet avant la fin du premier trimestre scolaire. L'autre adolescente présentait une anxiété de séparation sévère dans un contexte de pathologie somatique grave de la mère. Elle a débuté une scolarité par correspondance via le Centre National d'Education à Distance (CNED).

Au total, d'un point de vue clinique, seul deux adolescentes n'ont pas repris une scolarité à temps complet malgré le programme de TCC du RSA. Un temps de prise en charge trop court pourrait expliquer l'échec de réintégration de ces adolescents dans les délais attendus. Ces résultats posent donc la question d'une adaptation de la prise en charge pour les adolescents admis dans l'Unité RSA au 3<sup>ème</sup> trimestre scolaire. Cette prise en charge pourrait par exemple se prolonger jusqu'au premier trimestre scolaire de l'année suivante, et se donner pour objectif une reprise de la scolarité à temps complet plus tardive au 2<sup>ème</sup> trimestre scolaire. La difficulté principale réside dans le fait que les établissements scolaires sont fermés durant les grandes vacances, empêchant de réaliser des expositions. De plus, ces adolescents pris en charge tardivement représentent une minorité, les séances de groupe devraient donc être adaptées en séances individuelles si l'adolescent était le seul à être pris en charge durant l'été, ce qui les priveraient des jeux de rôle et de l'accompagnement du groupe. Une autre possibilité serait de poser une date limite d'admission dans l'Unité RSA durant l'année scolaire. Au plan éthique, cela reste discutable, privant l'adolescent d'une partie des moyens thérapeutiques dont dispose le service de pédopsychiatrie.

### ***5.1.3. Evolution du niveau d'anxiété***

Les scores pré traitement étaient tous au-dessus du seuil pathologique, ce qui est congruent avec le diagnostic de trouble anxieux de ces adolescents. La prise en charge dans l'Unité RSA s'accompagnait d'une diminution significative du niveau d'anxiété rapportée par les adolescents. Notre hypothèse est que le programme de TCC permet la diminution du niveau d'anxiété. Cette hypothèse est soutenue par les données de la littérature scientifique établissant l'efficacité de la TCC dans le traitement des troubles anxieux (45).

Pour comprendre comment la TCC permet la diminution de l'anxiété dans le RSA, certains auteurs (9) se sont intéressés au rôle du sentiment d'efficacité personnelle, désignant les croyances d'une personne sur sa capacité à être en réussite dans une situation donnée. Les adolescents présentant un RSA rapportaient un faible sentiment d'efficacité personnelle dans les situations scolaires. La TCC permettrait, par l'apprentissage et l'expérimentation de stratégies adaptatives, de le restaurer, et ainsi de diminuer l'anxiété en lien avec les situations scolaires.

Nous avons observé que le premier retour en classe était particulièrement anxiogène pour les adolescents, qui se demandaient comment répondre aux questions des autres élèves sur leur absence prolongée. Nous pensons que les séances en groupe de jeux de rôle et d'affirmation de soi ont été particulièrement importantes pour diminuer l'anxiété générée par la première reprise de la scolarité.

Seul le score de la R-CMAS restait juste au-dessus du seuil pathologique en post traitement, malgré une diminution significative. Il s'agit d'une échelle évaluant l'anxiété-trait, c'est-à-dire l'anxiété en tant que trait de personnalité. Cela pourrait expliquer l'écart avec les autres échelles, qui évaluent l'anxiété-état, c'est-à-dire un état anxieux passager en rapport avec une situation particulière.

### ***5.1.4. Evolution du niveau de fonctionnement global***

Du point de vue des parents, les adolescents ont tous retrouvé un bon niveau de fonctionnement global. Ce résultat nous semble très satisfaisant. Les parents peuvent être attentifs au fonctionnement de leur enfant au quotidien, la prise en compte de leur évaluation nous semble particulièrement pertinente d'un point de vue clinique.

Du point de vue des cliniciens, 80% des adolescents présentaient une amélioration de leur fonctionnement global après la prise en charge. Parmi les sept adolescents qui n'ont pas présenté d'amélioration, six étaient en stagnation. Parmi eux, trois étaient arrivés au 3<sup>ème</sup> trimestre scolaire

et n'avaient pas repris une scolarité à temps complet par la suite, ce qui renvoie au problème de prise en charge de ces adolescents admis dans l'Unité RSA tardivement dans l'année scolaire. Les trois autres présentaient une anxiété importante au moment de l'évaluation. Ceci pourrait être en lien avec la reprise de la scolarité à temps partiel, qui, chez certains adolescents pourrait augmenter leur anxiété de façon transitoire. Au moment de la rentrée scolaire, ils ont pu réintégrer complètement, et leur anxiété avait diminué. Un seul adolescent présentait une augmentation de son anxiété, en contexte de rupture sentimentale. Il aurait été intéressant de faire passer les échelles du fonctionnement global à la fin du premier trimestre scolaire pour rendre compte l'évolution clinique favorable.

## **5.2. Comparaison avec les données de la littérature**

Les données de la littérature sont peu nombreuses. Nous avons retrouvé quatre études dont le protocole se rapprochait du nôtre (11,15,16,60). Elles évaluaient l'impact de programmes de TCC sur la présence scolaire, l'anxiété et, pour certaines, le fonctionnement global (15,60) chez des patients présentant un RSA. Nous soulignons que les comparaisons avec nos propres résultats doivent rester prudentes. Seules deux études antérieures (16,60)(Bernstein et Heyne) ciblaient spécifiquement les adolescents âgés de 11 à 18 ans. Les autres études incluaient les enfants à partir de 5 ans (11) ou 6 ans (15). Or, nous savons que le RSA de l'adolescent est plus sévère au plan clinique et pronostique que le RSA de l'enfant, et donc plus difficile à traiter. De plus, ces cinq études incluaient des patients partiellement déscolarisés, contrairement à notre étude qui incluait uniquement des adolescents complètement déscolarisés. Les études antérieures évaluaient des programmes de TCC plus courts, délivrés en consultation et non en hospitalisation de jour. Enfin, toutes ces études ainsi que la nôtre sont réalisées sur des petits échantillons, dans un seul établissement de santé.

### **5.2.1. Reprise de la scolarité**

L'étude se rapprochant le plus de la nôtre est celle d'Heyne et al. (2011) (60). Il s'agissait d'un essai non contrôlé incluant vingt adolescents âgés de 11 à 17 ans, qui présentaient au moins un trouble anxieux et un absentéisme scolaire supérieur à 20% (rapport du nombre d'heures d'absence sur le nombre d'heures de présence scolaire attendues par l'institution scolaire, exprimé

en pourcentage). 70% d'entre eux étaient complètement déscolarisés. Le programme de TCC durait 12 semaines.

45% des adolescents retournaient à l'école à temps complet, défini par une présence scolaire (rapport du nombre d'heures de présence scolaire effective sur le nombre d'heure de présence scolaire attendues par l'institution scolaire) supérieure à 80%. 35% avait une présence scolaire supérieure à 90% (contre 85% dans notre étude). Les résultats étaient maintenus à deux mois de suivi. Le pourcentage de patients reprenant une scolarité à temps complet était donc plus faible que celui que nous avons obtenu. Nous soulignons que la reprise de la scolarité à temps complet était évaluée dix jours après la fin du programme TCC, et non à la rentrée scolaire suivante.

