

L'interaction des acteurs de soins de 1^{re} et 2^e ligne dans l'accompagnement des jeunes en refus scolaire anxieux

The interaction of primary and secondary care providers in the support of young people who suffer from anxiety-based school refusal

TEDIK B.

Unité des Ados, CH Le Domaine, Braine-l'Alleud

RÉSUMÉ

Le refus scolaire anxieux (RSA) est un trouble qui n'est pas décrit dans le DSM-5 mais il s'agit d'un trouble psychiatrique authentique. Les études scientifiques retiennent les critères cliniques de Berg pour le diagnostic de ce trouble. Le pronostic dépend du temps écoulé entre le début du RSA et le début de la prise en charge. De plus en plus de médecins généralistes sont consultés pour des manifestations psychosomatiques engendrées par le RSA ainsi que pour des demandes de certificats d'incapacité de fréquentation scolaire. Depuis la pandémie COVID-19, le nombre d'enfants consultant pour un RSA a augmenté en même temps que l'augmentation des symptômes dépressifs et anxieux, surtout chez les adolescents.

Cet article discute des outils et critères d'évaluation ainsi que des pistes d'action dans la prise en charge globale du RSA par les acteurs de soins de 1^{re} ligne (médecins généralistes, pédiatres, école) et de 2^e ligne (psychologues, pédopsychiatres, équipes pluridisciplinaires).

Rev Med Brux 2024 : 45 : 352-356

Mots-clés : refus scolaire anxieux, décrochage scolaire, phobie scolaire

ABSTRACT

The anxiety-based school refusal (ASR) is a disorder not described in the DSM-5, but it is a genuine psychiatric condition. Scientific studies have adopted Berg's clinical criteria for diagnosing this disorder. The prognosis depends on the time elapsed between the onset of ASR and the initiation of clinical management. Increasingly, general practitioners are consulted for psychosomatic manifestations caused by ASR, as well as requests for medical certificates of incapacity for school attendance. Since the COVID-19 pandemic, the number of children seeking ASR increased, along with depressive and anxiety symptoms, especially among adolescents.

This article will discuss evaluation tools, criteria, and courses of action for the overall management of ASR by primary care providers (general practitioners, paediatricians, schools) and secondary care providers (psychologists, child psychiatrists, multidisciplinary teams).

Rev Med Brux 2024: 45: 352-356

Keywords: anxiety-based school refusal, dropping out of school, school phobia

INTRODUCTION

Etiologie et prévalence

Le décrochage scolaire est multidimensionnel. Il est la conséquence des facteurs dynamiques individuels et systémiques, combinant des facteurs de risques socio-économiques, socio-culturels, personnels et scolaires¹. L'environnement familial et communautaire dans lequel vit le jeune, l'influence par les pairs, mais également certaines caractéristiques individuelles, telles que les troubles des apprentissages et les difficultés d'adaptations sociales, les symptômes

anxieux, dépressifs, les traits anti-sociaux etc., ont une influence sur la fréquentation scolaire¹.

La prévalence du « refus scolaire anxieux » (RSA), autre dénomination plus utilisée dans la littérature scientifique, est peu connue. Nous observons une augmentation de son incidence dans nos consultations et nos unités d'hospitalisations pédopsychiatriques². Certaines études parlent d'une incidence du RSA de 1 à 5 % chez les enfants et adolescents,

tant chez les filles que chez les garçons³. Le DSM-5 ne définit pas de critères diagnostiques spécifiques mais semble considérer le RSA comme une complication de l'anxiété de séparation et/ou de la phobie sociale. L'expression « phobie scolaire » est écartée à cause du mot « phobie » qui englobe des mécanismes étiologiques spécifiques alors que dans le cadre de la scolarité, l'étiologie est complexe et multifactorielle⁴. Selon l'analyse cognitivo-comportementale, le terme « phobie scolaire » désigne une anxiété directement en rapport avec la situation scolaire. L'enfant est confronté à des stimuli anxio-gènes dans l'établissement scolaire : peur d'avoir de mauvaises notes, panique à un devoir, peur d'être moqué par les camarades de la classe lors d'une présentation orale, harcèlement scolaire, vécu d'évènements traumatisants, etc. Le terme « refus scolaire anxieux » englobe les étiologies d'anxiété de séparation, d'anxiété sociale, de phobie spécifique scolaire mais aussi d'autres troubles psychiatriques qui peuvent occasionner des angoisses à la fréquentation scolaire (trouble anxieux généralisé, trouble dépressif, trouble obsessionnel compulsif, etc.)⁵.

