



HAL
open science

Retour d'expérience de médecins généralistes concernant le dépistage et la prise en charge du refus scolaire anxieux en médecine générale

Marine Juhel

► To cite this version:

Marine Juhel. Retour d'expérience de médecins généralistes concernant le dépistage et la prise en charge du refus scolaire anxieux en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03665032

HAL Id: dumas-03665032

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03665032>

Submitted on 17 May 2022

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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marine JUHEL

Le 21/04/2022

RETOUR D'EXPERIENCE DE MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LE DEPISTAGE ET LA PRISE
EN CHARGE DU REFUS SCOLAIRE ANXIEUX EN MEDECINE GENERALE

Directeur de thèse : Dr Kevin MOLL-LLOBELL

Jury

Président : Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs : Docteur François-Xavier LESAGE

Docteur Béatrice FOLCO-LOGNOS

Docteur Kévin MOLL-LLOBELL

Membre invité : Docteur Hélène DENIS

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marine JUHEL

Le 21/04/2022

RETOUR D'EXPERIENCE DE MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LE DEPISTAGE ET LA PRISE
EN CHARGE DU REFUS SCOLAIRE ANXIEUX EN MEDECINE GENERALE

Directeur de thèse : Dr Kevin MOLL-LLOBELL

Jury

Président : Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs : Docteur François-Xavier LESAGE

Docteur Béatrice FOLCO-LOGNOS

Docteur Kévin MOLL-LLOBELL

Membre invité : Docteur Hélène DENIS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 – 2022

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

| | | |
|------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| ALBAT Bernard | DESCOMPS Bernard | MAGNAN DE BORNIER Bernard |
| ALLIEU Yves | DIMGELIO Alain | MARTY ANE Charles |
| ALRIC Robert | DUBOIS Jean Bernard | MATHIEU-DAUDE Pierre |
| ARNAUD Bernard | DUJOLS Pierre | MEYNADIER Jean |
| ASENCIO Gérard | DUMAS Robert | MICHEL François-Bernard |
| ASTRUC Jacques | DUMAZER Romain | MION Charles |
| AUSSILLOUX Charles | ECHENNE Bernard | MION Henri |
| AVEROUS Michel | FABRE Serge | MIRO Luis |
| AYRAL Guy | FRAPIER Jean-Marc | NAVARRO Maurice |
| BAILLAT Xavier | FREREBEAU Philippe | NAVRATIL Henri |
| BALDET Pierre | GALIFER René Benoît | OTHONIEL Jacques |
| BALDY-MOULINIER Michel | GODLEWSKI Guilhem | PAGES Michel |
| BALMES Jean-Louis | GRASSET Daniel | PEGURET Claude |
| BANSARD Nicole | GUILHOU Jean-Jacques | PELISSIER Jacques |
| BAYLET René | GUI TER Pierre | PETIT Pierre |
| BILLIARD Michel | HERTAULT Jean | POUGET Régis |
| BLARD Jean-Marie | HUMEAU Claude | PUJOL Henri |
| BLAYAC Jean Pierre | JAFFIOL Claude | RABISCHONG Pierre |
| BLOTMAN Francis | JANBON Charles | RAMUZ Michel |
| BONNEL François | JANBON François | REBOUL Jean |
| BOURGEOIS Jean-Marie | JARRY Daniel | RIEU Daniel |
| BRUEL Jean Michel | JOURDAN Jacques | ROCHEFORT Henri |
| BUREAU Jean-Paul | KLEIN Bernard | ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre |
| BRUNEL Michel | LAFFARGUE François | SAINT AUBERT Bernard |
| CANAUD Bernard | LALLEMANT Jean Gabriel | SANCHO-GARNIER Hélène |
| CHAPTAL Paul-André | LAMARQUE Jean-Louis | SANY Jacques |
| CIURANA Albert-Jean | LAPEYRIE Henri | SEGNARBIEUX François |
| CLOT Jacques | LE ROUX Jean-Louis | SENAC Jean-Paul |
| COSTA Pierre | LESBROS Daniel | SERRE Arlette |
| D'ATHIS Françoise | LOPEZ François Michel | SOLASSOL Claude |
| DEMAILLE Jacques | LORIOT Jean | TOUITOU Isabelle |
| | LOUBATIERES Marie Madeleine | VIDAL Jacques |
| | MAGNAN DE BORNIER Bernard | VISI ER Jean Pierre |
| | MARY Henri | |

Professeurs Emérites

| | |
|-------------------------|----------------------|
| ARTUS Jean-Claude | LARREY Dominique |
| BASTIEN Patrick | LE QUELLEC Alain |
| BLANC François | MARES Pierre |
| BONAFE Alain | MAUDELONDE Thierry |
| BOULENGER Jean-Philippe | MAURY Michèle |
| BOURREL Gérard | MESSNER Patrick |
| BRINGER Jacques | MILLAT Bertrand |
| CLAUSTRES Mireille | MONNIER Louis |
| COMBE Bernard | MOURAD Georges |
| DAURES Jean-Pierre | PREFAUT Christian |
| DAUZAT Michel | PUJOL Rémy |
| DAVY Jean-Marc | RIBSTEIN Jean |
| DEDET Jean-Pierre | SCHVED Jean-François |
| ELEDJAM Jean-Jacques | SULTAN Charles |
| GROLLEAU RAOUX Robe | TOUCHON Jacques |
| GUERRIER Bernard | UZIEL Alain |
| GUILLOT Bernard | VOISIN Michel |
| JONQUET Olivier | ZANCA Michel |
| LANDAIS Paul | |

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

PU-PH de classe exceptionnelle

| | |
|------------------|---|
| ALRIC Pierre | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire) |
| BACCINO Eric | Médecine légale et droit de la santé |
| BEREGI Jean-Paul | Radiologie et imagerie médicale |
| BLAIN Hubert | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| BOULOT Pierre | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| CANOVAS François | Anatomie |
| CAPDEVILA Xavier | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| CHAMMAS Michel | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| COLSON Pascal | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |

| | |
|------------------------------|---|
| COSTES Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| COTTALORDA Jérôme | Chirurgie infantile |
| COURBES Philippe | Neurochirurgie |
| COURTET Philippe | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| CRAMPETTE Louis | Oto-rhino-laryngologie |
| CRISTOL Jean Paul | Biochimie et biologie moléculaire |
| CYTEVAL Catherine | Radiologie et imagerie médicale |
| DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel | Médecine d'urgence |
| DE WAZIERES Benoît | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| DELAPORTE Eric | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| DEMOLY Pascal | Pneumologie ; addictologie |
| DOMERGUE Jacques | Chirurgie viscérale et digestive |
| DUFFAU Hugues | Neurochirurgie |
| ELIAOU Jean François | Immunologie |
| FABRE Jean Michel | Chirurgie viscérale et digestive |
| HAMAMAH Samir | Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| HERISSON Christian | Médecine physique et de réadaptation |
| JABER Samir | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| JEANDEL Claude | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| JORGENSEN Christian | Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie |
| KOENIG Michel | Génétique |
| KOTZKI Pierre Olivier | Biophysique et médecine nucléaire |
| LABAUGE Pierre | Neurologie |
| LAFFONT Isabelle | Médecine physique et de réadaptation |
| LEFRANT Jean-Yves | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| LEHMANN Sylvain | Biochimie et Biologie moléculaire |
| LUMBROSO Serge | Biochimie et Biologie moléculaire |
| MARIANO-GOULART Denis | Biophysique et médecine nucléaire |
| MERCIER Jacques | Physiologie |
| MEUNIER Laurent | Dermato-vénérologie |
| MONDAIN Michel | Oto-rhino-laryngologie |
| MORIN Denis | Pédiatrie |
| PAGEAUX Georges-Philippe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| PUJOL Pascal | Biologie cellulaire |
| QUERE Isabelle | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire) |
| RENARD Eric | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |

| | |
|----------------------|---|
| REYNES Jacques | Maladies infectieuses, maladies tropicales |
| RIPART Jacques | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| ROUANET Philippe | Cancérologie ; radiothérapie |
| SOTTO Albert | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| TAOUREL Patrice | Radiologie et imagerie médicale |
| VANDE PERRE Philippe | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| VERNHET Hélène | Radiologie et imagerie médicale |
| YCHOU Marc | Cancérologie ; radiothérapie |

PU-PH de 1ère classe

| | |
|---------------------------|---|
| AGUILAR MARTINEZ Patricia | Hématologie ; transfusion |
| ASSENAT Éric | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| AVIGNON Antoine | Nutrition |
| AZRIA David | Cancérologie ; radiothérapie |
| BAGHDADLI Amaria | Pédopsychiatrie : addictologie |
| BLANC Pierre | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| BORIE Frédéric | Chirurgie viscérale et digestive |
| BOURDIN Arnaud | Pneumologie ; addictologie |
| CAMBONIE Gilles | Pédiatrie |
| CAMU William | Neurologie |
| CAPTIER Guillaume | Anatomie |
| CARTRON Guillaume | Hématologie ; transfusion |
| CAYLA Guillaume | Cardiologie |
| CHANQUES Gérald | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| CORBEAU Pierre | Immunologie |
| COULET Bertrand | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| CUVILLON Philippe | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| DADURE Christophe | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| DAUVILLIERS Yves | Physiologie |
| DE TAYRAC Renaud | Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale |
| DE VOS John | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| DEMARIA Roland | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| DEREURE Olivier | Dermatologie - vénéréologie |
| DROUPY Stéphane | Urologie |
| DUCROS Anne | Neurologie |
| DUPEYRON Arnaud | Médecine physique et de réadaptation |
| FESLER Pierre | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| GARREL Renaud | Oto-rhino-laryngologie |
| GENEVIEVE David | Génétique |

| | |
|--------------------------|---|
| GUILLAUME Sébastien | Physiologie |
| GUIU Boris | Radiologie et imagerie médicale |
| HAYOT Maurice | Physiologie |
| HOUEDE Nadine | Cancérologie ; radiothérapie |
| JUNG Boris | Médecine intensive-réanimation |
| KALFA Nicolas | Chirurgie infantile |
| KLOUCHE Kada | Médecine intensive-réanimation |
| KOUYOUMDJIAN Pascal | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| LACHAUD Laurence | Parasitologie et mycologie |
| LAVABRE-BERTRAND Thierry | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| LAVIGNE Jean-Philippe | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| LE MOING Vincent | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| LECLERCQ Florence | Cardiologie |
| MARIANO-GOULART Denis | Biophysique et médecine nucléaire |
| MATECKI Stéfan | Physiologie |
| MORANNE Olivier | Néphrologie |
| MOREL Jacques | Rhumatologie |
| NAVARRO Francis | Chirurgie viscérale et digestive |
| NOCCA David | Chirurgie viscérale et digestive |
| PANARO Fabrizio | Chirurgie viscérale et digestive |
| PASQUIE Jean-Luc | Cardiologie |
| PEREZ MARTIN Antonia | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire) |
| PERNEY Pascal | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| PRUDHOMME Michel | Anatomie |
| PUJOL Jean Louis | Pneumologie ; addictologie |
| PURPER-OUAKIL Diane | Pédopsychiatrie : addictologie |
| ROGER Pascal | Anatomie et cytologie pathologiques |
| TRAN Tu-Anh | Pédiatrie |

PU-PH de 2ème classe

| | |
|-------------------------|--|
| BOBBIA Xavier | Médecine d'urgence |
| BOURGIER Céline | Cancérologie ; radiothérapie |
| CANAUD Ludovic | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire) |
| CAPDEVIELLE Delphine | Psychiatrie d'Adultes ; addictologie |
| CLARET Pierre-Géraud | Médecine d'urgence |
| COLOMBO Pierre-Emmanuel | Cancérologie ; radiothérapie |
| COSTALAT Vincent | Radiologie et imagerie médicale |
| DAIEN Vincent | Ophtalmologie |

| | |
|------------------------------|--|
| DORANDEU Anne | Médecine légale et droit de la santé |
| FAILLIE Jean-Luc | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| FUCHS Florent | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| GABELLE DELOUSTAL Audrey | Neurologie |
| GAUJOUX Viala Cécile | Rhumatologie |
| GODREUIL Sylvain | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| GUILPAIN Philippe | Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement : addictologie |
| HERLIN Christian | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie |
| JACOT William | Cancérologie ; Radiothérapie |
| JEZIORSKI Eric | Pédiatrie |
| LALLEMANT Benjamin | Oto-rhino-laryngologie |
| LATTUCA Benoit | Cardiologie |
| LE QUINTREC DONNETTE Moglie | Néphrologie |
| LETOUZEY Vincent | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| LONJON Nicolas | Neurochirurgie |
| LOPEZ CASTROMAN Jorge | Psychiatrie d'Adultes ; addictologie |
| LUKAS Cédric | Rhumatologie |
| MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas | Radiologie et imagerie médicale |
| MILLET Ingrid | Radiologie et imagerie médicale |
| MURA Thibault | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication |
| NAGOT Nicolas | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la Communication |
| OLIE Emilie | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| PARIS Françoise | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| PASQUIE Jean-Luc | Cardiologie |
| PELLESTOR Franck | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| POUDEROUX Philippe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| 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 | Médecine d'urgence |
| SIRVENT Nicolas | Pédiatrie |
| SOLASSOL Jérôme | Biologie cellulaire |
| STERKERS Yvon | Parasitologie et mycologie |
| STOEBNER Pierre | Dermato-vénérologie |

| | |
|-------------------|--|
| SULTAN Ariane | Nutrition |
| THOUVENOT Éric | Neurologie |
| THURET Rodolphe | Urologie |
| TUAILLON Rodolphe | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| VENAIL Frédéric | Oto-rhino-laryngologie |
| VILLAIN Max | Ophtalmologie |
| VINCENT Thierry | Immunologie |
| VINCENT Denis | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1ère classe :

COLINGE Jacques – Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes
 LAOUDJ CHENIVESSE Dalila – Biochimie et biologie moléculaire
 VISIER Laurent – Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – Médecine générale

1ère classe :

LAMBERT Philippe
 AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES – Médecine générale

CLARY Bernard
 GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES – Médecine

BESSIS Didier – Dermato-vénérologie
 MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
 MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
 PERRIGAULT Pierre-François – Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
 QUANTIN Xavier – Pneumologie
 ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie
 VIEL Eric – Soins palliatifs et traitement de la douleur

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

| | |
|-------------------------|---|
| BADIOU Stéphanie | Biochimie et biologie moléculaire |
| BOULLE Nathalie | Biologie cellulaire |
| 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 |
| GIANSILY-BLAIZOT Muriel | Hématologie ; transfusion |

MCU-PH de 1ère classe

| | |
|------------------------|--|
| BERTRAND Martin | Anatomie |
| BOUDOUSQ Vincent | Biophysique et médecine nucléaire |
| BRET Caroline | Hématologie biologique |
| BROUILLET Sophie | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| COSSEE Mireille | Génétique |
| GIRARDET-BESSIS Anne | Biochimie et biologie moléculaire |
| HERRERO Astrid | Chirurgie viscérale et digestive |
| LAVIGNE Géraldine | Hématologie ; transfusion |
| LESAGE François-Xavier | Médecine et Santé au Travail |
| MATHIEU Olivier | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| MOUZAT Kévin | Biochimie et biologie moléculaire |
| PANABIERES Catherine | Biologie cellulaire |
| RAVEL Christophe | Parasitologie et mycologie |
| SCHUSTER-BECK Iris | Physiologie |
| THEVENIN-RENE Céline | Immunologie |

MCU-PH de 2ème classe

| | |
|-------------------|---|
| BARATEAU Lucie | Physiologie |
| BERGOUIGNOUX Anne | Génétique |
| BOETTO Julien | Neurochirurgie |
| CHIRIAC Anca | Immunologie |
| DE JONG Audrey | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| DESHAYES Emmanuel | Biophysique et médecine nucléaire |
| DU THANH Aurélie | Dermato-vénérologie |
| FITENI Frédéric | Cancérologie ; radiothérapie |
| GATINOIS Vincent | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| GOUZI Farès | Physiologie |
| HERBAUX Charles | Hématologie, transfusion |

| | |
|---------------------|---|
| HUBERLANT Stéphanie | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| LEVEQUE Maude | Parasitologie et mycologie |
| MAKINSON Alain | Maladies infectieuses, Maladies tropicales |
| MARIA Alexandre | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| PANTEL Alix | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| PERS Yves-Marie | Thérapeutique ; addictologie |
| ROUBILLE Camille | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| SZABLEWSKY | Anatomie et cytologie pathologiques |

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

| | |
|-----------------|---------------------|
| BERNEX Florence | Physiologie |
| CHAZAL Nathalie | Biologie cellulaire |

Maîtres de Conférences de classe normale

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

RAYNAUD Fabrice

Sciences du Médicament et autres produits de santé

TAULAN Magali

Biologie Cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités – Médecine Générale

MCU-MG de 1ère classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés – Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

MINET Mathilde

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ;
addictologie

DAGNEAUX Louis

Chirurgie orthopédique et traumatique

DUFLOS Claire

Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la
communication

GOULABCHAND Radijiv

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;
addictologie

MIOT Stéphanie

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;
Addictologie

ROCH Benoît

Pneumologie, addictologie

SARRABAY Guillaume

Génétique

SOUCHE François-Régis

Chirurgie viscérale et digestive

Remerciements

À mon président de jury de thèse, Monsieur le Professeur Philippe Lambert, je tiens à vous remercier de me faire l'honneur de présider et de juger mon travail de thèse.

À Monsieur le Docteur LESAGE François-Xavier et à Madame le Docteur Béatrice FOLCOLOGNOS : merci de m'avoir fait l'honneur de siéger à mon jury de thèse et de votre aide précieuse à la construction de celui-ci.

À Madame le Docteur Hélène DENIS, merci d'avoir accepté de participer à ma soutenance de thèse et d'avoir pris le temps de répondre à mes questions concernant le sujet.

À Monsieur le Docteur Kevin MOLL-LLOBELL, merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et de m'avoir consacré tant de temps. Merci de m'avoir aidée et soutenue dans la réalisation de ce projet malgré les péripéties.

À tous mes professeurs, maîtres de stages qui m'ont transmis l'art de la médecine générale avec bienveillance et qui m'ont fait aimer ce métier. Merci, vous avez ma profonde reconnaissance.

À tous les médecins généralistes participants, merci pour le temps que vous m'avez consacré, avec sincérité.

À tous mes co-internes et amis qui m'ont aidée et appris, merci.

À mes parents, merci, je me rends compte de la chance que j'aie de vous avoir à mes côtés. Sans votre présence et votre soutien, tout au long de ces années, rien de tout cela n'aurait été possible.

À ma mère, merci de m'avoir appris ton ouverture d'esprit, ta curiosité et de m'avoir ouvert les portes de la musique. Ta pédagogie et ta bienveillance sont un exemple pour moi. Et merci pour tes corrections.

À mon père, merci d'être là, toujours là pour moi et de résoudre tous mes problèmes. Tu m'as appris la persévérance et la minutie des choses bien faites.

À ma sœur, la plus bosseuse de nous trois, merci pour ces années de colocation et d'être la partie sociale de notre duo. Et il n'y aura jamais de meilleure équipe au KEMS et au TIMES UP. (Merci à Clément, tu réussis à vivre avec ma sœur, tu as gagné mon respect à vie pour cela).

À mon frère, malgré la distance pendant toutes ces années, nous arrivons à maintenir ce lien indestructible. Merci d'être cette force tranquille qui me bluffe et ta vivacité d'esprit me surprend encore. Et surtout merci d'avoir si bien veillé sur nos parents durant toutes ces années.

Merci aux membres (plus ou moins grands) de ma grande ma famille. Merci pour votre soutien, de m'avoir appris le sens du mot famille et de son importance.

À mes amis : Mathilde, merci pour ton amitié, ton soutien et de m'avoir acceptée auprès de toi. De belles années de collaboration nous attendent. Agnès, merci pour cette colocation d'enfer, ses soirées jeux, pour ta force de caractère et ta gentillesse. Guillaume, merci d'avoir ouvert en grand les bras pour m'offrir ton amitié sans faille. Robin, merci pour nos joutes verbales et ton soutien.

À tous les autres Johanna, Alex, Quentin, Elodie, Barbara, Jacques, David, Baptiste, Pauline, Stéphanie, Joëlle, Emilie, Fanny, Laure... Et aux petits nouveaux Mila, Ninon, Elliott. Merci de votre amitié et d'être tout simplement présents dans ma vie.

TABLE DES MATIERES

| | | |
|------|--|----|
| I. | LISTE DES ABREVIATIONS | 3 |
| II. | INTRODUCTION | 4 |
| III. | GENERALITES SUR LE REFUS SCOLAIRE ANXIEUX..... | 5 |
| A. | Évolution de la définition | 5 |
| B. | Épidémiologie..... | 7 |
| C. | Description Clinique | 8 |
| 1. | Le RSA chez l'enfant de moins de 10 ans : | 8 |
| 2. | Le RSA chez l'adolescent : | 9 |
| D. | Les examens complémentaires | 12 |
| E. | La prise en charge du RSA | 12 |
| 1. | Généralités : | 12 |
| 2. | Pour les formes mineures | 13 |
| 3. | L'hospitalisation : | 14 |
| 4. | La psychothérapie individuelle..... | 15 |
| 5. | L'approche familiale | 15 |
| 6. | La place du traitement médicamenteux | 15 |
| 7. | Le milieu scolaire | 16 |
| 8. | Les structures d'accueil dans l'Hérault..... | 17 |
| F. | Évolution et pronostic | 19 |
| IV. | MATERIELS ET METHODE | 20 |
| A. | Contexte | 20 |
| B. | Le type d'étude..... | 20 |
| C. | Population et échantillonnage | 21 |
| D. | Déroulement des entretiens | 21 |
| E. | Méthode d'analyse des entretiens..... | 22 |
| V. | RESULTATS..... | 23 |
| A. | Caractéristiques de la population étudiée | 23 |
| B. | Retour d'expérience, les rôles des médecins généralistes vis-à-vis du refus scolaire anxieux..... | 25 |
| 1. | Définition et rôles du médecin généraliste | 25 |
| 2. | Le repérage complexe, non systématique et insuffisant | 28 |
| 3. | Le refus scolaire anxieux : un diagnostic d'exclusion..... | 36 |
| 4. | La prise en charge du RSA, initiée par le médecin traitant, appuyée par l'avis du spécialiste mais dépendante d'une inégalité d'accès aux soins sur le territoire..... | 40 |
| 5. | Liens compliqués avec le milieu scolaire..... | 52 |

| | | |
|-------|---|----|
| 6. | L'importance de l'accompagnement des familles pour éviter les incompréhensions et les interférences négatives des parents dans la prise en charge | 59 |
| 7. | Le suivi de l'adolescent, une prise en soin complexe et freinée par l'absence de médecin référent | 61 |
| 8. | L'impression d'un manque de recommandations et de formations..... | 65 |
| C. | Le vécu de la prise en charge du RSA par le médecin généraliste | 66 |
| D. | Les freins dans la prise en charge du RSA en médecine générale..... | 67 |
| VI. | DISCUSSION | 68 |
| A. | À propos de l'étude | 68 |
| 1. | Description de la population de médecins généralistes | 68 |
| 2. | Les limites de l'étude..... | 68 |
| B. | La prise en charge des adolescents présentant un RSA selon les médecins interrogés | 69 |
| 1. | Repérage complexe, non systématique et insuffisant | 69 |
| 2. | Diagnostic d'exclusion, la crainte d'une erreur de diagnostic | 72 |
| 3. | Le médecin généraliste : un rôle important d'écoute et d'accompagnement nécessitant un appui des spécialistes pour la thérapeutique | 73 |
| 4. | L'avis spécialisé est dépendant d'une inégalité d'accès aux soins sur le territoire | 74 |
| 5. | Le milieu scolaire, vu comme un acteur essentiel pour le généraliste mais dans les faits peu de contacts entre eux..... | 75 |
| 6. | L'importance de l'accompagnement des familles pour éviter les incompréhensions et les interférences des parents dans la prise en charge..... | 76 |
| 7. | Le suivi de l'adolescent, une prise en soin complexe et freinée par l'absence de médecin référent | 77 |
| 8. | Manque de formations et manque d'expériences : retard repérage et de la prise en charge.. | 77 |
| 9. | La crise de la COVID 19 facteur aggravant | 78 |
| 10. | Propositions de pistes de travail..... | 78 |
| VII. | CONCLUSION | 80 |
| VIII. | BIBLIOGRAPHIE..... | 81 |
| IX. | ANNEXES..... | 85 |

I. LISTE DES ABREVIATIONS

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMP : Centre médico-psychologique

CMPEA : Centre médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent

CMPP : Centre médico-psychologique pédagogique

CNED : Centre national d'enseignement à distance

COVID 19 : Coronavirus disease 2019

CP : Classe préparatoire

CPE : Conseiller principal d'éducation

ECBU : Examen cytbactériologique des urines

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmier diplômé d'état

MDA 34 : Maison des adolescents de l'Hérault

MPEA : Médecine psychologique pour enfant et adolescent

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

PAI : Projet d'accueil individualisé

PEC : Prise en charge

PMI : Protection maternelle et infantile

RSA : Refus scolaire anxieux

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TOC : Troubles obsessionnels compulsifs

II. INTRODUCTION

L'école est un lieu qui permet d'acquérir des connaissances, mais aussi un lieu de socialisation. S'y rendre nécessite pour l'enfant différentes compétences comme la capacité à se séparer, à apprendre et à vivre en groupe avec des camarades imposés. Elle permet à l'enfant d'acquérir de l'autonomie et d'évoluer progressivement vers l'indépendance et l'âge adulte. Certains enfants, plus vulnérables ont du mal à acquérir ces capacités, entraînant parfois un mal-être important ayant pour conséquence des difficultés à se rendre sur leur milieu scolaire. Ils présentent ce qu'on appelle un Refus Scolaire Anxieux (RSA).

Le refus scolaire anxieux connu également sous le nom de phobie scolaire touche entre 1 et 2% des enfants en âge d'aller à l'école (1). Cependant ce trouble concernerait jusqu'à 28% des enfants et adolescents au moins une fois pendant leur scolarité (2) d'autant plus qu'il est probablement sous-diagnostiqué en raison de l'absence de critère consensuel et d'outil de repérage reconnu en France (1,3).

Le RSA peut s'exprimer de différentes manières, certains élèves présentent des signes fonctionnels (les plus fréquemment décrits sont les malaises, les troubles digestifs et les céphalées) (4), ces symptômes survenant pendant la période scolaire et étant absents les weekends et durant les vacances scolaires. Mais il peut aussi s'exprimer par des symptômes dépressifs, d'anxiété ou encore l'apparition de troubles du comportement.

Le médecin généraliste est souvent en première ligne et il joue un rôle central dans le dépistage et la prise en charge des RSA. L'une des étapes clés est le diagnostic, celui-ci peut être compliqué à poser et retardé, notamment lorsqu'il est masqué par des manifestations somatiques aspécifiques (douleurs abdominales, vomissements, céphalées...). Ces symptômes sont le motif initial de consultation dans plus de la moitié des cas de RSA (4).