Cet écart, en dehors des différences méthodologiques précédemment citées, pourrait être expliqué par une prise en charge plus intensive dans l'Unité RSA, puisqu'elle était organisée en HDJ, permettant une utilisation de techniques TCC quatre demi-journées (soit 12 heures) par semaine. Le protocole décrit par Heyne et al. impliquait seulement une à deux consultations de une heure par semaine. De plus, la durée du programme de TCC était plus longue dans notre étude. Le programme de l'Unité RSA avait la particularité de s'adapter à la situation de chaque adolescent, sa durée avant la première reprise de la scolarité était de 15 semaines en moyenne. Le programme se poursuivait après la première reprise de la scolarité, sur les temps où l'adolescent n'était pas à l'école. A l'inverse, le programme d'Heyne était d'une durée fixe de 12 semaines, sans accompagnement particulier après la fin du programme.

L'étude de Bernstein et al. (2000) (16) était la seule autre étude qui ciblait spécifiquement le RSA des adolescents. Il s'agissait d'un essai thérapeutique contrôlé randomisé comparant l'efficacité d'un programme TCC seul par rapport à un programme TCC combiné avec un antidépresseur. Le groupe traité par TCC seule incluait un groupe contrôle de 32 adolescents âgés de 12 à 18 ans qui présentaient un trouble anxieux et un absentéisme scolaire supérieur à 20%. La présence d'un épisode dépressif caractérisé était un critère d'inclusion. Le programme TCC durait 8 semaines. 16,7% des adolescents retournaient à l'école à temps complet, défini par une présence scolaire supérieure à 75%. Ce résultat paraît inférieur à celui que nous avons obtenu. Cet écart pourrait, de la même façon que pour l'étude d'Heyne et al., être attribué au caractère plus intensif tant en durée qu'en fréquence du programme de l'Unité RSA. L'interprétation est cependant délicate, puisque les adolescents ne répondaient pas au même critère de sévérité du RSA. Ceux de l'étude de Bernstein présentaient tous un épisode dépressif caractérisé, ce qui constitue un facteur de mauvais pronostic (28) (Heyne 2001). Ceux de notre étude présentaient tous un absentéisme scolaire complet, également de mauvais pronostic. A notre connaissance, aucune étude ne

renseigne sur le poids relatif de ces deux facteurs, la sévérité du RSA des deux populations étudiées était donc difficilement comparable.

Les deux autres études ciblaient les enfants et les adolescents.

L'étude de King et al. (1998) (11) évaluait un groupe de 17 patients âgés de 5 à 15 ans présentant un RSA, défini par les critères de Berg. Les patients avaient suivi un programme de 6 séances de TCC individuelle répartie sur quatre semaines.

88% des patients reprenaient une scolarité à temps complet, définie par une présence scolaire supérieure à 90% pendant les 15 jours suivant le programme TCC. 82% des patients maintenaient ce résultat à trois mois de suivi. Ces résultats se rapprochaient de ceux de notre étude, alors que King utilisait un programme de TCC beaucoup plus court que le nôtre. Le fait que les patients présentaient un RSA moins sévère pourrait expliquer que le retour en scolarité est obtenu plus rapidement que dans notre étude. En effet, les critères de Berg utilisés par les auteurs pour inclure les patients n'impliquaient pas la présence d'un trouble anxieux ni d'une déscolarisation totale.

L'étude de Last et al. (15) évaluait un groupe de 20 patients âgés de 6 à 17 ans qui avaient suivi un programme de 12 séances de TCC individuelle à un rythme hebdomadaire. 65% des patients reprenaient une scolarité à temps complet, définie par une présence scolaire supérieure à 95% pendant la semaine suivant le programme de TCC. 65% des patients avaient maintenu ce résultat à un mois de suivi. Nous soulignons qu'il s'agit de la seule étude antérieure évaluant la reprise de la scolarité au cours de la rentrée scolaire suivante. 65% des patients maintenait une scolarité à temps complet durant les 15 premiers jours suivant la rentrée scolaire. Nos résultats paraissent supérieurs, avec une durée de suivi plus longue, et un échantillon clinique présentant un RSA plus sévère.

### ***5.2.2. Evolution de l'anxiété***

Cinq études ont utilisé les scores obtenus aux échelles MASC, RCMAS et FSSCR pour comparer le niveau d'anxiété des enfants et adolescents avant et après traitement par TCC.

Pour l'échelle MASC, le score moyen obtenu dans notre étude était supérieur à celui obtenu dans la seule autre étude antérieure qui a utilisé cette échelle-(60) : 66,9 dans notre étude, versus 46 dans l'étude antérieure.

Le score moyen obtenu à l'échelle R-CMAS en prétraitement dans notre étude se situait dans l'intervalle des scores moyens obtenus dans les études antérieures (11,16,72). Cet intervalle était compris entre 13 (72) et 60 (11).

Pour l'échelle FSSC-R, le score moyen obtenu en prétraitement dans notre étude étaient légèrement supérieur aux études antérieures (11,15,72), compris entre 142 et 146.

Le niveau d'anxiété de nos adolescents semblait donc légèrement supérieur à celui des participants des études antérieures. Nous nous attendions à des scores d'anxiété prétraitement plus élevés puisque les adolescents de notre étude semblaient présenter un RSA plus sévère que dans les études antérieures, caractérisés par la présence d'au moins un trouble anxieux et d'une déscolarisation totale.

Notre étude retrouvait une diminution significative des scores MASC, R-CMAS et FSSC-R en post-traitement. Cette diminution était comprise dans l'intervalle de celles obtenus dans les études antérieures pour l'échelle R-CMAS (11,16,72). Pour les échelles FSSC-R et MASC, notre diminution était plus importante (11,15,60,72). Nos résultats nous semblent satisfaisant car ils paraissent comparables à ceux obtenus dans les études antérieures, qui ciblaient des adolescents et enfants présentant un RSA moins sévère.

Nous n'avons pas retrouvé d'étude utilisant l'échelle ECAP. Cela pourrait être expliqué par le fait qu'il s'agit d'une échelle française, alors que la plupart des études antérieures proviennent de pays non francophones.

### ***5.2.3. Evolution du fonctionnement global***

A notre connaissance, seule l'étude de Last et al.(15) évaluait le fonctionnement global des patients présentant un RSA. La CGI-I était utilisée avec la même catégorisation des paliers que dans notre étude. Les résultats obtenus semblent comparables aux nôtres, Last retrouvait une amélioration (palier 1-2) chez 84% des enfants et adolescents après traitement par TCC.

La CGAS est utilisée dans l'étude Last et al, mais elle était remplie par le clinicien et non par les parents, les résultats ne sont donc pas comparables.

