



HAL
open science

Prise en charge du refus scolaire anxieux hors centre hospitalier universitaire : partage d'expérience au CH de Remiremont

Emeric Richard de Vesvrotte

► To cite this version:

Emeric Richard de Vesvrotte. Prise en charge du refus scolaire anxieux hors centre hospitalier universitaire : partage d'expérience au CH de Remiremont. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01931907

HAL Id: hal-01931907

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931907>

Submitted on 23 Nov 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Le 22 Novembre 2016

Par

Emeric RICHARD DE VESVROTTE

PRISE EN CHARGE DU REFUS SCOLAIRE ANXIEUX

HORS CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Partage d'expérience au CH de Remiremont

Examineur de la thèse :

Monsieur le Professeur Kabuth PU-PH

Président

Monsieur le Professeur Schweitzer PU-PH

Juge

Monsieur le Docteur Baumann MCU-PH

Juge

Monsieur le Docteur Bengrina

Juge et directeur



Président de l'Université de Lorraine :

Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL

Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY

Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE -

Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD -

Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe

HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER -

Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques

LECLERE

Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL -

Pierre MATHIEU

Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====
PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER – Professeur François KOHLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Michel VIDAILHET

=====
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIOWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

Je tiens d'abord a remercier le Docteur Mabrouk Bengrina, mon directeur de Thèse. Après m'avoir encadré lors de mon stage de pédiatrie vous m'avez fait confiance et m'avez confié ce travail. Merci de m'avoir suivi durant ces longs mois avec implication et bienveillance, ce fut un vrai plaisir de travailler avec vous.

Je souhaite ensuite remercier le Professeur Kabuth mon Président et Juge, vos conseils et votre aide ont été très appréciable. Je vous remercie également pour votre disponibilité.

Je remercie également le Professeur Schweitzer d'avoir accepté de juger ce travail.

Je souhaite aussi remercier le Docteur Baumann qui après de précieux conseils sur ce travail à accepter de le juger ce jour.

Merci à toute l'équipe de pédiatrie de Remiremont, pour votre aide, vos conseils et votre soutien, cela fut d'un grand secours.

Helene, mon adorable épouse qui a dû supporter ma mauvaise humeur et des soirées « frappes », ta présence discrète et attentive a été mon meilleur soutien. Je te dois ce travail.

Sibylle, mon adorable fille tu as été un moteur pour ce travail.

Ma famille, celle d'origine et toutes les valeurs ajoutées dont les encouragements ont été un réconfort.

Vannina ce fut toujours une joie de travailler avec toi. Merci d'avoir gardé mes arrières en garde. Merci pti Panda pour tes conseils en stages, dans la vie « civile » et tes soutient lors des résultats de partiels.

Axel, Helene et Vincent dont l'amitié depuis les premiers jours de l'internat est d'un grand secours, et grâce à qui chez l'oncle Ben ce fut toujours un succès.

Laurent Wolf et maman Anna qui ont été toujours été présents quand il fallait, aussi bien dans les hypokaliémies sévères que dans les moments de blues.

Gadam, Hebas, Mimat et Necin complices dans le crime, car n'oublions pas « euh Gabby c'est quoi un glomérule ? »

Tous ceux que j'ai oubliés de citer ou dont l'influence fut plus ou moins inconsciente ; Merci

Et « last but not least » Merci Doc Isabelle d'avoir été le premier médecin qui m'a montrer comment être humain malgré la technique et les contraintes.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,

de mes chers condisciples

et selon la tradition d'Hippocrate,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur

et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,

et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux

ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira

les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas

à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,

je rendrai à leurs enfants

l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime

si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre

et méprisé de mes confrères

si j'y manque.

Abréviations

AACAP	: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
CFTMEA	: Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
CH	: Centre Hospitalier
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIM	: Classification Internationale des Maladies
CLIS	: Classe d'Intégration Scolaire
CMP	: Centre Médico-Psychologique
DIM	: Département d'Information Médicale
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ETP	: Equivalent Temps Plein
HDJ	: Hôpital De Jour
IME	: Institut Médico Educatif
PAI	: Projet d'Accueil Individualisé
RCIU	: Retard de Croissance In Utero
RSA	: Refus Scolaire Anxieux
SEGPA	: Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
ULIS	: Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire

SOMMAIRE

I) Préambule

- a) Remerciements
- b) Serment d'Hippocrate
- c) Abréviation

II) Introduction

- a) Historique
- b) Epidémiologie
- c) Prise en charge

III) Etude

- a) Objectif
- b) Présentation de l'étude
- c) Matériel et Méthode
- d) Résultats
 - 1) Par sexe
 - 2) Par âge moyen et classe de début
 - 3) Par place dans la fratrie issue du même couple
 - 4) Par état du couple
 - 5) Par antécédents
 - *Somatiques
 - **Psychologiques
 - 6) Par relation au pair
 - 7) Par prise en charge déjà essayée et mode de prise en charge
 - 8) Par taux de scolarisation avant le début de la PEC
 - 9) Par évolution du taux de scolarisation
- e) Comparaisons de nos résultats et de ceux du CHU de Nancy

IV) Discussion

V) Conclusions

VI) Annexes

- Liste des codes
- Feuilles de renseignements
- Bibliographie

VII) Résumé

II) Introduction

a) Historique

Il est fort probable que le refus scolaire anxieux (RSA) soit apparu en même temps que l'école.

Par école nous entendons ici l'institution scolaire, c'est-à-dire le fait de rassembler des apprenants ou élèves, pour leur dispenser un savoir codifié, uniformisé.

Il est toutefois à noter que l'enseignement n'étant pas une obligation légale avant la fin du 19^{ème} siècle, le refus scolaire anxieux n'est pas décrit tel quel avant. L'enfant atteint d'un refus scolaire anxieux est classé sous le registre d'incapable, de fou, d'émotif à l'excès, d'attardé ou d'imbécile (avec une dimension certes descriptive mais également morale)... L'enfant atteint de ce trouble est donc laissé à côté du système éducatif principal. Selon les lieux et les époques il est soit laissé de côté jusqu'à la fin de l'obligation scolaire, soit mis dans des structures adaptées qui, il faut le reconnaître sont vers 1850 plus proche d'établissements spécialisés de type CLIS, ULIS, SEGPA et d'établissements médico-éducatifs tel que les IME et ITEP actuels.

Tout commence à changer lorsque en 1882, sous l'impulsion de Jules Ferry, l'école devient gratuite, laïque et obligatoire (jusqu'à 14 ans dans un premier temps). Les enfants atteints de refus scolaire anxieux (comme de toutes autres déficiences) commencent à être mieux connus.

En France cette découverte commence avec A. Binet et son disciple le Dr Simon qui réalisent initialement dans le cadre d'études de psychologie, neurologie, psychiatrie, et sociologie de nombreuses observations et expériences ; publiant plusieurs ouvrages (dont « les idées modernes sur les enfants » [20]) sur l'intelligence.

Au cours de leurs expériences (entre 1883 et 1911) Binet et Simon se rendent compte que pour un certain nombre d'enfants attardés, comme on dit alors, il existe une pathologie somatique ou sociale (troubles de la vision, troubles de l'audition, milieu social très défavorisé, incompatibilité avec la pédagogie d'alors). Dans le groupe d'enfants restant, ils décrivent quelques cas où un traumatisme entraîne une peur incontrôlable empêchant la scolarité.

Binet évoque notamment en 1909 dans « les idées modernes sur les enfants » à la page 149 le cas d'un de ses amis qui ressemble au refus scolaire anxieux. Nous avons également trouvé dans la littérature de nombreuses références à la première description qu'il aurait faite en 1887 d'un enfant devenant mutique et apathique en arrivant à l'école et redevenant « normal » à la sortie des classes sans toutefois trouver la référence de cette description.

Il sera repris par C.G Jung en 1913 [21], lorsque celui-ci pose les bases de la psychologie analytique et des névroses, en évoquant notamment un refus conscient et involontaire d'aller à l'école.

Jung sera suivi l'année d'après (1914) par G. Heuyer qui parle dans sa thèse de « peur de l'institution » [1], classant les enfants « anormaux » atteints de ce trouble dans la catégorie « anormaux rééducables ». Il pose la question, toujours d'actualité, de savoir si cette phobie est « une psychopathologie défensive » ou une peur dans un environnement auquel l'enfant n'arrive pas à s'adapter. En d'autre terme ce qui s'appellera ultérieurement le refus scolaire anxieux est-il une maladie ou un symptôme ?

Au début des années 1930 I.T. Broadwin avance l'idée qu'il s'agirait d'une variante de la peur. L'enfant serait alors inquiet de ce qui pourrait arriver à sa mère en son absence [2]. Il conclut qu'il serait question d'une forme d'absentéisme non déviante ; une manière de demander de l'attention sur un trouble psycho affectif sous-jacent. En effet il remarque que les enfants sont proches de chez eux pour de longues périodes et que les parents sont au courant. Autant ces enfants sont heureux chez eux autant à l'école ils sont « misérable,

fearful, and at the first opportunity runs home despite the certainty of corporal punishment » [2].

Il classe donc ces enfants entre les « play truancy », terme anglo-saxon désignant les enfants pratiquant l'école buissonnière pour des raisons « classiques » (jeux, éviter une interrogation...) et ceux présentant « a deep seated neurosis of the obsessional type or displays a neurotic character of the obsessional type » [22] ; Ce qui entraîne le « truancy » qui n'est plus qu'une « tentative pour obtenir de l'amour, ou pour s'évader de situations réelles pour lesquelles il est difficile de faire face » [24] .