Une fois le trouble identifié, il est important que celui-ci ne se chronicise pas. Le médecin traitant a l'avantage d'avoir accès à la dynamique intrafamiliale, ce qui lui permet, dans le cadre d'une intervention précoce, de prendre en charge l'ensemble des membres de la famille lorsque le facteur déclenchant s'avère être familial (maladie d'un parent, séparation des parents, conflit avec un parent, la pression parentale...). Si le RSA est sévère, il peut, par la suite, orienter l'adolescent vers un suivi spécialisé.

Organiser la prise en charge et le suivi est encore compliqué aujourd'hui, malgré la création de réseaux de soins sectorisés. Les délais peuvent être trop longs et la mise en contact entre les différents intervenants peut parfois être chaotique (3,5).

Or, la prise en charge du RSA est une urgence thérapeutique et doit être mise en place rapidement. La durée de la déscolarisation étant un facteur aggravant, il est reconnu que le pronostic est d'autant plus grave et la reprise scolaire d'autant plus compliquée, que la survenue est tardive.

C'est dans ce contexte que nous avons voulu réaliser un travail sur ce sujet, dont l'objectif serait de comprendre le vécu et l'expérience des médecins généralistes exerçant dans le département de l'Hérault, ayant pris en charge des enfants âgés de 10 à 16 ans présentant un RSA pour identifier les freins afin d'améliorer la prise en charge en cabinet de médecine générale.

III. GENERALITES SUR LE REFUS SCOLAIRE ANXIEUX

A. Évolution de la définition

Les premiers cas d'enfants refusant de se rendre à l'école ont pu être retrouvés qu'à partir du moment où l'école est devenue obligatoire en 1882 (1) (la loi Jules Ferry rend l'instruction laïque et obligatoire jusqu'à l'âge de 14 ans puis l'âge sera repoussé à 16 ans en 1956).

C'est Alfred Binet en 1887 qui est le premier à décrire le cas d'un enfant dont le mutisme est rythmé par l'école. L'idée sera reprise par C.G. Jung en 1913, qui parle même de refus névrotique en évoquant notamment un refus conscient et involontaire d'aller à l'école (6). C'est à partir de ce moment que l'on commence à voir l'absentéisme comme autre chose qu'un simple problème d'école buissonnière. Dès lors les termes et concepts qui sous-tendent cette notion de refus scolaire anxieux n'ont pas cessé d'évoluer.

Adelaïde M. Johnson en 1941 dans l'*American Journal of Orthopsychiatry* utilisera le terme de « **phobie scolaire** » pour la première fois, pour décrire « *ces enfants qui pour des raisons irrationnelles refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de*

panique quand on essaie de les y forcer » (7). Une définition que reprendra en 1974, en France, J. Ajuriaguerra (8), en ajoutant l'angoisse de séparation au centre du trouble.

À partir de là, le terme « phobie scolaire » devient un « concept limite », dans le sens où l'école est située au centre du problème alors que les mécanismes entrant en jeu sont plus complexes et nombreux que ceux à l'œuvre dans les phobies. On lui préférera alors le terme plus générique, de « **refus scolaire** » reprenant le terme introduit en anglais de « school refusal », par L.A. Hersov en 1960 (9).

En 1990, C.A. Kearney propose le concept de « school refusal behavior » traduit par « comportement de refus de l'école » avec le critère principal d'absentéisme (2). Il rassemble les notions de refus scolaire et d'école buissonnière sous une même entité. La symptomatologie anxieuse n'est plus au premier plan dans cette approche, mais c'est le comportement d'absentéisme.

C'est cette définition qui a été depuis préférée par de nombreux auteurs « pour sa neutralité » : « **le refus de l'enfant de se rendre à l'école ou des difficultés à y rester une journée** ». Et c'est celle qui est retenue, en 2006, par M.C. Mouren et R. Delorme, dans le Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine (10).

Il est important de différencier le refus scolaire anxieux du décrochage scolaire qui se définit par l'abandon de la scolarité par un élève avant d'avoir obtenu un diplôme. D'autre part, les pathologies psychiatriques (les psychoses, ou les TOC (troubles obsessionnels compulsifs) sévères) et les pathologies organiques qui limitent temporairement la présence scolaire de l'enfant, ne rentrent pas dans le cadre du RSA (4).

Concernant la place du RSA dans les classifications internationales, dans le DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (11) et le CIM 10 (Classification Internationale des Maladies) (12) le terme de « phobie scolaire » ou « refus scolaire » n'existe pas. Il n'est pas considéré comme une catégorie à part entière. Seule la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) 2020, utilise le terme de « phobie scolaire » et le classe dans les symptômes phobiques, avec la définition suivante : « *manifestations d'angoisse majeure avec souvent phénomène de panique liées à la fréquentation scolaire, sous leurs aspects manifestes ou dissimulés, et interdisant sa poursuite sous les formes habituelles* » (13).

Il n'existe donc pas de dénomination ni de définition consensuelle du RSA, en fonction des pays, des auteurs et des courants de pensée, ce qui rend difficile son étude.

B. Épidémiologie

La plupart des auteurs s'accordent sur les données épidémiologiques, cependant elles restent compliquées à analyser du fait de l'absence de définition claire.

La prévalence

En France, on estime la prévalence du RSA sur les enfants d'âge scolaire entre 1 et 2%, et cette pathologie représente 5 à 7 % des consultations de pédopsychiatrie (1). Mais d'après L.A. Kearney le trouble concernerait jusqu'à 28% des enfants et adolescents au moins une fois pendant leur scolarité (2). Certaines études récentes retrouvent un taux plus élevé en population générale, jusqu'à 4%, ce qui témoignerait d'une augmentation (1), constatation corroborée par l'analyse de L. Etienne, qui observe une augmentation du nombre de consultations pour refus scolaire anxieux de 2009 à 2012, passant de 3,1% à 6,3% (14). Cette augmentation pourrait être expliquée par l'allongement de la durée de la scolarité obligatoire, la pression de réussite scolaire et un meilleur dépistage (15).

La prévalence des RSA semble fluctuer en fonction de la place donnée à l'éducation scolaire et de l'importance des études dans la société. Au Japon, notamment, où l'éducation a culturellement une dimension majeure, la compétition scolaire est la règle, les RSA représentent 60 à 70% des consultations en pédopsychiatrie (1).

L'âge :

Communément on distingue trois pics de recrudescences qui correspondent à des périodes de maturation somatopsychique marquantes et à des étapes clefs du parcours scolaire :

- Le premier pic se situe vers 5-7 ans (entrée en CP). À cette période ces manifestations paraissent majoritairement être en lien à des angoisses de séparation.
- Le deuxième pic se situe vers la préadolescence 11-12 ans (entrée au collège), passage nécessitant une plus grande autonomie, tant par le changement géographique des lieux que par les nouvelles modalités de cours avec différents professeurs, la gestion autonome du travail. À cela s'ajoutent les prémices de la puberté.
- Le troisième pic s'étend de 13 à 16 ans ce qui correspond à l'adolescence (de la 5ème à la seconde), ces formes plus tardives sont de moins bons pronostics (1,16).

Sexe :

Les données concernant le sex-ratio retrouvent un nombre à peu près égal de filles et de garçons (2,10,17).

Milieus socioéconomiques :

Le RSA peut se produire dans tous les milieux socioéconomiques (10,17).

Niveau intellectuel :

Le RSA n'est pas associé à un retard ou à des difficultés intellectuelles. Certaines études ont même mis en évidence que cela pourrait plutôt concerner des enfants présentant un haut potentiel intellectuel. Ils peuvent éprouver de l'ennui devant le discours d'un enseignement dont ils ne comprennent pas forcément l'objectif de cet apprentissage du fait de leur manière de pensée particulière. La relation parfois difficile avec les enseignants et les camarades peut entraîner harcèlement et violences de la part des autres élèves (1,5).

C. Description Clinique

S'il existe une concordance entre les manifestations comportementales du RSA, l'hétérogénéité des présentations cliniques et la diversité des pathologies accompagnant les refus scolaires, rendent difficile de le définir en tableaux cliniques. Nous, nous proposons dans cette partie de présenter le refus scolaire anxieux en distinguant les formes cliniques de l'enfant de moins de 10 ans et de l'adolescent qui est la forme majoritaire.

1. Le RSA chez l'enfant de moins de 10 ans :

Le début est le plus souvent brutal : La crise est bruyante et attire l'attention. L'enfant présente une crise d'anxiété aiguë le matin du départ à l'école (pleurs, agitation) avec un refus de s'y rendre. La crise s'arrête dès que l'enfant n'est plus confronté à l'école et à la maison il n'y a pas de difficulté à réaliser le travail scolaire (10). Il peut aussi présenter des manifestations somatoformes (malaises, étourdissements, douleurs abdominales, vomissements, céphalées).

Sur le plan psychopathologique l'angoisse de séparation est particulièrement représentée dans ces situations. **L'angoisse de séparation** est définie comme une anxiété démesurée et inadaptée au regard du stade de développement, survenant lors de la séparation d'avec les personnes auxquelles l'enfant est attaché (4,18). De ce fait, l'élément déclencheur est le plus souvent en lien avec une situation de **séparation douloureuse** (déménagement, changement d'école, d'enseignant, conflits familiaux avec risque de séparation parentale, parent hospitalisé...).

Cependant, il faut être prudent avant de diagnostiquer un refus scolaire anxieux avant l'école primaire car, plus l'enfant est jeune, plus il est difficile de différencier l'angoisse de séparation dite développementale d'une angoisse de séparation devenant pathologique.

2. Le RSA chez l'adolescent :

a) La psychologie de l'adolescent

À 10-12 ans, à l'entrée au collège le changement est le maître-mot. On retrouve à la fois l'apparition des premiers signes de la puberté qui sont à l'origine de modifications corporelles et du cortège de changements que celui-ci induit dans le champ de la pensée et des relations sociales. À cela s'ajoute le processus d'autonomisation (avoir son propre jugement, raisonner seul). On retrouve aussi les changements de type d'enseignement marqué par la multiplicité des professeurs, la gestion autonome du travail... (19,20).

Au lycée, la scolarité est dominée par le choix de la spécialisation et donc la projection de son avenir professionnel, ce qui induit une représentation de soi en termes de compétences et de valeur personnelle.

Face à ces bouleversements, les adolescents peuvent se trouver temporairement bloqués dans une incapacité à penser.

b) Le tableau clinique

Le début est souvent progressif : l'absentéisme est le signe d'alerte principal. Il est irrégulier et ne concerne que certaines matières ou lors des évaluations. Dans l'étude de L. Etienne, la notion

d'absentéisme est retrouvée chez tous les patients présentant un RSA (14). Les symptômes somatiques aspécifiques sont fréquents (douleurs abdominales, céphalées) motivants des passages répétés à l'infirmierie.

Le trouble peut longtemps passer inaperçu. Il connaît des fluctuations rythmées par l'école (aggravation clinique à proximité d'une reprise scolaire et amélioration clinique à l'approche des vacances). L'absentéisme est au début occasionnel puis de plus en plus fréquent jusqu'à ce que parfois l'adolescent soit totalement déscolarisé. Les rationalisations secondaires justifiant le refus d'aller en cours sont fréquemment retrouvées : crainte des contrôles, critique d'un professeur, immaturité des autres élèves, crainte d'être rejeté ou moqué (19,21).

L'équilibre familial est souvent perturbé par cette pathologie (21). Les parents culpabilisent et essaient de faire retourner l'adolescent à l'école de manière insistante entraînant parfois de l'agressivité et de la colère chez l'enfant. Et l'échec à y parvenir est mal vécu par les parents (22,23,30).

c) Facteurs déclenchants

Dans le cadre du RSA chez les adolescents un facteur déclenchant est à rechercher. Il peut être lié à l'adolescent lui-même (maladie, accident...), à la famille (maladie d'un parent, séparation, déménagement), à la situation scolaire (changement d'établissement, de classe...) ou à une situation conflictuelle (conflit avec un parent, un élève, un professeur ou un harcèlement). Un conflit généralement peu exprimé mais chronique et intense. Le facteur déclenchant précède dans les mois ou années le début du trouble.

La pression parentale fait partie aussi des facteurs pouvant induire un RSA. Le besoin d'ascension sociale des parents peut entraîner une appréhension de l'échec scolaire chez l'enfant, allant jusqu'au blocage (angoisse de performance). Il existe parfois un décalage entre les attentes parentales et le désir d'orientation scolaire de l'adolescent l'incitant à éviter l'école de peur de décevoir ses parents (15,24).

Cependant, il arrive qu'on ne retrouve pas de facteur déclenchant à l'origine du trouble. Le refus scolaire anxieux apparaît alors isolé.

d) Les signes fonctionnels

Les somatisations vont être le motif initial de consultation dans plus de la moitié des cas (4,17).

Dans l'étude de E. Hirsch en 2017, jusqu'à 75% des patients présentaient des signes fonctionnels (cette différence peut être expliquée par la recherche des troubles du sommeil) et ils étaient significativement associés à un retard dans la prise en charge de plus de 6 mois (5).

Ces somatisations peuvent dominer le tableau clinique et faussement orienter vers une pathologie organique sans même que l'on retrouve de plaintes concernant l'école. Les études ont montré que les symptômes augmentent et s'accumulent tant que la prise en charge psychologique n'est pas mise en place, ce qui rend le diagnostic d'autant plus difficile (4,5). Ces signes fonctionnels sont aspécifiques et peuvent simuler des pathologies organiques : digestifs (douleurs abdominales, vomissements, diarrhées), neurologiques (céphalées), cardiaques (douleurs thoraciques, palpitations, malaises), respiratoires et ORL (dyspnée, extinction de voix). Les manifestations somatiques **les plus fréquemment décrites sont les troubles digestifs, les malaises et les céphalées (4,10).**

e) Les formes cliniques sous-jacentes

Le RSA n'est pas considéré comme une entité clinique unique mais recouvre un panel de troubles psychopathologiques. Dans la plupart des cas, l'enfant ou l'adolescent maintient ses activités extrascolaires et continue de voir ses amis sans difficulté, le tableau clinique reste limité au temps scolaire. Mais parfois, il peut présenter d'autres manifestations psychopathologiques. Il est important d'identifier le ou les troubles psychiatriques qui se manifestent par ce RSA, pour mieux en comprendre les mécanismes, et mieux définir la prise en charge (25,26).

Les formes avec manifestations anxieuses prédominantes selon L. Holzer et O. Halfon (4) :

- **Anxiété de séparation** : cela se traduit par une augmentation progressive de la dépendance de l'adolescent vis-à-vis de ses parents.

- **Phobie simple** : l'adolescent peut développer des craintes sur un des aspects de l'école (franchissement des portes, trajet, évaluations, certains lieux, certains cours...) qui prend alors un rôle phobogène important.
- **Phobie sociale** : les adolescents peuvent redouter certaines situations sociales à l'école où ils doivent d'exposer. Ils craignent d'être moqués, jugés et rejetés par autrui.
- **Anxio-dépressif** : l'importance de la réussite scolaire et/ou sociale fait de l'école un lieu de fortes pressions, entraînant une fragilité psychologique.

Les formes avec manifestations dépressives prédominantes :

La dépression est très fréquente entre 13 et 30% selon les auteurs (Mouren et Delorme 2006; Baranger 2012) (10,27). Elle s'explique par un sentiment de dévalorisation et par la culpabilité qu'entraîne l'incapacité à se rendre en milieu scolaire. Le tableau s'accompagne d'un repli sur soi et d'un désintérêt de toutes les activités habituellement appréciées par l'adolescent (21).

D. Les examens complémentaires

Il n'existe pas de recommandations particulières concernant les explorations somatiques à réaliser devant une suspicion de RSA. Les examens complémentaires seront réalisés en fonction la symptomatologie de l'enfant et en fonction du praticien qui les prescrit. Les auteurs rappellent qu'il est nécessaire d'écarter un diagnostic différentiel somatique. Mais, les examens médicaux doivent être dosés à bon escient pour ne pas retarder la mise en place des soins (3).

E. La prise en charge du RSA

1. Généralités :

Il n'y a, aujourd'hui, aucune prise en charge de référence. Pour chaque enfant, il est nécessaire d'élaborer un traitement individualisé et adapté. La prise en charge doit être précoce car le pronostic dépend de la durée de la déscolarisation (2,4). L'étude de M. Okuyama a mis en évidence l'importance de mettre en place une prise en charge adaptée dans les 10 mois qui

suivent l'apparition des troubles (28). Dans les études françaises d'E. Hirsch et L. Menucelli les délais de prise en charge spécialisée étaient en moyenne de 3 à 4 mois et environ 90 % des enfants sont pris en charge dans un délai d'un an (5,25). La prise en charge doit être aussi multidimensionnelle : l'enfant, sa famille et l'école.

Les objectifs de la prise en charge sont triples : la rescolarisation, la réduction des symptômes et la prévention des complications (dépression, difficultés d'interaction sociale ou professionnelle).

Les acteurs au centre de la prise en charge :

Le médecin traitant ou le pédiatre : il élimine une étiologie organique, repère le RSA précocement, entame la prise en charge, oriente l'enfant et guide les parents.

La médecine scolaire (médecin, psychologue, IDE) : elle dépiste le RSA, oriente l'enfant vers un psychiatre, met en place si nécessaire un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) et fait le lien avec l'équipe pédagogique (29).

Le pédopsychiatre ou psychiatre référent : il coordonne la prise en charge spécialisée et par le biais de la réalisation d'un PAI il permet le travail en réseau avec l'Éducation nationale.

2. Pour les formes mineures

Les formes dites « mineures » du RSA (les formes d'apparition récente avec un facteur déclenchant évident chez un patient sans antécédent psychiatrique avec un environnement familial adapté) ne requièrent pas l'intervention d'un spécialiste. Ces formes peuvent être prises en charge en ambulatoire par le médecin généraliste ou le pédiatre, et si besoin en association avec un psychologue libéral (4,5,19). Le recours à un pédopsychiatre ou à une prise en charge hospitalière se justifie en cas d'échec des mesures simples ou dans les formes qui apparaissent d'emblées complexes (la présence d'un trouble psychopathologique sous-jacent ou un contexte familial compliqué).

3. L'hospitalisation :

L'hospitalisation de jour (HDJ) :

L'HDJ concerne en général des enfants qui ont entre 10 et 16 ans. Ils sont reçus environ 3 à 4 demi-journées par semaine. Ils poursuivent en parallèle leurs études au sein de l'unité et reçoivent des soins psychologiques à la fois en individuel et en groupe.

Une fois le diagnostic effectué par l'équipe soignante, le projet thérapeutique est construit avec l'adolescent, sa famille, et l'ensemble de l'équipe (thérapeutes, professeurs). La prise en charge psychologique est débutée avec l'instauration d'une thérapie individuelle, en groupe et familiale avec le psychologue et/ou le pédopsychiatre. Dans un même temps, est mis en place une scolarité à temps partiel et individualisée dans une classe de l'Éducation nationale attachée au service au sein de l'unité (en pratique, la classe a eu lieu trois fois 1 h 30 par semaine).

La réintégration à l'école de l'adolescent se fait de manière progressive (cours préférés dans un premier temps). Un PAI est réalisé avec l'établissement scolaire. Après la réintégration complète, le suivi thérapeutique se poursuit, l'adolescent reste en lien avec l'équipe soignante (30).

L'hospitalisation complète :

L'hospitalisation à temps plein est instaurée en cas d'échec de l'hôpital de jour ou devant des troubles anxieux importants. Celle-ci doit être programmée car elle entraîne un déconditionnement de l'enfant en le séparant du milieu familial et en l'immergeant dans un milieu scolaire et social différent (19).

L'hospitalisation complète permet ainsi de rompre l'isolement de l'adolescent, en lui permettant de créer des liens avec d'autres enfants et en reprenant une scolarité adaptée en petit groupe. L'hôpital permet aussi à l'adolescent de gérer son angoisse et son agressivité. En effet, il arrive parfois que l'anxiété des parents soit ressentie comme une pression pour l'adolescent, d'où une agressivité de l'enfant en retour (4,19,30).

4. La psychothérapie individuelle

La psychothérapie individuelle représente l'outil thérapeutique en première intention et le plus important. La thérapie cognitivo-comportementale est l'approche dont l'efficacité a été la plus documentée. Elle vise la suppression des symptômes. Elle repose sur des séances de désensibilisation, des thérapies d'affirmation de soi et d'autocontrôle. L'efficacité de la TTC est établie par de nombreuses études et les résultats observés sont les plus stables dans le temps (4,18). Le taux de rémission moyen est de 56,7% pour la TCC contre 34,8% pour les conditions de contrôles, et selon de H. Denis et A. Baghdadli, 72% des patients maintiennent les gains thérapeutiques sur plusieurs années (18).

5. L'approche familiale

L'implication de la famille dans les soins, les thérapies familiales, voire la prise en charge individuelle d'un ou des parents doivent être débutées en parallèle de la mise en place des soins à l'adolescent (19). Les parents peuvent, parfois de manière inconsciente par leurs attitudes contradictoires, maintenir l'angoisse de leur enfant gênant ainsi le processus thérapeutique. Les entretiens et les thérapies familiales ont pour objectifs d'expliquer aux parents la pathologie, de comprendre la dynamique familiale et l'histoire parentale, mais aussi d'aider l'adolescent à se définir une place dans la famille (19,23).

6. La place du traitement médicamenteux

La mise en place d'un traitement médicamenteux n'est indiquée que pour les enfants et adolescents pour qui la prise en charge psychologique s'est révélée inefficace. Jamais seul, ni en première intention, surtout chez le jeune enfant (4,19).

La prescription d'anxiolytiques est utilisée ponctuellement pour soulager les manifestations anxieuses sévères, les antidépresseurs sont réservés aux tableaux associés à une symptomatologie dépressive (18,31). Toutefois, leur efficacité ne sera que symptomatique.

Seuls les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ont montré un intérêt dans le traitement du RSA. Ils peuvent apporter un soulagement non négligeable quand il existe un

syndrome anxiodépressif majeur. Leur efficacité est principalement visible sur l'anxiété. Mais les auteurs restent prudents sur leur utilisation chez les enfants et les adolescents (32). Seules la Sertraline, la Fluoxétine et la Paroxétine ont montré un intérêt dans le traitement des troubles anxieux (18,19,33).

En France, ces traitements n'ont pas l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) pour ces indications. Elles sont restreintes pour la Sertraline aux troubles obsessionnels-compulsifs (à partir de 6 ans) et pour la Fluoxétine à l'état dépressif majeur d'intensité modérée à sévère (à partir de 8 ans) (18).

Les benzodiazépines ont une utilité à court terme pour le traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères ou pour encadrer la reprise scolaire mais cette prescription ne doit pas dépasser un mois (19).

D'autres traitements médicamenteux ont également été testés (Buspirone, Propranolol), mais le manque d'études à grande échelle ne permet pas encore de les légitimer dans le RSA (4).

7. Le milieu scolaire

L'absence scolaire prolongée crée des problèmes secondaires à la fois par la rupture de l'apprentissage mais aussi par la perte des amitiés et des liens sociaux. C'est pourquoi l'objectif de la prise en charge est donc non seulement le retour rapide à l'école, mais aussi la reprise d'une bonne insertion sociale (3,19).

Mais une reprise précipitée et désorganisée des cours risque de se faire au détriment de l'enfant. Une rescolarisation trop rapide pourrait favoriser les rechutes. Il est donc nécessaire de définir un cadre thérapeutique concernant la réinsertion en milieu scolaire. Un travail conjoint avec l'Éducation nationale doit permettre de se fixer des objectifs réalistes (29).

L'Éducation nationale propose différentes solutions d'adaptation scolaire à l'élève et à ses parents. On peut aussi conjuguer les différents modes de scolarisation. Ceci est possible grâce à la réalisation d'un PAI. Celui-ci doit être établi par le médecin scolaire, l'enfant, ses parents, le psychiatre et les représentants de l'équipe pédagogique.

Les différents dispositifs d'aménagements :

Le PAI : il permet des aménagements d'emploi du temps, des temps à l'infirmierie ou au CDI peuvent être proposés. Le maintien d'une ou deux des matières préférées est privilégié, plutôt que de retirer des demi-journées fixes dans la semaine.

Le Service d'Assistance Pédagogique A Domicile (APAD) : il permet une scolarisation à domicile ou au sein de l'établissement en petit groupe.

Les dispositifs relais (classes et ateliers) : ils permettent un accueil temporaire adapté pour éviter la marginalisation scolaire et maintenir la scolarisation et la socialisation.

Les cours par correspondance comme le Centre National d'Enseignement à Distance (CNED) : ils permettent de poursuivre la scolarité mais leur utilisation est déconseillée, car ils entretiennent l'isolement social et ses conséquences sur la pathologie psychiatrique et le développement des compétences de socialisation (34).

8. Les structures d'accueil dans l'Hérault

Unité du Refus Scolaire Anxieux au MPEA (Médecine psychologique pour enfant et adolescent) du CHU de Montpellier :

C'est une unité spécialisée dans la prise en charge des refus scolaires anxieux d'adolescents de 11 à 16 ans à Peyre Plantade au CHU de Montpellier. Les familles, le médecin demandeur ou l'IDE scolaire contactent le service par téléphone ou par e-mail. Pour les familles dépendant d'autre secteur que MPEA de St Eloi, les patients y sont adressés en seconde intention après avoir été vus par un spécialiste de leur secteur. Dans les cas où il s'agit d'un refus scolaire anxieux ou d'une déscolarisation récente, une évaluation rapide est effectuée. Quand la situation évoque clairement un refus scolaire, l'adolescent est reçu directement par un médecin ou un interne. Mais devant les situations où le diagnostic n'est pas évident, une consultation infirmière est initialement réalisée. Cette consultation permettra de faire un point global.

Dans un contexte normal (hors crise sanitaire), les enfants et leur famille sont reçus dans un délai d'un mois. À la suite de l'entretien initial, un projet thérapeutique est réalisé par une équipe pluridisciplinaire.

Les Centres médico-psycho pédagogiques (CMPP) :

Les CMPP sont des centres de consultations, de diagnostics recevant les enfants, parfois leurs parents. Ces centres permettent également la réalisation de soins ambulatoires. Les CMPP sont des centres privés portés par des structures associatives et conventionnées avec la sécurité sociale. Les traitements réalisés sont financés par l'assurance maladie. L'enfant et sa famille ont accès à une équipe pluridisciplinaire, comprenant des pédopsychiatres, des psychologues, des assistants sociaux, des orthophonistes, des psychomotriciens. Les familles peuvent contacter directement ces centres ou sur les conseils d'un médecin ou d'une autre personne (un professeur, un chef d'établissement...).

Les Centres médico-psychologiques de l'enfant et de l'adolescent (CMPEA) :

En comparaison avec les CMPP, les CMPEA sont rattachés à un hôpital public. La prise en charge est également pluridisciplinaire. Leurs rôles sont de guider les parents, évaluer, d'accompagner et traiter les enfants et les adolescents dans un travail psychothérapeutique et de favoriser leur intégration scolaire et sociale.

La Maison des Adolescents de l'Hérault (MDA34) :

La Maison des Adolescents de l'Hérault est un centre d'accueil, et d'accompagnement pour les adolescents du département. L'accès est libre, gratuit, et l'accueil est possible sans rendez-vous pour les enfants, et avec rendez-vous pour les parents. La MDA34 propose par l'intermédiaire d'une équipe pluridisciplinaire une écoute, des informations, une évaluation des situations, une prise en charge médicale et psychologique, un accompagnement éducatif et social. Il existe deux sites : un à Montpellier et un à Béziers.