## **5.3. Forces de l'étude**

Concernant l'objectif, cette étude évaluait une prise en charge thérapeutique innovante du RSA. A ce jour, nous ne connaissons pas d'équivalent en France, ou mentionné dans la littérature internationale. Le programme de TCC du RSA était original, créée spécifiquement pour les

adolescents. L'indication d'une hospitalisation de jour pour le RSA sévère était également innovante.

Concernant la population cible, cette étude était la première à s'intéresser exclusivement au traitement des formes les plus sévères de RSA de l'adolescent.

Concernant les données principales, le choix de s'intéresser à la reprise de la scolarité à temps complet nous paraissait cliniquement pertinent. La majorité des études antérieures avait pour objectif principal de montrer une augmentation significative du pourcentage de présence scolaire. D'un point de vue clinique, même si l'adolescent assiste à un nombre d'heures de cours plus important, une scolarité à temps partiel reste problématique au plan académique et social, mais aussi légal. Pour définir la reprise de la scolarité à temps complet, nous avons pris en compte ce cadre légal : un maximum de trois demi-journées d'absence par mois était toléré. En France, à partir de quatre demi-journées d'absences par mois, le directeur de l'établissement scolaire informe l'inspecteur d'académie, qui rappelle les parents à leurs obligations légales et aux sanctions pénales auxquelles ils s'exposent. Il peut également faire une demande d'enquête sociale. Nous avons évalué la reprise de la scolarité à temps complet à partir de la rentrée scolaire de l'année suivante car, d'après notre expérience clinique, il s'agit de la période la plus à risque de rechute. Les grandes vacances scolaires autorisent l'adolescent à éviter totalement l'école, procurant un apaisement transitoire de l'anxiété, ce qui renforce négativement le comportement de refus scolaire. De plus, la rentrée scolaire coïncidait avec un allègement de la prise en charge thérapeutique, qui passait d'une HDJ à un suivi en consultation.

Concernant les données secondaires, l'anxiété et le fonctionnement global des adolescents étaient évalués avec des échelles dont la fiabilité et la validité ont été bien établies.

Concernant le déroulement de l'étude, il n'y avait aucune donnée principale manquante. Il manquait les données secondaires d'une seule adolescente pour cinq échelles d'évaluation de l'anxiété sur six.

Concernant les résultats, cette première évaluation du programme de TCC du RSA en HDJ a montré des résultats positifs sur la fréquentation scolaire, le niveau d'anxiété et de fonctionnement global chez les adolescents traités.

#### **5.4.Limites de l'étude**

Concernant le plan de l'étude, plusieurs limites méthodologiques doivent être relevées. Tout d'abord, il s'agissait d'une étude non contrôlée. Seul un essai thérapeutique contrôlé, randomisé et en double aveugle aurait permis d'établir un lien de causalité entre l'augmentation

de la fréquentation scolaire des adolescents et le traitement avec le programme de TCC du RSA en hospitalisation de jour. L'absence de groupe contrôle pouvait entraîner des biais de confusion. Il est possible que les résultats observés soient uniquement dues aux composants non spécifiques de la prise en charge thérapeutique (le contact et l'attention de l'équipe soignante, les attentes positives de l'adolescent, des soignants et de la famille, l'aspect crédible du traitement), à l'évolution spontanée du RSA dans le temps, ou au traitement médicamenteux concomitant pour certains. Cependant, au vu de l'ampleur de l'augmentation de la fréquentation scolaire chez la majorité des adolescents de notre étude, il nous paraît peu vraisemblable que ces résultats soient uniquement dus à un effet placebo. La constitution d'un groupe contrôle n'était pas envisageable car le service de pédopsychiatrie du CHU de Montpellier ne proposait pas de prise en charge alternative à celle de l'Unité RSA. Dans les études antérieures, on retrouvait différents types de groupe contrôle, comme le groupe « attention placebo », dans lequel les patients avaient un contact minimal avec un thérapeute qui n'utilisait pas les éléments supposés actifs de la TCC (15). On trouvait également le groupe de patients sur liste d'attente (11,72). Il s'agissait d'études de courte durée (4 semaines), ces groupes contrôle auraient posé un problème éthique pour notre étude, laissant un groupe d'adolescents sans traitement pendant une année scolaire entière.

Par ailleurs, il s'agissait d'une étude mono centrique dans un service de pédopsychiatrie universitaire français, avec un échantillon clinique de petite taille. L'échantillon clinique n'est pas représentatif de l'ensemble de la population française, européenne ou internationale, ce qui pouvait entraîner un biais de sélection.

Le caractère rétrospectif de l'étude impliquait un recueil des données non standardisé, ce qui pouvait entraîner un biais d'information. Nous avons été limités à l'utilisation des données disponibles dans les dossiers médicaux des adolescents. Certaines données intéressantes n'ont pas pu être recueillies car elles étaient partielles ou manquantes. Concernant la sélection des adolescents, il aurait été intéressant de connaître le nombre et les caractéristiques des adolescents non admis dans l'Unité RSA après la première consultation d'évaluation, et de les comparer aux adolescents admis sur la même période. Concernant les données secondaires, il aurait été pertinent de connaître la fréquence de rémission des troubles anxieux après le traitement. Enfin, un suivi à plus long terme aurait été nécessaire pour savoir si les résultats observés se maintenaient durant toute l'année scolaire, et à la rentrée scolaire suivante.

Malgré ces limites méthodologiques, notre étude présentait l'avantage de sa faisabilité dans un service de pédopsychiatrie, et ne nécessitait pas de moyens financiers ou humains supplémentaires.



## 5.5. Implications cliniques et perspectives

Les résultats de notre étude suggèrent l'efficacité du programme de TCC du RSA en HDJ du service de pédopsychiatrie du CHU de Montpellier. En pratique clinique, ce résultat nous a encouragé à maintenir et améliorer ce programme, qui s'est enrichi d'un support à l'usage des adolescents, sous forme de livret rappelant les notions essentielles de TCC apprises et les exercices à réaliser entre les séances individuelles. La formation de l'équipe soignante est dirigée vers la TCC. Nous avons commencé à utiliser d'autres échelles d'évaluation pour orienter le diagnostic. L'adaptation francophone de l'échelle *Screen for Anxiety and Related Disorders* (SCARED) (53), comprend un groupe d'item évaluant le RSA. L'Inventaire de dépression de l'enfant, adaptation francophone de la *Children Depression Inventory* (CDI)(73) permet d'évaluer la présence de symptômes dépressifs. Plusieurs adaptations restent nécessaires pour les adolescents pris en charge tardivement dans l'année scolaire

Le programme de TCC du RSA paraît applicable dans d'autres hôpitaux de jour des services de pédopsychiatrie hospitaliers français. Une étude prospective multicentrique avec une durée de suivi plus longue permettrait une meilleure évaluation de l'efficacité de la prise en charge à long terme, et de sa faisabilité dans des services hospitaliers non universitaires de pédopsychiatrie. Cette étude est à l'état de projet, et fait l'objet d'une demande de Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC).

# CONCLUSION

Le RSA, entité complexe et hétérogène au pronostic sévère, nécessite des efforts de recherche et d'innovation. Dans ce contexte, le programme de TCC du RSA en HDJ, mis en place par une équipe pluridisciplinaire du CHU de Montpellier, constituait un projet original et novateur. Mon intérêt pour la pédopsychiatrie, et l'observation clinique de l'évolution positive de ces adolescents pris en charge avec ce dispositif m'ont décidée à entreprendre ce travail de thèse.