En 1939 J.M Partridge émet l'hypothèse que cet absentéisme serait lié au cadre familial plutôt qu'à l'institution. Il serait la cause d'un trouble de l'attachement maternel, ou à un défaut de figure paternelle. Il parle alors de « school refusal » ou « psychoneurotic truancy » en opposition au « play truancy », faisant passer de l'acte (fait de ne pas aller à l'école) à la position (incapacité à aller à l'école) ce qui débouche sur la question de l'origine de cette incapacité [25]

Johnson en 1941 [28] utilise le terme « phobique scolaire » dans l'American Journal of Orthopsychiatry. Elle y décrit l'impossibilité physique provoquant des sueurs, tremblements, troubles somatiques... et psychiques à travers des angoisses. Elle le désigne comme une névrose, en montrant dans ce trouble le distinguo entre le vouloir (conservé) et le pouvoir (défaillant). Elle décrit cet absentéisme à l'opposé de l'école buissonnière qui serait un pouvoir conservé mais un vouloir absent. A la suite de J.M.Partridge, elle met en évidence un parallèle entre ce qui deviendra le refus scolaire anxieux et des troubles familiaux à type de surprotection ou de troubles familiaux organisationnels. Toutefois en 1957 elle proposera une nouvelle hypothèse étiologique, à savoir que cette entité serait en rapport avec une angoisse de séparation, donc une anxiété par rapport aux figures d'attachement principales liée au départ de la maison [26] . Cette entité est à considérer pour elle comme un symptôme.

C'est Herzov qui en 1960 introduit le terme de refus scolaire anxieux (RSA) en remplacement de phobie scolaire. Cette variation démontre bien l'évolution du concept. Nous passons en effet d'une peur de l'école amenant son refus à une peur entraînant le refus de l'école (tout en sachant que pour Herzov l'école au sens large n'est qu'une des phobies possibles). [30]

Berg, Nichols et Pritchard proposent en 1969 quatre critères principaux permettant de parler de « school refusal » : [23]

- Présence de troubles somatiques
- Absence de comportement antisocial
- Parents sachant que leur enfant n'est pas à l'école
- Répercussion des absences sur la scolarité

Il est à noter que ces critères ont assez peu évolué depuis.

En 1972 Sperling étoffe les descriptions préexistantes de cette entité en décrivant dans ces études une préoccupation de l'enfant pour ses parents. Elle avance « qu'il craint que ceux-ci ne s'en aillent ou qu'il ne leur arrive quelque chose en son absence. C'est parfois une maladie de la mère qui déclenche l'inquiétude, l'enfant ne voulant plus « laisser maman » [26]. »

En 1977 Julian de Ajuriaguerra évoque de nombreux mécanismes chez ces enfants qui « pour des raisons irrationnelles refusent d'aller à l'école et y résistent avec des réactions anxieuses vives ou de paniques lorsqu'ils y sont obligés » [9].

J.Bowlby, un psychiatre anglais du 20ème siècle, travaille sur les troubles de comportement des enfants orphelins d'après la seconde guerre mondiale, avec un abord nouveau par rapport à la théorie freudienne dominante alors. En effet Bowlby avance, expériences à l'appui, la théorie de l'attachement qui suggère que le relationnel mère-enfant durant la petite enfance conditionne l'autonomisation ultérieure de ce dernier, notamment la possibilité de s'éloigner sans crainte de ses parents.

Dans le second volume de sa triade « attachement et perte » en 1978, Bowlby parle de « pseudo phobie » pour classer le RSA car il n'y a pas pour lui de peur de l'école à strictement parler, mais une peur de ce qui pourrait arriver durant le temps de l'école, l'enfant se retrouve donc avec une relation insécure. L'école serait refusée du fait de troubles de

l'attachement. Bowlby se place ainsi clairement du côté des praticiens pensant le refus scolaire anxieux comme un symptôme.

J.Brandibas [10] en 2001, à la suite de ses études sur le sujet, propose une définition simplifiée mais néanmoins efficace du refus scolaire anxieux. Il ne garde que l'absence injustifiée et l'anxiété. Rien d'autre n'est requis pour poser le diagnostic. Cette définition autorise d'autres pathologies psychologiques ou psychiatriques en parallèle.

C.A.Kearney en 2004 [11] rajoute un critère temps. Pour lui, il faut 27 demi-journées d'absences sur 3 mois pour parler de refus scolaire anxieux. Il introduit cet ajout car en l'absence d'une notion de temps, il considère que le School refusal behaviour (le refus scolaire anxieux) est « an umbrella term that subsumes constructs such as truancy, school refusal, and school phobia » [27] et donc qu'il faut davantage définir ce terme.

Il est important de noter que si le refus scolaire anxieux est multiple dans ses présentations comme l'historique peut le laisser supposer ; l'académie nationale de médecine en 2006 [29] donne une description assez exhaustive de la forme typique. Nous la citons ci-dessous :

« DESCRIPTION CLINIQUE DU REFUS SCOLAIRE

Le tableau varie largement dans sa présentation clinique. La variété de refus scolaire la mieux décrite étant le refus scolaire anxieux, c'est elle que nous choisirons comme "forme type".

Le mode de début peut être brutal (ceci chez les plus jeunes enfants) ou progressif (dans la seconde enfance et l'adolescence) : l'absentéisme est alors sporadique, discontinu, électif pour certaines matières (mathématiques, sports) ou dans des situations d'évaluation, avec de nombreux passages à l'infirmerie pour des allégations somatiques (douleurs abdominales, céphalées).

Dans ce dernier cas, la situation peut longtemps passer inaperçue. Elle connaît des fluctuations, s'allégeant à l'approche des vacances et s'aggravant après des périodes d'interruption scolaire.

Les parents signalent parfois des facteurs précipitants, qu'ils soient liés à l'école (changements d'établissement ou de cycle scolaire), à la vie familiale (divorce, déménagement) ou à l'enfant lui-même (maladie somatique).

Le tableau du refus scolaire peut être décrit du côté de l'enfant et du côté de la famille.

Au moment de la confrontation à la situation anxigène (par exemple, le départ pour l'école), l'enfant est débordé par des émotions incontrôlables : il crie, hurle, supplie, menace de se suicider ou de fuir, refuse de se préparer, se débat... il se plaint de maux divers, mis parfois en avant pour justifier son impossibilité d'aller à l'école.

L'ensemble de cette symptomatologie évoque une véritable attaque de panique, en réponse à un facteur déclenchant. Plus rarement, il exprime tout haut les craintes qu'il éprouve. Certains font semblant de se rendre à l'école pour tromper les parents mais font demi-tour et retournent chez eux clandestinement.

En dehors de la confrontation avec la situation stressante, l'enfant réitère ses promesses de retour à l'école, surtout si quelques jours de répit lui sont octroyés. Il réclame au début, du travail scolaire au domicile, puis abandonne petit à petit tout effort intellectuel, sort peu et s'isole, par crainte de questions, de reproches et de moqueries de ses camarades.

Les troubles du sommeil et les plaintes somatiques restent marqués (fatigue, douleurs abdominales).

Les bénéfices secondaires accordés par les parents pour distraire l'enfant (libre accès à la télévision, aux jeux vidéo et à internet, achat d'animaux de compagnie) renforcent le trouble, de même que l'abandon des habitudes de vie quotidienne (décalage des heures des repas, du lever et du coucher, tenue vestimentaire négligée).

Les exigences de l'enfant deviennent de plus en plus fortes vis-à-vis des parents qu'ils harcèlent, tyrannisent et asservissent. L'attitude de la famille est un facteur essentiel de la pérennité ou non du trouble. Des parents cohérents, fermes et en alliance avec les thérapeutes s'avèrent rassurants pour l'enfant. En revanche, les familles ambivalentes, tolérantes à l'extrême, qui savent, cèdent et entérinent, deviennent des alliés tacites de l'enfant dans sa déscolarisation. » [29]

En Parallèle il est intéressant de noter que :

- La DSM III de 1987 n'en parle pas considérant qu'il s'agit d'une conséquence et non d'une entité.

- La DSM IV le rattache aux complications des attaques de panique.

- Dans la DSM V la phobie scolaire n'existe pas du point de vue de la nomenclature psychiatrique. La terminologie utilisée consiste en une décomposition en : anxiété de séparation, phobie sociale, stress post-traumatique.

- La CIM 10 le classe dans la catégorie des troubles anxieux phobiques liés à l'angoisse de séparation.

- La CFTMEA-R-2000 est la seule à en parler. Dans la catégorie « troubles des conduites et des comportements », il existe un item « phobies scolaires » définie comme suit : «manifestations d'angoisse majeure avec souvent phénomène panique, liées à la fréquentation scolaire et interdisant sa poursuite sous les formes habituelles». La définition exclut les manifestations par angoisse de séparation. Cette classification marque bien la différence entre RSA et angoisse de séparation.

Ces classifications montrent bien que le concept de « phobie scolaire » ne fait pas consensus. L'entité « phobie scolaire » étant tantôt perçue comme une simple manifestation symptomatique de l'anxiété de séparation, tantôt comme une entité à part entière.

b) Epidémiologie

Nous avons vu qu'il s'agit d'un état pathologique connu depuis longtemps car la première description connue date d'il y a plus d'un siècle.

Le refus scolaire anxieux semble également universel, car il est aussi bien décrit en Europe, où il fut répertorié pour la première fois, qu'aux Amériques [3] et en Asie [4,12] où sa prévalence semble plus élevée.

La prévalence du refus scolaire anxieux est estimée entre 0.3 et 1.7% de la population scolaire selon Catheline [4], voire 2% selon Mouren et Delorme [29] et entre 1 à 8 % des motifs de consultations de pédopsychiatrie pour Hersov [5] même si ce chiffre peut monter à 70-80% au Japon du fait d'habitudes culturelles différentes [4 ,12].

Il est généralement décrit en 2 à 3 pics de prévalence liés à l'âge [29] :

- Vers 6 ans lorsque l'enfant quitte la maternelle
- Autour de 11 ans à l'entrée au collège
- Aux alentours de 15 ans à la sortie du collège

Le sexe ratio est classiquement de 1 pour 1 [29]

Il ne semble pas y avoir de facteur prédictif notable. Toutefois il faut noter que certaines études retrouvent une sur représentation de certaines catégories :

- Enfants uniques, aînés et benjamins pour Warnecke en 1964 [7],
- Enfants uniques et benjamins pour Dugas et Gueriot en 1977 puisque ces 2 classes représentent 40 individus sur une population de 68 [6].