Clinique la Lironde à Saint Gély du Fesc :

La clinique dispose d'un service d'hospitalisation de psychiatrie infanto-juvénile pour les adolescents de 12 à 18 ans. Ils prennent en charge les troubles affectifs (dépression, anxiété), les troubles de l'humeur, et les troubles du comportement alimentaire.

F. Évolution et pronostic

Dans la majorité des études, la reprise scolaire est le critère principal de la bonne ou mauvaise évolution. Mais d'autres critères sont également à prendre en considération comme l'estime de soi, les relations avec les camarades ainsi que le fonctionnement familial.

On considère que l'évolution de la phobie scolaire de l'enfant et de l'adolescent suit en général la règle des 1/3 (4,21,35) :

- Un tiers vers une évolution favorable
- Un tiers des cas évoluent vers un trouble mental à l'âge adulte (troubles anxieux, dépression, troubles de la personnalité) (19,36)
- Le dernier tiers rencontrant des difficultés d'interaction sociale ou professionnelle.

De manière générale, plus le RSA est complexe et persiste dans le temps plus le pronostic est défavorable. La reprise scolaire est d'autant plus compliquée que la durée de la déscolarisation est longue (4,27,37). Selon les études, le retour en classe oscille entre 40 et 60 % (16,17) et la durée moyenne de déscolarisation est de 9 mois (5,25,28).

Le pronostic est aussi lié à l'âge (plus l'âge augmente, moins il est bon), et à la rapidité de la mise en place d'une prise en charge thérapeutique (4,5,28). La reprise scolaire avant 11 ans est d'environ 90% alors, qu'après 13 ans elle est seulement de 30% (19).

De nombreuses études s'accordent sur l'importance du suivi à long terme même après la reprise de l'école pour diminuer les risques de pseudo-guérison et pour éviter les rechutes et les conséquences psychiatriques à long terme (5,38).

IV. MATERIELS ET METHODE

A. Contexte

Comme nous avons pu le voir au-dessus, le RSA reste une pathologie dont le pronostic est en partie lié à la rapidité de la prise en charge. Il est donc important de le repérer dans les meilleurs délais et de proposer au plus vite une prise en charge adaptée à cette problématique.

Au cours de mon expérience professionnelle, j'ai rencontré plusieurs cas d'adolescents présentant des tableaux cliniques différents de RSA, et je me suis retrouvée confrontée à des difficultés inhérentes à cette prise en charge à la fois sur le plan organisationnel (vers qui adresser et dans quel délai ?), thérapeutique mais aussi sur le plan de la prise en charge scolaire.

J'ai constaté lors de mes recherches qu'il existe à ce jour peu d'études en médecine générale, alors que nous faisons partie des premiers acteurs du dépistage et de la prise en charge du RSA.

C'est dans ce contexte que j'ai souhaité réaliser un travail sur ce sujet, afin de comprendre le vécu et l'expérience des médecins généralistes ayant pris en charge des enfants âgés de 10 à 16 ans présentant un RSA dans le but d'identifier les freins afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge en cabinet de médecine générale.

B. Le type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative afin de pouvoir recueillir le vécu au plus proche de la réalité des médecins généralistes sur le sujet, nous permettant ainsi d'obtenir leur expérience réelle et d'essayer d'en tirer l'essence pour comprendre la dynamique sous-tendante (les freins) du sujet étudié. Nous avons opté pour des entretiens dits semi-directifs, pour permettre à la fois aux praticiens de laisser libre cours à leurs pensées sur le sujet, tout en abordant les thèmes souhaités.

C. Population et échantillonnage

Population recrutée :

La population étudiée comportait des médecins généralistes installés ou remplaçants et pratiquant un exercice libéral, toutes tranches d'âges confondues, hommes et femmes. Nous avons choisi de restreindre l'étude au département de l'Hérault afin d'étudier l'exploitation du réseau médical par les médecins généralistes libéraux sur un département.

Le critère principal d'exclusion pour notre étude était d'avoir une pratique hospitalière car nous souhaitons avoir le retour d'expérience d'un exercice libéral.

Mode de recrutement

Le recrutement a été réalisé par différents moyens :

- Soit par l'intermédiaire d'un e-mail envoyé aux 1152 médecins généralistes de l'Hérault ayant communiqué une adresse e-mail au Conseil Départemental de l'ordre des Médecins de l'Hérault (CDOM). 3 médecins ont répondu positivement et ont réalisé l'entretien (soit 0,2% de réponses positives). L'e-mail envoyé est en annexe (Annexe 1).
- Soit par des connaissances ou leurs intermédiaires. Ils ont été contactés par e-mail ou par téléphone. Sur les 26 médecins contactés, 8 ont accepté un entretien (soit 30% de réponses positives).

D. Déroulement des entretiens

Réalisation du guide d'entretien

Un canevas d'entretien a été réalisé avant de démarrer l'étude pour permettre d'aborder les thèmes qui nous ont semblé pertinents, en se basant sur des constatations personnelles et sur les données de la littérature.

Le guide d'entretien débute par un questionnaire socio-démographique pour connaître le profil du médecin, son milieu d'exercice, sa part d'activité pédiatrique dans sa pratique et s'il avait bénéficié d'une formation sur le sujet.

La deuxième partie concerne les questions ouvertes accompagnées d'éventuelles relances selon les réponses des médecins. L'objectif est d'aborder avec chaque médecin généraliste les thèmes sur leur rôle, le repérage, le diagnostic, la prise en charge médicale et scolaire du RSA en cabinet médical.

Ce guide a évolué au fur et à mesure des différents entretiens. Certaines questions ont été modifiées pour faciliter l'expression des médecins. D'autres ont été rajoutées afin d'étayer et relancer le discours du médecin pour aborder avec chacun d'entre eux les thèmes cités ci-dessus. Le guide d'entretien final est fourni en annexe (Annexe 2).

Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés soit par téléphone, visioconférence ou au cabinet des médecins généralistes selon leurs convenances. Ils se sont déroulés d'avril à juin 2021.

L'entretien démarrait en rappelant au médecin généraliste l'objectif de l'étude et le principe d'anonymat et, après obtention de son consentement oral, l'entretien était enregistré à l'aide d'un dictaphone numérique (Sony ICD-PX370). Les entretiens duraient en moyenne 18 min. Le plus court a duré 13 min, et le plus long 31 min.

Retranscription des entretiens

La transcription a été réalisée mot à mot fidèlement à l'enregistrement, immédiatement après les entretiens. Chaque entretien a été anonymisé et retranscrit sur le logiciel Word.

E. Méthode d'analyse des entretiens

Nous avons opté pour l'analyse thématique. Une analyse de chaque entretien a été réalisée pour ressortir les mots et les expressions verbales pertinents en lien avec la question de recherche. Dans un second temps les codes ressortis ont permis d'identifier et de regrouper les réponses en thèmes et sous-thèmes et de les hiérarchiser afin de créer un arbre thématique.

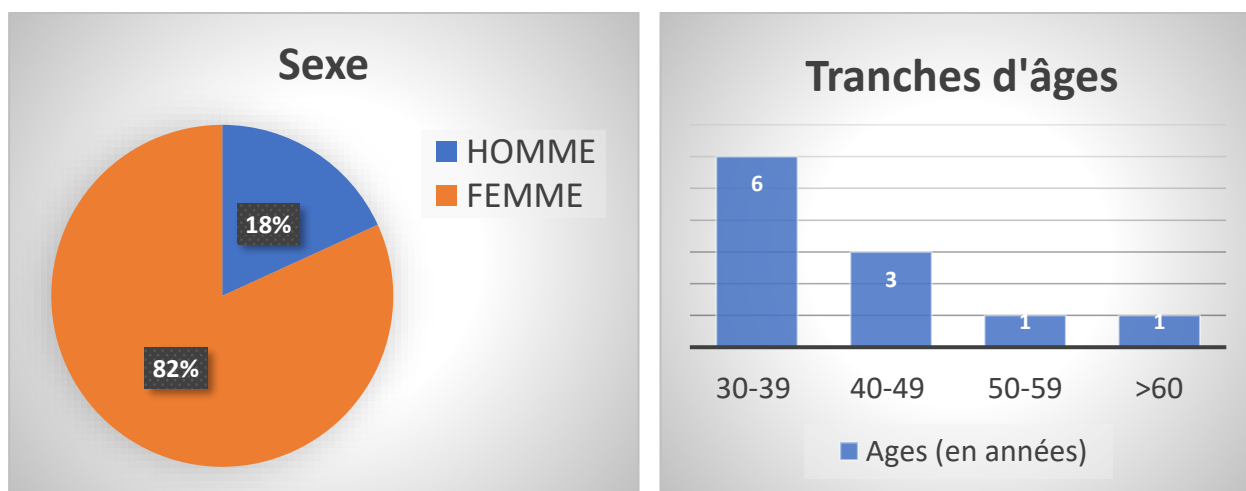
L'analyse des données a été faite par l'auteure de façon manuelle. Une relecture a été réalisée par le directeur de thèse

V. RESULTATS

A. Caractéristiques de la population étudiée

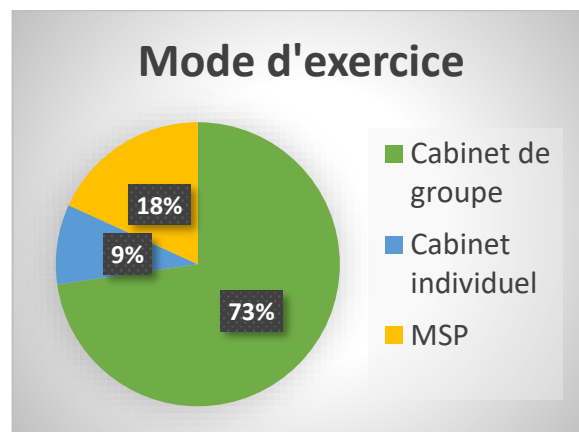
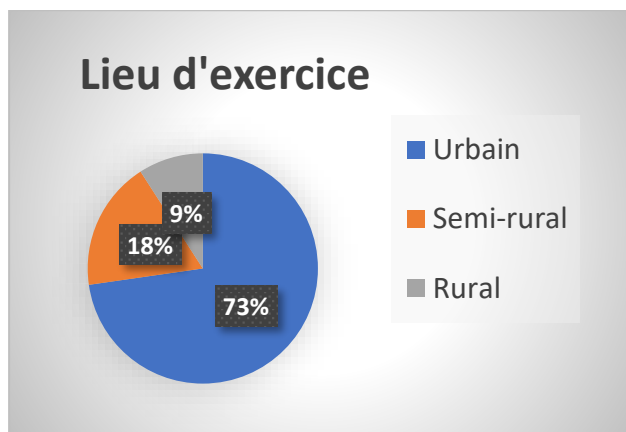
Âge et sexe

Malgré la recherche d'un panel diversifié, sur les 11 entretiens réalisés on note une grande inégalité chez les médecins qui ont accepté l'entretien. 82% sont des femmes et 18% sont des hommes. Les âges vont de 30 ans à 65 ans mais 55 % des médecins sont âgés de moins de 40 ans, 27% ont entre 40 et 49 ans, 9% entre 50 et 59 ans et 9% ont plus de 60 ans.



Type d'exercice

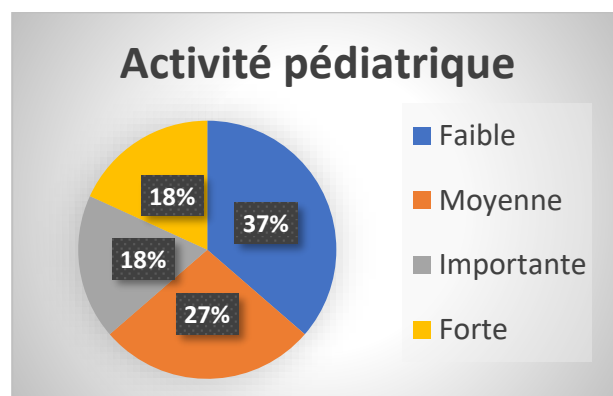
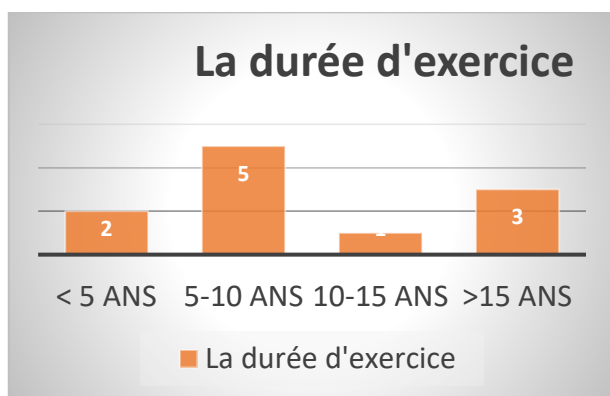
Parmi les médecins interrogés 10 sont en libéral et 1 est remplaçant mais est rattaché à un même cabinet de groupe. Nous avons interrogé 8 médecins en zone urbaine, 2 médecins en zone semi-rurale et 1 médecin en zone rurale. Deux médecins travaillaient en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP), 8 médecins en cabinet de groupe et un en cabinet individuel.



La durée d'exercice et la part d'activité pédiatrique dans la pratique des médecins

Concernant la durée d'exercice, 18% exercent depuis moins de 5 ans et 27% depuis plus de 15 ans. Nous avons demandé aux médecins interrogés d'estimer leur part d'activité pédiatrique dans leur pratique sachant qu'ils avaient le choix entre : Faible, Moyenne, Importante, Forte.

La part d'activité pédiatrique est estimée à 37% faible, 27 % moyenne, 18% importante et 18% forte.



Formation sur le sujet

Parmi les médecins interrogés : 9 n'avaient eu aucune formation, 1 a un DU de pédiatrie et 1 a un DU en thérapie cognitivo-comportementale.

Le tableau récapitulatif est en annexe (Annexe3).

B. Retour d'expérience, les rôles des médecins généralistes vis-à-vis du refus scolaire anxieux

1. Définition et rôles du médecin généraliste

a) Pathologie peu vue en cabinet médical

Le RSA est une **pathologie peu vue en médecine générale**, mais selon l'impression des médecins interrogés, le nombre de cas serait en augmentation, surtout avec la crise de la COVID 19, qui amplifie l'anxiété des adolescents.

(M1) : « peu, mais oui ça m'est déjà arrivé. », (M2) : « Rarement, très rarement j'ai dû avoir à faire une ou deux fois dans... pour l'instant dans toute ma pratique. », (M3) : « J'en ai eu deux en quatorze ans. », (M6) : « Oui je pense que j'ai au moins 3 patients depuis l'année dernière, au moins trois. Je dirais qu'avec la COVID, j'ai l'impression qu'avec le confinement il y en a encore plus. », (M7) : « Ba moi j'ai l'impression que ce sont des choses qui deviennent de plus en plus fréquentes », (M8) : « J'en n'ai pas eu beaucoup j'en ai effleuré quelques-uns, il y en a deux qui m'ont marquée quand même... », (M9) : « ça s'est un peu précipité par rapport au confinement là, hein. Où il y avait des difficultés, la peur d'aller à l'école liée à tout ça, peut être induite par les parents. »

b) Définition du refus scolaire anxieux : des points de vue différents

À la question posée sur leur représentation du RSA, les médecins ont eu des réponses différentes. Pour 27% d'entre eux le RSA correspond à une **phobie scolaire**, c'est-à-dire que le refus d'aller à l'école est lié au milieu scolaire.

(M5) : « Pour moi, ça se catégorise par des troubles anxieux en lien avec soit les apprentissages scolaires ou plutôt avec la scolarité et le fait d'aller sur le lieu scolaire », (M6) : « ce sont des patients qui ne veulent plus aller à l'école parce qu'ils ont une problématique psychologique liée à l'école », (M10) : « J'aurais donné phobie scolaire comme synonyme »

Pour le reste des praticiens le RSA correspond à des **difficultés à se rendre en milieu scolaire et à y rester**, quelle que soit l'origine du problème.

(M1) : « C'est une anxiété... due au fait d'aller dans le milieu scolaire, ou quand il y est. Donc avant ou pendant, avec une amélioration de l'anxiété quand ils n'y sont pas. Donc soit le week-end soit pendant les vacances. », (M2) : « ça évoque des difficultés scolaires enfin des difficultés du maintien dans l'école, du fait de ses troubles anxieux avec aussi probablement des manifestations anxieuses en dehors de l'école pour l'anxiété anticipatrice en fait »

(M3) : « La difficulté de se trouver en classe, plus que dans les couloirs ou dans la cour de récré. Avec une crainte, des signes somatiques ... à l'idée d'y penser, ne serait-ce qu'à l'idée de penser d'aller en cours. L'anticipation est anxiogène, y être est difficile avec des symptômes d'angoisse, de mal de ventre. », (M4) : « La difficulté pour certains enfants d'aller à l'école (...) un rejet d'aller en cours, une désocialisation », (M8) : « C'est peut-être une peur de l'enfant de retourner à l'école, vraiment une peur panique pour moi », (M11) : « c'est le gamin qui est amené par ses parents en disant : il ne veut plus aller au collège, voilà »

Un d'entre eux complète cette définition en rajoutant que la présence de **facteurs déclenchants est obligatoire**.

(M9) : « c'est un enfant qui refuse catégoriquement de mettre, de rentrer en scolarité pour une peur qui est à identifier. Une peur, oui une peur, qui a peur de rentrer à l'école pour X raison à déterminer en fonction du contexte familial, du contexte scolaire qui peut survenir à tout moment j'allais dire de la scolarité quoi. Donc il y a un facteur déclenchant. »

c) Le médecin généraliste : un rôle de dépistage, de diagnostic, d'écoute et coordinateur de la prise en soins

Leurs rôles dans la prise en charge du RSA sont multiples. Ils sont principalement de repérer précocement, de diagnostiquer et d'orienter.

(M1) : « savoir dépister quand il y a un malaise en allant à l'école, si déjà s'il y a un absentéisme scolaire, de savoir si ça vient de ça ou si c'est vraiment (...) savoir orienter et

savoir conseiller », (M2) : « détecter précocement ce qui pourrait être ça, faire prendre en charge dans l'urgence entre guillemets, orienter », (M3) : « Déjà de dissocier, d'être sûr que c'est un problème psychosomatique, ou en tout cas psychiatrique ça dépend... Et d'être sûr que ce n'est pas autre chose. » « Parce que dans l'idée ça reste, en tant que médecin généraliste on est là pour ça, pour discriminer. »

(M4) : « Je dirais que si déjà on arrive à le dépister et à en parler c'est pas mal. Et après j'aurais tendance à dire d'essayer de garder sa place. C'est-à-dire essayer de le dépister et d'orienter au mieux », (M11) : « les rôles c'est de recueillir, ba recueillir la pathologie, essayer de la nommer, essayer de bien voir si on a affaire à ça ou si on a affaire à autre chose. »

Mais 72% des médecins ont souligné l'importance de leur **rôle d'écoute, d'accompagnement et de conseils** auprès de l'adolescent et sa famille.

(M5) : « Ba déjà d'écouter, d'écouter la plainte des parents et des enfants. D'accompagner. », (M8) : « Le rôle d'abord une écoute bienveillante, rassurer l'enfant, l'écouter, le comprendre, essayer de l'amener sur les causes de ce refus et de son anxiété et de voir un petit peu comment on peut l'aider à aller mieux », (M10) : « Alors peut-être en 1 : écouter, ça paraît bête dit comme ça, écouter l'enfant. Expliquer aux parents (...) Et après accompagner et savoir déléguer aussi quand on ne sait plus faire »

Ils jouent également un rôle dans la **coordination des soins** et le **suivi médical**.

(M2) : « Et puis après le rôle d'orientation vers les spécialistes, un rôle de suivi aussi, entre les consultations spécialisées et aussi probablement un rôle de liaison avec la famille, ce qui n'est pas forcément toujours le cas avec les consultations spé », « et faire le lien et la coordination suivre un peu à distance », (M7) : « Ce n'est pas évident, je dirais là c'est plus faire le lien entre différents intervenants (...) Peut-être effectivement le lien entre l'école et les intervenants psycho et tout ça. »

Un praticien a décrit son rôle principal comme étant de devoir **convaincre les patients d'avoir une prise en charge adaptée**.

(M6) : « Ba si on veut vraiment le dire en une phrase moi je trouve que mon rôle c'est de... d'essayer de convaincre le patient d'avoir une prise en charge adaptée, donc en particulier une prise en charge avec un psychologue. »

2. Le repérage complexe, non systématique et insuffisant

a) Repérage systématique insuffisant ou réalisé seulement en présence de signes d'alerte

Pour certains le repérage est systématique mais discordant selon l'âge des enfants

Pour 45% des médecins interrogés, la recherche des problèmes liés à la vie scolaire de l'adolescent est systématique. Ils utilisent les motifs de **consultations de prévention** (certificat de sport, vaccination) pour faire le point en les questionnant. Mais un d'entre eux fait la remarque que celles-ci sont souvent réalisées pendant les vacances estivales, ou en début de rentrée scolaire donc **avant l'apparition des troubles**.

(M4) : « Alors déjà dans l'idée j'essaye de poser à tous les enfants que je vois comment ça se passe à l'école, à la crèche. Une de mes premières questions, c'est : bonjour, comment ça se passe à l'école, tu es en quelle classe ? » (M5) : « Ba moi systématiquement, donc au niveau de mes patients en pédiatrie dans ces âges-là souvent on parle de l'école donc je vais leur demander comment ça va, comment ils s'en sortent ? », (M7) : « Je pense que finalement c'est au cours des consultations globales, quoi où finalement on voit l'enfant, poser 2-3 questions. Comment ça se passe à l'école ? »

(M8) : « Dépister, je pense toujours quand je vois des enfants par exemple pour des enfants à 11 ans lors du rappel DTP ou lors des certificats médicaux je demande toujours comment ça se passe à l'école. Ça je pose. Dans les antécédents ça fait toujours partie de demander à l'enfant comment il vit l'école, s'il s'y sent bien voilà. Ça j'ai toujours posé la question, depuis très, très longtemps », (M10) : « la consultation que je fais tous les ans pour tous les enfants puisqu'une fois par an il y a quand même la consultation du sport, l'examen clinique tout ça, ça peut être le moment où on parle de ce qui ne va pas trop. Mais sur cette pathologie-là, il faut quelques mois d'école donc ça ne marche pas ce que je dis »

Un médecin a rapporté qu'il le recherche plus facilement chez des jeunes enfants. Au contraire, un autre, estimant que les parents sont plus réactifs lorsqu'il y a un problème chez cette tranche d'âge, va plutôt le dépister chez les adolescents. Il existe donc **une discordance en fonction de l'âge de l'enfant**.

(M1) : « c'est vrai ça m'arrive de demander comment ça se passe à l'école mais c'est moins pour les adolescents, c'est plus pour les enfants. », (M7) : « ça m'arrive assez mais c'est vrai plus sur les adolescents, c'est un peu tardif je dirais, de poser effectivement des questions du coup sur le fonctionnement de l'école, comment ça se passe. Je pose beaucoup moins chez les tout petits enfin chez les tout petits. Je pose facilement au collège lycée, beaucoup moins sur le primaire. Après c'est vrai que j'ai tendance dire que souvent sur le primaire quand il y a quelque chose qui se passe mal, les parents ont tendance à quand même très rapidement à nous solliciter »

Pour la majorité, le RSA est recherché seulement en présence d'un signe d'alerte

Dans l'étude, le restant des participants (55%) recherche le RSA **devant des signes d'alerte qui viennent de l'adolescent ou repérés par les parents**. Les signes d'alerte repérés lors de la consultation les plus couramment cités sont : les **symptômes somatoformes récurrents** pouvant être rythmés par l'école (douleurs abdominales (63%), vomissements (27%), céphalées (27%)), les **troubles du sommeil** (54%), **l'absentéisme** (45%), les troubles alimentaires et de poids (36%), la baisse des résultats scolaires (36%), la désocialisation (36%). Les changements de comportement, les dysuries, les manifestations d'anxiétés (crise d'angoisse, TOC...) sont aussi des signes alarmant pour les médecins.

(M1) : « moi j'avoue dans mon interrogatoire par exemple pour une visite traditionnelle, c'est vrai que je ne vais pas me pencher sur ça », « soit si on note des absences à répétition parce qu'on le suit depuis longtemps, soit ce sont les parents qui nous disent qu'il y a un problème, soit c'est carrément l'enfant. »

(M2) : « je pense savoir se poser la question quand tu as un enfant qui vient avec des troubles récurrents typiquement douleurs abdominales, céphalées, etc., qui dans certains cas peuvent faire évoquer des troubles somatoformes », « je pourrais me poser des questions d'anxiété scolaire et aussi effectivement en cas de grosses difficultés scolaires »

(M4) : « Et puis après tous les trucs d'anxiété, tous les problèmes de poids, je vais rapidement poser des questions, pas brut mais un peu plus directes. (...) Ou le sommeil aussi, le sommeil ça joue pas mal. »,

(M6) : « Alors je ne le dépiste pas du tout. Ce sont les patients qui viennent m'en parler. Ils veulent des certificats ou ce sont les parents qui viennent. », « Alors c'est vrai qu'effectivement, des enfants qui viennent très souvent en consultation pour de multiples choses, ça pourrait faire évoquer un diagnostic »

(M8) : « Des troubles alimentaires aussi, des troubles alimentaires c'est évident (...) vers l'anorexie comme vers la suralimentation. », « Par rapport à l'enfant ce sont surtout ses résultats scolaires, comment il a évolué. » « Bon les troubles du sommeil bien sûr mais ce n'est pas facile. »

(M9) : « S'il y a une situation qu'on me signale auprès des parents entre autres ou s'il y a un comportement inhabituel que je peux dénoter sur l'attitude de l'enfant au cours de la consultation qui me paraît effacé qui me paraît introverti ou des mauvaises notes ou des notes en chute libre qui peuvent expliquer une situation à explorer. »

(M10) : « C'est un enfant qui me dit que, enfin des parents qui décrivent un enfant qui dès qu'il va à l'école à des symptômes vraiment physiques, que ça soit mal de ventre, vomissements, mal à la tête. »

(M11) : « ils viennent tous les deux avec le gamin, le gamin dont je ne connaissais aucun antécédent anxieux, je le connais habituellement, et donc les parents me disent : voilà ce jeune homme ne va plus au collège »

Pour la moitié des praticiens leur place de médecin traitant et de famille leur permet de mieux repérer les signes d'alerte en prenant du **recul sur ces signaux** et en connaissant le **contexte familial**.

(M1) : « si on note des absences à répétition parce qu'on le suit depuis longtemps », (M4) : « après c'est un contexte social particulier avec des parents qui passent leur temps entre l'incarcération... enfin donc on ne savait pas y faire »

(M8) : « c'est une gamine qui est mignonnette hein il n'y a pas de soucis, elle est très fine à la limite du comportement un petit peu anorexique. Voyez, elle est très mince, très filiforme, (...) je le savais déjà, elle choisit sa nourriture, elle trie, il ne faut pas qu'il y ait des odeurs pour qu'elle puisse manger, etc. Donc déjà c'est sur une personnalité un peu

particulière. », « Parce que quand on les suit depuis jeune on sait ceux qui ont des difficultés ou pas. »,

(M9) : « Dans un premier temps le comportement de l'enfant ayant changé par rapport à mon habitude de le voir, heu comme j'ai l'habitude de le suivre »

Le **vécu personnel** des médecins peut aussi influencer sur leur repérage : *(M7) : « De par ma thèse qui était sur les troubles du sommeil des adolescents ça m'arrive (...) de poser effectivement des questions du coup sur le fonctionnement de l'école, comment ça se passe »*

Le RSA est insuffisamment recherché par les médecins, par manque de temps et ils n'ont pas de consultation dédiée au repérage

Certains d'entre eux remettent en question leur pratique, ils estiment qu'**ils ne sont pas assez attentifs**, et qu'ils ne recherchent pas assez les signes de RSA, bien qu'ils aient conscience de l'intérêt d'un **repérage précoce**.