Mon ambition était d'évaluer ce programme en décrivant de façon rétrospective l'évolution de la fréquentation scolaire, du niveau d'anxiété et du fonctionnement global des adolescents en ayant bénéficié.

Les résultats observés montraient une évolution positive de la fréquentation scolaire, avec une majorité d'adolescents qui pouvaient reprendre une scolarité d'abord à temps partiel puis à temps complet. Cette reprise de la scolarité s'accompagnait d'une diminution de l'anxiété et d'une amélioration du fonctionnement global des adolescents.

Ces résultats suggèrent que l'utilisation de la TCC est efficace dans le traitement du RSA sévère de l'adolescent, encourageant la poursuite de son utilisation, avec le souci de son amélioration permanente et la perspective de nouvelles recherches de plus grande ampleur permettant l'application et le suivi multicentrique à long terme de ces adolescents.

Pour ma part, j'ai eu le privilège de pouvoir travailler durant un an aux côtés de cette équipe compétente, motivée et bienveillante, au sein d'un service dynamique, engagé pour le progrès des prises en charge thérapeutiques en pédopsychiatrie. Quelle satisfaction d'avoir pu accompagner ces jeunes patients, et de les revoir quelques mois après, leur anxiété apaisée, reprendre le cours de leur vie d'adolescent... Cette expérience professionnelle aura marqué un tournant dans mon internat, déterminant mon engagement pour la pédopsychiatrie, les enfants, les adolescents, et leur famille.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Adelaide M Johnson, Falstein E, Szurek S, Svendsen M. School Phobia. *Am J Orthopsychiatry*. 1941;11(4):702-11.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
3. Organisation Mondiale de la Santé. *Classification Internationale des Troubles mentaux et des Troubles du Comportement*. Paris: Elsevier-Masson; 1994.
4. Misès R. *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012*. 5ème. Rennes: Presse de l'EHESP; 2012.
5. Inglés CJ, González-Maciá C, García-Fernández JM, Vicent M, Martínez-Monteagudo MC. Current status of research on school refusal. *Eur J Educ Psychol*. 1 juin 2015;8(1):37-52.
6. King NJ, Bernstein GA. School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. févr 2001;40(2):197-205.
7. Maynard BR, Heyne D, Brendel KE, Bulanda JJ, Thompson AM, Pigott TD. Treatment for School Refusal Among Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Res Soc Work Pract*. 2015;28(1):56-67.
8. Heyne D, King NJ, Tonge BJ, Rollings S, Young D, Pritchard M, et al. Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. juin 2002;41(6):687-95.
9. Maric M, Heyne DA, MacKinnon DP, van Widenfelt BM, Westenberg PM. Cognitive Mediation of Cognitive-Behavioural Therapy Outcomes for Anxiety-Based School Refusal. *Behav Cogn Psychother*. oct 2013;41(5):549-64.
10. Prabhuswamy M, Srinath S, Girimaji S, Seshadri S. Outcome of children with school refusal. *Indian J Pediatr*. avr 2007;74(4):375-9.
11. King NJ, Tonge BJ, Heyne D, Pritchard M, Rollings S, Young D, et al. Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: a controlled evaluation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. avr 1998;37(4):395-403.
12. Berg I. School refusal and truancy. *Arch Dis Child*. févr 1997;76(2):90-1.
13. Berg I, Nichols K, Pritchard C. School phobia--its classification and relationship to dependency. *J Child Psychol Psychiatry*. oct 1969;10(2):123-41.

14. Heyne D, Sauter FM, Ollendick TH, Widenfelt BMV, Westenberg PM. Developmentally Sensitive Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent School Refusal: Rationale and Case Illustration. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 1 juin 2014;17(2):191-215.
15. Last C, Hansen C, Franco N. Cognitive-Behavioral Treatment of School Phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1 avr 1998;37(4):404-11.
16. Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR, Crosby RD, Kushner MG, Thuras PD, et al. Imipramine Plus Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of School Refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1 mars 2000;39(3):276-83.
17. Maldonado JG, Magallón-Neri E, Rus-Calafell M, Peñaloza-Salazar C. Virtual reality exposure therapy for school phobia. *Anu Psicol UB J Psychol.* 2009;40(2):223-36.
18. Hughes EK, Gullone E, Dudley A, Tonge B. A Case-Control Study of Emotion Regulation and School Refusal in Children and Adolescents. *J Early Adolesc.* 30(5):691-706.
19. Holzer L, Halfon O. School refusal. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr.* sept 2006;13(9):1252-8.
20. Heyne D, King NJ, Tonge BJ, Cooper H. School Refusal. *Paediatr Drugs.* 1 oct 2001;3(10):719-32.
21. Maric M, Heyne DA, de Heus P, van Widenfelt BM, Westenberg PM. The role of cognition in school refusal: an investigation of automatic thoughts and cognitive errors. *Behav Cogn Psychother.* mai 2012;40(3):255-69.
22. Egger HL, Costello EJ, Angold A. School refusal and psychiatric disorders: a community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* juill 2003;42(7):797-807.
23. Kearney CA, Albano AM. The functional profiles of school refusal behavior. Diagnostic aspects. *Behav Modif.* 2004;28(1):147-61.
24. McShane G, Walter G, Rey JM. Characteristics of adolescents with school refusal. *Aust N Z J Psychiatry.* déc 2001;35(6):822-6.
25. Carless B, Melvin GA, Tonge BJ, Newman LK. The role of parental self-efficacy in adolescent school-refusal. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43.* avr 2015;29(2):162-70.
26. Kearney CA, Silverman WK. Family environment of youngsters with school refusal behavior: A synopsis with implications for assessment and treatment. *Am J Fam Ther.* 1 mars 1995;23(1):59-72.
27. King N, Tonge BJ, Heyne D, Ollendick TH. Research on the cognitive-behavioral treatment of school refusal: a review and recommendations. *Clin Psychol Rev.* juin 2000;20(4):495-507.