La symptomatologie du refus scolaire anxieux

Selon les critères cliniques de Berg, retenus par les études, le RSA se présente par :

- « Le refus d'aller à l'école conduisant à une absence prolongée ;
- La détresse émotionnelle anticipatoire se traduisant par une peur excessive, des crises de colère, une tristesse ou des symptômes physiques inexplicables ;
- Le maintien à domicile sur le temps scolaire ;
- L'absence de comportements antisociaux significatifs ;
- Les efforts parentaux significatifs pour inciter leur enfant à fréquenter l'école »³.

Les jeunes se plaignent régulièrement de symptômes somatiques neurologiques (céphalées, vertiges), gastro-intestinaux et musculaires. Ils peuvent aussi ressentir des symptômes cardio-pulmonaires, tels qu'une oppression ou une douleur à la cage thoracique ou une hyperventilation, lors des attaques de panique. Ils consultent dans un premier temps leur médecin traitant ainsi que d'autres spécialistes et réalisent des examens complémentaires qui reviennent non contributifs. Ils sont dans l'évitement pour ne pas se confronter à la situation anxio-gène². Les familles consultent également pour des demandes de certificat d'incapacité de fréquentation scolaire au vu de l'état clinique de leur enfant. Lorsque l'enfant est autorisé à rester à la maison, les douleurs disparaissent assez rapidement grâce à l'apaisement de son anxiété. Ces symptômes sont moins fréquents les week-ends et pendant les vacances scolaires⁶.

De manière générale, plus le refus scolaire persiste dans le temps et se complexifie, plus il est difficile à traiter. Le pronostic est meilleur chez l'enfant que chez l'adolescent. Le degré de fréquentation scolaire avec un taux de présence de plus de 90 % constitue un

critère d'évolution favorable. Une absence prolongée a des répercussions sur les apprentissages, la socialisation, l'estime de soi et affecte les stades développementaux ultérieurs. L'implication de la famille est centrale pour un meilleur pronostic du trouble⁷.

L'impact de la pandémie COVID-19 sur le décrochage scolaire

Aux facteurs de risque déjà présents avant 2019, s'ajoutent les conséquences de la pandémie COVID-19. La scolarité a été fortement perturbée entre 2020 et 2022. Les écoles ont connu une fermeture prolongée avec par la suite, un enseignement hybride (temps de scolarisation à l'école et à distance) mis en place. Les élèves qui présentaient des vulnérabilités d'apprentissage ont davantage été impactés dans leur scolarité pendant cette période⁸. Sont également venus s'ajouter d'autres facteurs de risque conduisant au décrochage scolaire que sont les inégalités selon les ressources de la famille (l'équipement domestique des jeunes pour poursuivre leur formation à distance, espace dédié à l'étude, environnement calme, disponibilité des parents)⁸. Les élèves ont bénéficié d'une réussite automatique sans acquérir leurs matières et ont accumulé un retard dans leurs apprentissages pour les années suivantes.

De plus, la rupture de contact social avec leurs pairs durant cette période de crise sanitaire a suscité chez ces jeunes une augmentation de l'utilisation des écrans pour remplacer le vide par une interaction virtuelle. Les périodes sans école sont ainsi associées à une détérioration de l'hygiène du sommeil et de l'alimentation, mais également à une diminution de l'activité physique et à une augmentation du temps des écrans⁹. Alors que les réseaux sociaux peuvent faciliter le maintien des relations existantes et la création de nouvelles relations, ils peuvent aussi mener au cyberharcèlement avec un impact négatif sur le bien-être des victimes entraînant des difficultés relationnelles et une détresse psychologique accrue¹⁰. Ce cyberharcèlement est dans un certain nombre de cas causé directement par des élèves de l'école, ce qui pourrait engendrer un évitement scolaire et à terme un décrochage total.