Il semblerait également qu'il y ait une plus grande prévalence d'enfants présentant ou ayant présenté des difficultés scolaires, phobiques ou de séparations [8].

c) Prise en charge

Il n'y a, à l'heure actuelle, aucun traitement de référence. Toutefois, de grandes orientations existent proposant un traitement [14] :

- D'approches multiples [6] comprenant :

- L'utilisation d'une chimiothérapie qui peut être utilisée temporairement afin de diminuer l'anxiété [3, 12,13] lors de la réintroduction scolaire. Toutefois son efficacité ne sera que symptomatique et il est intéressant de voir qu'elle n'est pas recommandée par certaines instances tel l'AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry).

- Une psychothérapie notamment la TCC [29], la relaxation et une réassurance de l'enfant, notamment via la mise en place de routine, et/ou d'un accompagnement jusque l'école, dans le but d'obtenir une réintroduction progressive.

- La prise en charge doit être active, et intensive même si ce dernier point est discuté par certains auteurs. Un début précoce est également préconisé car plus l'absence se prolonge plus le retour sera difficile.

- Une prise en charge en institution ou en ambulatoire se justifie selon la sévérité des troubles (dépression avec idées suicidaires ; impossibilité d'encadrer pour les parents)

- L'implication des parents avec ce que Heyne D et Coll. nomme « la pression parentale avisée ».

- L'implication de l'institution scolaire notamment via le PAI (Plan d'Aide Individualisé) [15].

- Il est également important de créer une relation triangulaire entre l'enfant, la famille et l'institution. Ici par institution nous entendons tout autant le(s) thérapeute(s), l'éducateur, l'instituteur....

Quelles que soient les options choisies, elles visent à corriger les difficultés en place tant scolaires, familiales que relationnelles afin d'éviter :

- A court terme, un échec scolaire.

- Et à moyen et long terme, une marginalisation vis-à-vis de la société [16], permettant ainsi de procurer une meilleure qualité de vie à ces patients.

En effet si le premier écueil à éviter semble évident, il existe peu d'études sur le devenir psychique de ces enfants.

Mouren et Delorme rapportent celle de Flakierska Praquin *et al* effectuée en Suède et publiée en 1997. Flakierska et son équipe ont analysé, à un intervalle de 34 ans, les dossiers d'un groupe de refus scolaire anxieux diagnostiqué dans les années 1960.

Il en ressort une surconsommation de soins psychiatriques et la persistance d'une angoisse de séparation supérieure à ce qui est retrouvé dans la population générale.

III) Etude

a) Objectif

L'objectif principal de notre étude est de décrire le profil clinique, familial et sociologique d'une population d'enfants et d'adolescents, présentant un RSA, pris en charge dans le service de pédiatrie d'un centre hospitalier (C.H.), celui de Remiremont dans les Vosges ainsi que l'évolution de ces patients.

L'objectif secondaire est de comparer le profil des patients pris en charge au CH de Remiremont et leur évolution clinique à ceux des patients pris en charge au CHRU (dans le cadre de la thèse du Dr Benbrika au CHRU de Nancy) .

b) Présentation de l'étude

Comme nous l'avons vu précédemment le refus scolaire anxieux est un trouble qui, sans être très fréquent, a néanmoins une prévalence non négligeable et des conséquences lourdes pour l'enfant, son entourage et la société s'il n'est pas guéri.

A notre connaissance le service de pédiatrie de l'hôpital de Remiremont est le seul hôpital périphérique non psychiatrique en France prenant en charge ce trouble grâce notamment à un pédiatre formé à la psychopathologie pédiatrique et a une équipe d'infirmières et de puéricultrices (22.5 ETP).

Il s'agit d'un hôpital généraliste doté d'un service de pédiatrie constitué d'une unité « grands » (>6mois) de 10 lits médicaux (il n'y en a pas étiqueté : « lit de psychiatrie ») auquel s'ajoutent 3 places d'HDJ, ainsi que d'une unité de néonatalogie. A côté de ces activités de service, il existe également des consultations :

- de pédiatrie somatique
- d'allergologie
- de psychopathologie pédiatrique

- médicales non programmées, au sein du service, faisant 3732 passages annuels dont 27% font l'objet d'une hospitalisation.

Ce service comprend également :

- une enseignante spécialisée
- une éducatrice spécialisée
- une psychologue (1ETP)

La seule structure ambulatoire institutionnelle pour la population qui nous intéresse est à Remiremont un CMP. Il s'agit d'un centre Médico-Psychologique public de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, dépendant administrativement du Centre Hospitalier Spécialisé de Ravenel. Cette structure fait un travail remarquable mais elle ne peut répondre à toutes les demandes.

c) Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers, bi centrique, descriptive et comparative.

Elle s'étend sur la période du 1^{er} septembre 2004 au 1er septembre 2014. Cet intervalle de dix ans s'explique par :

- La volonté d'avoir le plus de dossiers possible afin d'augmenter la puissance de l'étude.

- Garantir un recul temporel minimum par rapport au diagnostic, pour mettre en évidence une éventuelle évolution.

Les dossiers analysés étaient ceux enregistrés au DIM de l'hôpital de Remiremont sous les codes présents dans l'annexe 1. Ces codes ont été sélectionnés à partir des éléments principaux du diagnostic de refus scolaire anxieux.

840 dossiers présentant ces codes ont ainsi été sortis, dont 257 pour la seule période du 1^{er} janvier 2013 au 1er septembre 2014.

Il n'a été retenu parmi les 840 dossiers sortis que ceux dont l'observation et/ou le courrier de sortie contenaient le terme « refus scolaire anxieux » en l'affirmant. Ce qui représente cinquante-trois dossiers. Les 787 dossiers restant avaient d'autres diagnostics

Ils ont été analysés avec la grille de recueil de donnée en annexe 2 prenant en compte :

- le sexe

Nous avons vu dans l'introduction que théoriquement cette pathologie touche autant les garçons que les filles (sexe ratio de 1/1).

- l'âge moyen et la classe de début :

Nous avons volontairement regroupé le primaire à l'exclusion du CP, et le collège à l'exception de la 6ième.

En effet nous allons théoriquement trouver peu de cas dans les CE, CM, 5ième, 4ième et 3ième ; Nous les regroupons donc pour simplifier le recueil de données et l'analyse

- la place dans la fratrie issue des mêmes parents.

Nous nous limitons aux parents biologiques pour situer l'enfant dans sa fratrie, car dans un certain nombre de dossiers les recompositions familiales s'avèreraient complexes

- le statut des couples.

L'instabilité du couple peut-elle être un facteur générant une instabilité chez les enfants ?

- les antécédents somatiques et psychiques des enfants et de leurs parents. [13 ; 19]

- la relation aux pairs.

Classiquement il s'agit d'enfants ayant des troubles relationnels. Ces troubles peuvent être aussi bien une cause qu'une conséquence du refus scolaire anxieux. Il faut aussi noter un taux conséquent de troubles psychiatriques (60% dans la thèse du Dr Benbrika [17] ; 36% de troubles anxieux pour le Dr Etienne [16] ; 25 à 50% de syndrome dépressif selon Gignac et Garel [3]).

- les troubles liés à des séparations antérieures.

La littérature fait état d'un fort taux d'antécédents psychiatriques, notamment des angoisses de séparations

- les prises en charge antérieures et leurs modes de prise en charge.

Il n'y a pas de prise en charge type à ce jour.

- le taux de scolarisation au début de la prise en charge.

La gravité du RSA et l'effet de la thérapeutique s'évaluant selon le temps de présence à l'école, il semble important de connaître cette donnée avant le début de la prise en charge.

- L'évolution du taux de scolarisation.

Nous considérerons comme de nombreux auteurs que 90% de scolarisation en fin de traitement équivaut à une scolarisation à temps plein.

Ce dernier point est notre critère principal.

Nous utiliserons en références les données de la littérature, les données de l'expérience du CHU de Bourges [18] ainsi que les résultats de la thèse du Dr Benbrika [17] effectuée au CHU de Nancy.

Les résultats seront analysés avec le test du Chi², ou à défaut lorsque les effectifs sont trop faibles par le test exact de Fischer ; à l'exception de l'âge moyen qui sera analysé avec le test de la loi normale.

La saisie des données s'est faite avec le logiciel Microsoft Word. Les figures ont été faites sur ce même logiciel, en association avec Microsoft Excel 2010.

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au concours du service de bio statistique du CHRU de Nancy.

d) Résultats

1) Par sexe

Nous avons donc retenu 53 dossiers : 29 filles pour 24 garçons soit un sexe ratio de 1.2/1.

2) Par âge moyen et classe de début

AGE MOYEN

Notre population de 53 enfants avait une amplitude de 6 à 18 ans.