28. Heyne D, King NJ, Tonge BJ, Cooper H. School refusal: epidemiology and management. *Paediatr Drugs*. 2001;3(10):719-32.
29. Kearney CA. School absenteeism and school refusal behavior in youth: a contemporary review. *Clin Psychol Rev*. mars 2008;28(3):451-71.
30. 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*. 1 oct 1985;147(4):366-70.
31. 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*. 1 janv 1997;38(1):17-22.
32. Berg I, Butler A, Hall G. The outcome of adolescent school phobia. *Br J Psychiatry*. 1 janv 1976;128(1):80-5.
33. Flakierska N, Lindström M, Gillberg C. School refusal: a 15-20-year follow-up study of 35 Swedish urban children. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. juin 1988;152:834-7.
34. Christle CA, Jolivette K, Nelson CM. School Characteristics Related to High School Dropout Rates. *Remedial Spec Educ*. 1 nov 2007;28(6):325-39.
35. Valles E, Oddy M. The influence of a return to school on the long-term adjustment of school refusers. *J Adolesc*. mars 1984;7(1):35-44.
36. Lamotte F, Doncker E, Goëb J-L. Les phobies scolaires à l'adolescence. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 3 juin 2010;Vol. 58(N° 4):256-62.
37. Catheline N, Raynaud J-P. Les phobies scolaires aujourd'hui , un défi clinique et thérapeutique. Lavoisier. Paris; 2017. (Psychiatrie en pratique).
38. Hersen M. The behavioral treatment of school phobia. *J Nerv Ment Dis*. 1971;153(2):99-107.
39. Okuyama M, Okada M, Kuribayashi M, Kaneko S. Factors responsible for the prolongation of school refusal. *Psychiatry Clin Neurosci*. août 1999;53(4):461-9.
40. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *N Engl J Med*. 25 déc 2008;359(26):2753-66.
41. Birmaher B, Axelson DA, Monk K, Kalas C, Clark DB, Ehmann M, et al. Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. avr 2003;42(4):415-23.
42. Wu X, Liu F, Huang L, Li Y, Mo Z, Lin J. Cognitive behaviour therapy combined Fluoxetine treatment superior to cognitive behaviour therapy alone for school refusal. *Int J Pharmacol*. 2013;9:197-203.

43. Mansdorf IJ, Lukens E. Cognitive-behavioral psychotherapy for separation anxious children exhibiting school phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. mars 1987;26(2):222-5.
44. Catheline N. Refus scolaire et difficultés scolaires à l'adolescence. *EMC-Psychiatr*. 1 juill 2010;
45. Connolly SD, Bernstein GA, Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. févr 2007;46(2):267-83.
46. Kendall PC. Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. févr 1994;62(1):100-10.
47. Flannery-Schroeder EC, Kendall PC. Group and Individual Cognitive-Behavioral Treatments for Youth with Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *Cogn Ther Res*. 1 juin 2000;24(3):251-78.
48. Kendall PC, Southam-Gerow MA. Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *J Consult Clin Psychol*. août 1996;64(4):724-30.
49. In-Albon T, Schneider S. Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychother Psychosom*. 2007;76(1):15-24.
50. Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P. Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childh... 2004;
51. Creswell C, Cruddace S, Gerry S, Gitau R, McIntosh E, Mollison J, et al. Treatment of childhood anxiety disorder in the context of maternal anxiety disorder: a randomised controlled trial and economic analysis. *Health Technol Assess Winch Engl*. mai 2015;19(38):1-184, vii-viii.
52. Roberge P, Marchand A, Reinharz D, Marchand L, Cloutier K. Évaluation économique de la thérapie cognitivo-comportementale des troubles anxieux. = Economic evaluation of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Can Psychol Can*. août 2004;45(3):202-18.
53. Muris P, Meesters C, van Melick M. Treatment of childhood anxiety disorders: a preliminary comparison between cognitive-behavioral group therapy and a psychological placebo intervention. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1 sept 2002;33(3):143-58.
54. Barrett PM. Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *J Clin Child Psychol*. déc 1998;27(4):459-68.
55. McKinnon A, Keers R, Coleman JRI, Lester KJ, Roberts S, Arendt K, et al. The impact of treatment delivery format on response to cognitive behaviour therapy for preadolescent children with anxiety disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 9 mars 2018;
56. Manassis K, Mendlowitz SL, Scapillato D, Avery D, Fiksenbaum L, Freire M, et al. Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: a

- randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. déc 2002;41(12):1423-30.
57. Wang Z, Whiteside SPH, Sim L, Farah W, Morrow AS, Alsawas M, et al. Comparative Effectiveness and Safety of Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Childhood Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 1 nov 2017;171(11):1049-56.
58. Barlow DH, O'Brien GT, Last CG. Couples treatment of agoraphobia. *Behav Ther*. 1 janv 1984;15(1):41-58.
59. Kearney CA, Silverman WK. Functionally based prescriptive and nonprescriptive treatment for children and adolescents with school refusal behavior. *Behav Ther*. 1 sept 1999;30(4):673-95.
60. Heyne D, Sauter FM, Van Widenfelt BM, Vermeiren R, Westenberg PM. School refusal and anxiety in adolescence: non-randomized trial of a developmentally sensitive cognitive behavioral therapy. *J Anxiety Disord*. oct 2011;25(7):870-8.
61. Gallé-Tessonneau M, Doron J, Grondin O. Des critères de repérage aux stratégies de prise en charge du refus scolaire : une revue de littérature internationale systématique. *Prat Psychol*. 1 mars 2017;23(1):1-19.
62. Turgeon L, Chartrand E, Robaey P, Gauthier A-K. Qualités psychométriques de la version québécoise du Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC). *Rev Francoph Clin Comport Cogn*. 11(3).
63. March JS, Parker JD, Sullivan K, Stallings P, Conners CK. The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. avr 1997;36(4):554-65.
64. Turgeon L, Chartrand E. Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in a French-Canadian sample. *Psychol Assess*. sept 2003;15(3):378-83.
65. Seligman LD, Ollendick TH, Langley AK, Baldacci HB. The utility of measures of child and adolescent anxiety: a meta-analytic review of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale, the State-Trait Anxiety Inventory for Children, and the Child Behavior Checklist. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53*. sept 2004;33(3):557-65.
66. Turgeon L, Chartrand E, Robaey P, Gauthier A-K. Traduction et validation du Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R) auprès d'enfants québécois francophones d'âge scolaire. *Mes Eval En Educ*. 2005;2(28):31-47.
67. Ollendick TH. Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behav Res Ther*. 1 janv 1983;21(6):685-92.

68. Vera L, Imbert M. Social phobias. *Soins Psychiatr.* juin 1996;183-184 : 17-18.
69. Zaider TI, Heimberg RG, Fresco DM, Schneier FR, Liebowitz MR. Evaluation of the clinical global impression scale among individuals with social anxiety disorder. *Psychol Med.* mai 2003;33(4):611-22.
70. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, et al. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry.* nov 1983;40(11):1228-31.
71. Denis H, Baghdadli A. Trouble anxieux chez l'enfant et l'adolescent. *EMC-Psychiatr.* 12 juill 2016;
72. Kearney CA, Silverman WK. Functionally based prescriptive and nonprescriptive treatment for children and adolescents with school refusal behavior. *Behav Ther.* 1 sept 1999;30(4):673-95.
73. Mack C, Moor L. Versions françaises d'échelles d'évaluation de la dépression. II. Les échelles DCI et ISC de Maria Kovacs. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1982;30(10-11):627-52.