(M1) : « Ça devrait être plus systématique de se demander comment ça se passe à l'école, et si ça se passe bien, s'il y a des copains, etc. », (M2) « En premier lieu je dirais l'urgence entre guillemets, sur les premiers jours, les premiers symptômes (...) vraiment détecter précocement », (M4) : « Ba voilà. Je pense que je n'y suis probablement pas assez attentive même si je pose la question. », (M7) : « ça m'arrive assez mais c'est vrai, plus sur les adolescents, c'est un peu tardif je dirais », (M8) : « Donc je pense que pour le refus scolaire anxieux c'est pareil, je ne sais pas quel pourcentage estimé de RSA dans une patientèle, mais je dois être en deçà dans le dépistage. Je suis sûre de ça comme beaucoup, beaucoup de médecins. Parce que ce n'est pas facile. »

Les médecins n'ont **pas de consultation dédiée** au repérage et il se fait donc lors d'un motif de consultation autre. Ces consultations sont vues comme **chronophages pour quelques-uns**, alors qu'il faut du temps pour le faire correctement. Un des participants fait la remarque que les enfants de cette **catégorie d'âge sont vus moins régulièrement**.

(M4) : « je trouve que ce n'est pas facile à dépister. Notamment entre 10 et 16 ans, en gros si je les vois deux fois, c'est la fête. Surtout maintenant qu'on n'a plus les certificats de sport et puis en plus c'est un moment où ils sont tous pressés et on n'a pas le temps de tout dire », (M9) : « Souvent ce sont les parents qui sont inquiets après ce sont des

consultations qui sont toujours assez chronophages... qui sont pour nous difficiles à aborder. », (10) : « je n'ai pas une consultation spéciale pour ça ».

b) Une pathologie taboue aux signes d'alertes aspécifiques, dépendante de la relation et de la communication avec l'enfant et sa famille

Un sujet tabou et difficile à aborder en consultation pour le médecin, l'enfant et sa famille

Quelques médecins trouvent que le RSA est un **sujet délicat, compliqué à aborder en consultation**. D'autres ont aussi le ressenti qu'il est difficile pour l'adolescent et les parents d'en parler. Un d'entre eux parle même de « honte » pour l'enfant et les parents.

(M2) : « je n'ai pas l'impression que ça soit des sujets qui soient très abordés spontanément en médecine générale », (M4) : « même si tu demandes comment ça va à l'école, en général ils ne t'en parlent pas (...) Parce que c'est pareil, il y a une forme de honte de l'enfant et des parents. Je trouve que ce n'est déjà pas facile à voir. », (M6) : « Une fois sur deux l'enfant ne veut pas en discuter tout de suite avec ses parents », (M8) : « Et donc je discute un peu avec elle, la relation est difficile, je suis vraiment obligée de lui tirer les vers du nez comme on dit, et c'est sa mère qui répond à sa place, finalement », (M9) : « après ce sont des consultations qui sont toujours assez chronophages... qui sont pour nous difficiles à aborder. »

Pour aider à faciliter l'échange et la confession des adolescents, les médecins mettent en place des stratégies. Certains essayent, lorsque c'est possible, de **consulter l'adolescent sans la présence parentale** et de le revoir **de manière rapprochée** pour créer un lien de **confiance** lui permettant ainsi de se confier. De leur statut de médecin de famille, ils ont aussi **construit une relation** qui permet aux parents de se sentir à l'aise pour en parler.

(M4) : « si j'arrive à les voir sans leurs parents, mais ce n'est pas l'âge où c'est le plus facile, 15-16 ans peut être, 10-11 ans je ne les prends pas tout seul. », « c'est quand même un diagnostic que je trouve difficile, donc des fois je fais par semaine et puis je les revois franchement « rapproché, rapproché ». Puis je leur demande, j'essaye de leur dire, comment tu le sens ? », « Après là, elle je l'ai plutôt d'abord abordée sur le côté nutrition,

c'est après 10-12 consultations qu'on a abordé le problème à l'école. Je la voyais tous les 15 jours pour le suivi nutritionnel. »

(M5) : « De revoir régulièrement l'enfant pour voir comment évolue le problème », (M6) : « donc j'essaye systématiquement comme ici de faire sortir le parent, les parents pour essayer d'en discuter », « Quand j'avais fait sortir les parents, il y avait des idées noires. », « Ba c'est l'avantage de la médecine de famille c'est que les parents ils ont confiance en nous alors du coup ils viennent avec l'enfant. », (M7) : « je l'ai vu parce qu'au niveau relationnel ça passait bien avec moi, avec la maman »

(M11) : « Comment ça se passe au collège, comment ça se passe à l'école ? Si tu as les parents qui disent « non non tout va bien tout ça » voilà. C'est pour nous une petite piste, une petite sonde. Tu lances une sonde et tu vois ce qu'ils nous disent « non non tout va bien », ok. Au gamin tu fais confirmer « tout va bien, les copains tout ça ? Ok non bon ». Et s'il se passe vraiment un truc, on a lancé la sonde, ça va mûrir et peut-être que la fois d'après... »

Le repérage reste dépendant des confidences des adolescents et des parents

Deux médecins ont remarqué que même s'ils le recherchent, le repérage reste en partie **dépendant** des confidences de l'adolescent et de ses parents. S'ils ne veulent pas ou ne sont pas prêts à parler de leurs difficultés, le médecin peut ne pas les repérer.

(M2) : « J'avais posé la question comment ça se passait à l'école. Et, et la maman et l'enfant m'avaient tous les deux dit que ça se passait très bien, qu'il n'y avait pas de souci. Alors après est-ce que c'est l'enfant qui n'en parle pas ou ce n'est juste pas du tout ça, je ne sais pas trop. », (M4) : « même si tu demandes comment ça va à l'école, en général ils ne t'en parlent pas (...) Tout en sachant que je sais, je pose la question mais je ne pense pas que moins d'une fois sur trois on va me répondre qu'il y a un truc. Parce que c'est pareil il y a une forme de honte de l'enfant et des parents »

La situation familiale complexe, l'absence de tuteur légal lors des consultations, les antécédents psychiatriques des parents peuvent être aussi un frein au repérage.

(M2) : « c'était une mère qui était venue avec sa fille, déjà c'était un contexte social assez particulier si je me souviens bien, la mère déjà était assez particulière un petit peu désocialisée. », (M4) : « c'est un contexte social particulier avec des parents qui passent leur temps entre l'incarcération... enfin donc on ne savait pas y faire », (M6) : « elle était avec son beau-père, d'ailleurs c'était un peu bizarre... Ah oui son père habitait à Paris maintenant. Heu elle n'est pas venue avec sa mère elle est venue avec son beau-père »

Les signes d'alerte aspécifiques difficiles à percevoir ou non vus par déni

Les médecins ont observé que les signes d'alertes peuvent être **masqués, non compris ou encore minimisés**, à la fois par **les parents** (45%), **l'école** (18%), mais aussi par le **milieu médical** (18%). Un praticien précise même qu'il existe un **déni médical** concernant le RSA. Les médecins préfèrent ne pas le voir, ne sachant pas le prendre en charge. Le RSA peut évoluer à bas bruit et les **symptômes somatiques sont fréquents**. Ils sont cités par tous les participants. Ils peuvent brouiller le repérage devant leurs caractères aspécifiques et leurs hétérogénéités.

(M1) : « Au début, c'est tout le temps les parents et ils ne se rendent pas trop compte souvent c'est parce qu'il n'est pas bien, il a mal au ventre, donc du coup il ne l'emmène pas à l'école pour ça. Et donc du coup ça se met un peu en place comme ça. », (M4) : « Donc j'ai l'impression que c'est un cercle vicieux sur les parents qui ne comprennent pas, ils se disent qu'en gros, ils ne veulent pas bosser et les enfants qui essayent d'exprimer une difficulté qu'on n'entend pas, et qui est compliquée à entendre même pour un médecin généraliste ou un pédiatre. » en précisant plus loin « Du coup, c'est j'imagine... enfin... ce n'est pas une sorte de refus mais j'imagine qu'il y a un déni médical là aussi, parce que quand tu ne sais pas quoi en faire (...) forcément tu n'as pas envie de le voir non plus aussi. Donc heu... comme dans toute chose que tu ne sais pas. »

(M4) : « Mais le problème c'est qu'il faut aussi que les parents soient à l'écoute, souvent, je rejette la faute sur les parents ; mais entre les parents et l'école qui disent tous que (...) on se dit en gros c'est des racailles ou un peu, ou en tout cas celui qui ne va pas à l'école c'est qu'il ne l'aime pas. Alors qu'au final, c'est plus une conséquence la délinquance », « les médecins scolaires, mais c'est pareil ils ne sont pas forcément assez là sur place, les équipes », (M5) : « Mais on voit parfois des barrières se dresser, avec une injonction de l'enfant passif que c'est un peu l'enfant qui fait le caprice. Et les parents ont du mal à

comprendre, à prendre en compte l'anxiété. » (M8) : « le milieu scolaire a tendance à minimiser quand même. D'accord il y a l'absence scolaire, mais il minimise tout, il minimise les agressions, il minimise le harcèlement. », « Et puis la psychologue lui a dit « écoutez, ne la forcez pas, voyez, essayez un peu de débriefer avec elle et vous verrez il y a les vacances ça ira mieux en janvier donc janvier arrive ça ne va toujours pas elle ne veut plus aller à l'école (...) Et donc on m'amène cet enfant, la maman est un peu désemparée parce qu'elle voit passer des semaines, bientôt deux mois et rien ne va », (M11) : « Je repense à une petite qui avait des somatisations, des maux de ventre, et des fatigues et puis voilà, et dans les semaines ou les mois qui ont suivi il y a eu un refus scolaire donc c'était quelque chose à mon avis qui été sous-jacent. », « c'était un gamin qui parlait beaucoup, qui avait beaucoup de troubles anxieux, des troubles du sommeil, il se levait pisser 25 fois (...) Et puis au bout de X mois, il a fini par dire : si vous vous engueuliez moins entre papa et maman et ba je dormirais mieux le soir. Ba voilà. C'était un problème de conflits familiaux »

Le repérage à un stade avancé

Les médecins ont évoqué plusieurs situations où la **découverte** de la pathologie **a été faite un stade avancé**. Ce manque d'attention aux signes d'alerte peut, en conséquence, entraîner un **retard de repérage** et compliquer la prise en charge en nécessitant la mise en place rapide de soins.

(M1) : « Une où il venait pour ça, c'est-à-dire qu'il était déjà renseigné, enfin, c'est-à-dire qu'il savait qu'il connaissait ces maux-là (...) il venait parce qu'il savait qu'il y avait des solutions, parce qu'il était au courant qu'il y avait des solutions pour ne plus y aller. Et coup il venait pour savoir comment faire. », (M2) : « la mère et la fille me décrivaient une souffrance assez intense. », (M8) : « Et donc on m'amène cet enfant, la maman est un peu désemparée parce qu'elle voit passer des semaines, bientôt deux mois et rien ne va. », (M10) : « il a commencé à avoir mal au ventre tous les matins où il avait école et puis il me semble des nausées avec des vomissements au départ à l'école et puis petit à petit ça s'est englobé à son entourage pour aller au foot pour aller voir des amis. » (M11) : « Donc 14 ans, donc en 3eme, et il me disait que depuis la 4^{ème} il faisait l'école buissonnière »

3. Le refus scolaire anxieux : un diagnostic d'exclusion

a) La recherche de facteurs déclenchants

Pour étayer leur diagnostic, mais aussi pour trouver un facteur déclenchant, les médecins de l'étude vont surtout se baser sur **l'interrogatoire**. Ils se renseignent sur **la vie scolaire de l'adolescent** mais aussi sur la **dynamique familiale** et rechercher des **antécédents psychiatriques** ou **troubles associés** (troubles du sommeil (54%), troubles du comportement alimentaires (36%), dépression (18%)). Cette recherche peut s'avérer **compliquée**.

(M1) : « Après moi j'aurais tendance à essayer de voir s'il y a des troubles anxieux, enfin s'il y a d'autres symptômes à côté, donc des troubles du sommeil, des troubles de l'alimentation, des choses comme ça » (M5) : « On a vu ensemble qu'il y avait une dépression aussi en lien avec tout ça. », (M6) : « Après ce que je pose comme question ça c'est déjà s'il y a des antécédents, des antécédents psychologiques. Est-ce qu'il y a des contextes qui prêtent à ça enfin une perturbation sur le plan familial sur le plan scolaire », (M7) : « s'il n'y avait pas un diagnostic de Haut potentiel aussi » (M9) : « de comprendre, de déterminer la cause de ce refus scolaire anxieux. Cause interne à l'établissement ou intrafamiliale ou une pathologie psychiatrique auprès de l'enfant qui pourrait conduire à une exacerbation de ses peurs et donc un suivi », « La recherche du facteur déclenchant, il peut être compliqué à retrouver... »

Ils recherchent aussi un **facteur déclenchant traumatique** si l'adolescent a été témoin ou victime de violences physiques, sexuelles ou psychologiques, de harcèlement (à l'école et sur les réseaux sociaux).

(M5) : « Notamment, elle m'a raconté qu'elle avait une de ses camarades qui avait eu des tendances suicidaires, qu'elle lui avait confié sous le coup du secret donc, ça avait été très lourd à porter pour elle. », « il y a les réseaux sociaux qui entrent en jeu énormément pour les enfants de cet âge-là, de plus en plus tôt de plus en plus jeune, avec une injonction des pairs qui peut être très problématique. », (M6) : « Dans ces cas-là je demande toujours, en fait si elle a été victime ou témoin de violences physiques, sexuelles ou psychologiques », (M11) : « on peut rechercher s'il n'y a pas eu des histoires de harcèlement à l'école. On va chercher s'il n'y pas eu des histoires de racket, s'il n'a pas été tapé, toutes sortes de

violences. Voilà. Et si on voit qu'il y a quelque chose au niveau scolaire, essayer de creuser voilà. »

Il est à noter qu'un praticien a relevé un cas qui s'est aggravé lors du passage au collège.

(M1) : « Depuis qu'il était petit, depuis avant le collège, depuis la primaire mais qui n'avait pas été diagnostiqué avant. Parce qu'on n'en avait pas trop parlé, souvent il avait du coup de l'absentéisme scolaire enfin on va dire, peu fréquent pendant la période jusqu'à la moitié du collège. Et depuis le collège il commence à de moins en moins y aller parce que depuis il s'était de plus en plus retiré. »

b) Diagnostic d'exclusion et la crainte d'une erreur médicale

En fonction des expériences vécues le diagnostic peut être évident car c'est le motif de consultation :

(M1) : « les 2 autres ils venaient pour ça, absentéisme scolaire, c'était facile » (M6) : « Alors généralement le diagnostic, il est déjà là puisqu'ils ne veulent plus aller à l'école. Le diagnostic, il est déjà là. », (M10) : « pour le coup Samuel, ça a été assez évident que c'était lié à l'école. »

Mais le diagnostic n'est pas toujours simple à faire et certains médecins évoquent à la fois la peur de **passer à côté d'un problème organique** mais aussi la **crainte « d'étiqueter l'enfant »** avec une pathologie psychiatrique et les conséquences qui peuvent en découler. Pour eux le RSA reste un **diagnostic d'exclusion (82%)**. Ils vont donc s'aider de l'examen clinique et demander des examens complémentaires, pour se rassurer.

(M3) « Je considère que c'est un diagnostic d'exclusion la phobie. », « C'est du coup l'examen clinique, être sûr qu'il n'y a pas de chose sous-jacente (...). Être sûr de ne pas se tromper sur le caractère psychiatrique. Qu'on soit sûr que ce soit ça. » en précisant plus loin « Moi je vais plutôt pratiquer un diagnostic d'élimination, donc le moindre doute je fais une échographie par exemple, en fonction de la durée des choses, de l'ancienneté des symptômes associés. », (M4) : « C'est pareil j'ai du mal à poser des étiquettes fixes d'une part parce que je ne suis pas assez formée mais surtout je me dis qu'après si c'est pour qu'on lui colle toute sa vie, enfin ce n'est pas évident », (M8) : « voilà vous êtes obligés

évidemment, on ne peut pas se passer de l'organicité bien sûr alors qu'on sait d'emblée que ce n'est pas organique. », (M10) : « Éliminer un diagnostic différentiel... » « Et après le côté somatique bilan sanguin, vérifier quand même qu'il n'y a pas de pathologie sous-jacente, thyroïde, diabète. » (M11) : « Tous les gamins qui ont des problèmes ailleurs que dans le refus scolaire anxieux, il y a souvent, enfin il faut faire gaffe qu'il n'y est pas un surdiagnostic aussi »

c) Examens complémentaires réalisés pour rassurer le médecin et les parents, retardant parfois le repérage

Pour se conforter dans leur diagnostic, ils privilégient des examens complémentaires dit « **faciles et peu intrusifs** » : une biologie générale parfois associée à une imagerie type échographie. Ils adaptent le choix en fonction de l'âge de l'enfant. Pour 45% (5/11) des praticiens, le bilan est plutôt systématique.

(M2) : « c'est pour éliminer des diagnostics différentiels, après je ne suis pas sûre que je fasse des examens complémentaires à un enfant qui a 10 ans (...) Après chez des ados ça ne me dérangerait pas de faire une bio un peu générale après avant 10 ans et autour de 10 ans je me dis qu'elle est la probabilité que tu trouves quelque chose ? », (M3) : « Donc après si c'est une biologie, une échographie. Ce sont des examens qui sont assez faciles, pas trop intrusifs et puis... voilà ça aide. », (M4) : « J'aurais tendance à faire facilement une prise de sang pour éliminer d'autres choses qui pourraient m'inquiéter, un diabète enfin je ne sais pas des pathologies comme ça (...) Peut-être un bilan bio pour débrouiller au cas où, surtout qu'à cet âge-là ça devient facile. Mais sinon pas plus. »

Pour d'autres, ils font des examens complémentaires seulement s'il y a des **symptômes cliniques** (3/11), ou pour **rassurer les parents** (2/11).

(M1) : « c'est toujours un peu pareil. Pour les enfants j'aurais... S'il y a des signes à côté comme des palpitations, s'il y a des signes à côté je fais une prise de sang avec la thyroïde avec enfin une prise de sang un peu globale. », (M8) : « Si je connais l'enfant, que je l'ai suivi et que ce n'est pas la première... je ne vais rien demander en particulier. Sauf s'il y a

une demande parentale qui veulent un bilan pour voir s'il y a quelque chose dans le sang. »
« Après c'est sûr que sur des symptômes qui reviennent tout le temps, récurrents tout ça, on va faire une petite imagerie, quelques fois pas toujours », (M9) : « sauf si l'examen clinique retrouvait des troubles somatiques ou des éléments d'ordre organique qui pourraient conduire à des examens complémentaires, mais je ne vois pas l'intérêt de faire des examens complémentaires. », (M11) : « à part pour rassurer les gens lors des douleurs abdominales on va faire une écho ou un bilan pour s'assurer que tout va bien, pour orienter vers la bonne direction à savoir que ce n'est pas organique c'est psychologique »

Et parfois devant la symptomatologie ils multiplient les examens, entraînant un **retard dans la pose du diagnostic**.

(M6) : « J'avais une patiente de 11 ans quelque chose comme ça, qui venait tout le temps parce qu'elle avait mal au ventre. Et on avait fait : échographie, prise de sang, il n'y avait rien rien rien. Et j'ai fini par faire sortir son père et là elle m'a expliqué (...) qu'elle avait posté un commentaire sur You Tube, sur une vidéo You Tube et que sa mère le lui avait interdit auparavant, ça la mettait dans tous ses états et elle avait mal au ventre à cause de ça », (M8) : « On a fait tout, on n'est même allé jusqu'à IRM cérébrale parce qu'elle se plaignait de céphalées et tout. Elle n'a strictement rien »

La recherche d'un trouble dys pour l'exclure fait partie aussi des avis demandés par un des praticiens. Et pour cela il va orienter l'enfant vers un orthophoniste.

(M5) : « de voir si ce n'est pas organique ou en un lien avec des troubles de l'apprentissage, des troubles dys, également une hyperactivité, éventuellement même des évaluations de l'ordre de la sensorialité. », « Voilà le recours à l'orthophoniste. »

Deux médecins n'éprouvent pas la nécessité de faire des examens complémentaires.

(M6) : « Zéro. Je n'en sais rien là franchement, là comme ça je ne vois pas », (M7) : « Moi j'avoue là je n'en ferais pas, non... »

Toutes ces disparités et ces difficultés rencontrées peuvent entraîner un retard dans le repérage et la pose du diagnostic.

4. La prise en charge du RSA, initiée par le médecin traitant, appuyée par l'avis du spécialiste mais dépendante d'une inégalité d'accès aux soins sur le territoire

a) Pathologie grave qui nécessite une prise en charge rapide et adaptée

Pour les médecins de l'étude, le RSA est une **pathologie grave** pouvant entraîner des **conséquences à court et long termes** sur le plan psychologique et relationnel. Il peut aussi occasionner des répercussions sur le parcours scolaire ou professionnel.

(M2) : « surtout l'impact sur le niveau scolaire, la désocialisation. », (M5) : « Moi je pense que c'est important de faire comprendre que sur des troubles comme ça qui peuvent être graves. Graves en termes de retentissement pour l'enfant que ça soit en termes d'estime de soi ou même par rapport à la scolarité ce que ça peut engendrer. Notamment en termes de déscolarisation, on sait que c'est très compliqué de rattraper des petits qui sont déscolarisés. », (M8) : « Et vraiment maintenant je pense que ça peut être gravissime pour l'enfant vraiment avec des évitements, des attitudes pouvant aller jusqu'au suicide quand même », « Parce que le milieu scolaire, après ça va être le milieu professionnel, ça va être... Moi, la jeune fille, là qui a 28 ans elle n'a aucune formation, rien. Je ne sais pas ce qu'elle va devenir quand ses parents seront vieillissants », (M9) : « Après il y a eu des cas avec des formes de harcèlements scolaires qui ont conduit à l'arrêt prématuré de la scolarité, voire à l'abandon ou à se diriger différemment au niveau du parcours scolaire. »

Il ne faut donc **pas tarder** à prendre en charge ces enfants.

(M2) : « faire prendre en charge dans l'urgence entre guillemets, orienter », (M3) : « Donc il ne faut pas tarder en lui disant : de faire un effort, alors que rien ne va se passer si elle est vraiment dans cet état. S'ils sont vraiment dans cet état-là, je pense que c'est vraiment un trouble anxieux scolaire, il faut aller sérieusement rapidement dans un soin psychologique, psychiatrique », (M9) : « Toujours dans un but de rechercher l'étiologie et de démarrer une psychothérapie, pour pas que le décrochage ne se fasse de façon trop longue. »

Un praticien décrit même la remise en question de sa conception du RSA au cours de sa pratique : au début de sa carrière, il sous-estimait l'importance du problème, ce qui en affectait la prise en charge.

(M8) : « si au départ je le traitais avec un petit peu, pas par-dessus l'épaule, mais disons que je pensais que c'était un peu un caprice, voyez et puis ma vision a évolué. Et vraiment maintenant je pense que ça peut être gravissime pour l'enfant »

b) Le médecin généraliste : un rôle d'écoute et d'accompagnement nécessitant un appui des spécialistes pour la thérapeutique

Évaluer, écouter et accompagner

Dans un premier temps, les médecins évaluent puis adaptent leurs prises en charge en fonction de l'état psychique de l'enfant.

(M2) : « dans un premier temps, j'essayerai d'évaluer l'anxiété, d'essayer de jauger l'anxiété de l'enfant », (M5) : « D'évaluer le retentissement et donc est-ce qu'on est sur une déscolarisation entièrement ou est-ce qu'on est sur de l'anxiété. », (M9) : « Ça dépend un peu du niveau qu'on atteint sur l'état, les conséquences que de la détresse de l'enfant peut poser et puis évidemment les parents. »

Puis, comme on a pu le voir précédemment, les deux-tiers des participants ont souligné l'importance dans un premier temps du **rôle d'accompagnement, d'écoute et de conseils** auprès de l'adolescent et de sa famille. Mais cette étape **nécessite du temps**, et ils estiment en manquer. Pour un praticien, ce **manque de temps** est secondaire au fait qu'il existe un manque **de moyens humains en médecins généralistes**.

(M6) : « je me rends compte que je dis toujours la même chose qu'on n'a pas le temps », (M8) : « Pour moi ça se borne à ça, après je ne suis pas un médecin qui puisse avoir, faire soi-même une thérapie avec l'enfant, je peux essayer de creuser un petit peu, orienter etc. (...) On est dans une région, même si elle est ensoleillée, qui est déficitaire en médecins généralistes, en médecins de soins. On est 10 médecins pour une population de 20 000 habitants avec deux très grosses maisons de retraite et tout, mais ça m'est arrivé de rester

discuter avec l'enfant et de voir un petit peu, de creuser sur son malaise. », (M9) : « au cours de nos consultations, qui sont toujours assez chronophages. »

Une prise en charge au cabinet pour les formes mineures

Pour les cas peu compliqués une prise en charge peut être réalisée par les médecins généralistes. Mais en cas d'échec ou d'impasse thérapeutique rapidement ils **adressent les adolescents vers des spécialistes** (psychologue, psychiatre, pédopsychiatre).

(M4) : « Après là, elle je l'ai plutôt d'abord abordée sur le côté nutrition, c'est après 10-12 consultations qu'on a abordé le problème à l'école. Je la voyais tous les 15 jours pour le suivi nutritionnel (...) Ça ne s'était pas trop mal passé. » en précisant plus loin « Et puis après au fur et à mesure on a réussi à plus ou moins débloquer la situation et en jouant sur le poids »

(M7) : « On a un peu essayé de faire de l'hypnose », (M10) : « Moi j'essaye en TCC un petit peu d'accompagner de donner des petits exercices et on y va progressivement. Et si je vois que ça ne fonctionne pas j'adresse aux pédopsy du CMP et psychologues. »

Un d'entre eux a observé que sa place de médecin traitant lui octroie une meilleure connaissance du milieu familial, et lui permet ainsi de mieux adapter la prise en charge.

(M8) : « je suis assez large dans mes propositions en fonction de l'enfant et de si je le connais je sais un petit peu ce qui va marcher et avec les parents aussi. Parce que les parents si on leur dit qu'il faut faire un peu de relaxation, de musicothérapie, d'hypnose tout ça, ils sont hermétiques, hermétiques. Il vaut mieux aller de suite chez le psychologue, pédopsychiatre »

La prescription médicamenteuse, un frein incommode nécessitant un avis du spécialiste

Les praticiens de l'étude se sentent, pour beaucoup, peu à l'aise concernant la prise en charge psychologique et médicamenteuse du RSA. Ils estiment que cela revient aux spécialistes car ils ne se considèrent pas compétents et ils se sentent démunis face à la prise en charge des adolescents présentant un RSA.