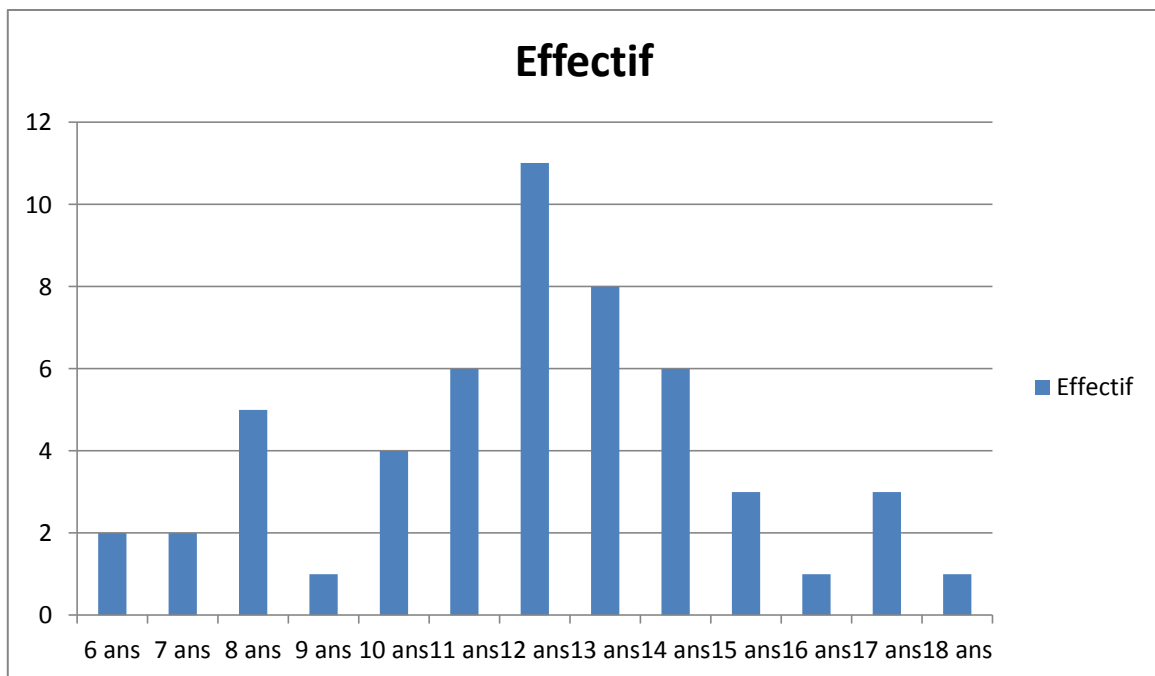


Tableau 1

Nous notons dans le tableau 2 un premier pic à 8 ans, et un second plus marqué à 12 ans.

Nous constatons également un léger rebond à 17 ans.

L'âge moyen était de 11.9 ans, et l'écart type de 2.83 ans.

CLASSE DE DEBUT

Les classes où le refus scolaire scolaire anxieux a débuté (tableau 2) étaient réparties comme suit : 4 enfants au CP ; 12 durant le reste du Primaire ; 12 en 6ème ; 20 durant le reste du collège ; 2 en Seconde et 3 en Première/Terminale.

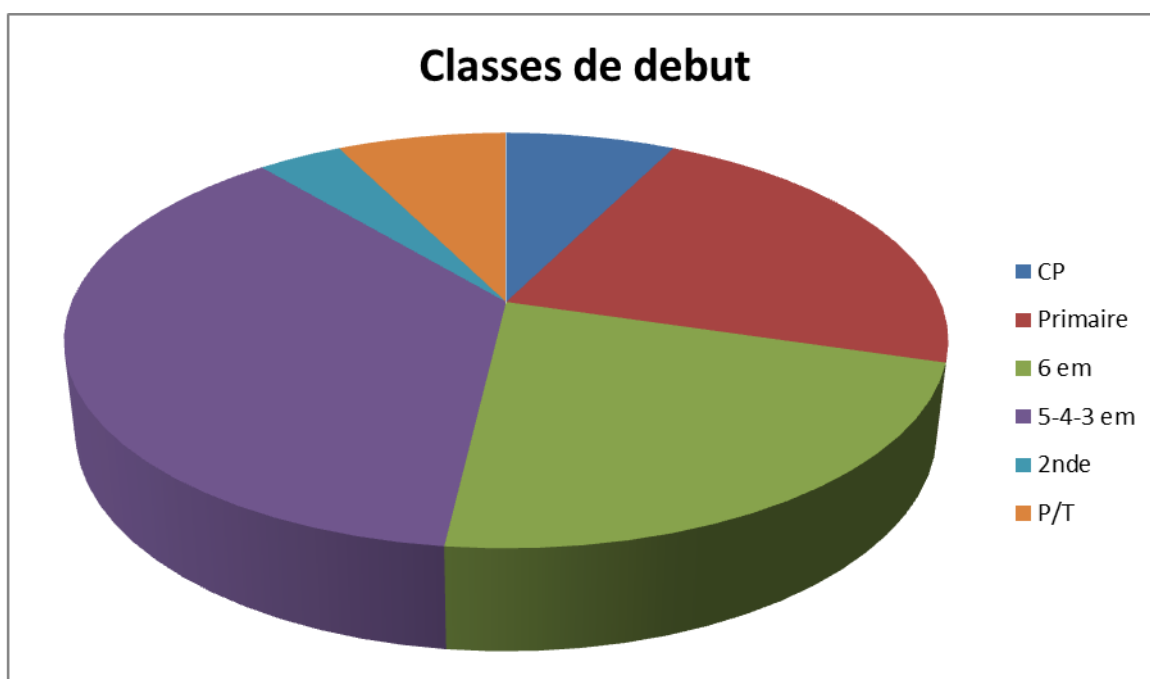


Tableau 2

3) Par place dans la fratrie issue du même couple

Lors de l'étude nous avons retrouvé :

- 0 enfant unique
- 13 aînés
- 22 benjamins
- 14 autres
- 4 non renseignés

4) Par état du couple

Les données issues des dossiers (tableau 3) montrent que les enfants diagnostiqués atteint d'un Refus Scolaire Anxieux étaient issus à 64% de couples unis ; 23% de couples séparés ; 6% de parents isolés, et 7% des dossiers n'étaient pas renseignés pour cet item.

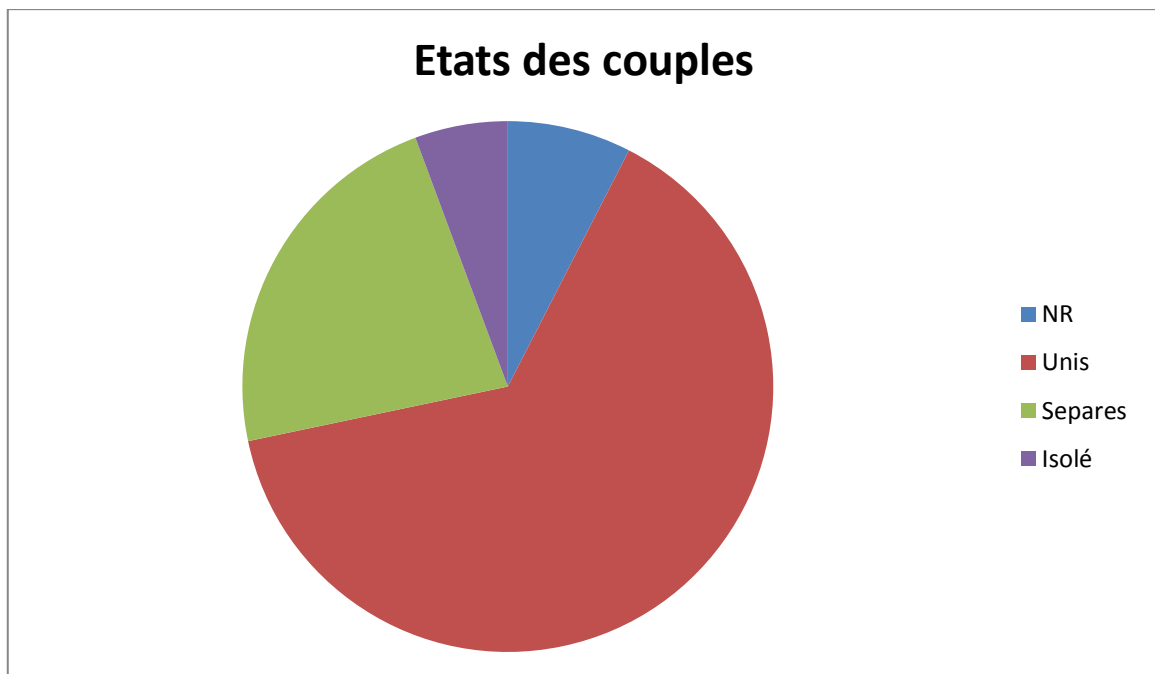


Tableau 3

5) Par antécédents

*Somatiques

Sur 53 enfants ; 16 avaient un antécédent somatique notable (14 enfants avaient 2 antécédents et 1 avait 3 antécédents):

- 5 allergies 9%
- 9 asthmes 17%
- 3 traumatismes 6%
- 2 chirurgies 4%
- 1 épileptique 2%
- 2 RCIU 4%
- 1 mucoviscidose 2%
- 7 divers 13%

Et 37 enfants n'avaient aucun antécédent.

Chez les 106 parents :

- 83 % n'avaient aucun antécédent
- 7 mères avaient des antécédents notables dont 1 décès,

1 SEP, 3 cardiopathies

- 12 pères avaient des antécédents dont 1 décès, 1 AVC,

3 néoplasies

(NB 1 enfant avait ces 2 parents concernés par la maladie)

**Psychiatriques

Nous retrouvons au décours de cette étude vingt-cinq enfants aux antécédents psychiatriques personnels dont :

- 8 angoisses de séparation
- 1 énurésie
- 1 toc
- 1 agoraphobie
- 3 TDAH
- 2 syndromes dépressifs
- 1 phobie nocturne
- 2 addictions aux jeux vidéo
- 3 tentatives de suicide,
- 1 deuil pathologique
- 1 syndrome de toute puissance
- 1 intolérance à l'échec.

10 mères avaient des antécédents psychiatriques connues dont :

- 3 anxietés
- 5 syndromes dépressifs
- 1 cas de spasmophilie
- 1 toc

5 pères avaient des antécédents psychiatriques dont :

- 3 crises d'angoisse,
- 1 père hyper protecteur
- 1 trouble bipolaire

6) Par relation aux pairs

La relation aux pairs est assez souvent perturbée dans les refus. Nos résultats ne font pas exception car sur cinquante-trois enfants nous retrouvons :

- 23 enfants isolés
- 17 cas de relations conflictuelles
- 8 dossiers non renseignés
- Et seulement 5 enfants ayant une relation avec l'entourage décrite

comme normale.