# ANNEXES

## A. L'Échelle d'anxiété multidimensionnelle pour enfants révisée (MASC)

Utilise la grille pour évaluer jusqu'à quel point chacun des énoncés te correspond : coche d'un x la case te représentant.

	jamais	Presque jamais	Quelques fois	souvent
1. Je me sens tendu(e) ou crispé (e)				
2. Je demande habituellement la permission de faire quelque chose				
3. Je m'inquiète que d'autres personnes rient de moi				
4. J'ai peur quand mes parents s'en vont				
5. Je perds mon souffle facilement				
6. Je vois du danger partout				
7. L'idée d'aller dans un camp me fait peur				
8. Je me mets à trembler ou à avoir la frousse				
9. Je fais beaucoup d'efforts pour obéir à mes parents et à mes professeurs				
10. J'ai peur que les autres enfants se moquent de moi				
11. J'essaie de rester près de ma mère ou de mon père				
12. Je deviens étourdi (e) ou je sens que je vais perdre connaissance				
13. Je vérifie tout avant d'agir				
14. J'ai peur d'être interrogé (e) en classe				
15. Je suis agité (e), nerveux (e)				
16. J'ai peur que les autres pensent que je suis stupide				
17. Je garde la lumière allumée				
18. J'ai des douleurs à la poitrine				
19. J'évite d'aller à des endroits sans ma famille				
20. Je me sens étrange, bizarre ou irréal (le)				
21. J'essaie de faire des choses que les autres personnes vont aimer				
22. Je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi				
23. J'évite de regarder des films ou des émissions de télévision qui font peur				
24. Mon cœur bat vite ou s'arrête un				

moment				
25. J'évite les choses qui me dérangent				
26. Je dors à côté de quelqu'un de ma famille				
27. Je me sens agité (e) et énervé(e)				
28. J'essaie de faire les choses le plus parfaitement possibles				
29. J'ai peur de faire quelque chose de stupide ou d'embarrassant				
30. J'ai peur quand je me promène en voiture ou en bus				
31. J'ai mal au ventre				
32. Si je deviens troublé(e) ou effrayé(e), je le fais tout de suite savoir à quelqu'un				
33. Je deviens nerveux (se) si je dois faire quelque chose devant un public				
34. Le mauvais temps, la noirceur, les hauteurs, les animaux ou les insectes me font peur				
35. Mes mains tremblent				
36. Je vérifie les choses pour être sûr(e) qu'elles sont sans danger				
37. J'ai de la difficulté à demander aux autres enfants de jouer avec moi				
38. Mes mains sont moites (mouillées) ou froides				
39. Je me sens gêné(e), timide				

## B. L'Échelle d'anxiété manifeste pour enfants révisée (R-CMAS)

### QUESTIONNAIRE

1. J'ai de la difficulté à me décider.	OUI	NON
2. Je deviens nerveux (se) quand les choses ne sont pas comme je le voudrais.	OUI	NON
3. Les autres ont l'air d'avoir plus de facilité que moi à faire les choses.	OUI	NON
4. J'aime tout le monde que je connais.	OUI	NON
5. Il m'arrive souvent d'avoir de la difficulté à retrouver mon souffle.	OUI	NON
6. Je m'inquiète la plupart du temps.	OUI	NON
7. J'ai peur de plusieurs choses.	OUI	NON
8. Je suis toujours gentil(le).	OUI	NON
9. Je me fâche facilement.	OUI	NON
10. Je m'inquiète à propos de ce que mes parents vont me dire.	OUI	NON
11. J'ai l'impression que les autres n'aiment pas la façon dont je fais les choses.	OUI	NON
12. J'ai toujours de bonnes manières.	OUI	NON
13. J'ai de la difficulté à m'endormir.	OUI	NON
14. Je m'inquiète de ce que les gens pensent de moi.	OUI	NON
15. Je me sens seul (e) même quand il y a des gens avec moi.	OUI	NON
16. Je suis toujours aimable.	OUI	NON
17. Il m'arrive souvent d'avoir mal au ventre.	OUI	NON
18. Je me sens facilement blessé (e) dans mes sentiments.	OUI	NON
19. J'ai les mains moites ( en sueur).	OUI	NON
20. Je suis toujours gentil(le) avec tout le monde.	OUI	NON
21. Je suis souvent fatigué (e).	OUI	NON
22. Je m'inquiète de ce qui va arriver.	OUI	NON
23. Les autres enfants sont plus heureux que moi.	OUI	NON
24. Je dis toujours la vérité.	OUI	NON
25. Je fais des mauvais rêves.	OUI	NON
26. Je suis facilement blessé (e) quand on m'embête trop.	OUI	NON
27. J'ai l'impression que quelqu'un va me dire que je ne fais pas les choses comme il faut.	OUI	NON
28. Je ne me fâche jamais.	OUI	NON
29. Il m'arrive parfois de me réveiller effrayé (e).	OUI	NON
30. Je m'inquiète quand je me couche le soir.	OUI	NON
31. J'ai de la difficulté à me concentrer sur mes travaux scolaires.	OUI	NON
32. Je ne dis jamais des choses que je ne devrais pas dire.	OUI	NON
33. Je bouge beaucoup sur ma chaise.	OUI	NON
34. Je suis nerveux (se).	OUI	NON
35. Plusieurs personnes sont contre moi.	OUI	NON
36. Je ne mens jamais.	OUI	NON
37. Je m'inquiète souvent à propos de mauvaises choses qui pourraient m'arriver.	OUI	NON

## C. L'Échelle des peurs pour enfants révisée (FSSC-R)

### Instructions

Voici une liste de choses qui font quelques fois peur aux garçons et aux filles de ton âge. Lis la liste qui suit et **coche X dans la case qui décrit le mieux ton niveau de peur**. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

	<b>items</b>	<b>Pas du tout peur</b>	<b>Un peu peur</b>	<b>Très peur</b>
1	Faire une présentation orale			
2	Être passagère en auto			
3	Etre puni (e) par ma mère			
4	Les lézards			
5	Avoir l'air ridicule			
6	Les fantômes ou les choses hantées			
7	Les objets coupants			
8	Devoir aller à l'hôpital			
9	La mort ou une personne décédée			
10	Se perdre dans un lieu inconnu			
11	Les serpents			
12	Parler au téléphone			
13	Les montagnes russes ou les manèges			
14	Être malade à l'école			
15	Être envoyé(e)chez le directeur du collège ou lycée			
16	Prendre le train			
17	Rester à la maison avec une gardienne			
18	Les ours ou les loups			
19	Rencontrer quelqu'un pour la première fois			
20	Les attaques à la bombe - une invasion			
21	Recevoir une piqûre par le médecin			
22	Aller chez le dentiste			
23	Les endroits en hauteurs			
24	Me faire taquiner			
25	Les araignées			
26	Un voleur qui entre dans ma maison			
27	Prendre l'avion			
28	Me faire poser une question par le professeur devant la classe			