Si le jeune n'est pas accompagné et éduqué sur son hygiène de vie, il sentira sa répercussion négative sur sa santé mentale. Et cela d'autant plus que le confinement lié au COVID-19 a entraîné une détresse psychologique chez les enfants et adolescents, plus particulièrement chez ceux qui présentaient déjà certaines vulnérabilités ou des troubles mentaux avérés avant cette période. Selon une revue systématique, il existe une augmentation significative des symptômes dépressifs et anxieux chez les jeunes pendant le confinement par rapport aux taux observés avant le confinement. Les symptômes sont plus importants chez les adolescents fréquentant l'enseignement secondaire que les enfants en primaire¹¹.

MÉTHODOLOGIE

L'objectif de cet article est de discuter la prise en charge globale du RSA par les acteurs de soins de

1^{re} ligne (professeurs, éducateurs/infirmiers de l'école, le Centre psycho-médico-social, médecins généralistes, médecins pédiatres) et de 2^e ligne (psychologues, pédopsychiatres, équipes pluridisciplinaires) en s'appuyant également sur des revues de la littérature scientifique.

DISCUSSION

La prise en charge du RSA doit être multidimensionnelle, avec pour objectifs d'aider au retour scolaire, de diminuer l'anxiété, de prévenir les complications et les comorbidités éventuelles⁴.

Le médecin généraliste ou le pédiatre intervient souvent en 1^{re} ligne pour le RSA avec une grande variété de tableaux psychopathologiques sous-jacents. La gravité de l'absentéisme prolongé exige un dépistage rapide de la part des professionnels de la santé de l'enfant, des enseignants et des services sociaux⁷. Ils jouent un rôle important pour l'orientation vers les suivis psychothérapeutiques chez un psychologue ou un pédopsychiatre. Malheureusement, le relai vers ces suivis ne se fait pas rapidement. En effet, l'augmentation des demandes, surtout ces dernières années, a eu comme conséquence en Belgique, une saturation des offres de soins pour les suivis ambulatoires et une augmentation importante des délais d'attente pour les hospitalisations résidentielles et de jour. Les Services d'Accrochage Scolaire fonctionnent également avec une liste d'attente.

Or, comme décrit précédemment, le pronostic clinique dépend aussi de la rapidité de l'initiation de la prise en charge. Dans l'attente de la mise en place d'un dispositif, le rôle du médecin généraliste/pédiatre est primordial. C'est lui qui fait le lien entre l'enfant, les parents et l'école. Il est important d'évaluer les ressources au sein de la famille et de l'établissement scolaire. Des rencontres régulières avec un enseignant qui est proche du jeune ou un éducateur permettront de faire lien et de discuter des difficultés rencontrées⁶. A leur tour, en accord et en collaboration avec les parents, une aide peut être demandée au Centre psycho-médico-social de l'école pour maintenir le lien entre l'enfant et son école. Il est important de sensibiliser ces acteurs de première ligne en leur fournissant des critères et des outils d'évaluation du RSA pour améliorer le repérage précoce et accélérer l'accès aux soins spécialisés.

Evaluation du RSA

Parmi ces outils, la *School Refusal Evaluation (SCREEN)* est un auto-questionnaire de repérage du refus scolaire anxieux pour les 10-16 ans. Elle est composée de 18 items et peut être utilisée de manière catégorielle ou dimensionnelle. Elle met aussi en évidence 4 facteurs répartis sur les différents items ; l'anticipation anxieuse (peur d'aller à l'école, difficultés à mettre des mots sur son anxiété, manifestations somatiques), la transition difficile (entre maison et école), le malaise interpersonnel (dans les relations avec les autres et image de lui-même), l'évitement de l'école (absentéismes). Cette échelle peut être utilisée pour la détection d'un RSA ou des

prédispositions au RSA, pour mesurer son évolution et comme un outil de travail et de renforcement dans un contexte thérapeutique. Elle doit être complétée par une évaluation clinique¹².