(M2) : « Et les fois où c'est arrivé j'étais justement plutôt très circonspecte, quant à ce que je devais faire, ben parce que justement sans trop de formations sans trop de recommandations de prises en charge précises, je m'étais trouvée vraiment en difficulté de savoir comment faire. », « Mais c'est vrai qu'en dehors de l'avis spécialisé moi perso, je ne sais pas trop quoi faire. », « Sinon je pense que tu découvres la lacune de tes connaissances devant le fait accompli. Tu as ton patient devant qui te dit je suis phobique scolaire tu te rends compte en fait que tu ne sais pas grand-chose sur le sujet. »,

(M3) : « Alors moi j'adresse, vu la manifestation intense, j'adresse, je pense que je n'ai pas les compétences pour l'aider », (M4) : « Je ne ferais pas moi en tout cas, ce n'est pas moi, je n'initierais pas un traitement en ville toute seule Surtout pour les enfants. », (M9) : « comme moi, je ne suis pas très allant dans la perspective de ces jeunes patients je les dirigerais plus auprès soit d'un psychologue », (M11) : « si c'est vraiment évident comme le gamin que j'ai vu début mai, ba c'est directement avis pédopsy. Parce que je n'ai pas les compétences pour suivre ça. »

La psychothérapie, un pilier de la prise en charge

La prise en charge psychologique est vue comme le **traitement principal**, à la fois pour comprendre l'origine du problème et aussi pour aider l'adolescent.

(M3) : « il faut aller sérieusement rapidement dans un soin psychologique, psychiatrique. Donc là moi je n'ai pas les moyens donc j'adresse. », (M5) : « Mais c'est que d'un point de vue anxiété vraiment ça va être le recours du psychiatre ou psychologue. », (M6) : « qu'elle voit un psychologue spécialisé en thérapie cognitivo-comportementale, parce que les données de la science montrent que c'est ce qui marche le mieux en cas de phobies tocs et compagnies »

Un médecin décrit qu'il est parfois **nécessaire de convaincre** l'adolescent de cette prise en charge psychologique : (M6) : « essayer de convaincre le patient d'avoir une prise en charge adaptée, donc en particulier une prise en charge avec un psychologue. » en précisant plus loin « je demande s'ils sont d'accord pour une prise en charge avec un psychologue » « en général j'ai quasiment à chaque fois réussi à les envoyer chez un psychologue. »

La crainte du médecin vis-à-vis des traitements médicamenteux

Pour les praticiens interrogés les traitements médicamenteux consistent uniquement à mettre en place **un traitement symptomatique et traiter les troubles associés** (sommeil). Certains vont essayer des traitements phytothérapeutiques, homéopathiques ou vont orienter vers des médecines alternatives comme l'hypnose, la relaxation, la musicothérapie.

(M1) : « enfin s'il y a des troubles associés, traiter aussi les choses associées sans avoir forcément des traitements médicaux, ça peut être des traitements paramédicaux », « Peut-être des plantes style des fleurs de Bach, de l'euphytose en fonction de l'âge, voilà. », (M8) : « Alors d'abord par rapport à la symptomatologie, on peut aider par rapport à la symptomatologie », « Après on propose différentes approches, hypnose, je suis assez large dans mes propositions (...) faire un peu de relaxation, de musicothérapie d'hypnose », (M9) : « Donc mes traitements sont plutôt d'ordres homéopathiques, phytothérapeutiques et de la psychologie auprès d'un psychologue et pas de traitement allopathique », (M10) : « Moi j'aurais tendance à mettre un peu d'homéopathie aussi pour calmer, ouai un tout petit anxiolytique pas fort. »

Tous les médecins ont une **crainte** pour initier un traitement médicamenteux chez des enfants et des adolescents, et ils estiment **ne pas avoir les aptitudes, ni les connaissances** sur le sujet. Il revient de ce fait aux spécialistes de le mettre en place. Le traitement médicamenteux allopathique est vu comme un traitement **de dernier recours** après échec de la prise en charge psychologique seule, et il doit être mis en place une fois que l'origine du RSA est comprise.

(M2) : « je suis très frileuse aux traitements médicamenteux sans avis spécialisé donc je me fierai exclusivement à l'avis spé, dans cette tranche d'âge-là en tout cas », (M6) : « je ne m'amuserai pas à mettre un médicament comme ça, à un enfant, à un adolescent. Donc là ça serait, là j'essayerai d'avoir recours à un psychiatre. », (M7) : « Ba comme je ne m'y connais pas dans la matière, je n'en ferai pas. » « j'avoue je ne m'y risquerais pas chez les jeunes comme ça sans savoir. », (M9) : « Moi en grande partie je passe la main, comme je connais moins bien cette partie-là. Moi je relègue vite la main à un confrère pédiatre ou pédopsychiatre, qui pourrait prendre le relais. », (M11) : « Après s'il faut aller taper des psychotropes, bien sûr ce n'est pas moi qui vais prescrire des psychotropes à des ados, ni à des gamins. »

Il est à noter qu'un des participants a mis lui-même en place un traitement antidépresseur pour un adolescent de 17 ans devant la symptomatologie dépressive de l'adolescent.

(M5) : « Et puis après adresser pour envisager d'éventuels traitements (...) même si ça sort du cadre de la thèse, du jeune de 17 ans, lui par contre je l'ai mis sous antidépresseur parce qu'il y a un contexte d'anxiété scolaire mais également de grande difficulté. On a vu ensemble qu'il y avait une dépression aussi en lien avec tout ça »

c) L'importance de l'avis spécialisé dans la prise en charge du RSA des médecins généralistes

Les médecins se tournent vers des spécialistes afin d'avoir leur avis, leurs **conseils, confirmer le diagnostic** et pour **trouver l'origine du problème**. Ils attendent aussi d'eux qu'ils mettent en place **une prise en charge psychologique adaptée, et médicamenteuse si besoin**.

(M1) : « j'ai envoyé un mail, en fait à la psychologue qui gérait la maison des adolescents pour savoir quelles étaient les prises en charge possibles (...) en gros elle m'a dit qu'il y aurait une évaluation avec la maison des adolescents et avec le psychiatre de la MDA pour voir quelle était la meilleure prise en charge possible. », (M3) : « il faut aller sérieusement rapidement dans un soin psychologique, psychiatrique. Donc là moi je n'ai pas les moyens donc j'adresse. », (M4) : « Et puis après j'aurais tendance à me retourner vers les psy pour essayer de m'aider à dépatouiller plus, parce que voilà une fois que j'ai évoqué fortement le diagnostic, je ne vais pas rester toute seule, parce que je me sens perdue. », (M6) : « je ne m'amuserai pas à mettre un médicament comme ça, à un enfant, à un adolescent. Donc là ça serait, là j'essayerai d'avoir recours à un psychiatre. », (M9) : « ces jeunes patients je les dirigerai plus auprès soit d'un psychologue pour qu'il puisse un petit peu voir ou à un pédopsychiatre s'il y a un fond psychiatrique sous-jacent. Pour essayer de le recentrer sur la question et comprendre le refus de scolarité. Toujours dans un but de rechercher l'étiologie »

d) La prise en charge du médecin, dépendante du territoire d'exercice et des inégalités, ainsi que de la connaissance du médecin de l'offre de soins

Globalement, les médecins interrogés ont une **bonne connaissance des structures ressources** de leur secteur mais deux médecins font part d'un **manque d'informations sur les réseaux** disponibles.

(M2) : « tester les CMP, les pédopsy après je ne sais pas. », (M7) : « Je sais qu'à Montpellier il y a une structure spécialisée mais comment elle s'appelle Hélène Denis je crois d'ailleurs... mais ouai voilà l'autre chose je sais qu'il y a une structure spécialisée. »

L'un d'eux déplore aussi un **manque de communications des centres spécialisés** sur les différentes prises en charge et les différents soins qu'ils proposent.

(M7) : « Je sais qu'à Montpellier (...) je sais qu'il y a une structure spécialisée. Là je le sais parce que mon conjoint est éducatif à la maison des ados j'ai aussi des infos par-là quoi. » en précisant « Je trouve qu'il n'y a pas de communication là-dessus. Je pense parce qu'ils sont blindés aussi. Et que forcément ils ne vont pas trop faire d'infos parce qu'ils ont déjà bloc de monde. »

Pour un praticien la **sectorisation lui paraît compliquée**.

(M6) : « Et en plus il y a l'histoire de sectorisation enfin franchement je n'y comprends rien. Chaque fois qu'on appelle à un endroit ce n'est pas le bon. Parce que là on relève du secteur du CMP de Lattes mais celui de Lattes il est spécialisé dans les schizophrénies. »

Le choix d'orientation dépendant du milieu d'exercice

Les choix d'orientation se font en fonction de la localisation du cabinet médical, des moyens humains sur le territoire et des connaissances du médecin sur le réseau de soins. Les médecins exerçant en milieu urbain font préférentiellement appel à des **spécialistes libéraux pour 75%** (6/8) d'entre eux. Pour les restants, un oriente en premier à la MDA34 et le dernier s'adresse à la psychologue scolaire ou au CHU (MPEA) en fonction de la gravité clinique. Les médecins en semi-ruralité ou en ruralité orientent en première intention vers les centres spécialisés de leur secteur (3/3).

Les praticiens exerçant en milieu urbain privilégient les **spécialistes libéraux** (psychologue, psychiatre, pédopsychiatre). Ils font appel à leur réseau personnel pour une **question d'accessibilité et de délai de consultation** mais aussi pour une question de confiance vis-à-vis d'eux dans la prise en charge de leurs patients. Certains vont privilégier les spécialistes à **proximité** de leur cabinet.

(M3) : « Alors moi personnellement j'ai une psychiatre qui travaille beaucoup avec l'homéopathie donc qui est je trouve un bon intermédiaire, plutôt que tout de suite avoir forcément un arsenal allopathique, voilà après elle l'utilise si besoin (...) Surtout elle, pour une raison de délai. (...) J'ai de la chance parce que c'est une connaissance et voilà. », (M4) : « Et après si, ça m'arrive d'orienter vers les psychologues de ville, j'ai quelques psychologues avec qui je travaille bien, je sais qu'ils arrivent facilement à parler avec les enfants. (...) En plus les psychologues en ville je n'ai pas de difficulté, généralement j'ai un rendez-vous dans le mois à peu près. », (M6) : « Donc c'est pour ça aussi que j'oriente beaucoup, et puis on a la chance d'avoir beaucoup de psychologues ici et des psychologues qui sont bien formés. Enfin des vrais psychologues avec le master et etc. » « Donc c'est pratique et comme par hasard, elle est allée la voir rapidement. C'est sûr que quand c'est juste à côté c'est plus simple. »

Dans ce contexte, **les centres spécialisés comme le MPEA du CHU** sont réservés pour les prises en charge plus lourdes.

(M6) : « parce que là il y avait une phobie scolaire mais en même temps il y avait des idées noires. (...) Et j'avais essayé d'avoir une prise en charge à l'hôpital, un hôpital spécialisé je crois que c'était au parc », (M9) : « le CHU dans les services spécialisés pour les troubles psychiatriques beaucoup plus profonds. », (M11) : « et puis si c'est vraiment évident comme le gamin que j'ai vu début mai, c'est directement avis pédopsy » en précisant plus loin « Peyre Plantade, pédopsy CHU », « ils sont réactifs, les parents appellent, parce que c'est aux parents d'appeler. Ils sont appelés après par l'infirmière ou la psychologue qui étudie le truc et puis voilà. Quel que soit le truc en pédopsy. »

Deux médecins exerçant en milieu urbain font la remarque qu'il est **compliqué d'entrer en contact direct** avec les psychiatres et les centres spécialisés pour obtenir un avis.

(M4) : « Après ce que je trouve difficile c'est que ce n'est pas évident, pour le coup avec des psychologues j'ai des rendez-vous assez rapidement autant avec les psychiatres et une équipe type CMP des fois, je ne dis pas que c'est de leur faute, mais du coup toi tu galères pendant plusieurs mois pour avoir quelqu'un », (M6) : « Et le problème des CMP, du CHU et tout ça, c'est que c'est hyper dur de les avoir au téléphone d'organiser les prises en charge. Et c'est vrai que c'est hyper bloquant. », « Pour d'autres patients adultes j'avais déjà appelé et il faut laisser le téléphone sonner pendant des heures, il faut rappeler à un autre moment » « Du coup je ne le fais plus j'adresse à des psychologues en libéral. »

Un praticien, dans les cas graves, fait appel à **une clinique privée** pour une question d'accessibilité. Pour lui, les cliniques privées sont plus simples à contacter que les CMP ou le MPEA.

(M6) : « Et le problème des CMP, du CHU et tout ça, c'est que c'est hyper dur de les avoir au téléphone (...) Alors que les cliniques privées sont plus faciles à avoir au téléphone. »

Les médecins exerçant en milieu semi-rural ou rural, au contraire, se tournent plus facilement vers **les centres spécialisés** de leur secteur (**CMPEA**).

(M7) : « je pense que le CMPEA pour moi c'est quelque chose qui encadre pas mal parce qu'on a... c'est quelque chose de pluridisciplinaire, enfin ils sont formés pour, on le sait. Ils ont des connaissances là-dessus. », (M8) : « Donc je l'ai adressé au CMPEA, c'est le centre médico psychologique des enfants et des adolescents. Elle a été prise en charge par une pédopsychiatre tout ça », « Après, nous on a une équipe qui est pas mal au CMPEA, il y a une bonne équipe, ils sont pris en charge, accueillis, ils sont vraiment à l'aise quoi. On travaille bien avec cette équipe, voilà. » (M10) : « Du coup au début moi j'ai essayé de le prendre en charge en TCC un petit peu. (...) Ça n'a pas fonctionné du coup sur cette pathologie-là. Il a été suivi après au CMPEA où il a eu un suivi pedopsy ».

Les associations telles que la MDA 34 ont un rôle important aussi. Les praticiens exerçant en milieu urbain passent par elles pour avoir à la fois des informations, un avis psychiatrique ou pour prendre en charge l'adolescent. Elles sont des personnes ressources pour trois d'entre eux (3/8).

(M1) : « Du coup moi je lui ai conseillé la maison des adolescents de Montpellier » « j'ai envoyé un mail, en fait à la psychologue qui gérait la maison des adolescents pour savoir qu'elles étaient les prises en charge possibles », (M6) : « j'ai aussi des patients que j'avais adressés à la maison des adolescents, à la MDA34. Et donc par cet intermédiaire ils avaient pu voir un psychiatre etc. », (M9) : « La maison des adolescents par exemple qui prennent en charge globalement les jeunes en détresse hein, quelle que soit l'origine de la détresse d'ailleurs » en précisant plus loin « la maison des adolescents puisque la structure est quand même bien organisée avec ou sans rendez-vous, les gens peuvent avoir accès à toutes les structures internes »

Les assistants sociaux font aussi partie des points d'ancrage du médecin généraliste.

(M4) : « Puis il y a les psychologues dans les lycées aussi qui, pas dans tous mais il y en a dans pas mal, les assistantes sociales. », (M8) : « Là où j'ai un bon contact moi ce sont les assistants sociaux, les assistants sociaux sont quand même, enfin moi l'équipe que j'ai sur Poussan et sur Mèze sont bienveillants, ils font du bon travail. »

Certains d'entre eux rapportent passer par **le milieu scolaire** pour avoir accès à un avis psychologique.

(M4) : « Après là je n'avais pas eu besoin mais j'aurais tendance à me tourner soit vers le médecin de la PMI soit le médecin scolaire. (...) Puis il y a les psychologues dans les lycées aussi qui, pas dans tous mais il y en a dans pas mal, les assistantes sociales. On a quelques points d'ancrage qui sont pas mal », (M11) : « Si ça s'oriente vraiment vers un problème scolaire, il y a les lights, « est-ce que tu as rencontré la psychologue scolaire tout ça ? » pour voir un peu comment ça se passe déjà »

Le critère de prise en charge globale entre en compte aussi. Ils orientent plus facilement vers **les centres spécialisés pour avoir une prise en charge multidisciplinaire**.

(M1) « réadresser soit à un pédopsychiatre parce que je sais que tout ce qui CNED et tout c'est par le pédopsychiatre souvent pour ça se mette en place et que ça soit pris en charge. », (M6) : « Effectivement si ça ne fonctionne pas la psychologue en libéral pour cette petite patiente de 15 ans. Heu, effectivement il faudra plutôt une prise en charge pluridisciplinaire à l'hôpital. Mais c'est tellement galère à avoir que j'avoue, ce n'est

vraiment pas ma première intention. », « C'est peut-être le problème justement de ne pas adresser en milieu pluridisciplinaire, c'est vrai qu'à l'hôpital ils ont le temps et que nous on n'a pas le temps. » (M7) : « moi je pense que le CMPEA pour moi c'est quelque chose qui encadre pas mal parce qu'on a... c'est quelque chose de pluridisciplinaire »

La préférence des parents intervient aussi. La proximité du spécialiste est un facteur qui entre en compte aussi pour les parents.

(M6) : « ils aiment bien, enfin je ne sais pas si c'est partout pareil mais à Pérols ils aiment bien rester à Pérols ou aux alentours. Ils demandent toujours si c'est possible de voir un spécialiste pas loin. »

Disparités des spécialistes sur le territoire, inégalité d'accès aux soins

Malgré les stratégies trouvées par les médecins interrogés pour optimiser la prise en charge, il existe des **disparités sur le territoire** les obligeant à s'adapter à l'offre disponible. La **répartition des spécialistes est inégale** et les **moyens humains sont insuffisants**. Dans les zones semi-rurales ou rurales, les psychologues et les psychiatres libéraux manquent, en ville ce sont principalement les psychiatres et pédopsychiatres. Les **délais de consultation en sont donc allongés**. Un praticien fait aussi la remarque que les consultations avec un psychologue sont **non remboursées** par la sécurité sociale. Cela peut entraîner une inégalité d'accès aux soins en fonction des moyens financiers des parents.

(M3) : « il n'y a pas assez de pédopsychiatres ou de psychiatres parce que les délais sont un peu longs, là », (M5) : « le problème ce que moi je pense que sans prise en charge psychologique et notamment la TCC c'est très compliqué de résoudre tout ça. Et que le problème se porte à la prise en charge de ses thérapies là », (M6) : « Et moi j'aurai voulu qu'elle voit un psychologue spécialisé en thérapie cognitivo-comportementale, parce que les données de la science montrent que c'est ce qui marche le mieux en cas de phobies tocs et compagnie. Mais malheureusement à Pérols il n'y a pas de psychologue spécialisé en TCC, je vais l'envoyer à Carnon parce qu'il y en a une spécialiste en TCC », « Je ne demande pas de rendez-vous avec un pédopsychiatre parce que c'est impossible à avoir sinon je le ferais. Mais l'offre de pédopsychiatrie est tellement pauvre à Montpellier que ce n'est pas la première intention. », (M8) : « Il y a les libéraux mais non. Et en plus il y a le problème, on n'est pas si vous voulez dans une ville où on peut trouver de tout, vous voyez. On va

trouver comme structure, il y a le CMPEA mais il n'y a rien d'autre, il y a quelques psychologues qui sont des libéraux, si vous voulez il n'y a pas de structure comme on pourrait trouver dans une grande ville. » « Quelques fois c'est très difficile d'avoir accès rapidement à un professionnel de santé »

La période actuelle (crise de la COVID 19) augmente la demande de soins et en complexifie l'accessibilité rapide. Même si la crise de la COVID 19 a permis à quelques enfants d'accéder à des consultations avec un psychologue grâce à la mise en place pendant cette période de 10 consultations remboursées pour les enfants.

(M3) : « Mais c'est vrai qu'on est un peu coincé (...) Donc c'est rajouté, pas des troubles anxieux, mais la peur du COVID pour certains adolescents. Donc du coup ils sont un peu assaillis ces psychiatres et pédopsychiatres. Déjà que ce n'est pas génial. », (M5) : « Donc ce qui est plutôt cool c'est qu'on a les dix séances avec la COVID mais ça ne va pas durer. » (M6) : « Et j'avais essayé d'avoir une prise en charge à l'hôpital, un hôpital spécialisé (...) mais c'était au moment de la COVID et du coup finalement ça n'avait pas pu être possible, ça ne s'était pas fait. Je crois que les hôpitaux étaient déjà débordés à l'époque. »

e) Les leviers des médecins facilitant l'accessibilité aux personnes ressources

Pour gagner du temps, les prises de contact avec les spécialistes se font essentiellement par l'intermédiaire d'un courrier, ou d'un e-mail. D'autres médecins passent par les parents pour la prise de rendez-vous. Dans les cas d'urgence ils essayent de contacter directement les spécialistes par téléphone pour avoir un avis et un rendez-vous rapides.

(M1) : « j'ai envoyé un mail, en fait à la psychologue qui gérait la maison des adolescents pour savoir qu'elles étaient les prises en charge possible », (M6) : « mais effectivement, la maman a pris rendez-vous et elle est allée voir une psychologue spécialisée dans les enfants », (M8) : « il avait par ses tocs une hémiplégie droite. Il ne pouvait pas utiliser l'hémicorps droit. Parce qu'à l'école ça allait mal (...) Donc vous voyez il a fallu agir très vite il a fallu de suite, même avant qu'il soit vu par les pédopsy, demander au pédopsy ce que je pouvais faire. Il l'a de suite mis sous ISRS et à très forte dose et ça a cessé. » (M11) : « Peyre Plantade, pédopsy CHU (...) ils sont réactifs les parents appellent, parce que c'est aux parents d'appeler. »

5. Liens compliqués avec le milieu scolaire

- a) Le milieu scolaire, vu comme un acteur essentiel pour le généraliste mais dans les faits peu de contacts entre eux

Le milieu scolaire (personnel éducatif, IDE scolaire, médecin scolaire, chef d'établissement, psychologue scolaire) est vu par 63% des médecins interrogés comme un **intervenant essentiel** avec qui ils **souhaitent avoir un lien**.

(M1) : « Ba je pense que j'aurais dit aux parents de voir soit l'infirmière de l'école soit la psychologue scolaire, de me téléphoner. Oui pour me mettre en lien avec eux. Surement, je pense que j'aurais dit si la maîtresse veut me joindre elle peut. », (M2) : « Je pense que dans un monde idéal contacter le médecin scolaire ça peut être quelque chose d'intéressant, voire même l'équipe éducative pour en discuter un peu avec eux. », (M4) : « Je pense qu'une de mes premières réactions, là en tout cas, ça a été d'appeler la cheffe d'établissement et puis la prof pour avoir un peu le retour, de savoir comment ça s'était passé sur place »

Parmi les participants de l'étude 36% (4/11) ont collaboré avec le milieu scolaire dans la prise en charge de leurs patients présentant un RSA, dans le but d'avoir leur **avis** et de demander de l'**aide** dans le suivi thérapeutique et la mise en place d'ajustements pendant les cours et /ou une **adaptation du temps scolaire**. Il peut aussi être un soutien pour l'adolescent à l'école en lui permettant d'avoir des **personnes-ressources** sur place. Et parmi ses 36% seulement la moitié ont eu un contact direct téléphonique.

(M4) : « Donc je me suis dépatouillée à peu près comme je pouvais, entre la directrice en essayant d'expliquer, en essayant des courriers de nutrition », « Après là je n'avais pas eu besoin mais j'aurais tendance à me tourner soit vers le médecin de la PMI soit vers le médecin scolaire. Déjà pour avoir un peu leur avis et pour qu'ils puissent y faire attention sur place ou à la CPE »

(M5) : « J'essaye de faire identifier aux jeunes les personnes-ressources qu'ils peuvent avoir, que ça soit le CPE, l'infirmière scolaire, le professeur principal, les professeurs

préférés, un petit peu. Pour qu'ils puissent en parler, pour évoquer leurs difficultés actuelles, pour qu'ils puissent avoir un aménagement du temps scolaire avec éventuellement des moments de pause. Et puis même expliquer les éventuels absentéismes »,

(M5) : « Pour le jeune homme-là, j'ai demandé que l'infirmière scolaire soit au courant des traitements et qu'elle puisse l'aider à les gérer. », « pour la maman de la petite fille, je lui ai demandé de communiquer avec les différents professeurs, pour les avertir de la difficulté de sa fille actuellement. », « Et j'ai mentionné sur le certificat également qu'il serait souhaitable de discuter d'un aménagement du temps scolaire si éventuellement le besoin se faisait. »,

(M8) : « Après moi ça m'est arrivé d'appeler le principal ou la principale en fonction des personnes, de demander son avis et à l'infirmier pour voir s'ils vont le voir souvent ou à l'infirmière. Au psychologue scolaire éventuellement s'il peut le recevoir »

(M10) : « Je crois que j'avais fait un certificat qui autorisait par exemple à sortir de cours ou à aller l'infirmierie quand il a mal parce que je sais qu'il a vraiment mal ce n'était pas de la simulation »

Pour les 64% restants, ils ne sont pas rentrés en contact avec le milieu scolaire en dehors de la réalisation de courriers et de certificats pour prévenir l'institution scolaire de la pathologie et justifier les absences de l'adolescent.

(M3) : « pour mon cas en particulier, j'avais fait un courrier signalant qu'il y avait une problématique sans entrer dans les détails. Mais voilà ça justifiait, ça expliquait les différents absentéismes pour éviter, que ça soit rajouté, une convocation, des choses un petit peu compliquées. », (M7) : « Et heu parce qu'elle voulait que je fasse un document pour expliquer à l'école »

b) L'accessibilité au milieu scolaire compliquée par manque de temps et de moyens humains

Malgré l'intérêt et la volonté des médecins, le lien entre le milieu scolaire et la médecine générale reste minime et la communication est compliquée. Ils déplorent **le manque de contacts directs.**

Certains praticiens rapportent un **manque de temps** pour le joindre et le décrivent comme **difficilement accessible** (horaires) ; ils passent majoritairement **par l'intermédiaire des parents et de l'adolescent**, ou ils envoient des **courriers** pour entrer en contact ou être contactés.

(M2) : « Après ça c'est dans un monde idéal où on a tout le temps qu'on veut devant nous et où les équipes sont accessibles. Ce qui n'est malheureusement pas trop le cas surtout quand on voit l'inadéquation entre les horaires d'ouvertures des milieux scolaires et des heures où on peut décemment appeler. », (M3) : « Après ça ne va pas beaucoup plus loin, je ne contacte pas la médecine scolaire etc., parce que de toute façon, malheureuse elle n'est pas forcément disponible pour ça. », (M6) : « C'est vrai que c'est des trucs qu'on, je pense qu'on n'a pas beaucoup le temps en médecine libérale pour ça. », (M7) : « c'est vrai ce qui était dommage c'est que c'était par courriers interposés il n'y a pas eu de contacts directs par téléphone », (M9) : « il pourrait avoir en effet une relation plus... meilleure que ce qu'il y a, ce que moi j'ai pu vivre à travers mon expérience, avec justement les infirmières et les médecins scolaires (...) Donc un contact privilégié avec les infirmières et les médecins scolaires aussi bien de la primaire au lycée. », (M10) : « Alors non moi je n'ai pas de contact, à faire en pratique c'est impossible. Je passe plutôt par les parents. »

Deux médecins se posent la question du **secret médical**. Ils limitent la transmission d'informations par respect du secret médical. Ils cherchent donc à se tourner prioritairement vers l'équipe médicale scolaire (psychologue scolaire, IDE scolaire, médecin scolaire).