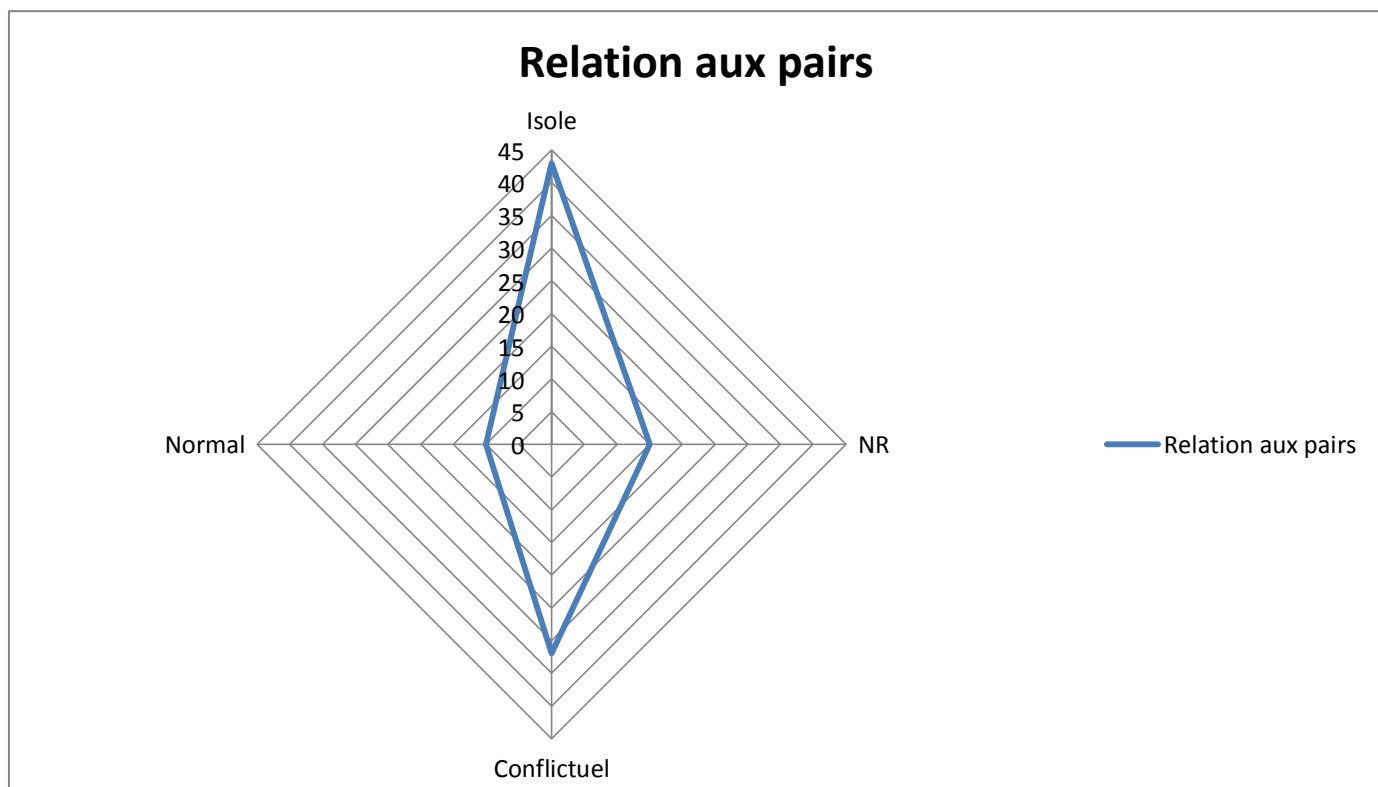


Tableau 4

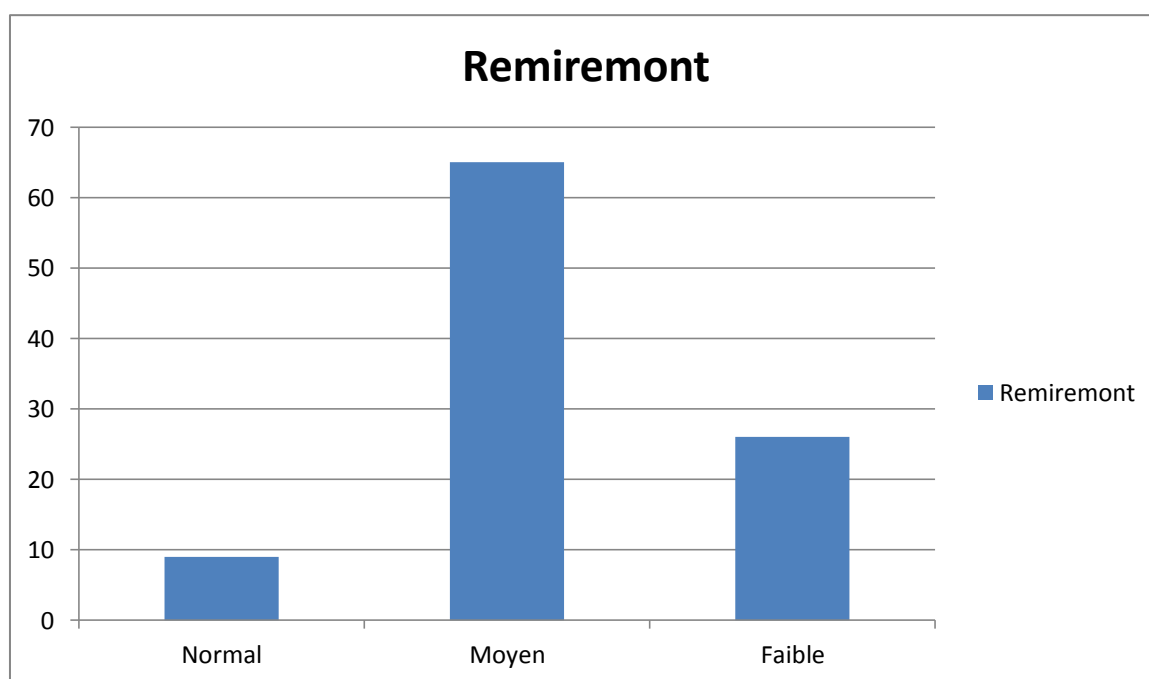
7) Par prise en charge déjà essayée et mode de prise en charge

Dans notre population, avant d'être hospitalisés dans le cadre du refus scolaire anxieux, 21 enfants avaient eu un suivi ambulatoire hospitalier, 12 au CMP, 16 en soins primaires. Dans 4 dossiers nous n'en avons pas trouvé de trace.

11 enfants avaient déjà bénéficié d'une chimiothérapie isolée, 19 d'une psychothérapie, 6 enfants avaient les deux en même temps et 17 enfin n'avaient aucun traitement.

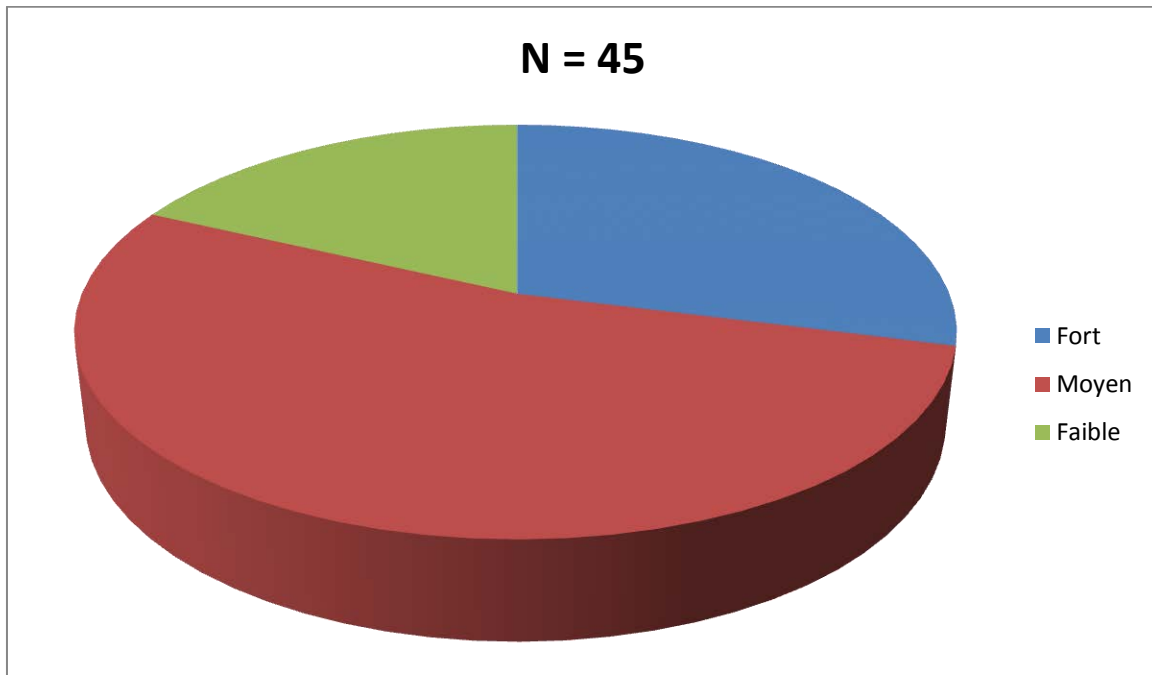
8) Par taux de scolarisation avant le début de la PEC

Pour mesurer le taux de scolarisation nous avons utilisé un découpage en fonction du nombre de demi-journées d'absence par semaine. Ce découpage permet de faire trois catégories de taux de scolarisation, normal [13], moyen et faible.