Une autre échelle d'évaluation est la *School Refusal Assessment Scale – Revised (SRAS-R)* qui est composée de 24 items. Il existe une version pour les enfants (5 ans et plus) et une autre pour les parents. Cette échelle aide les cliniciens à repérer la fonction principale du comportement de RSA. Elle est utilisée dans le but de comprendre les facteurs de risque et de protection dans l'apparition et le maintien du RSA. Selon ce modèle, les 4 hypothèses du RSA sont l'évitement des stimuli provoquant des sentiments négatifs, l'évitement des situations sociales ou des situations d'évaluations, les comportements permettant d'attirer l'attention et la recherche de renforcements positifs tangibles en dehors du cadre scolaire (comme regarder la TV, être avec des amis, consommer des substances)¹³.

L'approche familiale dans le suivi ambulatoire

Même si un relai en suivi ambulatoire est possible, cette prise en charge seule n'est pas suffisante à cause de l'inactivité du jeune en journée. Il aura alors tendance à se replier sur soi. La déscolarisation d'un jeune a aussi un impact sur la dynamique familiale. Il est donc essentiel d'impliquer la famille dans la prise en charge². L'information et la psychoéducation sur le RSA auprès des familles sont très importantes pour la bonne compréhension des mécanismes et l'adhésion de la famille au programme d'aide. Les points suivants doivent être abordés en cabinet de consultation (médecins, psychologues,...)⁶ :

- Le RSA est un vrai trouble, décrit scientifiquement. Le jeune est réellement en souffrance ;
- L'absentéisme scolaire est la partie observable de l'iceberg mais il existe des éléments sous-jacents à explorer. Les causes sont complexes et multifactorielles ;
- Les manifestations de l'anxiété sont multiples, polymorphes et individuelles ;
- Le raisonnement ne va pas aider l'enfant car les pensées anxieuses sont irrationnelles. Le travail consistera à réaliser des expositions régulières et progressivement ;
- Les familles ne sont pas toujours responsables du trouble. Le travail de déculpabilisation des parents permettra de créer une alliance avec eux et obtenir leur implication dans les actions à mener. Les parents doivent aider leur enfant à garder un rythme quotidien le plus proche du rythme scolaire et surveiller leur hygiène de vie ;
- Le pronostic dépend du délai entre le début de l'apparition du trouble et le début de la prise en charge.

La famille peut déjà contacter l'établissement scolaire pour chercher une ou des personnes de ressources qui pourront proposer des pistes par rapport à leurs expériences. Il est important d'accompagner la famille dans ces réflexions et d'échanger avec l'établissement scolaire pour soutenir la demande d'aide des parents et du jeune.

Approche individuelle dans le suivi ambulatoire

Il est nécessaire d'intervenir de manière rapide, active et intensive. Les études valident souvent l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans la prise en charge du RSA. Cette intervention prévoit¹⁴ :

- L'analyse fonctionnelle : identification des problèmes, comportements, cognitions et émotions ;
- Expositions progressives aux situations anxieuses en imagination puis *in vivo* avec des techniques de gestion du stress (respiration, relaxation, exercices physiques, autres) ;
- Apprentissages de méthodes de résolution des problèmes et de flexibilité cognitive face aux situations posant problème à l'école ;
- Apprentissage de gestion des relations interpersonnelles et affirmation de soi ;
- Séances de psychoéducation sur le trouble et hygiène de vie, sur l'évolution du trouble (comorbidités) et les principes de thérapie.

Les réseaux de soins en santé mentale de Belgique ont signé une convention avec l'INAMI dans le but d'offrir des soins psychologiques de 1^{re} ligne. Ces soins sont donnés par des psychologues affiliés à un réseau de soins en santé mentale, indiqués dans des situations de fragilité ou de difficultés et se déroulent sur une courte durée. La mise en place de cette offre rend les soins financièrement plus accessibles¹⁵. Dans le cadre du RSA, un travail de collaboration peut se faire entre les acteurs de soins de 1^{re} ligne et les psychologues de 1^{re} ligne.

Un suivi pédopsychiatrique peut s'avérer nécessaire de manière concomitante au suivi psychologique, en fonction de la gravité de la situation clinique, l'installation de la symptomatologie dans la durée et la présence de comorbidités. Le rôle du pédopsychiatre, en plus du travail psychothérapeutique, serait d'évaluer la présence ou non de troubles associés et des traitements médicamenteux qui seraient nécessaires à instaurer. Le pédopsychiatre prendra le relai de la coordination des soins et du réseau autour du jeune et de sa famille.