(M1) : « Mais si je devais, si je devais appeler quelqu'un ce serait de passer par la psychologue scolaire en premier, puisque ça reste du paramédical. », (M6) : « Puis c'est compliqué avec le secret médical aussi. Qu'est-ce qu'on a droit de dire ? Et demander à la patiente si on peut etc. »,

Deux autres mettent aussi en avant le **manque de médecins scolaires, et d'infirmières scolaires** :

(M4) : « Après peut-être plus les médecins scolaires, mais c'est pareil ils ne sont pas forcément assez là sur place », (M7) : « Alors le médecin scolaire, c'est quasiment inexistant ! Non c'était avec l'équipe pédagogique, les profs principaux. Le médecin scolaire là j'avoue... Déjà s'il y a une infirmière scolaire c'est déjà bien. »

Les praticiens interrogés regrettent également que le personnel scolaire **ne les prévienne pas toujours et ne leur adresse pas les enfants** en cas de suspicion.

(M8) : « Alors on n'a pas trop de rapport avec le milieu scolaire. C'est très très rare que... Alors qu'ils ont tous les médecins traitants des enfants puisqu'il faut au cas où ... qu'il y est un signalement quoi. », (M9) : « Ils ne nous adressent pas forcément les problématiques de scolarité, parfois ils nous demandent de remplir les PAI par l'intermédiaire des parents mais je pense qu'il y a un détournement du système pour lequel on n'est pas forcément informé pour ma part. Sur Lattes, aussi bien lycée que collège. Alors que je pense qu'il existe un pourcentage d'élèves concernés. », « Qu'ils puissent nous alerter en amont de la problématique de l'enfant puisqu'ils sont en premier lieu sur les différents maux que l'enfant peut présenter »

c) Le certificat d'arrêt scolaire, un outil de la prise en charge faute de mieux

Le certificat d'arrêt scolaire est un outil dans la prise en charge des adolescents présentant un RSA pour tous les médecins interrogés. Devant la détresse de l'adolescent, ils le font par nécessité pour justifier les absences scolaires auprès des établissements scolaires. Et souvent il est réalisé **faute de mieux** dans l'immédiat, pour **soulager l'adolescent** en cas de grande détresse et le temps de **mettre en place une psychothérapie** et/ou une **adaptation du temps scolaire**. Il doit être de **courte durée** et bien **expliqué aux parents et à l'enfant**.

(M1) : « Savoir le traiter, entre guillemets, par un arrêt scolaire principalement », « Moi j'avais tendance à, en fonction, déjà faire un arrêt scolaire en fonction de l'amplitude de l'anxiété et si ça devient intolérable pour l'enfant d'y aller et à chaque fois ça crée des symptômes d'anxiété importants que limite s'il y a une dépression sous-jacente enfin voilà, c'est sûr qu'il y a un arrêt. », (M5) : « Après ça peut être l'occasion de parler aussi de TCC aussi surtout qui sont utiles sur l'anxiété, notamment sur la déscolarisation pour se réapproprier le temps scolaire. Donc le certificat d'absentéisme oui mais à visée je dirais entre guillemets à visée pédagogique, pour une réintroduction de la scolarité c'est-à-dire pour aménager le temps de travail. »

(M6) : « Mais quand les enfants sont trop en détresse, je n'hésite pas à les sortir du milieu scolaire le temps d'avoir une prise en charge adaptée (...) Par contre je conditionne

toujours le fait de sortir les enfants du milieu scolaire à une prise en charge adaptée à côté », (M8) : « quelque part ils sont un petit peu obligatoire parce que l'enfant va être convoqué par le principal, il leur faut un motif d'absence quand même. », (M9) : « moi je souligne souvent aux parents que le fait de stopper la scolarité pour telle ou telle chose ce n'est pas une bonne idée. Et qu'il faut résoudre rapidement la situation pour que l'enfant reprenne le cours des choses pour éviter que la situation s'envenime. »

Le principal problème des certificats d'arrêt scolaire, c'est la **crainte de la déscolarisation**. Il y a donc une ambivalence à le faire : le certificat d'arrêt scolaire est nécessaire mais ne permet pas de traiter le RSA et le risque c'est de compliquer le retour à l'école s'il est trop long. Ce qui pose donc la question sur sa durée et son renouvellement.

(M2) : « parce que je pense que c'est là toute la difficulté de ce truc-là. Ils ont besoin d'aller à l'école mais en même temps c'est très compliqué. D'un côté les déscolariser ça ne fait que reculer le problème, parce que tu ne peux pas faire ça au long cours mais en même temps je pense, (...) si vraiment c'est une souffrance très importante dans un premier temps l'extraction scolaire », « après l'arrêt scolaire je ne saurais pas vraiment comment le gérer je pense que j'aurais dans ma tête pas d'autre solution et aucune certitude sur : est-ce qu'il faut y aller ou pas ? », (M3) : « Parce qu'en plus l'absentéisme quand même, a des conséquences quand même que je trouve assez grave (...) L'idée de ne pas aller à l'école dans ces cas ça me semble assez logique mais en même temps il faut que ce soit le plus court possible. », « Mais de mon côté entre guillemets je ne soutiens pas l'absentéisme par laxité, mais par l'idée que c'est un passage un peu obligé en association avec un suivi psy. Et dans l'espoir qu'il y en est de moins en moins »

(M5) : « Alors je ne le ferais pas sur le long cours, car il faut encourager à éviter la déscolarisation mais là après on avait bien vu avec la maman, que c'était juste pour la matinée. Et non pas pour une période longue. », (M7) : « Après je pense que par contre il faut que ce soit fait de façon suffisamment intelligente pour que ça n'impacte pas sa scolarité quoi. », (M10) : « C'est à double tranchant, c'est très clairement à double tranchant. Au début c'est dur de s'en passer parce que ce sont de réelles douleurs et de réels symptômes donc de toute façon il n'ira pas. Il sera renvoyé chez lui, et en même temps il ne faut pas que de ça dure dans le temps. »

d) L'adaptation du temps scolaire : outil méconnu des médecins généralistes

Dans le cadre des RSA une adaptation du temps scolaire s'avère souvent nécessaire. Elle permet dans les cas graves de poursuivre l'éducation scolaire tout en s'adaptant aux capacités de l'adolescent. Cela peut aller de la présence à temps partiel de l'enfant en classe à la scolarité entièrement faite à domicile. Cette prise en charge est vue comme une solution de dernier recours et ne permet pas de résoudre le problème.

(M2) : « oui il y a aussi tout ce qui est scolarité à distance qui peut être intéressant, certains organismes qui font ça. » « En tout cas si tu vois que ce n'est clairement pas prêt de se décanter je pense que c'est bien de commencer rapidement les démarches là-dessus. Pour au moins assurer une certaine scolarité. », (M7) : « du coup s'il y a des arrêts fréquents mettre en place une scolarité autrement qu'il puisse avoir une scolarité suivie à la maison. », (M8) : « On a essayé de faire des classes d'adaptation. C'est-à-dire qu'elle aille par exemple faire les cours à la bibliothèque plutôt voilà », (M10) : « le CNED pardon, on peut proposer aussi aux parents mais c'est détourner le... enfin c'est plutôt si vraiment on ne s'en sort pas, pour que l'enfant ne soit pas déscolarisé il y a tout ce qui est CNED. Mais bon ce n'est pas vraiment prendre en charge la phobie scolaire, c'est si on n'y arrive pas. »

Ces mesures d'adaptation sont citées par 63% des médecins interrogés dans la prise en charge des RSA et parmi eux certains se sentent **peu à l'aise** par **manque de connaissances** sur les différents moyens existants et sur la manière de les mettre en place.

(M1) : « Et réadresser soit à un pédopsychiatre parce que je sais que tout ce qui est CNED et tout c'est par le pédopsychiatre souvent pour ça se mette en place et que ça soit pris en charge. Enfin de voir avec les parents enfin de leur expliquer ce qui existe, enfin moi je connais que le CNED comme solution », (M2) : « il y a aussi tout ce qui est scolarité à distance qui peut être intéressant, certains organismes qui font ça. Après il me semble que ça met du temps à se mettre en place ce genre de chose. »

Il est à noter que plusieurs praticiens ont fait la remarque que changer l'enfant d'école, de classe, ne permet pas de résoudre le problème à long terme, même si les parents le demandent.

(M6) : « elle m'a dit qu'en fait qu'en 4^{ème} elle avait été ignorée, exclue par ses copines et que depuis elle avait peur de l'école. Que quand elle avait déménagé à Montpellier elle avait changé d'école et que du coup à ce moment-là ça s'était amélioré. Et maintenant elle ne sait pas pourquoi, parce que tout va bien mais ça reprend. », (M8) : « il y avait encore des moments où elle ne voulait pas rester, des cours où elle ne voulait pas aller. Pourtant elle avait changé de classe, elle avait changé de, comment dire, on l'avait mise avec ses copines pour que ça aille bien. », (M11) : « et donc sa maman qui était là « il faut la changer d'établissement scolaire », je sais ce que pense la maman de l'enseignement traditionnel et classique, je me doutais bien qu'elle allait... Parce que je pense que changer d'établissement ça ne règle pas le problème. »

e) La crainte d'un manque de compréhension du milieu scolaire

Pour une partie des médecins, le milieu scolaire peut être parfois vu comme **peu compréhensif**, et **peu coopératif**, par **manque de connaissances** sur le sujet.

(M3) : « Parce que du coup, elle aurait été un peu assaillie sans doute, par justement une espèce d'injonction en disant « allez il faut se donner un coup de pied dans les fesses et puis il ne faut pas être absent » voilà. Alors qu'il y a un vrai problème psychiatrique, donc pour eux c'est difficile d'entendre ça (...) Voilà je fais un courrier succinct (...) Pour éviter qu'il y ait une réaction un peu trop... un peu trop brutale, sans trop d'empathie. », (M5) : « puis après c'est compliqué car souvent ce sont des enfants qui sont en marge donc avec un jugement je pense en termes de structure éducative, qui essaye d'être bienveillante et qui est de plus en plus formée à ses troubles là. Mais on voit parfois des barrières se dresser, avec une injonction de l'enfant passif que c'est un peu l'enfant qui fait le caprice. », (M11) : « donc la prof d'anglais ne veut pas, elle dit : « tant que tu n'as pas de certificat médical de ton médecin tu n'auras pas le droit de partir pour pisser » »

Un des praticiens a rapporté que la crise actuelle de la COVID a compliqué la reprise scolaire d'un adolescent : (M5) : « il y avait beaucoup d'anxiété à y retourner en plus actuellement avec la COVID, avec ses semaines en oui-non et puis je l'ai vu juste avant la fin du confinement actuel, il y avait beaucoup d'appréhension. »

6. L'importance de l'accompagnement des familles pour éviter les incompréhensions et les interférences négatives des parents dans la prise en charge

Face à une pathologie complexe comme le RSA, les parents ont parfois du mal à comprendre le mal-être de leur enfant, et ils peuvent vite se sentir **démunis et perdus**.

(M4) : « Parce qu'en général les parents sont complètement démunis, ils poussent encore plus les enfants et plus ils se braquent. », (M5) : « Et la maman elle était en décalage avec ça... c'était ... elle essayait de trouver des solutions mais... elle était dans une grande ambivalence dans la consultation à stimuler sa fille « aller Juliette aller il faut se forcer » et en même temps « je suis inquiète » et tout. Il y a une posture complètement ambivalente des parents là-dessus », (M8) : « Mais c'est très difficile pour les parents, moi je crois que les parents sont encore plus démunis que les enfants. Voilà ils sont inquiets. »

Pour 72% des praticiens de l'étude, il est important de **répondre aux questions des parents, de les rassurer**, pour éviter les réactions inappropriées et pour qu'ils adhèrent mieux aux protocoles de soins proposés. **Leurs convictions et parfois leur manque de connaissances**, peuvent interférer dans la prise en charge et leurs croyances **influencer le choix des traitements**. Le médecin doit prendre le temps pour expliquer, informer, et dans certains cas, convaincre les parents.

(M3) : « Les parents, j'essaye de leur expliquer s'ils n'ont pas déjà compris que c'est une vraie angoisse, que c'est un vrai problème psychique, ce n'est pas juste un adolescent qui n'a pas envie d'aller à l'école », « Donc expliquer ça aux parents (...) Juste pour éviter qu'ils réagissent de manière systématique et basique. », (M5) : « Moi je pense que c'est important de faire comprendre que sur des troubles comme ça qui peuvent être graves, graves en termes de retentissement pour l'enfant que ça soit en termes d'estime de soi ou même par rapport à la scolarité ce que ça peut engendrer », « De faire comprendre que c'est important de travailler en équipe. » « Et le vécu des parents de cette situation-là aussi, avec l'enfant. »

(M7) : « je lui ai dit : bon là, écoutez l'hypnose pour l'aider avec le stress je veux bien mais c'est une prise en charge pluridisciplinaire, il faut que ça soit des structures adaptées »,

(M8) : « alors c'est une opposition parentale, ils disent que ça ira mieux, que ça ne sert à rien, qu'un bon coup de pied au cul et on va à l'école. Il y a encore des réactions comme ça quand même. Des réactions assez violentes. Ou alors peut-être aussi beaucoup trop de laxisme les gens disent « ça passera » », (M10) : « Expliquer aux parents que justement que ce n'est pas qu'il ne veut pas aller à l'école, qu'il y a une grosse, grosse différence entre un enfant qui ne veut pas y aller et cette phobie scolaire. »

Certains parents **refusent que leur enfant consulte un psychiatre.**

(M4) : « Elle n'a pas été suivie par un psychiatre, sa mère n'a jamais voulu. »

Ils peuvent ne pas être convaincus de l'efficacité de médecines alternatives.

(M8) : « Parce que les parents si on leur dit qu'il faut faire un peu de relaxation, de musicothérapie, d'hypnose tout ça, ils sont hermétiques, hermétiques. Il vaut mieux aller de suite chez le psychologue, pédopsychiatre »

D'autres influencent le médecin dans la prescription d'un traitement médicamenteux.

(M11) : « enfin moi de mon côté rien, sauf si les parents me disent « on ne peut pas lui filer de l'homéopathie pour le » Enfin bon, c'est le pis-aller »

Et parfois les parents peuvent être **en désaccord entre eux** pour la prise en charge proposée. Un médecin rapporte qu'il a pris le temps de **voir les parents en consultation seuls**, sans l'enfant, permettant ainsi de mieux comprendre leurs inquiétudes.

(M8) : « le père lui que j'ai vu une ou deux fois, parce que les parents sont venus deux fois en couple sans l'enfant. Le père, il est persuadé qu'il faudrait presque la forcer, être très très rigide pour qu'elle aille à l'école. Il dit que... Bon la mère est beaucoup plus, elle la laisse plus faire etc. et donc voilà. »

Un participant décrit le cas d'un parent qui interfère dans le traitement médicamenteux de son enfant.

(M7) : « Mais ce qui était particulier c'est qu'il y a eu un moment il y a eu un traitement antidépresseur qui a été mis en place, puis finalement rediscuté par le CMPEA sur Mèze. Donc du coup la maman a mis un recul en arrière en disant « si c'est discuté, peut-

être qu'il ne faut pas » puis finalement il y a d'autres personnes qui lui ont dit que ça serait quand même intéressant pour lui et du coup sa mère a pris les antidépresseurs, elle-même pour montrer à son fils qu'il faut qu'ils les prennent. »

Dans certaines situations la prise en charge psychologique des parents est nécessaire.

(M6) : « Parce qu'en fait il se trouve que la maman a aussi des problèmes et que je l'ai envoyée chez la psychologue. Donc on ne sait pas si c'est lié ou quoi mais voilà », (M7) : « Et je pense que déjà aussi il faudrait à mon sens prendre globalement la situation, la maman aussi ! Et pas que le petit là ! »

Un praticien a observé que sa place de médecin traitant lui octroie une meilleure connaissance du milieu familial, et ainsi lui permet de mieux adapter la prise en charge.

(M8) : « je suis assez large dans mes propositions en fonction de l'enfant et de si je le connais je sais un petit peu ce qui va marcher et des parents aussi »

7. Le suivi de l'adolescent, une prise en soin complexe et freinée par l'absence de médecin référent

Les médecins interrogés ont aussi un rôle dans la **coordination des soins** et le **suivi médical**. Ils permettent également de faire le lien entre les différents spécialistes et la famille.

(M2) : « un rôle de suivi aussi, entre les consultations spécialisées et aussi probablement un rôle de liaison avec la famille », « et faire le lien et la coordination, suivre un peu à distance », (M7) : « Ce n'est pas évident, je dirais là c'est plus faire le lien entre différents intervenants même si je pense qu'il ne doit pas en avoir 36000 parce que ça devient n'importe quoi. Peut-être effectivement le lien entre l'école et les intervenants psycho et tout ça. »

a) Le suivi compliqué de l'adolescent : rupture de suivi et de soins, pathologie au pronostic parfois difficile à accepter

Cependant le suivi n'est pas simple. Un tiers des praticiens décrivent des cas de **rupture de suivi** ou des **perdus de vue**. Ce qui peut poser un problème sur le **retour d'expériences**.

(M2) : « elles ne sont jamais revenues donc du coup le problème s'est arrêté là », (M4) : « Mais du coup je l'ai perdue de vue là. Ça fait au moins deux ans je crois que je ne l'ai pas vue et je ne sais pas où elle en est », (M6) « comme je voyais sa mère de temps en temps je pensais le revoir finalement je ne l'ai même pas revue », (M8) : « Et là ça fait quelque, depuis le début de l'année j'ai dû la voir une seule fois, je ne l'ai pas revue. », « Et elle depuis 3 ans je l'ai perdu de vue. »

Un médecin avec peu d'années d'expérience raconte n'avoir que **peu de recul** sur sa pratique.

(M2) : « J'ai vraiment très très peu de recul là-dessus finalement. Et les fois où c'est arrivé j'étais justement plutôt très circonspecte quant à ce que je devais faire »

Entre les attentes de l'adolescent et ce qu'il est capable de faire, il peut y avoir une ambivalence. La pathologie est complexe et difficile à comprendre pour lui, et parfois par **lassitude ou sensation d'échec**, il arrête de lui-même son traitement et son suivi. Un mauvais contact avec un spécialiste peut aussi être un frein.

(M6) : « du coup à ce moment-là ça s'était amélioré. Et maintenant elle ne sait pas pourquoi, parce que tout va bien mais ça reprend. », « je vais l'envoyer à Carnon parce qu'il y en a une spécialiste en TCC mais le contact n'est pas très bien passé donc du coup elle a vu la psychologue de Pérols et ça se passe bien. », (M7) : « Mais il a une vraie volonté en fait de vouloir retourner à l'école, mais à chaque fois qu'il y retourne, il ne reste pas longtemps parce que, parce que c'est très compliqué. Donc c'est difficile parce que je trouve qu'il y a une ambivalence dans ce qu'il veut et ce qu'il arrive à faire. »

(M8) : « Et puis elle a laissé tomber le Zoloft (...) Elle est venue en début d'année pour faire un certificat, elle allait tant bien que mal, elle ne voulait plus reprendre le Zoloft. Et à nouveau j'ai rencontré sa grand-mère parce que je suis, on est médecin de famille quand on est généraliste. Donc sa grand-mère m'a dit qu'elle n'allait pas à l'école », « Et elle,

depuis 3 ans je l'ai perdue de vue. Après, quand elle a été majeure, elle n'a plus voulu suivre qui que ce soit. », (M10) : « Et un enfant qui me dit que ça se passe bien à l'école qu'il n'y a rien qui l'embête. Et qu'il a quand même envie d'y aller et qui ne comprend pas pourquoi il a des symptômes. »

Certains médecins ressentent aussi cette **sensation d'échec**. Pour eux, l'objectif principal est la reprise scolaire, mais malgré tous les soins et les aides, parfois le résultat n'est pas à la hauteur de ce qu'ils en attendaient.

(M7) : « Et en fait il y a eu plusieurs périodes, c'est-à-dire il y a eu des périodes où finalement il n'allait plus du tout à l'école et puis ils ont réessayé petit à petit et puis après il y a eu des refus. Enfin il est retourné à l'école petit à petit et puis finalement a rebasculé en arrière où il n'a plus pu y retourner » en complétant plus loin « Et je trouve qu'on se sent démuni. Je pense que c'est un peu le problème. C'est de se dire, ils ont essayé plein de choses et finalement ça bloque. », (M8) : « On a essayé de faire des classes d'adaptation. C'est-à-dire qu'elle aille par exemple faire les cours à la bibliothèque plutôt voilà, etc. Mais même comme ça, ça a été très difficile. », « Parce que le milieu scolaire, après ça va être le milieu professionnel, ça va être... Moi la jeune fille, là qui a 28 ans elle n'a aucune formation, rien. Je ne sais pas ce qu'elle va devenir quand ses parents seront vieillissants. Si, elle pourra toujours être l'auxiliaire de vie de ses parents », (M10) : « Donc je ne sais pas. Difficulté, c'est qu'on a du mal à les remettre à l'école. Samuel ça s'est très bien passé, Zoé elle fait ses cours à la maison et ça lui va comme ça. Alors je ne sais pas si c'est un échec »

b) Rôle de coordinateur du médecin généraliste shunté

Deux participants ont rapporté des cas où les médecins traitants n'ont pas été les premiers interlocuteurs des adolescents et des parents, entraînant ainsi un **problème de coordination des soins**, un **nomadisme médical**, et un **retard à la mise en place d'un traitement adapté**.

(M7) : « ce n'est pas moi qui l'ai pris en charge initialement, qui ait posé le diagnostic. » En expliquant ensuite : « on a fait appel à des psychologues, des neuropsychiatres. Il y a eu des évaluations effectivement neuropsys qui ont été faites (...) Mais ce qui était

particulier c'est qu'il y a eu un moment il y a eu un traitement antidépresseur qui a été mis en place puis finalement rediscuté par le CMPEA sur Mèze. Donc du coup la maman a mis un recul en arrière en disant « ba si c'est discuté ba peut-être qu'il ne faut pas » puis finalement il y a d'autres personnes qui lui ont dit que ça serait quand même intéressant pour lui », « Moi je trouve que c'est très chaotique parce que, parce que beaucoup, beaucoup d'avis différents avec des instaurations de traitements. », « Je trouve dommage pour lui c'est qu'il y a eu un nomadisme sur la prise en charge. »

(M8) : « Et du cours d'anglais c'est allé progressivement sur tous les cours donc elle est... elle a vu, sa maman l'a amené voir un psychologue. Et puis la psychologue lui a dit « écoutez, ne la forcez pas, voyez, essayez un peu de débriefer avec elle et vous verrez il y a les vacances ça ira mieux en janvier donc janvier arrive ça ne va toujours pas elle ne veut plus aller à l'école (...) Et donc on m'amène cet enfant, la maman est un peu désemparée parce qu'elle voit passer des semaines, bientôt deux mois et rien ne va »

Quelques médecins mettent en avant aussi le **manque de retours de la part des spécialistes** pouvant compliquer le suivi. De ce fait, ils passent par les familles pour en obtenir.

(M6) : « Et j'ai eu le retour car j'ai eu la mère il n'y a pas longtemps », (M8) : « Et à nouveau, j'ai rencontré sa grand-mère parce que je suis, on est médecin de famille quand on est généraliste. Donc sa grand-mère m'a dit qu'elle n'allait pas à l'école donc voilà. », « Pour l'instant je n'ai pas eu de retour, ni des parents, ni de la pédopsy, on va voir, on va voir comment ça s'est passé. Quand je reverrai, la maman (...) Je la voyais un moment donné quand ça a commencé, je prenais des nouvelles même en dehors du cabinet, pour savoir si elle avait repris ou pas. »,

(M9) : « mais moi le problème c'est que je n'ai pas eu forcément de retour. C'est-à-dire que l'orientation a été donnée sur telle ou telle structure et après comme pour beaucoup de pathologies, on n'a pas forcément de retour. Ou des retours par des intermédiaires à distance, à travers les parents »

8. L'impression d'un manque de recommandations et de formations

Les médecins (9/11) déplorent le **manque de formations et de recommandations** ou de protocoles clairs qui pourraient les aider à repérer, diagnostiquer et prendre en charge les adolescents présentant un RSA.

Concernant le repérage : (M2) : « *Après c'est vrai qu'on n'a tellement peu de formations là-dessus que j'aurais un peu de difficultés à diagnostiquer en dehors de ça, en dehors du parent qui dit que l'enfant ne veut pas aller à l'école* », (M6) : « *Après moi c'est vrai que je ne demande pas, je ne dépiste pas. Je serais intéressée de savoir à quelle occasion il faut le faire et comment il faut le faire. Mais je ne le fais pas.* », (M11) : « *je ne suis pas formé dessus et je ne sais pas s'il faut repérer systématiquement le refus scolaire anxieux chez certains gamins ou pas, quelles circonstances, là c'est de l'expérience.* »

Concernant le diagnostic : (M2) : « *si j'ai une formation qui me dit que systématiquement il faut faire tel ou tel bilan devant ce genre de truc je le ferai mais là j'ai tellement peu de connaissances là-dessus.* »

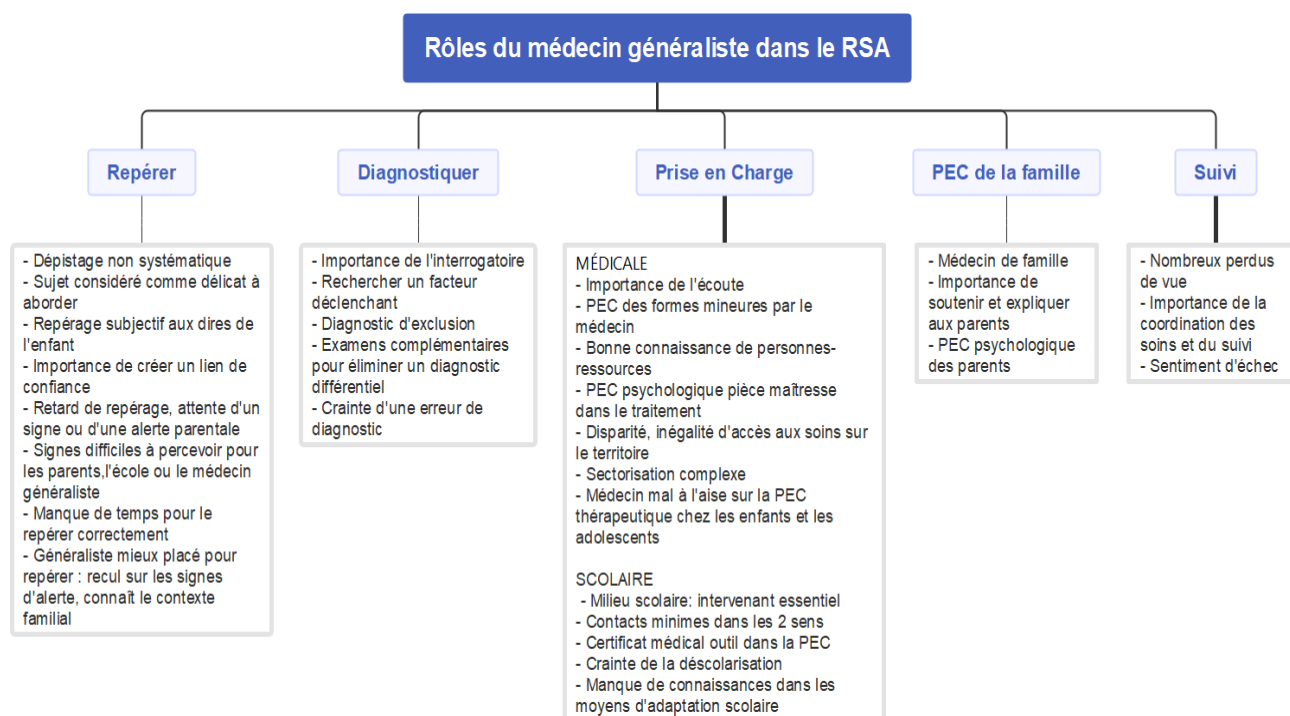
Concernant la prise en charge : (M1) : « *Après je ne connais pas les critères, j'imagine que psychologiquement, psychiatriquement, il doit y avoir des stades et tout ça, je ne sais pas.* », (M4) : « *On se sent un peu tout seul mais après je trouve que déjà le diagnostiquer c'est déjà difficile en soi mais en plus tu ne sauras pas quoi faire derrière.* », (M7) : « *j'ai l'impression que ça serait bien qu'on ait un peu de formations là-dessus.* », (M8) : « *on n'a jamais eu ce sujet proposé, c'est marrant hein parce que je peux vous dire que j'ai un groupe de pairs par mois, j'ai en moyenne 2 FMC : une FMC habituellement en présentiel et une en ligne mais je n'ai jamais eu le refus scolaire. C'est marrant... c'est à proposer.* », (M9) : « *Donc mes traitements sont plutôt d'ordres homéopathiques (...) pas de traitement allopathique (...) Le but de votre thèse c'est peut-être effectivement qu'on puisse approfondir dans ce domaine-là.* », (M11) : « *Non à part comme je te l'ai dit nous, on n'est pas très formé sur ça quoi* »

C. Le vécu de la prise en charge du RSA par le médecin généraliste

L'étude nous a permis d'avoir une représentation des rôles des médecins généralistes dans le refus scolaire anxieux, selon la conception des praticiens interrogés.