29	Avoir des mauvaises notes à l'école			
30	Les chauves –souris ou les oiseaux			
31	Être critiqué (e) par mes parents			
32	Les fusils			
33	Être pris (e) dans une bagarre			
34	Le feu- être brûlé (e)			
35	Me faire une coupure ou me blesser			
36	Être dans une grande foule			
37	Les orages			
38	Être obligé(e) de manger des aliments que je n'aime			
39	Les chats			
40	Echouer un examen			
41	Être touché (e) par une voiture			
42	Être obligé (e) d'aller à l'école			
43	Jouer à des jeux rudes			
44	Voir mes parents de disputer			
45	Les pièces sombres ou les gardes - robes			
46	Donner un récital (spectacle)			
47	Les fourmis ou les scarabées			
48	Être critiqué ( e) par les autres			
49	Les personnes qui ont l'air bizarre			
50	La vue du sang			
51	Aller chez le médecin			
52	Les chiens étranges ou qui ont l'air méchants			
53	Les cimetières			
54	Recevoir un bulletin			
55	Me faire couper les cheveux			
56	L'eau profonde ou l'océan			
57	Les cauchemars			
58	Tomber d'un endroit élevé			
59	Me faire électrocuter			
60	Aller me coucher dans le noir			
61	Avoir mal au cœur en voiture			
62	Être seule			
63	Avoir à porter des vêtements différents de			
64	Être puni (e ) par mon père			
65	Être en retenue après l'école			
66	Faire des erreurs			
67	Les films de suspense			
68	Les fortes sirènes			
69	Faire quelque chose de nouveau			
70	Les microbes ou attraper une maladie grave			
71	Les endroits fermés			
72	Les tremblements de terre			
73	Les ascenseurs			

74	Les endroits où il fait noir			
75	Ne plus être capable de respirer			
76	Me faire piquer par une abeille			
77	Les vers de terre ou les escargots			
78	Les rats ou les souris			
79	Passer un examen			

## D. L'Echelle comportementale d'anxiété et de phobie (ECAP)

### Echelle comportementale d'anxiété et de phobie (ECAP)

L.Vera (dès 8 ans)

**Nom:** ..... **Date:** .....

**Prénom:** .....

#### Consignes:

Voici un certain nombre de choses ou de situations qui peuvent provoquer des sensations désagréables (peur, inquiétude). Lisez attentivement chaque phrase et indiquez si elle s'applique à vous **presque jamais**, **quelquefois** ou **souvent** en mettant une X à côté de votre choix.

	<b>Presque jamais</b>	<b>Quelquefois</b>	<b>Souvent</b>
1. J'ai peur de parler avec les adultes J'évite de parler avec les adultes			
2. J'ai peur de parler avec les enfants de mon âge J'évite de parler avec les enfants de mon âge			
3. J'ai peur que les élèves se moquent de moi			
4. J'ai peur de redoubler			
5. J'ai peur d'aller à l'école J'évite d'aller à l'école			
6. J'ai peur que les professeurs se moquent de moi			
7. J'ai peur de me tromper			
8. J'ai peur de ne pas savoir répondre si on m'interroge en classe			
9. J'ai peur de lever la main en classe pour être interrogé(e) J'évite de lever la main en classe pour être interrogé(e)			
10. J'ai peur de ne pas pouvoir passer mon bac			
11. J'ai peur le soir de m'endormir en sachant que je me réveillerai pour aller à l'école			
12. J'ai peur de paniquer à un devoir			
13. J'ai peur quand le professeur hausse la voix			
14. J'ai peur de ce que les autres enfants pensent de moi			
15. J'ai peur de ce que les professeurs peuvent dire de moi			
16. J'ai peur d'être loin de mes parents (colonie de vacances, classe de neige...) J'évite d'être loin de mes parents			
	<b>Presque jamais</b>	<b>Quelquefois</b>	<b>Souvent</b>
17. J'ai peur de rester seul(e) à la maison J'évite de rester seul(e) à la maison			
18. J'ai peur de répondre à une question en classe			

J'évite de répondre à une question en classe			
19. J'ai peur de rater une interrogation			
20. J'ai peur de manger à la cantine de l'école			
J'évite de manger à la cantine de l'école			
21. J'ai peur de prendre le métro ou le tramway			
J'évite de prendre le métro ou le tramway			
22. J'ai peur d'être critiqué par les autres			
23. J'ai peur de me disputer avec un ami			
24. J'ai peur de parler de moi			
J'évite de parler de moi			
25. J'ai peur de certaines matières scolaires			
26. J'ai peur d'avoir l'air bête			
27. J'ai peur de mourir			
28. J'ai peur d'être quelque part sans mes parents			
J'évite d'être quelque part sans mes parents			
29. J'ai peur d'aller dormir chez des amis			
J'évite d'aller dormir chez des amis			
30. J'ai peur des piqûres (d'un docteur)			
31. J'ai peur de parler dans un groupe			
J'évite de parler dans un groupe			
32. J'ai peur de rougir			
33. J'ai peur d'être ridicule			
34. J'ai peur de refuser ou de dire non			
35. J'ai peur de demander quelque chose aux autres			
J'évite de demander quelque chose aux autres			
36. j'ai peur quand on m'observe travailler			
37. J'ai peur d'aller dans les magasins			
J'évite d'aller dans les magasins			



	<b>Presque jamais</b>	<b>Quelquefois</b>	<b>Souvent</b>
38. J'ai peur quand on me fait un compliment			
39. J'ai peur que les autres remarquent ma gêne			
40. J'ai peur de rencontrer un camarade dans la rue			
41. J'ai peur de la récréation à l'école			
42. J'ai peur de jouer avec les autres J'évite de jouer avec les autres			
43. J'ai peur de prendre l'ascenseur J'évite de prendre l'ascenseur			
44. J'ai peur de certains camarades			
45. J'ai peur qu'on me demande de lire en classe			
46. J'ai peur d'aller au tableau J'évite d'aller au tableau			
47. J'ai peur de parler au téléphone J'évite de parler au téléphone			
48. J'ai peur de tomber malade			
49. J'ai peur de me blesser			
50. J'ai peur du noir			
51. J'ai peur de ce que mes parents vont me dire			
52. J'ai peur de faire du sport avec les autres J'évite de faire du sport avec les autres			
53. J'ai peur d'aller aux toilettes en dehors de chez moi J'évite d'aller aux toilettes en dehors de chez moi			
54. J'ai peur de ne pas pouvoir apprendre une leçon			
55. J'ai peur de ce qui pourrait arriver à mes parents			
56. J'ai peur que personne ne s'intéresse à moi			
57. J'ai peur de ne pas avoir d'amis			
58. J'ai peur d'avoir un accident			
59. J'ai peur de ce que je deviendrai dans quelques années			
60. J'ai peur des dentistes			

	<b>Presque jamais</b>	<b>Quelquefois</b>	<b>Souvent</b>
61. J'ai peur du tonnerre			
62. J'ai peur des chiens			
63. J'ai peur qu'on me dise que je ne fais pas bien les choses			
64. Je m'inquiète de la meilleure chose à faire			
65. J'ai peur d'entrer dans une pièce où d'autres personnes sont déjà assises			
66. J'ai du mal à me décider			
67. Je me fais beaucoup de soucis			
68. J'ai peur de ne pas plaire aux autres			
69. J'ai peur des serpents			
70. J'ai peur de devenir fou			
71. J'ai peur des fantômes			
72. J'ai peur des couteaux et des armes			
73. J'ai peur des morts			
74. J'ai peur d'aller dans un hôpital			
75. J'ai peur de me perdre dans un endroit inconnu			
76. J'ai peur d'avaler			

## E. L'Échelle d'évaluation globale pour enfants (C-GAS)

### C-GAS

EGF pour un patient non adulte de plus de 3 ans

**100-91** Niveau de fonctionnement maximal dans tous les domaines (à la maison, à l'école et avec les camarades) ; le sujet s'investit dans un large champ d'activités et a de nombreux intérêts (par ex : a des loisirs préférés ou participe à des activités extra-scolaires ou fait partie d'organisation comme les scouts, etc ...) ; agréable, confiant ; les soucis quotidiens ne prennent jamais une place disproportionnée : travaille bien à l'école.