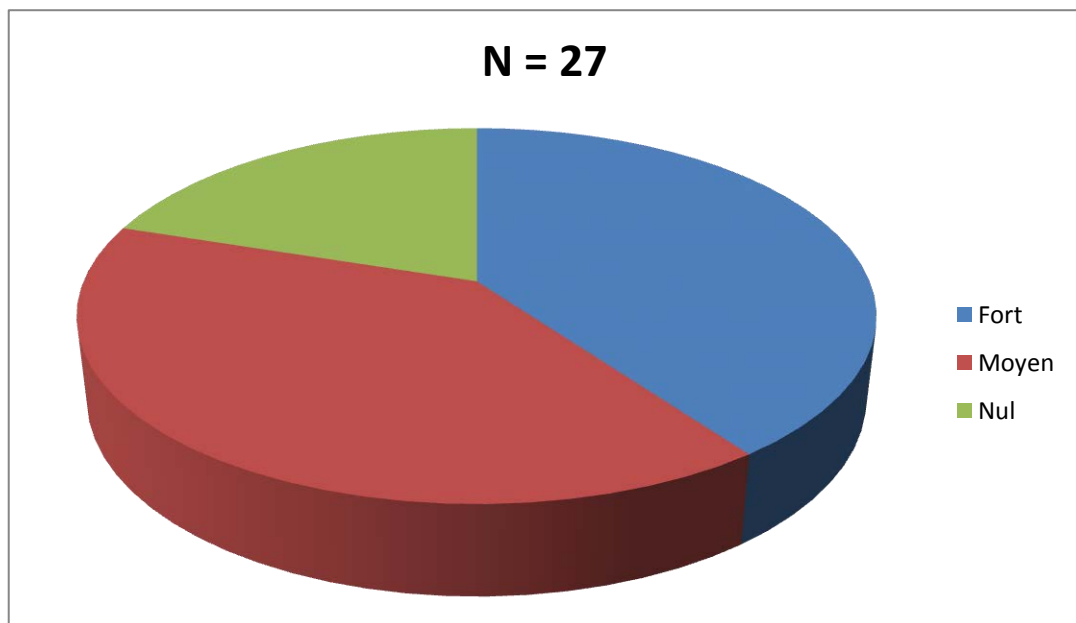
9) Par évolution du taux de scolarisation

a) A trois mois

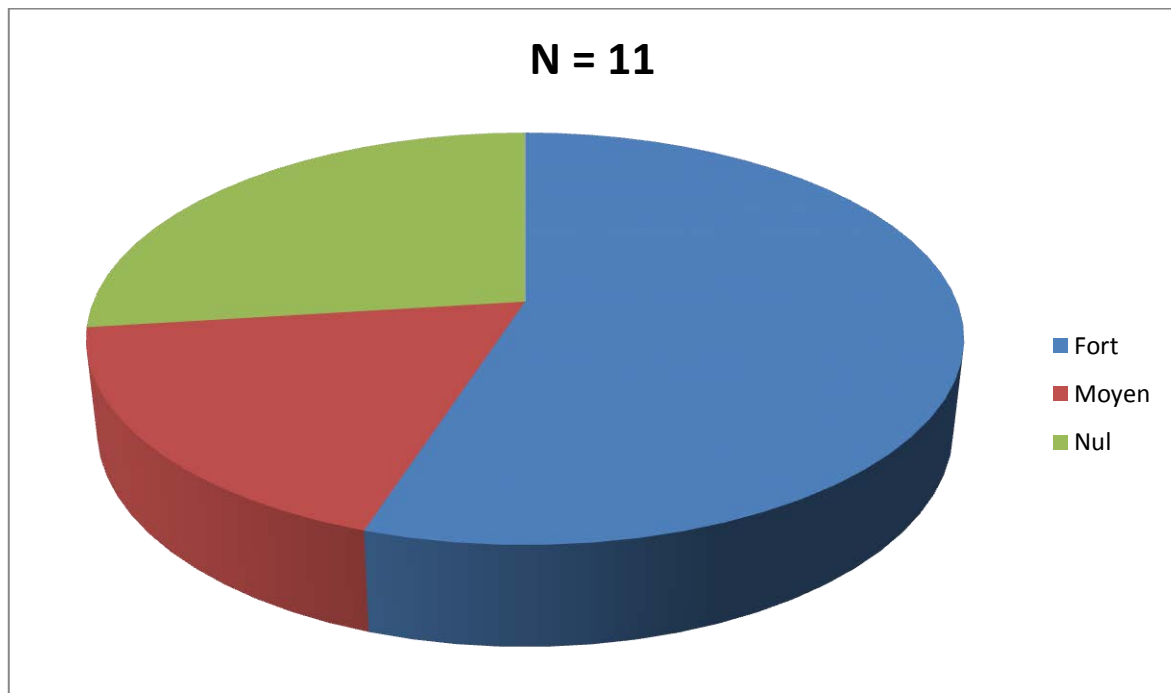


Nous avons 8 perdus de vue. Parmi la population toujours suivie ,29% de reprise totale, 53% de reprise partielle et 18% d'absence de reprise.

b) A 6 mois



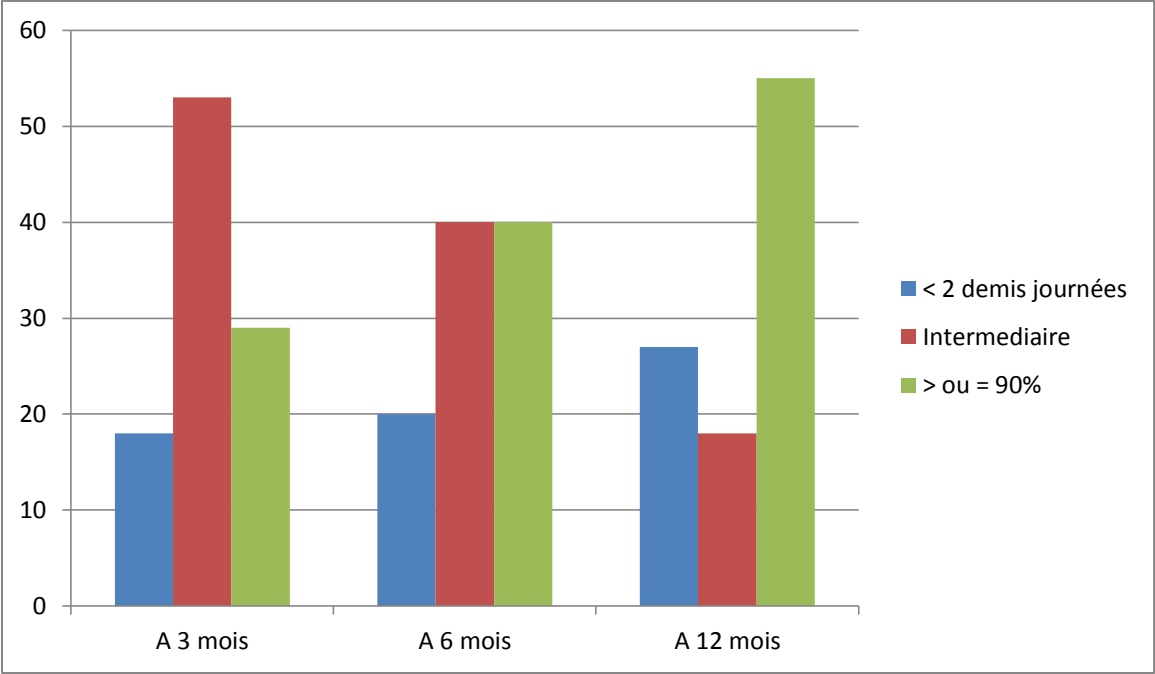
c) A 12 mois



Au total nous avons perdu de vue 42 enfants.

Sur ceux toujours suivis :

- 55% ont repris totalement l'école
- 18% partiellement
- et pour 27 %, il persiste une absence totale de scolarité



Evolution des taux de reprises

e) Comparaisons de nos résultats et de ceux du CHU de Nancy

Sex ratio	1/1,2	1-/1	p=0,6519
Age	11,9	12,6	p=0,2066
Classe de début			p=0,1849
Place dans la fratrie			p=0,0029
Statut parents			p=0,1535
Antécédents somatique N/O	37/16	23/17	p=0,2752
Antécédents psychiatrique N/O	37/16	16/24	p=0,0058
Antécédents somatique des parents N/O	35/18	36/4	p=0,0074
antécédents psychiatrique des peres N/O	48/5	31/9	p=0,1411
Antécédents psychiatrique des meres	43/10	25/15	p=0,0594
Taux initial scolarisation N/I/F	5/34/14	0/9/31	p<0,0001
Taux scolarisation a 3 mois N/I/F	13/8-/24	11/11-/7	p=0,0276
taux de scolarisation a 1an N/I/F	6/3-/2	15/9-/3	p=0,7821

IV) Discussion

Nos résultats indiquent un retour à la scolarisation comparable à ceux observés en service de pédopsychiatrie au CHU après un suivi d'un an, et semblent permettre d'affirmer que les refus scolaires anxieux peuvent être pris en charge en pédiatrie dans un hôpital périphérique.

Toutefois ces résultats sont à pondérer.

Le sex ratio était de 1.2. Ce résultat est également superposable aux données de la littérature. Catheline [4] évoque un sex ratio équilibré, que Revol retrouve également dans ses travaux de thèse [31]. Holzer L et Halfon O [13] décrivent le même ratio, et cite Granell de Aldaz [32] qui au Venezuela ont le même résultat. Il est également retrouvé proche de un dans les études de Bernstein (1988) [33], Last et Strauss (1990) [34] et Gal (1993) [35], ainsi que chez Garel [36]. Il est à noter que certaines publications retrouvent des taux complètement différents tel Le Cleac'h à Bourges qui retrouve trois filles pour un garçon.

Plus précisément le sex ratio est comparable entre notre étude et les résultats du travail de thèse du docteur Benbrika.

Concernant l'âge, nous retrouvons les trois pics décrits dans la littérature, comme dans le bulletin de l'académie nationale de médecine [29].

Nous trouvons toutefois une différence avec le reste de la littérature. Garel [36] place le troisième pic de recrudescence vers 15 ans, de même que Hersov [30] Last et Strauss [34], et Holzer [13]. Cette différence pourrait s'expliquer par une différence culturelle ou de méthode. Dans les pays anglo-saxons, 15 ans est le passage en second cycle ; En France certes 15-16 ans correspond à l'entrée au Lycée, mais 16-17 ans est la période des choix d'orientation qui est également décrite comme facteur déclenchant. Cette différence est aussi retrouvée par Desombrel [14] et localement par Benbrika [17].

Jean-Jacques Marier, psychiatre au Québec au sein du CHU Sainte Justine, n'en retrouve que deux, respectivement à 5-6 ans et 10-12 ans.