Les médecins jouent un rôle important dans le repérage du RSA. Ils sont les mieux placés pour le dépister précocement même si, le dépistage n'est pas systématique et qu'il est retardé par la complexité de la pathologie et l'hétérogénéité des tableaux cliniques. Une fois suspecté les praticiens recherchent à éliminer une étiologie organique avant de poser le diagnostic. Leurs rôles dans la prise en charge sont principalement d'écouter, d'accompagner et prendre en charge les formes mineures. En cas de persistance du refus ou en cas de formes compliquées ils adressent les adolescents vers des spécialistes. Ils essayent aussi de coordonner les soins et de faire le lien avec le milieu scolaire. Ils participent également au suivi de l'adolescent et à la prise en charge de la famille.

Le retour d'expérience des médecins est résumé dans le tableau 1 ci-dessous

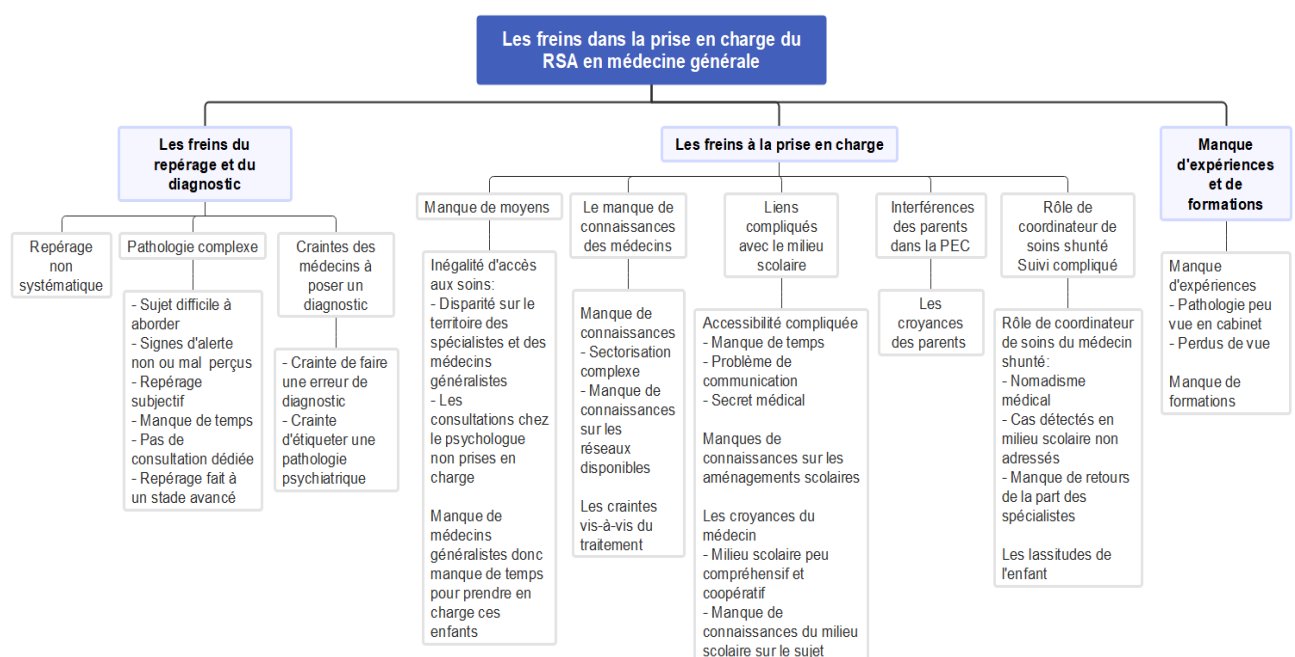


D. Les freins dans la prise en charge du RSA en médecine générale

Les médecins de l'étude ont rapporté de nombreux freins au repérage mais aussi à la bonne prise en charge des adolescents présentant un RSA.

Tout d'abord le repérage n'est pas systématique et la complexité du RSA retarde le dépistage précoce. Le sujet est difficile à aborder en consultation à la fois par les adolescents, les parents mais aussi par les médecins généralistes, et l'hétérogénéité des tableaux cliniques le rend compliqué à percevoir et parfois les praticiens multiplient les examens complémentaires de crainte de passer à côté d'une organicité. La prise en charge est ralentie à la fois par le manque de moyens humains et par la disparité des ressources sur le territoire entraînant une inégalité d'accès aux soins, mais aussi par le manque de connaissances de médecins généralistes sur le réseau de soins. L'accessibilité difficile au milieu scolaire (manque de temps, horaires contraignants, respect du secret médical) est un frein à la prise en charge multidisciplinaire et tout comme les interférences des parents sont des freins à la prise en charge optimale. Les praticiens regrettent également qu'ils ne soient pas toujours au centre de la prise en charge, compliquant ainsi la coordination des soins et le suivi des adolescents. Et pour finir ils se sentent quelquefois mal à l'aise face à un adolescent présentant un RSA, car le refus scolaire reste une pathologie peu vue en cabinet médical et les formations sur le sujet ne sont pas suffisantes.

Les freins sont présentés dans le tableau 2 ci-dessous :



VI. DISCUSSION

A. À propos de l'étude

1. Description de la population de médecins généralistes

L'âge moyen était de 41 ans, ce qui n'est pas représentatif des médecins généralistes de l'Hérault puisque selon le conseil national des médecins, l'âge moyen était de 49,7 ans en 2021. Les répartitions en termes d'âge ne correspondent pas non plus à la population médicale car dans l'étude 54% ont moins de 40 ans, versus 25% en Languedoc-Roussillon et 9 % ont de plus de 60 ans, versus 27% (39,40). L'échantillon était constitué seulement de 18,2 % d'hommes, soit moins que dans la population de médecins généralistes de l'Hérault où l'on retrouve 51,1% d'hommes (39,40).

L'échantillon n'est donc pas représentatif de la population médicale en médecine générale dans l'Hérault. Au vu de ces constats chiffrés, on peut se poser la question si le sujet n'intéressait pas plus les femmes que les hommes.

La totalité des médecins interrogés n'ont pas eu de formation spécifique sur le RSA. Ce pourrait être un axe de développement pour améliorer la prise en charge.

2. Les limites de l'étude

Biais de recrutement

Il existe un biais de recrutement. Les médecins recrutés ont été préalablement contactés par e-mail ou téléphone afin de savoir s'ils souhaitaient participer à l'étude. Les participants sont donc plus susceptibles d'être intéressés par le sujet.

Les biais propres à l'étude qualitative et à la réalisation d'entretiens

Les entretiens ont été réalisés par l'auteure. Sa faible expérience dans les interviews s'est peut-être fait ressentir ce qui a pu engendrer un biais d'intervention, des divergences d'un médecin à

un autre. Le fait de connaître certains d'entre eux, a pu influencer également la manière de poser les questions ou les réponses obtenues à ces questions.

On retrouve aussi une grande différence de durée des entretiens : d'une quinzaine de minutes à plus d'une demi-heure, et ce malgré un guide d'entretien semblable pour chaque médecin. Certains médecins se sont donc sentis plus en confiance et ont rapporté plus d'expériences.

Il existe aussi un biais de mémorisation puisque la gestuelle et le ton des propos ont été indiqués de mémoire dans la retranscription des entretiens. Ce biais de mémorisation concerne aussi les médecins puisqu'ils parlaient de consultations anciennes.

Biais d'interprétation

L'analyse a été effectuée par une seule personne, l'auteurice.

B. La prise en charge des adolescents présentant un RSA selon les médecins interrogés

1. Repérage complexe, non systématique et insuffisant

Les médecins généralistes sont en première ligne pour effectuer le repérage des adolescents présentant un RSA. Les études montrent que 80% des adolescents consultent, quel que soit le motif, au moins une fois un médecin généraliste dans l'année (41). Les motifs de ces consultations sont essentiellement somatiques (75 %), mais aussi administratifs ou préventifs (19 %) et rarement psychologiques (6%) alors que 20% des adolescents décrivent un épisode dépressif pendant leur adolescence (42). L. Etienne, dans son étude clinique sur les adolescents présentant un RSA, observe que 50% des patients repérés sont adressés par les médecins généralistes (14). Un chiffre que l'on retrouve dans la thèse de L. Menucelli (25).

Dans notre étude, le repérage est insuffisant et non systématique. Et pour les praticiens qui le font, ils n'ont pas de consultation dédiée mais profitent des consultations administratives ou préventives (certificat de sport, vaccination) pour rechercher des problèmes liés à la vie scolaire de l'adolescent. Mais parmi eux, un médecin fait la remarque que ces consultations ne sont pas

forcément réalisées à la bonne période (vacances estivales) et les nouvelles directives visant à augmenter la validité des certificats de sport compliquent encore la possibilité de dépistage durant celles-ci.

La majorité des participants ne dépistent pas le RSA mais sont dans l'attente d'un signe d'alerte venant de l'adolescent ou des parents, ce qui est concordant avec les recherches de P. Binder. Selon lui, les médecins n'abordent avec l'adolescent les questions psychologiques que dans 4% des consultations à motif somatique ou préventif (42).

Depuis le 1er mars 2019, afin d'améliorer le suivi de la santé chez les jeunes, trois examens de préventions sont désormais proposés par la sécurité sociale, un entre 8 et 9 ans, un entre 11 et 13 ans et un entre 15 et 16 ans. Ils sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie (43). Dans le carnet de santé des enfants nés après 2018, des pages spécifiques ont été intégrées pour conseiller, guider et informer les parents. Parmi les aspects de la vie de leur enfant auxquelles ils doivent être attentifs, il y a l'absentéisme et les retards scolaires. Une page s'adresse aussi aux adolescents en leur conseillant, s'il existe un mal-être en classe ou en dehors, de ne pas rester seul et d'en parler (44,45).

Dans les recommandations pour la pratique clinique de l'HAS (Haute Autorité de Santé) de 2005, portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, il est souligné l'importance pour détecter les troubles anxieux d'interroger sur la qualité du sommeil, sur la présence de plaintes somatiques répétées avec examen clinique normal, de prendre en compte l'existence d'une anxiété de performance et de rechercher un absentéisme scolaire (46).

Le RSA reste, pour une partie des participants, une pathologie sensible et difficile à aborder en consultation, c'est un sujet qui touche la vie intime de l'adolescent et de sa famille. Et ces derniers peuvent ressentir un sentiment de honte face à cette situation. Un sentiment que l'on retrouve auprès des parents de l'étude de L. Rosenthal dans laquelle, ils expriment la peur d'être jugés et considérés pour des « mauvais parents » (47).

Les médecins interrogés ont aussi remarqué que le repérage reste dépendant des dires des adolescents et des parents, et quelquefois la complexité d'une situation familiale (pathologie psychiatrique d'un parent, conflit...) peut masquer les signes d'alerte. Pour faciliter l'échange, ils ont mis en avant des leviers permettant à l'adolescent et à sa famille de se sentir à l'aise pour se confier : consulter le jeune sans la présence parentale et le revoir de manière rapprochée pour créer un lien de confiance.

Les praticiens de l'étude ont pris conscience qu'il existe un retard de repérage. Les signes d'alerte peuvent être masqués, non compris ou encore minimisés, à la fois par les parents, l'école, mais également par le milieu médical. Des freins que l'on retrouve dans l'étude C. Moreau-Pascal qui relate les expériences de médecins scolaires. Ceux-ci ont observé plusieurs cas d'adolescents où l'absentéisme n'a pas été signalé tout de suite à la fois par le système éducatif mais aussi parce que les absences ont été excusées par les parents ou par des certificats médicaux. Dans son travail, certains médecins traitants n'ont pas perçu ou ont sous-estimé les signes d'alerte (48).

Certains participants remettent en question leur pratique. Ils estiment ne pas être assez attentifs aux signaux d'alerte, bien qu'ils aient conscience de l'intérêt d'un repérage précoce. Un d'entre eux décrit même qu'il existe un déni médical concernant le RSA. Les médecins préfèrent ne pas le voir, ne sachant pas le prendre en charge. Et parfois, ils n'osent pas non plus aborder le sujet par manque de temps étant donné que ce sont des consultations chronophages. Ce manque de considération et de temps est aussi constaté dans le travail de C. Moreau-Pascal, dans lequel un médecin généraliste exprime son peu d'intérêt pour le RSA par rapport à d'autres pathologies qui sont ses priorités (48).

Notre travail a aussi mis en avant plusieurs situations où le repérage est fait à un stade avancé. Cela peut être expliqué par le manque d'attention aux signes d'alerte. Cette difficulté de repérage est sans doute liée à l'hétérogénéité des tableaux cliniques et au caractère peu spécifique des symptômes. Le RSA peut évoluer à bas bruit et les symptômes somatiques peuvent brouiller le repérage. Dans l'étude d'E. Hirsch, les signes fonctionnels sont fréquents et variés (75%) et sont significativement associés à un retard dans la prise en charge de plus de 6 mois (5).

C'est pourquoi le médecin traitant est un des acteurs le mieux placé pour dépister ces signaux. Sa proximité avec l'adolescent et la famille lui permet de connaître le contexte familial et de créer un lien de confiance facilitant la libre parole. Le fait d'avoir accès au dossier médical de l'adolescent et à son suivi lui permet d'avoir du recul sur la symptomatologie clinique. Arguments que l'on retrouve dans le travail de recherche de J.L. Gaspard et al, dans lequel on observe que la bonne connaissance de la dynamique familiale ou d'une pathologie parentale est un atout pour le médecin traitant pour éviter l'enkystement du problème (31).

Les praticiens déplorent le manque de recommandations claires qui pourraient les aider à dépister. Le diagnostic clinique peut être étayé par l'utilisation d'échelles, mais à ce jour, il n'existe pas d'outil de repérage spécifique en population générale comme en population clinique qui permettrait notamment le repérage des refus latents en amont du critère d'absentéisme (49).

L'échelle SCARED-R, validée en français, permet l'évaluation de l'anxiété de l'enfant entre 7 et 17 ans. Cette échelle présente une sous-dimension « phobie scolaire » qui peut être utilisée comme un outil d'évaluation. Elle ne permet pas de poser un diagnostic (50). (Annexe 4). Certains travaux de recherches en population cliniques utilisent pour poser un diagnostic les critères de Berg qui ont l'avantage d'être plus clairs et qui correspondent bien à la dimension anxieuse du tableau clinique de ces patients (49).

2. Diagnostic d'exclusion, la crainte d'une erreur de diagnostic

Afin d'étayer le diagnostic, les praticiens interrogés se basent sur l'interrogatoire à la recherche d'antécédents psychiatriques, d'un facteur déclenchant ou d'un trouble associé. Pour cela ils évaluent la dynamique familiale et la vie scolaire de l'adolescent, notamment à la recherche d'un traumatisme déclencheur (harcèlement, violences physiques, sexuelles ou psychologiques).

Pour une grande majorité des médecins interrogés le RSA est un diagnostic d'exclusion, ils expriment la crainte de passer à côté d'une pathologie organique mais aussi la crainte de poser une étiquette de pathologie psychiatrique sur des enfants de cet âge. Ils vont pour se rassurer, effectuer des examens complémentaires. Dans l'étude les praticiens privilégient des examens « faciles et peu intrusifs » (biologie, échographie). Et parfois ils multiplient ses examens entraînant un retard dans la pose du diagnostic. Une errance diagnostic que l'on retrouve dans la thèse d'E. Hirsch dans laquelle les signes somatiques retardent la prise en charge spécialisée d'environ 6 mois (5).

Dans la pratique, il n'y a pas de recommandation concernant la réalisation d'examens complémentaires. Ceux-ci doivent se faire en fonction du ressenti du praticien. Cependant, il faut éviter de les multiplier. Il arrive que la recherche d'une affection organique occupe médecins et parents avant de comprendre, tardivement, qu'il existe une origine psychique aux symptômes observés. C'est donc au médecin traitant de doser raisonnablement les examens, puis d'adresser le patient vers un psychologue ou un psychiatre (3). Dans son article publié en 2017, N. Catheline met l'accent sur le fait que toutes les manifestations d'anxiété ne sont pas des refus scolaires, et qu'il faut se méfier avant de prononcer le terme trop vite sans réalisation de bilan psychologique. Néanmoins, il est aussi nécessaire d'agir rapidement pour ne pas laisser s'installer la déscolarisation qui compliquerait le retour à l'école (27,51).

3. Le médecin généraliste : un rôle important d'écoute et d'accompagnement nécessitant un appui des spécialistes pour la thérapeutique

La plupart des médecins de l'étude estiment que l'écoute de l'adolescent et de sa famille est un processus primordial dans la prise en charge thérapeutique. Un rôle d'écoute dont l'importance se retrouve dans les écrits de N. Catheline, pour elle, il est nécessaire que le médecin généraliste manifeste un « souci de soin » envers l'adolescent et que prendre le temps de discuter avec lui de ses craintes ou de ses espoirs est thérapeutique (34). Mais cette étape nécessite du temps et les participants estiment ne pas en avoir assez pour le faire correctement (manque de généralistes).

Le rôle des praticiens interrogés est limité dans la prise en charge thérapeutique. Après évaluation de la gravité du tableau clinique, les formes mineures peuvent être traitées initialement par les médecins généralistes. Mais en cas d'impasse ou de cas graves ils passent le relais. Ils vont orienter préférentiellement vers des psychologues, psychiatres ou pédopsychiatres pour avoir leur avis et mettre en place une psychothérapie et si besoin un traitement médicamenteux.

Ce parcours de soins correspond aux propositions pour optimiser la prise en charge du RSA chez les adolescents de S. Benbrika et E. Hirsch dans lesquelles les médecins généralistes sont en première ligne. Ils vont éliminer une pathologie organique, guider et rassurer l'enfant et ses parents. Le RSA régresse dans 25 à 50 % des cas, mais s'il persiste ou s'il se présente sous une forme compliquée, un avis psychiatrique est nécessaire et les médecins orientent l'enfant (5,52).

Pour les médecins interrogés la psychothérapie est le traitement principal et le pilier de la prise en charge, ce qui est concordant avec les recommandations dans la littérature (4,18). La totalité des participants estiment qu'en dehors du traitement symptomatique, ils ne se sentent pas compétents pour mettre en place un traitement médicamenteux chez des enfants et des adolescents. Pour eux, c'est le rôle du spécialiste.

4. L'avis spécialisé est dépendant d'une inégalité d'accès aux soins sur le territoire

Les choix d'orientation sont dépendants du milieu d'exercice, des moyens humains sur le territoire et des connaissances du médecin sur le réseau de soins. Les praticiens exerçant en milieu urbain vont se tourner principalement vers des spécialistes libéraux pour une question d'accessibilité et de délai de consultation. Ils privilégient les spécialistes à proximité de leur cabinet. Cela va dans le même sens que l'étude de J.L. Gaspard et al où il décrit que la moitié des praticiens installés en zone urbaine adressait à un confrère spécialiste en libéral (31). Les centres spécialisés sont réservés pour les prises en charge plus lourdes ou pour avoir une prise en charge plus globale et multidisciplinaire. Les associations comme la MDA 34, les assistants sociaux et les psychologues scolaires sont aussi des ressources pour la prise en charge des médecins interrogés. Au contraire les praticiens exerçant en semi-ruralité ou en ruralité, eux, orientent directement vers les centres spécialisés de leur secteur.

Les participants ont mis en avant aussi une disparité d'accès aux soins sur le territoire, allongeant les délais de consultations et les obligeants à s'adapter en fonction de l'offre disponible. La répartition des spécialistes est inégale : dans les zones semi-rurales ou rurales les psychologues et psychiatres libéraux manquent, en ville ce sont essentiellement les psychiatres et pédopsychiatres. Une inégalité confirmée par la cour de comptes qui relève que 80% des psychiatres exercent dans des villes de plus de 50 000 habitants (53). Et le rapport de 2018 sur l'évaluation du fonctionnement des centres médicaux accueillant des enfants signale que ses structures sont saturées par la hausse continue de la demande avec parfois des délais de réponse de plusieurs mois et des prises en charge dégradées (54).

La non prise en charge des consultations avec un psychologue est aussi un frein. Les médecins se trouvent obligés de se tourner vers des psychiatres qui, moins nombreux, ont des délais de consultations plus longs.

Les médecins interrogés ont une bonne connaissance des structures ressources de leur secteur mais certains font part d'un manque d'informations sur les réseaux disponibles et un manque de communications des centres spécialisés sur les différentes prises en charge et les différents soins qu'ils proposent. Un des praticiens notifie aussi que la sectorisation est complexe : problème à améliorer que l'on retrouve dans l'étude d'E. Hirsch (5) et dans l'article de C. Rivelli et al (3).

5. Le milieu scolaire, vu comme un acteur essentiel pour le généraliste mais dans les faits peu de contacts entre eux

Le milieu scolaire est vu comme un intervenant essentiel pour les participants. Il est une aide dans le diagnostic et la prise en charge. Cependant, le manque d'échanges entre le milieu scolaire et la médecine générale est mis en avant. Malgré la volonté des médecins d'établir un lien celui-ci reste infime et compliqué. Les praticiens interrogés déplorent le manque de temps pour le joindre et le décrivent comme difficilement accessible (horaires). Ces observations concordent avec l'étude de A. Bally qui a analysé le lien entre les médecins généralistes et les médecins scolaires : 95% des médecins généralistes n'ont rarement ou jamais de contact avec le médecin scolaire, 62,3% ne savent pas où le joindre et 15,1% n'ont pas assez de temps pour travailler avec lui. Les généralistes de son étude souhaitent travailler avec la médecine scolaire mais par manque de temps et par la complexité de fonctionnement des services médicaux scolaire, ils ne le font pas (55). Nous avons aussi fait la remarque que les praticiens souhaitant une prise en charge scolaire orientent, plus facilement vers les centres spécialisés pour avoir une prise en charge multidisciplinaire.

Ils regrettent également que le personnel scolaire ne les prévienne pas toujours et ne leur adresse pas les enfants en cas de suspicion. Ce manque de communications dans les deux sens, est aussi retrouvé dans l'étude de C. Moreau-Pascal dans laquelle un médecin scolaire déplore l'absence de dialogue avec le médecin traitant compliquant ainsi la gestion de la prise en charge et il regrette que le généraliste n'ait pas pris contact avec lui (48). Pour pallier cette difficulté de communication, les médecins de l'étude passent par l'intermédiaire des parents et parfois des enfants.

Selon les praticiens interrogés, le manque de médecins et d'infirmières scolaires est aussi un frein à la collaboration avec le milieu scolaire. En France, le nombre de médecins scolaires a chuté de 15 % depuis 2013. Ainsi le taux d'encadrement des élèves s'est dégradé de 20 % en cinq ans, pour atteindre en moyenne nationale un médecin pour 12 572 élèves en 2018. Le taux d'encadrement infirmier des élèves s'est redressé depuis plusieurs années pour s'élever à 1 300 élèves par personnel infirmier fin 2018 (56). Les participants ont aussi évoqué la volonté d'interagir prioritairement avec l'équipe médicale scolaire pour ne pas rompre le secret médical.

La plupart des établissements scolaires français exigent des certificats médicaux pour justifier les absences scolaires. Dans notre étude, le certificat médical est vu comme un outil de la prise en

charge, il permet de soulager l'adolescent en grande détresse mais sa rédaction nécessite un encadrement pour éviter ou aggraver la déscolarisation. Il est rédigé pour permettre la mise en place d'une psychothérapie et/ou une adaptation du temps scolaire, et il doit être de courte durée et bien expliqué aux parents et à l'adolescent. Des conditions de rédaction qui sont préconisées aussi dans la littérature (3,51).

Les mesures d'adaptation du temps scolaire permettent dans les cas graves, de poursuivre les apprentissages tout en s'adaptant aux capacités de l'adolescent (29). Une partie des médecins interrogés se sentent peu à l'aise par méconnaissance de ces différents moyens existants et par méconnaissance de la manière de les instaurer. Pourtant ils sont fréquemment utilisés comme on peut le voir dans la thèse de L. Menucelli dans laquelle trois quarts des adolescents pris en charge par les médecins scolaires ont bénéficié d'un PAI (25).

6. L'importance de l'accompagnement des familles pour éviter les incompréhensions et les interférences des parents dans la prise en charge

Les praticiens ont souligné l'importance de prendre en charge la famille de l'adolescent. Répondre à leurs questions et les rassurer, permettent d'éviter ainsi les réactions inappropriées et de s'assurer une meilleure adhésion des parents aux protocoles de soins proposés. Les médecins ont observé que les parents peuvent par manque de connaissances sur la pathologie, ou par conviction, interférer dans la prise en charge thérapeutique. Un constat qui coïncide avec le travail de recherche de Bussard et al, dans lequel la moitié des parents ont des difficultés à reconnaître les troubles de leur adolescent en tant que maladie, entraînant ainsi, par manque de connaissances et d'informations, un retard à la mise en place des soins adaptés (23). Dans l'étude de C. Moreau-Pascal, il a été rapporté que parfois les parents n'acceptent pas les propositions de suivi psychologique si le dépistage est précoce et si les signes ne sont pas assez handicapants. De plus, il a été remarqué que quand les parents n'adhèrent pas au traitement, les résultats thérapeutiques sont moins bons (48).