Recours aux équipes mobiles

Lorsque le suivi ambulatoire classique ne permet pas d'apporter des résultats positifs au RSA, il est judicieux de faire appel aux équipes mobiles de crise. En effet, comme décrit précédemment, le RSA est une situation à prendre en charge rapidement. Plus le problème perdure dans le temps, plus le pronostic devient grave.

Les équipes mobiles (composées de pédopsychiatres, psychologues, assistants sociaux, éducateurs, infirmiers), peuvent étroitement collaborer avec les écoles, pédiatres, généralistes et pédopsychiatres traitants. Elles peuvent faciliter l'identification des situations, évaluer le comportement du RSA, offrir un soutien et une guidance parentale, orienter les options de traitement et initier rapidement l'accompagnement scolaire, instaurer également une coordination interdisciplinaire avec les acteurs présents dans la situation du jeune (parents, école, services sociaux, services pédopsychiatriques)¹⁶.

Les Services d'Accrochage scolaire (SAS) et enseignement spécialisé de type 5

Il existe certains dispositifs qui peuvent accueillir les jeunes en RSA pour les remettre dans un rythme quotidien. Il s'agit des SAS qui ont pour mission d'apporter une aide sociale, éducative et pédagogique. Ils accueillent les jeunes en journée en leur apportant un accompagnement en lien avec leurs difficultés. L'objectif de la fréquentation de cet établissement est de recevoir tout type d'aide pour réintégrer une structure scolaire ou de formation, dans les meilleurs délais et les meilleures conditions¹⁷.

En outre, il existe quelques antennes d'enseignement spécialisé de type 5 (pour les élèves hospitalisés pour une maladie ou en convalescence), implantées en dehors du cadre hospitalier, permettant d'accueillir des jeunes en RSA en journée dans un but pédagogique. Les professeurs de cet enseignement spécialisé viennent en aide aux jeunes en établissant un projet individualisé d'apprentissage avec eux et leurs familles et travaillent avec eux le retour à leur école d'origine. Le jeune est inscrit à une école ordinaire mais a une prescription médicale du pédopsychiatre indiquant la nécessité de fréquenter une école spécialisée de type 5. À côté de la prise en charge scolaire, le jeune doit continuer ses suivis psychothérapeutiques ambulatoires, détachés de l'établissement. Malheureusement, il n'existe que très peu de structures pouvant offrir cet accueil.

Les hospitalisations de jour et résidentielles

Une hospitalisation pédopsychiatrique de jour ou en résidentiel peut être indiquée en fonction de l'évaluation clinique, la détection d'autres troubles psychiatriques, la complexité de la situation et l'installation des symptômes de RSA à moyen et long termes. Lors de cette hospitalisation, le jeune est pris en charge au niveau thérapeutique mais aussi scolaire en collaboration avec l'école à l'hôpital (enseignement spécialisé de type 5).

CONCLUSION

Le refus scolaire anxieux est un trouble pédopsychiatrique et a une étiopathogénie multifactorielle (individuelle, systémique, socio-culturelle/économique, personnelle et scolaire). Nous observons une recrudescence de cas de RSA dans nos consultations.

Le DSM-5 ne définit pas de critères diagnostiques spécifiques mais les études scientifiques retiennent les critères de Berg pour le diagnostic. Ce trouble est souvent associé à des manifestations somatiques au début de son apparition et amène les jeunes à consulter les médecins traitants ainsi qu'à réaliser des examens complémentaires.

Plusieurs facteurs influencent le pronostic du RSA dont le temps écoulé entre le début du refus scolaire et le début de la prise en charge. De ce fait, les acteurs de soins de 1^{re} ligne jouent un rôle primordial. La réalisation d'un travail en étroite collaboration avec la famille par l'information et la psychoéducation sur le trouble, les points d'attention, les pistes d'action sur l'hygiène de vie du jeune ainsi qu'avec l'établissement scolaire par la prise de contact avec un référent de l'école ou le CPMS, permettra déjà de débiter une prise en charge thérapeutique, en attendant la mise en place de soins plus spécialisés chez les psychologues, pédopsychiatres et/ou les équipes pluridisciplinaires (SAS, écoles spécialisées, hôpitaux résidentiels ou de jours).