A Remiremont où l'âge moyen était de 11.9 ans, et l'écart type de 2.83 ans, ceux obtenus au CHU sont : âge moyen de 12.6 ans et écart type de 2.26 ans.

Concernant la classe de début, cette donnée suit les résultats liés à l'âge avec un pic au CP, un à l'entrée au Collège, et le dernier entre la fin du Collège et l'entrée au Lycée. Là encore nous retrouvons une corrélation entre les données du service de pédopsychiatrie de Nancy et celui de pédiatrie de Remiremont.

La situation des couples parentaux dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Remiremont, étaient : 64% de couples unis, 23% de séparés, 6% de parents isolés et 7% des dossiers n'étaient pas renseignés. La littérature met en évidence que ces enfants sont issus de couples standards ; il faut comprendre par-là que par rapport à la société il n'y a pas de surreprésentation d'une catégorie socio professionnelle

Il avait été retrouvé 52% en couple 30% séparés et 18% isolés dans l'étude Benbrika [18] ;

Pour Holtzer « le refus scolaire peut se produire dans tous les milieux socio-économique et n'est pas l'apanage des milieux défavorisés » [13] ; il cite dans cet article Last et Strauss qui ont les mêmes résultats [34].

Dans notre étude nous avons constaté l'absence d'enfant unique, 24% d'ainés, 41% de benjamins, 26% d'autres, 7% n'étaient pas renseignés. Ces résultats diffèrent des données de la littérature qui par ailleurs sont assez hétérogènes. Benbrika [17] retrouvait 25% de benjamins, 30% d'ainés, 22.5% d'enfants uniques et autant d'intermédiaires. Pour Gal [35] ainsi que pour Warnecke [7] les cadets sont prédominants, il avance qu'ils représentent jusqu'à 90% des RSA. Dugas [6] lui retrouvait 30% d'enfants uniques et 30% d'ainés.

Ces différences peuvent induire un biais dans notre étude. Toutefois à notre connaissance il n'a jamais été démontré qu'un rang spécifique dans la fratrie était plus sévèrement atteint.

Dans notre étude il a été retrouvé un antécédent somatique notable chez 30 % des enfants, et chez 17 % des parents (19/106) ; pour ces derniers la moitié des pathologies avait

un fort potentiel létal. Ce point est fort peu étudié ; à l'exception de la thèse Benbrika [17] nous n'avons trouvé aucune donnée. Cette thèse mettait en évidence 43% des enfants et 10% des parents avec un antécédent somatique.

Concernant les troubles psychiatriques antérieurs des enfants, nous en retrouvions chez 47% à Remiremont ; ce chiffre est à comparer aux autres études déjà réalisées.

Bailly [15] et Cailleau [19] citent tout deux Marcelli [8] et Gal [35] qui retrouvaient 60% d'angoisses de séparation et 25% d'autres troubles anxieux principalement en lien avec le sommeil. Bailly pondérerait toutefois ces chiffres en précisant que très peu d'enfants de sa cohorte avaient eu à vivre une véritable séparation avant la scolarisation.

Le Cleac'h [37] mettait en évidence 30% de Tentative de Suicide (TS) dans les antécédents et 94% d'antécédents psychiatriques. Il précise toutefois que l'étude ayant lieu en service de psychiatrie un biais de sélection important est présent.

Marier JJ cite Last C.G en 1990 qui retrouvait en comorbidité « associée », un syndrome dépressif dans 10 à 30% des cas, une anxiété généralisée dans 10 à 25% des cas, une phobie sociale ou un trouble oppositionnel dans 10 % des cas.

Il cite aussi Martin C. et Col en 1999 qui mettait quand à lui en évidence 54 à 78 % de troubles anxieux et 22 à 51% de troubles dépressifs.

Catheline [4] quant à elle note une surreprésentation des angoisses de séparations avant 11 ans. Les autres troubles arrivant plus tard.

Benbrika [17] quant à elle retrouvait 60% d'antécédents psychiatriques.

Nous voyons donc à priori une différence nette entre nos résultats et ceux publiés par ailleurs.

Toutefois un test statistique nous permet de mettre en évidence que la différence constatée, notamment avec la thèse du docteur Benbrika, n'est pas significative.

Le lien entre troubles psychiatriques parentaux et RSA est bien établi dans la littérature.

Marcelli [38] montre que le trouble psychiatrique maternel favorise les troubles psychiatriques des enfants.

Gal [35] dans son travail de thèse le démontre également. Dans une population de 62 cas de RSA, il découvre que dans 70% des cas il y a une défaillance (physique ou psychique) paternelle.

Le Cleac'h [37] lui retrouve 36% de pathologies psychiatriques parentales.

Ces deux références sont à rapprocher des constatations de Garel [36] qui met en évidence une hyper protection des mères (qui dans ce cas ont plus de troubles anxieux et de troubles dépressifs) ainsi que des pères absents, les empêchant d'être des « supports identificatoire » pour l'enfant.

Dans notre étude nous avons un taux de troubles psychiatriques parental de 14%, soit très en dessous ce qui était attendu. Est-ce une particularité locale ? Une « honte » à reconnaître un trouble psychiatrique dans un milieu assez restreint ? Ou un défaut de remplissage des dossiers, aucun élément ne permettait de nous orienter .

Le mode de prise en charge initiale et le lieu de suivi initial est très variable d'une structure de soins à l'autre.

En effet dans notre étude, 40% étaient suivis en pédiatrie ambulatoire, 22% en CMP, 30% par le médecin généraliste ou le pédiatre en ville. 7% des dossiers ne portaient pas cette indication.

20% avaient déjà bénéficié d'une chimiothérapie isolée, 36% n'avaient qu'une psychothérapie, 32% n'avaient aucun traitement, les 12% restant avaient à la fois une chimiothérapie et une psychothérapie.

Dans l'étude Benbrika [17], 80% avaient un suivi ambulatoire spécialisé, 7% étaient suivi en soins primaires, et 13% n'avaient aucun suivi.

70% d'entre eux étaient déjà sous chimiothérapie.

Le test statistique nous confirme que nos deux populations ne sont pas comparables sur ce point. Il y a donc là un biais de sélection important possible, lié à une sélection des patients ; d'un côté gérable par un service de pédiatrie, de l'autre nécessitant un service de pédopsychiatrie.

Lorsque nous nous intéressons à la déscolarisation de ces enfants, nous découvrons que, 9% avaient une scolarité peu ou pas perturbée, 65% étaient partiellement scolarisés et 26% fréquentaient l'école au plus 3 demi-journées par semaine au début de la prise en charge. 12 mois après le début de la prise en charge, 55% des effectifs fréquentaient l'école au minimum 90% du temps scolaire, 18% avaient une scolarité partielle, et 27% étaient toujours quasiment déscolarisés.

Les travaux de Benbrika retrouvent initialement une déscolarisation partielle de 22.5% et une déscolarisation complète de 77.5%, évoluant au bout de 12 mois à 29.6% de déscolarisation complète, 33.3% de scolarisation partielle et 37% sans absentéisme.

Pour Catheline [4] si la prise en charge se fait avant 11 ans il est possible d'atteindre 90% de réussite, toutefois selon elle ce taux tomberait à 30% si le RSA est pris en charge après 13 ans. Holzer [13] lui est plus précis, l'échec de la préscolarisation après 13 ans concernerait principalement les garçons. Des taux de reprise plus importants sont également rapportés ; Marier obtiendrait 70% de reprise scolaire à 1 an, toutefois la population qu'il étudie est particulière, 82% des effectifs ont été des troubles remontant à moins d'un an, et un cinquième des effectifs avaient déclaré leur RSA dans un délai de 15 jours avant leur inclusion. Le Cleac'h [37] retrouve 73% de reprises à un an sans préciser toutefois si la reprise est partielle ou totale.

Au-delà de la reprise scolaire il est à noter que beaucoup d'auteurs considèrent qu'à distance le pronostic psychiatrique de ces enfants est dégradé. Catheline [4] met en évidence 40% de consultations psychiatriques 20 à 30 ans après le refus scolaire anxieux pour addiction, dépression et anxiété. La règle des trois tiers est en général acceptée. Un tiers de ces enfants développera des troubles psychiatriques lourds, un tiers des troubles gênants et seulement un tiers n'aura pas de séquelles psychiatriques [13; 19;]

Nous trouvons donc dans le service de pédiatrie de Remiremont un taux de rémission significativement supérieur à ce qui est attendu, à l'exclusion de l'étude de Bourges. Ce taux peut s'expliquer de plusieurs manières. D'abord une gravité des symptômes significativement

moindre dans notre étude. Secondairement un fort taux de perdu de vue (80%) qui à l'exclusion d'un décès et de deux déménagements hors région n'ont pu être expliqués. Troisièmement une absence de dossier partagée entre les différents acteurs d'une prise en charge nous empêche de savoir si il y a eu rechute après le suivi de 1 an, ou au cours des 1 an mais traité en ambulatoire.

Toutefois il y a de manière indéniable une amélioration de la symptomatologie de ces enfants. Cette amélioration, la rapidité et l'intensité de la prise en charge, justifie pleinement qu'un CH puisse les prendre en charge, tout en travaillant avec un centre spécialisé pour les cas les plus complexes.

V) Conclusions

Ces résultats et cette prise en charge locale semblent bien être bénéfiques pour les enfants.

Toutefois ce service et ce soin particulier ne sont possibles que sous certaines conditions :

Un personnel médical qualifié ; tant somaticien que psychiatre

Un personnel paramédical habitué à ces patients

D'autres partenaires notamment pour pouvoir aider à réintroduire les enfants dans leur milieu scolaire

Des formations régulières pour tous ces personnels

Des infrastructures adaptées (architecture du service, proximité des écoles et des collèges)

Une viabilité économique, en effet le diagnostic de refus scolaire anxieux est rattaché quasi exclusivement à des codes en F (en lien avec la psychiatrie) alors qu'il s'agit d'un service étiqueté MCO. Il en ressort un investissement en temps et en moyen non proportionnel au recouvrement réel au vu de la T2A.