Dans tous les cas, il apparaît comme important d'impliquer la famille dans la prise en charge de l'adolescent. En tant que médecin de famille, les généralistes connaissent le milieu familial, et peuvent ainsi mieux adapter la prise en charge.

7. Le suivi de l'adolescent, une prise en soin complexe et freinée par l'absence de médecin référent

La coordination des soins et le suivi médical de l'adolescent présentant un RSA relèvent du rôle du médecin traitant. Mais notre étude montre que le suivi est compliqué par de nombreux cas de perdus de vue et par les retours insuffisants de la part des spécialistes.

Dans le travail de recherche de J. Sibeoni et al. sur l'efficacité perçue des soins par les adolescents, ces derniers peuvent ressentir des difficultés à percevoir l'efficacité de leur prise en charge (38). Les médecins interrogés ont observé aussi ce sentiment et il arrive certaines fois que les adolescents arrêtent d'eux-mêmes leur traitement et leur suivi.

Une sensation d'échec que ressentent une partie des médecins. La reprise scolaire est pour eux, l'objectif principal de la prise en charge mais malgré tous les soins et toutes les aides, le résultat n'est pas toujours à la hauteur de ce qu'ils en attendaient.

Certains praticiens ont fait la remarque qu'ils ne sont pas systématiquement le premier interlocuteur de l'adolescent et de sa famille. Un constat qui est concordant avec l'étude de L. Menucelli dans laquelle 1/3 des adolescents ont été vus directement par le pédopsychiatre sans passer par le médecin généraliste ou le pédiatre (25). Notre étude souligne que cela peut entraîner un retard de la mise en place thérapeutique adaptée et un nomadisme médical. Une analyse que l'on retrouve dans le travail de L. Rosenthal qui relate, le cas d'un enfant vu initialement par un psychiatre en libérale sans que cela puisse l'aider et qui a été réorienté vers un centre plus adapté par le « médecin de famille » (47).

8. Manque de formations et manque d'expériences : retard repérage et de la prise en charge

Le RSA touche entre 1 et 2% des enfants scolarisés et reste une pathologie peu vue en médecine générale, entraînant un manque d'expériences (1). Le nombre important de perdus de vue évoqués par les médecins pose aussi le problème du retour d'expériences. Un médecin décrit un manque de recul sur sa prise en charge dû au fait de sa courte durée d'exercice, même si à l'analyse de l'étude, on ne peut pas corréler l'expérience (durée d'exercice et part d'activité pédiatrique dans la pratique) avec l'aisance vis-à-vis de ces adolescents. Les praticiens interrogés décrivent un manque de formations dans le domaine du RSA de son repérage à sa prise en charge.

Aucun ne se dit pleinement compétent et à l'aise pour le prendre en charge. Un manque d'expériences et de formations des médecins généralistes que l'on retrouve dans l'étude de C. Moreau-Pascal (48).

9. La crise de la COVID 19 facteur aggravant

Plusieurs médecins de l'étude ont rapporté que la crise actuelle de la COVID 19 avait entraîné une augmentation des troubles anxieux dont le RSA, et que cette augmentation de demandes compliquait l'accès aux soins rapides. En effet, la crise sanitaire a mis sous les projecteurs la santé mentale des adolescents. Certains signaux de dégradation de la santé scolaire (refus scolaire anxieux, démotivation, décrochage scolaire, repli) ont été constaté à la suite des confinements successifs. Un constat confirmé par l'augmentation observée début 2021 des passages aux urgences pour raisons de santé mental chez les 11-17 ans et en particulier les 11-14 ans. Face à ces signaux, Santé publique France a lancé depuis juin 2021 une campagne 100% digitale pour inciter les adolescents à parler à un tiers de confiance et à recourir aux dispositifs d'aide à distance « Fil Santé Jeunes » (57).

10. Propositions de pistes de travail

Notre étude a permis de mettre en avant plusieurs pistes de travail pour améliorer la prise en charge des adolescents présentant un RSA en cabinet médical.

La première, c'est de faciliter le repérage du RSA en cabinet médical. On pourrait envisager d'avoir une consultation préventive plus systématique et régulière des adolescents pendant la période scolaire afin de dépister un éventuel mal-être de l'adolescent, et d'avoir un repérage plus précoce. Il faudrait aussi améliorer la formation des médecins généralistes sur le repérage du RSA.

La deuxième consiste en l'amélioration de l'accès aux soins. Il serait intéressant d'avoir une meilleure visualisation des réseaux de soins accessibles et mobilisables dans le cas des RSA afin que les généralistes et les patients sachent à qui s'adresser dans un organigramme clair. Augmenter le nombre de psychiatres et de pédopsychiatres serait l'idéal mais peu envisageable dans le contexte actuel. Cependant proposer le remboursement des consultations avec un

psychologue sur ordonnance pourrait permettre d'avoir un premier avis spécialisé plus rapidement sans surcharger les psychiatres et les pédopsychiatres.

La troisième, c'est d'améliorer la communication entre les différents acteurs de la prise en charge. Pour cela, il faudrait recentrer le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge : le médecin traitant serait référent et resterait au centre de la prise en charge même en cas de suivi pédopsychiatrique libéral ou hospitalier. La création d'un moyen de communication plus simple entre le milieu scolaire et la médecine générale pourrait être un axe de travail, peut-être en définissant une personne référente pour chaque enfant à qui s'adresser en cas de problème médical (professeur principal, médecin scolaire, IDE scolaire...).

VII. CONCLUSION

Le refus scolaire anxieux est une pathologie qui concerne de plus en plus d'adolescents et qui est actuellement mise en avant par la crise de la COVID 19. Les services de santé publique, devant l'augmentation de ces troubles anxieux ont lancé en juin 2021 une campagne de sensibilisation auprès des adolescents. Le médecin généraliste est un des acteurs le mieux placé pour repérer et pour prendre en charge ces jeunes, du fait de sa proximité avec eux et leur famille.

Ce travail a montré que les médecins se sentent concernés par cette pathologie mais ils ont aussi conscience qu'ils ne la dépistent pas suffisamment et pas assez précocement. C'est bien souvent devant la présence de signes d'alerte ou devant l'inquiétude des parents que le repérage se fait. Ce retard de dépistage s'explique entre autres, par le ressenti d'un manque de formations et le manque de confiance des médecins dans la manière de faire. En effet, aucun ne se dit pleinement à l'aise sur le sujet, et parfois ils se sentent même démunis face à ses patients et leur famille. Une autre problématique aussi mise en avant dans l'étude, c'est le manque de communications entre le milieu scolaire et la médecine générale. Cette absence de lien retarde le repérage mais retarde aussi la mise en place d'adaptations qui pourraient aider le jeune. Concernant la prise en charge les praticiens ne se sentent pas compétents et pas légitimes dans la mise en place des soins, cela revient aux spécialistes. Mais il existe un manque de psychiatres et de pédopsychiatres et une disparité de leur répartition sur le territoire. Les médecins sont donc obligés de s'adapter en fonction des moyens disponibles et n'optent pas forcément pour la prise en charge la plus adéquate. Cependant il conviendra dans l'avenir d'affiner et d'affirmer les résultats de cette étude qualitative.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Raynaud J-P, Catheline N. Les phobies scolaires aujourd'hui. Un défi clinique et thérapeutique. In: Lavoisier. 2016. (Psychiatrie en pratique).
2. Kearney CA, Lemos A, Silverman J. The functional assessment of school refusal behavior. *The Behavior Analyst Today*. 2004;5(3):275-83.
3. Revelli C, Charles R, D'Hondt C. Refus scolaire anxieux ou phobie scolaire ? *MEDECINE*. Janvier 2019;
4. Holzer L, Halfon O. Le refus scolaire. *Archive de Pédiatrie* 13, Elsevier Masson. 2006;13(9):1252-8.
5. Hirsch E. Refus scolaire anxieux : étude de cohorte rétrospective de 59 patients soignés en milieu hospitalier. « Comment optimiser leur trajectoire de soin ? » [Thèse en médecine Université de Lyon 1] 2017;140.
6. Jung CG. La psychologie analytique. XVIIe Congrès International de Médecine, Londres. 1913;
7. Johnson AM, Falstein EI, Szurek SA, Svendsen M. School phobia. *American Journal of Orthopsychiatry*. octobre 1941;11(4):702-11.
8. Ajuriaguerra J. Manuel de psychiatrie de l'enfant. Masson Paris. 1974;5(1):111-111.
9. Hersov LA. Refusal to go to school. *Journal Child Psychology Psychiatry*. 1960;1(2):137-45.
10. Mouren M-C, Delorme R. Phobie scolaire ou refus scolaire : un concept discuté. *Bulletin Académie Nationale de Médecine*. 2006; 190,n°8, 1629-1641
11. Crocq M-A, Guelfi J-D. DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2015.
12. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 10 eme Révision, Volume 1, Table analytique, Édition 2021 ;
13. Misès R, Botbol M, Bursztejn C, Golse B, Portelli C. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2020 : classification psychopathologique et développementale correspondances et transcodage CIM 10. Broché Presses de l'EHESP 2020;
14. Etienne L. Le refus scolaire anxieux à l'adolescence : une étude clinique de 183 cas accueillis dans un centre de consultations de 2009 à 2012. [Thèse en médecine Université de Tour]. 2013.
15. Benoit L, Moro MR. Refus scolaire anxieux. C'est un motif de consultation de plus en plus fréquent. *Revue du Praticien de médecine Générale*; novembre 2017; Tome 31 N°989.
16. Lamotte F, Doncker E, Goëb J-L. Les phobies scolaires à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. Juin 2010;58(4):256-62.
17. Zugaj L, Gotheil N, Delpech S, Jung C, Delmas C. La déscolarisation : étude rétrospective d'une cohorte de 63 patients soignés en ambulatoire dans un secteur de pédopsychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. Mars 2016;64(2):75-80.
18. Denis H, Baghdadli A. Trouble anxieux chez l'enfant et l'adolescent. EMC - Psychiatrie. Elsevier Masson 2016;11.

19. Catheline N. Refus scolaire et difficultés scolaires à l'adolescence. EMC - Psychiatrie. Elsevier Masson janvier 2010;7(1):1-13.
20. Birraux A. Refus scolaire et difficultés d'apprentissage à l'adolescence. EMC Elsevier Paris ; 1999;4.
21. Marcelli D, Braconnier A, Tandonnet L. Adolescence et psychopathologie. 9e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2018. XIV+926. (Collection Les âges de la vie psychopathologie).
22. Blandin M, Harf A, Moro MR. Le refus scolaire anxieux au risque de l'adolescence : une étude qualitative du vécu adolescent et parental. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. Juin 2018;66(4):194-202.
23. Bussard D, Harf A, Sibeoni J, Radjack R, Benoit JP, Moro MR. Le vécu parental du refus scolaire anxieux à l'adolescence. Soins Pédiatrie-Puériculture. septembre 2015;36(286):31-6.
24. Mathis L. Stéréotypes familiaux et prise en charge institutionnelle de la phobie scolaire. Revue de santé scolaire et universitaire. Mai 2018;9(51):24-7.
25. Menucelli L. Étude des collégiens présentant un refus scolaire anxieux en Gironde sur l'année scolaire 2014-2015: description du délai de reprise d'une scolarisation et de ses déterminants. [Thèse en médecine Université de Bordeaux] 2018.
26. Bailly C. « Phobie scolaire » à l'adolescence : abord clinique et psychopathologique ; « maladie, syndrome, symptôme? » [Thèse en médecine Université de Nantes] 2012.
27. Baranger É. La phobie scolaire, définition et symptomatologie. Soins Pédiatrie-Puériculture. juillet 2012;33(267):14-7.
28. Okuyama M, Okada M, Kuribayashi M, Kaneko S. Factors responsible for the prolongation of school refusal. Psychiatry and Clinical Neurosciences. août 1999;53(4):461-9.
29. Bernard-Breillat A, Moltrecht B. Le rôle du médecin scolaire face au refus scolaire anxieux. Revue de santé scolaire et universitaire. juillet 2017;8(46):20-3.
30. Denis H. Le refus scolaire anxieux : Prise en charge par une équipe multidisciplinaire. Enfances et Psy. Érès 2005;n°28(3) p:98-106.
31. Gaspard J-L, Brandibas G, Fouraste R. Refus de l'école : les stratégies thérapeutiques en médecine générale. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence ; 55 2007 367-373. 2007;
32. Marcelli D, Cohen D. Enfance et psychopathologie. 10 eme. Elsevier, Masson. Collection les âges de la vie. 2021
33. Salle C, Welniarz B. Actualité de la pharmacothérapie des troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent. L'information psychiatrique. 2018; vol94, N°2: 129-36.
34. Catheline N. Troubles de la scolarité et échec scolaire chez l'adolescent. La revue du Praticien. Vol 55; 2005; p:1104-1108.
35. Girardon N, Guillonnet J. Phobie scolaire à l'adolescence. Perspectives Psy. octobre 2009; vol48 N°4 p:375-381.
36. 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. Comprehensive Psychiatry. janvier 1997; Vol38 N°1: p17-22.

37. Latry M. Mise en place d'un dispositif Soins et Études pour adolescents. Étude clinique de 12 cas de refus scolaire anxieux. [Thèse en médecine Université de Tours] 2019.
38. Sibeoni J, Orri M, Campredon S, Revah-Levy A. L'efficacité des soins perçue chez des adolescents présentant un refus scolaire anxieux. Soins Pédiatrie-Puériculture. mars 2017;38 N°295 p:43-7.
39. BOUET P. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. Ordre National des Médecins; Conseil National de l'Ordre; janvier 2021;
40. BOUET P. Atlas de la démographie médicale en France. Ordre National des Médecins ; Conseil National de l'Ordre; janvier 2021;
41. Binder P, al. L'approche des adolescents en médecine générale Première partie. L'adolescent, cet inconnu. 2018;141.
42. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? La revue du Praticien 2005;55.
43. Assurance Maladie. Calendrier des 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent. 2019;
44. Assurance Maladie. Carnet de santé - Pages portant sur l'examen des 11-13 ans. 2018;
45. Assurance Maladie. Carnet de santé - Pages portant sur l'examen des 15-16 ans. 2018;
46. HAS. Recommandations pour la pratique clinique – Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires - Argumentaire. Haute Autorité de Santé ; 2005;
47. Rosenthal L. Le vécu parental du refus scolaire anxieux à l'adolescence : étude en contexte transculturel. [Thèse en médecine Université de Toulouse III] 2019;104.
48. Moreau-Pascal C. Rôle du médecin de l'Éducation Nationale dans le repérage de la phobie scolaire. [Mémoire de l'Éducation Nationale de la Santé Publique de Rennes] 2004;67.
49. Gallé-Tesson M, Doron J, Grondin O. Des critères de repérage aux stratégies de prise en charge du refus scolaire : une revue de littérature internationale systématique. Pratiques Psychologiques ; mars 2017;23(1):1-19.
50. Martin A, Gosselin P. Propriétés psychométriques de l'adaptation francophone d'une mesure de symptômes des troubles anxieux auprès d'enfants et d'adolescents (SCARED-R). Canadian Journal of Behavioural Science.2012; Vol44, N°1, p 70-76;
51. Catheline N. Une clinique des troubles anxieux scolaires. Revue de santé scolaire et universitaire. juillet 2017;8(46):8-12.
52. Benbrika S. Le refus anxieux scolaire : A propos de 40 patients hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy. [Thèse en médecine Université de Nancy] 2010;173.
53. Cour des comptes. L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » (2005-2010). Rapport public thématique décembre 2011;
54. Branchu C, Buchter J, Emmanuelli J, Robineau F-M. Evaluation du fonctionnement des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) et des Centres Médico-Psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMPIJ). Inspection Générale des Affaires Sociales. septembre 2018;

55. Bally A. Relations professionnelles entre médecins généralistes et médecins de l'Education Nationale dans le département de la Drôme. Intérêt d'un outil facilitant l'articulation de ces deux professions. [Etude professionnelle, Ecole Nationale de la Santé Publique Rennes] 2006; 35.
56. Cour des comptes. Les médecins et les personnels de santé scolaire. Communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale. avril 2020;
57. Santé publique France. Santé mentale des adolescents : une campagne entièrement digitale pour les inciter à en parler. <https://www.filsantejeunes.com>; juin 2021;

IX. ANNEXES

Annexe 1 : E-mail envoyé aux médecins généralistes de l'Hérault ayant communiqué une adresse e-mail au Conseil Départemental de l'ordre des Médecins de l'Hérault

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale et je fais une thèse sur le refus anxieux scolaire. Je souhaiterais interroger des médecins généralistes sur le sujet pour avoir leurs retours d'expériences.

L'entretien peut se faire de vis-à-vis ou par visioconférence (via zoom). Il devrait durer une quinzaine de minutes et sera enregistré numériquement. Les données seront retranscrites dans ma thèse de façon anonyme.

Si le sujet vous intéresse n'hésitez pas à me contacter pour convenir d'une date ou pour toute autre question.

Avec mes salutations les plus fraternelles.

Marine JUHEL

Annexe 2 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour, je suis interne en médecine générale et j'effectue un travail de recherche sur la prise en charge du refus scolaire anxieux en cabinet de médecine générale.

Le but de mon travail est de comprendre comment les médecins généralistes, dans leur pratique quotidienne, prennent en charge le refus scolaire anxieux chez les enfants entre 10 et 16 ans.

Cet entretien sera enregistré numériquement et les données seront retranscrites dans ma thèse de façon anonyme.

Il n'existe pas de bonne ou de mauvaise réponse, mon but étant uniquement de pouvoir comprendre votre point de vue, votre savoir-faire sur ce sujet. Ces entretiens anonymes se feront de manière bienveillante, sans aucun jugement et je souhaite donc avoir votre consentement pour pouvoir les réaliser.

À tout moment vous pourrez décider d'interrompre l'entretien ou de ne pas répondre à une question si cela vous dérange.

Caractéristiques du médecin

Sexe / Âge :

Lieu d'exercice : Ville - milieu rural - semi-rural

Statut du médecin : Libéral - Salarié - Remplaçant - Cabinet groupe - MSP - Exercice seul

Durée d'exercice :

Part de l'activité pédiatrique : Faible - Moyenne - Importante - Forte activité pédiatrique

Formation en lien avec le sujet : FMC – DPC – Revue - DIU - Autre (Préciser)

Partie questionnaire

1) Pour vous à quoi correspond le refus scolaire anxieux ?

- Y avez-vous déjà été confronté ?
- Pouvez-vous me raconter une consultation où vous avez rencontré ce problème ?

2) Selon vous quels sont les rôles du médecin généraliste vis-à-vis du refus scolaire anxieux ?

3) A quelle occasion et comment dépistez-vous ce problème ?

- Quelles questions poseriez-vous ? Aux parents ? Aux enfants ?
- Quels symptômes / plaintes vous feraient évoquer ce problème ?
- Avez-vous des difficultés pour repérer le RSA ?

4) Devant une suspicion de RSA que faites-vous ? Que proposez-vous ?

- Quelle est la place des examens complémentaires dans cette prise en charge selon-vous ?
- Quelle est la place des traitements médicamenteux ?
- Sur quelle structure vous appuyez-vous pour adresser les enfants ?
- Avez-vous rencontré des difficultés pour dans la prise en charge ?

5) Quelle est votre attitude vis-à-vis du milieu scolaire ?

- Quel contact avez-vous déjà eu avec eux ?
- Que pensez-vous des certificats d'arrêt scolaire pour raison médicale dans ce contexte ?

6) Avez-vous quelque-chose que vous souhaiteriez préciser / ajouter ?

Annexe 3 : Tableau des caractéristiques des interviewés

| Médecins | Sexe | Age | Type d'activité | Milieu | Type de cabinet | Durée d'exercice | Part de l'activité pédiatrique | Formation sur le sujet |
|------------|------|-----|-----------------|------------|--------------------|------------------|--------------------------------|------------------------|
| M1 | F | 30 | Remplaçante | Urbain | Cabinet de groupe | 3 ans | Moyenne | Aucune |
| M2 | F | 33 | Libérale | Urbain | Cabinet de groupe | 5 ans | Forte | Aucune |
| M3 | F | 48 | Libérale | Urbain | Cabinet de groupe | 14 ans | Faible | Aucune |
| M4 | F | 35 | Libérale | Urbain | Cabinet de groupe | 7 ans | Forte | Aucune |
| M5 | F | 35 | Libérale | Urbain | Cabinet individuel | 8 ans | Importante | DIU Pédiatrie |
| M6 | F | 34 | Libérale | Urbain | Cabinet de groupe | 6 ans | Faible | Aucune |
| M7 | F | 34 | Libérale | Semi-rural | MSP | 4 ans | Importante | Aucune |
| M8 | F | 65 | Libérale | Semi-rural | MSP | 36 ans | Faible | Aucune |
| M9 | M | 52 | Libérale | Urbain | Cabinet de groupe | 20 ans | Moyenne | Aucune |
| M10 | F | 40 | Libérale | Rural | Cabinet de groupe | 9 ans | Moyenne | DU TCC |
| M11 | M | 46 | Libérale | Urbain | Cabinet de groupe | 20 ans | Faible | Aucune |

Annexe 4 :

SCARED-R-51

Voici des peurs que les personnes de ton âge peuvent avoir. Regarde chacune des phrases attentivement et indique à quel point tu as vécu ces peurs durant **les 3 derniers mois**. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Coche la réponse qui te ressemble le plus.

| | 0 Jamais ou presque jamais | 1 Quelques fois | 2 Souvent |
|--|---|--------------------------------|-----------------------|
| 1. Quand j'ai peur, j'ai de la difficulté à respirer. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. J'ai peur des hauteurs. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. J'ai des maux de tête ou de ventre quand je suis à l'école. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Je n'aime pas être avec des gens que je ne connais pas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Quand je vois du sang, je me sens étourdi. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Je tiens à ce que les choses soient rangées ou en ordre. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. J'ai peur quand je dors ailleurs qu'à la maison. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. J'ai peur que les autres ne n'aient pas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Quand j'ai peur, je me sens comme si j'allais m'évanouir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Je suis mes parents peu importe où ils vont. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Je me sens nerveux avec les gens que je ne connais pas bien. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. J'ai peur d'aller chez le médecin. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Je n'aime pas aller à l'école. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Quand j'ai peur, je me sens comme si j'allais devenir fou. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Je m'inquiète à l'idée de dormir seul. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. J'ai peur d'aller chez le dentiste. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Je m'inquiète de ne pas être aussi bon que les autres. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. J'ai peur d'un animal qui n'est pas réellement dangereux. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. J'ai peur quand il y a du tonnerre dans l'air. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | 0 Jamais ou presque jamais | 1 Quelques fois | 2 Souvent |
|---|---|--------------------------------|-----------------------|
| 20. Je fais les choses plus d'une fois en ligne pour vérifier si je les ai bien faites. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Je fais des rêves effrayants à propos d'un événement très négatif que j'ai vécu. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Je veux que les choses soient propres et en ordre. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. J'aurais peur si j'avais à prendre l'avion. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Je fais des cauchemars à propos de choses négatives qui arrivent à mes parents. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. Je m'inquiète à l'idée d'aller à l'école. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. J'ai peur quand je reçois une piqûre. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Je me sens faible et tremblotant. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. J'ai tellement peur d'un animal qui n'est pas dangereux que je n'ose pas lui toucher. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. Je m'inquiète à propos de ce qui va m'arriver. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. Je suis une personne inquiète. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. J'essaie de ne pas penser à un événement négatif que j'ai déjà vécu. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. J'ai peur d'être seul à la maison. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33. J'ai peur quand je repense à un événement très négatif que j'ai vécu. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. Il est difficile pour moi de parler à des personnes que je connais peu. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. Quand j'ai peur, je me sens comme si j'étouffais. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. Les gens me disent que je m'inquiète trop. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37. Je n'aime pas être loin de ma famille. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | 0 Jamais ou presque jamais | 1 Quelques fois | 2 Souvent |
|--|-----------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 38. Je m'inquiète qu'il puisse arriver quelque chose de mal à mes parents. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 39. Je suis gêné avec les gens que je ne connais pas bien. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 40. Sans le vouloir, j'ai des pensées dans lesquelles je blesse d'autres personnes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 41. Je m'inquiète à propos de ce qui va arriver dans le futur. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 42. Quand j'ai peur, je me sens comme si j'allais vomir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 43. Je m'inquiète à propos de mes résultats. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 44. J'ai peur d'aller à l'école. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 45. Quand j'ai peur, je me sens étourdi. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 46. J'ai peur dans les endroits petits et fermés. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 47. J'ai des pensées que je ne voudrais pas avoir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 48. J'ai peur du noir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 49. J'ai des pensées qui arrivent sans raison dans ma tête à propos d'un événement négative que j'ai vécu. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 50. J'ai peur d'un animal dont la plupart des enfants n'ont pas peur. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 51. Je n'aime pas être dans un hôpital. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Symptôme du/de la :

Trouble panique : items 1, 9, 14, 27, 35, 42, 45

Trouble d'anxiété généralisée : items 8, 17, 29, 30, 36, 41, 43

Anxiété de séparation : items 7, 10, 15, 24, 32, 37, 38

Phobie sociale : items 4, 11, 34, 39

Trouble obsessionnel-compulsif : items 6, 20, 22, 40, 47

Trouble de stress-post-traumatique : items 21, 31, 33, 49

Phobie scolaire : items 3, 13, 25, 44

Phobie des animaux : items 18, 28, 50

Phobie de type situationnel : items 2, 19, 23, 46, 48 Phobie des soins médicaux : items 5, 12, 16, 26, 51

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 touche entre 1 et 2% des enfants scolarisés et le médecin généraliste est en première ligne pour le dépister. Cependant, il existe un retard dans le repérage et la prise en charge de ces enfants. L'objectif de cette étude était de comprendre les freins entraînant ce retard à travers le vécu des médecins généralistes exerçant dans l'Hérault, ayant pris en charge des adolescents présentant un refus scolaire anxieux.

Population et Méthode : Étude qualitative sous forme d'entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes installés dans l'Hérault. L'analyse était thématique.

Résultats : Le repérage n'est pas systématique et reste insuffisant, les consultations de préventions ne sont pas assez nombreuses et les médecins manquent de temps pour les réaliser. C'est devant la présence de signes d'alerte ou devant l'inquiétude des parents que le dépistage se fait. Cependant les signes d'alerte sont aspécifiques retardant le repérage. Les médecins s'estiment ne pas être compétents pour la gestion des soins et orientent les adolescents vers des spécialistes. Mais, il existe une inégalité et une disparité d'accès aux soins dans le département. Les psychiatres et les pédopsychiatres n'étant pas assez nombreux, les délais de consultation sont allongés. Le médecin traitant n'est pas toujours au centre de la prise en charge et la communication entre tous les acteurs de celle-ci, est insuffisante, surtout avec le milieu scolaire qui est considéré comme un intervenant essentiel.

Conclusion : Les médecins sont concernés par le refus scolaire anxieux mais ils ont conscience qu'il existe un retard de dépistage et de prise en charge qui s'explique principalement par un manque de formations, de communications et de moyens humains.

Mots Clés : Refus scolaire anxieux, phobie scolaire, médecine générale, adolescent, retour d'expériences.