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

- Bruno F, Félix C, Saujat F. L'évolution des approches du décrochage scolaire. *Carrefours de l'Education*. 2017;43(1):246-71.
- Denis H. Le refus scolaire anxieux. Prise en charge par une équipe multidisciplinaire. *Enfances Psy*. 2005;28(3):98-106.
- Lopez Sanchez S, Denis H, Moulis L, Peries M, Baghdadli A. Niveau d'anxiété et refus scolaire dans les troubles anxieux chez l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2023;71(5):233-9.
- Denis H, Fendeleur S, Girod C, Conejero I, Bouvard M, Baghdadli A. Refus scolaire anxieux : efficacité d'un programme de TCC en hospitalisation de jour. *J Thérapie Comport Cogn*. 2018;28(3):123-30.
- Vera LP. Phobie scolaire ou refus scolaire anxieux [Internet]. In: TCC chez l'enfant et l'adolescent. Elsevier; 2009:173-93. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294704024000080>
- Gallé-Tessonneau M, Dahéron L. Comprendre et soigner le refus scolaire anxieux - 2e éd.: Psychothérapie de la phobie scolaire. Dunod; 2022.
- Holzer L, Halfon O. Le refus scolaire. *Arch Pédiatrie*. 2006;13(9):1252-8.
- Petrucchi F, Denecker C, Prosperi O. L'impact de la crise sanitaire sur l'acquisition des compétences et le parcours scolaire des élèves du canton de Genève (2022); Service de la recherche en éducation (SRED). Note d'information du SRED, (81),8-p.
- de Figueiredo CS, Sandre PC, Portugal LCL, Mázala-de-Oliveira T, da Silva Chagas L, Raony Í *et al*. COVID-19 pandemic impact on children and adolescents' mental health: Biological, environmental, and social factors. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021;106:110171.
- Giumetti GW, Kowalski RM. Cyberbullying via social media and well-being. *Curr Opin Psychol*. 2022;45:101314.
- Panchal U, Salazar de Pablo G, Franco M, Moreno C, Parellada M, Arango C *et al*. The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023;32(7):1151-77.
- Gallé-Tessonneau M, Dahéron L. « Je ne veux pas aller à l'école » : perspectives actuelles sur le repérage du refus scolaire anxieux et présentation de la *School Refusal Evaluation (SCREEN)*. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2020;68(6):308-12.
- Heyne DA, Vreeke LJ, Maric M, Boelens H, Van Widenfelt BM. Functional Assessment of School Attendance Problems: An Adapted Version of the School Refusal Assessment Scale-Revised. *J Emot Behav Disord*. 2017;25(3):178-92.
- Denis H, Fendeleur S, Girod C, Conejero I, Bouvard M, Baghdadli A. Refus scolaire anxieux : efficacité d'un programme de TCC en hospitalisation de jour. *J Thérapie Comport Cogn*. 2018;28(3):123-30.
- INAMI - Vos soins psychologiques de 1^{re} ligne ou spécialisés : remboursés via les réseaux de santé mentale [Internet]. [cited 2024 Jun 27]; Available from: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/soins-de-sante-mentale/vos-soins-psychologiques-de-1re-ligne-ou-specialises-rembourses-via-les-reseaux-de-sante-mentale>
- Holzer L, Baier V, Dutoit F, Villard E. Le recours à l'équipe mobile : la réponse de choix dans le refus scolaire? *J Thérapie Comport Cogn*. 2018;28(3):152-9.
- Enseignement.be - Accrochage scolaire [Internet]. Enseignement.be. [cited 2024 Apr 15]; Available from: <http://enseignement.be/index.php?page=23721>

Travail reçu le 1 avril 2024 ; accepté dans sa version définitive le 7 juillet 2024.

AUTEUR CORRESPONDANT :

B. TEDIK

CH Le Domaine - Unité des Ados
Chemin Jean Lanneau, 39 - 1420 Braine l'Alleud
E-mail : betul.tedik@domaine-ulb.be