**90-81** Fonctionne bien dans tous les domaines, se sent bien en famille, à l'école et avec ses camarades : il peut y avoir des difficultés transitoires et les soucis quotidiens peuvent occasionnellement ne pas être tout à fait maîtrisés (par ex : anxiété modérée en rapport avec un examen important, mouvement d'humeur occasionnel avec les frères et sœurs, les parents ou les camarades).

**80-71** Rien de plus qu'une légère baisse du fonctionnement à la maison, à l'école ou avec les camarades : quelques manifestations comportementales ou émotionnelles peuvent apparaître en écho à des difficultés événementielles (par ex : séparation parentale, décès, naissance d'un frère ou d'une sœur) mais ces manifestations sont de courte durée et leur impact sur le fonctionnement est transitoire : de tels enfants sont seulement un peu perturbés par rapport aux autres et ne sont pas considérés comme perturbés par ceux qui les connaissent.

**70-61** Quelques difficultés dans un seul domaine, mais généralement, fonctionne plutôt bien (par ex. conduite antisociale sporadique ou isolée, comme une tendance occasionnelle à tricher en jouant ou peut commettre des vols insignifiants ; présente des difficultés mineures mais durables avec le travail scolaire ; changement d'humeur de brève durée, pleurs et anxiété qui ne conduisent pas à des grandes modifications comportementales ; manque de confiance) ; à quelques relations interpersonnelles significatives ; la plupart des gens qui ne connaissent pas très bien l'enfant ne le considère pas comme perturbé, mais ceux qui le connaissent bien peuvent se montrer préoccupé.

**60-51** Fonctionnement variable avec des difficultés sporadiques ou des symptômes de plusieurs zones de fonctionnement social ; les troubles sont apparents à ceux qui rencontrent l'enfant à un moment ou dans un contexte de dysfonctionnement, mais pas à ceux qui voient l'enfant dans d'autres contextes.

**50-41** Le fonctionnement est altéré de manière modérée dans la plupart des zones de fonctionnement social ou bien il existe une altération sévère dans un domaine comme ce peut être le cas par ex avec des préoccupations ou ruminations suicidaires, un refus d'aller à l'école ou d'autres formes d'anxiété, des rituels ou autres manifestations obsessionnelles, des symptômes importants de conversion, de fréquentes attaques de panique, des attitudes sociales pauvres ou inappropriées, de fréquents épisodes d'agressivité ou d'autres comportements anti-sociaux avec une certaine préservation de relations sociales ayant un sens.

**40-31** Altération majeure de fonctionnement dans la plupart des domaines et incapacité à fonctionner dans un seul de ces domaines, par ex : perturbé à la maison, à l'école, avec les camarades ou dans la société de manière plus générale, c'est à dire, manifestations agressives persistantes sans significations claires : retrait marqué et comportement isolé... ou troubles de la pensée, tentative de suicide avec attente claire de la mort : de tels enfants sont susceptibles de nécessiter une scolarité particulière et/ou une hospitalisation ou un retrait de l'école (cela n'est pas un critère suffisant pour leur inclusion dans cette catégorie).

**30-21** Incapable de fonctionner dans presque tous les domaines, c'est à dire, reste à la maison, dans la cour ou au lit toute la journée, sans prendre part à aucune activité sociale ou altération sévère du rapport à la réalité ou trouble important de la communication (c'est à dire propos qui peuvent être incohérents ou inappropriés).

**20-11** Nécessite une surveillance importante pour prévenir l'auto ou l'hétéro-agressivité (c'est à dire violence fréquente, tentatives de suicides répétées) ou pour maintenir une hygiène personnelle ou altération importante de toutes les formes de communication.

**10-1** A besoin d'une supervision constante pendant plusieurs jours pour empêcher qu'il ne se blesse ou blesse les autres, n'essaye pas du tout de maintenir un minimum d'hygiène personnelle.

#### Références

## F. L'Échelle d'impression clinique globale d'Amélioration (CGI-I)

### **Echelle CGI d'amélioration (CGI : Clinical Global Impression)**

*Avec l'échelle Clinical Global Impression (CGI), le médecin évalue sur une échelle de sept points l'amélioration de l'état clinique du patient consécutive à un traitement.*

Évaluez l'amélioration totale du patient, qu'elle soit ou non, selon votre opinion, due entièrement au traitement médicamenteux. Comparé à son état au début du traitement, de quelle façon le patient a-t-il changé ?

- 0 Non évalué
- 1 Très fortement amélioré
- 2 Fortement amélioré
- 3 Légèrement amélioré
- 4 Pas de changement
- 5 Légèrement aggravé
- 6 Fortement aggravé
- 7 Très fortement aggravé

# SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

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

## RESUME :

**Introduction** : Le refus scolaire anxieux est un trouble au pronostic sévère pour lequel il n'existe pas de traitement de référence. Le service de pédopsychiatrie de Montpellier a mis en place un programme original de thérapie cognitive et comportementale en hospitalisation de jour pour traiter le refus scolaire anxieux de l'adolescent.

**Objectif** : Décrire l'évolution de la fréquentation scolaire, du niveau d'anxiété et du fonctionnement global des adolescents pris en charge avec le programme de thérapie cognitive et comportementale du refus scolaire anxieux en hospitalisation de jour.

**Méthodes** : Les données ont été recueillies rétrospectivement à partir des dossiers médicaux des 38 adolescents âgés de 10 à 15 ans, qui ont suivi le programme entre 2014 et 2018 dans le service de pédopsychiatrie de Montpellier. Les données principales recherchées étaient la reprise ou non de la scolarité, d'abord à temps partiel durant l'année scolaire en cours, puis à temps complet à la rentrée scolaire suivante et à 3 mois de suivi. Les données secondaires recherchées étaient l'évolution du niveau d'anxiété et du fonctionnement global avant et après le traitement, d'après les scores obtenus aux échelles d'évaluation standardisées utilisées durant le programme.

**Résultats** : 33 adolescents sur 36 (91,7%) reprenaient une scolarité à temps partiel. 22 adolescents sur 27 (81,5%) reprenaient une scolarité à temps complet, maintenue à trois mois de suivi. On observait une diminution significative du niveau d'anxiété et une amélioration du fonctionnement global après le traitement.

**Conclusion** : Ces résultats suggèrent l'efficacité du programme de thérapie cognitive et comportementale en hospitalisation de jour pour traiter le refus scolaire anxieux de l'adolescent. Une étude multicentrique avec une durée de suivi plus longue permettrait de confirmer ces premiers résultats.

**Mots clés** : refus scolaire, thérapie cognitive et comportementale, adolescent, trouble anxieux, hôpital de jour