Cette prise en charge spécialisée peut donc s'avérer efficiente en pédiatrie générale dans un CH à la condition que l'équipe soit prête à ce type de thérapie et soit régulièrement formée, en particulier par les spécialistes du CHU.

VI) Annexes

Liste des codes

F401-Phobies sociales

F402-Phobies spécifiques (isolées)

F408-Autres troubles anxieux phobiques

F410-Troubles panique (anxiété épisodique paroxystique)

F401.1-Troubles paniques sévères

F411-Anxiété généralisée

F412-Troubles anxieux et dépressifs mixtes

F418-Autres troubles anxieux précisés

F419-Troubles anxieux sans précisions

F432-Troubles de l'adaptation

F432.4-Troubles de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation des conduites

F432.5-Troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites

F450-Somatisation

F451-Troubles somatoformes indifférenciés

F505-Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques

F800-Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation

F801-Trouble de l'acquisition du langage de type expressif

F802-Troubles de l'acquisition du langage de type réceptif

F808-Autres troubles du développement de la parole et du langage

F809-Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision

F810-Trouble spécifique de la lecture

F812-Trouble spécifique de l'acquisition de l'arithmétique

F813-Trouble mixte des acquisitions scolaires

F818-Autres troubles du développement des acquisitions scolaires

F819- Troubles du développement des acquisitions scolaires, sans précisions

F900-Perturbation de l'activité et de l'attention

F910-Trouble des conduites limité au milieu familial

F911-Troubles des conduites, type mal socialisé

F912-Trouble des conduites, type socialisé

F913-Trouble oppositionnel, avec provocation

F918-Autres troubles des conduites

F919-Troubles des conduites sans précisions

F920-Troubles des conduites, avec dépression

F928-Autres troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels

F931-Trouble anxieux phobique de l'enfance

F932-Anxiété sociale de l'enfance

F938-Autres troubles émotionnels de l'enfance

F938.0-Anxiété généralisée de l'enfance

Z553-Difficultés liées aux mauvais résultats scolaires

Questionnaire de recueil des données

Questionnaire thèse RSA

- **Début de prise en charge :**

Ambulatoire

Hospitalière

Institution

- **Sexe :**

Masculin

Féminin

- **Place dans la fratrie (même parents) :**

Aîné

Benjamin

Autre

- **Structure du couple :**

Unis

Séparés

Parent isolé

- **Age de début :**

- **Classe de début :**

CP

Primaire

6em

5-4-3em

2^{nde}

P/T

- **Relations aux pairs difficiles :**

- **PEC déjà essayée :**

- **Etat somatopsychologique du patient :**

- **Etat somatopsychologique du père :**

- **Etat somatopsychologique de la mère :**

- **Préexistence de troubles à la séparation, angoisse de séparation ou séparation mal vécue à d'autres occasions :**

- **Taux d'absentéisme en demi-journée :**

- **Taux d'absentéisme :**
 - A 3 mois :*
 - A 6 mois :*
 - A 12 mois :*

Bibliographie

- 1 HEUYER G. Les enfants anormaux et délinquants. Paris : thèse de doctorat en médecine ; 1914.
- 2 BROADWIN I.T. A contribution to the study of truancy. *American Journal of Orthopsychiatry* 1932; 2 : 253-259.
- 3 GIGNAC M et GAREL P. Ou quand l'école devient un enfer. *Le clinicien* mai 2001 : 115-128
- 4 CATHELIN N. Phobie scolaire ou refus anxieux scolaire. In : *Psychopathologie de la scolarité*. 2ème édition, Masson, 2007, 234-241.
- 5 HERSOV L. Le refus d'aller à l'école. Une vue ensemble. In Chiland C., Young J.G., editors. *Le refus de l'école, un aperçu transculturel*. Paris, PUF 1990 : 13-45.
- 6 DUGAS M., GUEROT C. Les phobies scolaires : étude clinique et psychopathologique. *La psychiatrie de l'enfant* 1977; 20: 307-382.
- 7 WARNECKE R. School Phobia and its treatment. *British J. Med. Psychol.* 1964 : 37 ; 71-79
- 8 MARCELLI D., BRACONNIER A. La scolarité à l'adolescence. In : *Adolescence et psychopathologie*. 6ème édition, Masson, 2004, 449-479
- 9 AJURIAGUERRA J. DE. *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (1974). 2ème édition, Paris, Masson, 1980.
- 10 BRANDIBAS, G., JEUNIER, B., GASPARD, J.-L., FOURASTE, R. (2001). Evaluation des modes de refus de l'école : validation française de la SRAS (School Refusal Assessment Scale), *Psychologie & Psychométrie*, 22, 1, 45-58.
- 11 KEARNEY, C.A., & ALBANO, A.M. (2004). The functional profiles of school refusal behavior: Diagnostic aspects. *Behavior Modification*, 28, 147-161.
- 12 GIRARDON N et GUILLONNEAU J, « Phobie scolaire à l'adolescence », *Perspectives Psy*, 2009/4 Vol. 48, p. 375-381. <http://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2009-4-page-375.htm>

- 13 HOLZER L et HALFON O. Le refus scolaire : Archives de pédiatrie 2006 vol 13 ; 1252–1258
- 14 DESOMBREL H, FOURNERET, REVEL O, DE VILLARD R. Le refus anxieux de l'école. Archives de pédiatrie 1999 ; 6 : 97-101
- 15 BAILLY C. <<Phobie scolaire>>à l'adolescence : abord clinique et psychopathologique. Nantes. Thèse de doctorat en médecine.2012 : 116-118
- 16 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.Tours. Thèse de doctorat en médecine.2013 : 23-24
- 17 BENBRIKA S. Le refus scolaire anxieux : A propos de 40 patients hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy.Nancy.Thèse de doctorat en médecine .2010
- 18 HENIN M, ALEXANDRE C, LE CLEAC'H Y. refus scolaire à l'adolescence : Etude portant sur 48 jeunes accueillis à l'Espace Ados de Bourges de 2005 à 2010. http://www.ch-george-sand.fr/document/refus_scolaire_a_ladolescence_-_2011.pdf
- 19 CAILLEAU A. Les refus scolaires anxieux à l'adolescence : aspects cliniques, psychopathologiques et éléments de réflexion sur la prise en charge.Nantes.Thèse de doctorat en médecine.2010
- 20 BINET A .Les idées modernes sur les enfants. Flammarion 1909
<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k679262>
- 21 JUNG C.G. La psychologie analytique, XVIIe Congrès International de Médecine, Londres, 1913.
- 22 McKAY D, STORCH E. Handbook of Assessing Variants and Complications in Anxiety Disorders. Springer Science & Business Media 2013 p.16
- 23 THAMBIRAJAH M.S.GRANDISON K. DE-HAYES L. Understanding School Refusals: A Handbook for Professionals in Education, Health and Social Care. Jessica Kingsley Publishers, 2008. p 25
- 24 BRANDIBAS G. La Construction de l'objet dans la recherche clinique : l'exemple du refus de l'école. L'orientation Scolaire et Professionnelle 34/2, 2005. 249-263
- 25 PARTRIDGE J.M .The British Journal of Psychiatry Jan 1939, 85 (354)

26 GIRARDON N, GUILLONNEAU J, « Phobie scolaire à l'adolescence », *Perspectives Psy* 4/2009 48 : 375-381

URL : www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2009-4-page-375.htm.

27 KEARNEY C. A. School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review in *Clinical Psychology Review* 28 (2008) 451–471

28 JOHNSON A.M., FALSTEIN E.J., SZUREK S.A., SVENDSEN M. School Phobia. *Am. J. Orthopsychiatry*, 1941, 11, 702-711.

29 MOUREN M.C, DELORME R. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2006, 190, no 8, 1629-1641, séance du 7 novembre 2006

30 HERSOV L.A Refusal to go School. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 1960, 1, 137-145.

31 REVOL L. La phobie scolaire chez l'enfant et le préadolescent. Réflexions sur de nouvelles stratégies d prise en charge. Thèse de doctorat en médecine. Poitiers 2000

32 GRANELL DE ALDAZ E, VIVAS E, GELFAND DM et Al. Estimating the prevalence of school refusal and school related-fears. A Venezuelan sample. *J Nerv Ment Dis* 1984;172:722-9

33 BERNSTEIN GA, GARFINKEL BD. Pedigrees, functioning, and psychopathology in families of school phobic children. *Am J Psychiatry*. 1988 Jan; 145(1):70-4.

34 LAST CG, STRAUSS CC. School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990 Jan; 29(1):31-5.

35 GAL J.M. Déchirures : 62 phobies scolaires. Contribution clinique et psychopathologique à l'étude des phobies scolaires du grand enfant et de l'adolescent. Thèse pour le Doctorat en Médecine, 1993, Poitiers.

36 GIGNAC M, GAREL P, La phobie scolaire..... ou quand l'école devient un enfer . *Le clinicien*, mai 2001, 115-128

37 LE CLEAC'H Y, ALEXANDRE C, HENIN M. Refus scolaire à l'adolescence, étude portant sur 48 jeunes accueillis à l'espace ados de Bourges (2005-2010)

Résumé

Connu depuis plus d'un siècle le refus scolaire anxieux reste un trouble peu connu.

Il est principalement traité dans les CHU où une prise en charge multidisciplinaire est possible. Toutefois un recours aux centres de référence n'est pas toujours possible pour diverses raisons. Le CH de Remiremont est le seul hôpital périphérique pour lequel nous avons trouvé trace d'une prise en charge de ce trouble. Le but de cette étude est de constater si un CH peut prendre en charge cette pathologie avec autant d'efficacité qu'un CHU, ainsi que de constater sous quelles conditions et avec quelles limites. Les conclusions nous montrent dans ce cas particulier que la prise en charge en centre hospitalier périphérique est possible.

School refusal Care in peripheral hospital; study about an event

Thèse de médecine générale 2015

Mots clefs : refus scolaire anxieux ; Centre Hospitalier périphérique ; prise en charge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex