

Faculté de Médecine de Nantes

**Les refus scolaires anxieux à l'adolescence :
aspects cliniques, psychopathologiques et éléments de
réflexion sur la prise en charge.**

Mémoire pour le DESC de pédopsychiatrie

Alexandre Cailleau

Mars 2010

SOMMAIRE

Introduction.....	2
I. Approche nosographique et clinique	4
A. Historique du concept	4
B. Le refus scolaire anxieux dans les classifications actuelles	5
1. Le DSM-IV-TR.....	5
2. La CIM-10.....	6
3. La CFTMEA-R-2000	8
C. Epidémiologie	8
D. Description clinique.....	10
E. Diagnostics différentiels	11
F. Pronostic.....	13
II. Approches psychopathologiques	16
A. Angoisse de séparation ou élaboration phobique ?	16
B. Spécificité du travail psychique à l'adolescence	18
C. L'école : un objet phobique ?	19
D. Refus scolaire anxieux et angoisse de séparation	22
1. L'angoisse de séparation développementale et l'angoisse de séparation pathologique	22
2. Refus scolaire anxieux et angoisse de séparation	27
E. Le refus scolaire anxieux en tant que pathologie du narcissisme.....	29
F. Refus scolaire anxieux et phobie de penser	32
G. Dynamique familiale.....	33
III. Prise en charge	37
A. Les différents intervenants.....	37
B. Généralités sur les prises en charge.....	40
C. Prise en charge au Pôle de Psychiatrie de l'Adolescent de La Roche sur Yon.....	43
D. Cas Cliniques.....	46
1. Manon	46
2. Louis.....	53
Conclusion	60
Bibliographie	62

Introduction

L'absentéisme scolaire n'a jamais été aussi élevé que ces dernières années. Selon une étude de 2003-2004¹, la proportion moyenne d'élèves absentéistes sans justification est de 5 %² du total des collégiens et lycéens. Ce taux est supérieur aux estimations précédentes qui se situaient entre 1 et 2 %. L'absentéisme varie selon les tranches d'âge puisqu'il est de 1,5 % en 6^{ème} et de 3,1 % en 4^{ème} et en 3^{ème}. De même, il existe des différences importantes selon les filières : 3 % dans les lycées généraux contre 10 % dans les lycées professionnels [30]. Il s'agit d'un phénomène multidéterminé qui intéresse tour à tour sociologues, pédagogues, psychologues ou psychiatres.

Dans ce vaste champ de l'absentéisme scolaire, nous avons choisi de nous intéresser plus particulièrement aux adolescents souffrant de phobie scolaire, ou plutôt de refus scolaire anxieux. Cette pathologie, de plus en plus médiatisée, est à la fois le reflet de la place importante qu'occupe la scolarité dans notre société, et de la représentation sociale du collège, assimilé à un lieu dangereux [10]. En fait, l'expression « phobie scolaire » ne va pas de soi et est contestée par certains auteurs qui préfèrent parler de « refus scolaire anxieux », ou parfois de « peur de l'école ». En 1974, Ajuriaguerra [1] décrit ces enfants ou adolescents comme « des enfants qui, pour des raisons irrationnelles, refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions très vives d'anxiété ou de panique, quand on essaie de les y forcer ». Il ajoute que « le phobique scolaire désire aller en classe et a des ambitions scolaires ». Dans notre pratique auprès d'adolescents, nous avons pu recevoir quelques patients présentant ce symptôme capable de mobiliser la famille rapidement, tant notre société valorise l'école et la performance scolaire.

Nous avons donc souhaité nous intéresser à ces adolescents et aux possibilités « locales » de les prendre en charge. Le Pôle de Psychiatrie de l'Adolescent de La Roche sur Yon, où nous travaillons, est un intersecteur accueillant des jeunes de 12 à 18 ans et disposant d'une structure d'hospitalisation à temps plein, d'un hôpital de jour, d'une petite activité groupale en CATTP et d'un centre médico-psychologique.

¹ Etude réalisée par la direction de l'évaluation et de la prospective (DEP) du ministère de l'Education Nationale, à partir d'un échantillon de 1000 collèges et lycées.

² Taux calculé à partir de quatre demi-journées d'absences par mois.

Ajoutons que réfléchir à ce sujet implique de reprendre quelques éléments historiques, ainsi que des données épidémiologiques et cliniques sur le refus scolaire anxieux. Derrière ce tableau clinique assez stéréotypé, les problématiques psychopathologiques sont diverses : angoisse de séparation, pathologie du narcissisme, phobie de penser. Les dynamiques familiales méritent également d'être étudiées. Enfin, nous réfléchirons aux possibilités de prise en charge de ces adolescents à partir des données précédentes. Deux cas cliniques viendront clore ce travail.

Nous utiliserons préférentiellement l'expression refus scolaire anxieux dans ce travail, préférant le caractère neutre et descriptif de cette expression. L'expression « phobie scolaire » sera toutefois employée à chaque fois que nous discuterons de travaux d'auteurs la privilégiant.

I. Approche nosographique et clinique

A. Historique du concept

En 1882, l'instruction laïque et obligatoire jusqu'à 14 ans est officialisée par les lois Jules Ferry. C'est à cette époque qu'apparaissent les premières descriptions d'enfants refusant ou « séchant » l'école. Ne pas aller à l'école équivalait à faire l'école buissonnière, à faire quelque chose d'interdit. Pendant de nombreuses années, l'école buissonnière a été perçue soit comme un comportement bénin, soit comme un comportement de délinquance. Néanmoins, certains auteurs ont repéré très tôt des enfants qui avaient peur de l'école. En 1887, Alfred Binet décrit le cas d'un enfant dont le mutisme est contemporain de son arrivée à l'école, refusant de travailler et pressé de rentrer chez lui le soir. En 1914, Georges Heuyer [29] individualise, dans son travail de thèse de doctorat en médecine sur les « enfants anormaux et délinquants », le cas d'enfants présentant un problème d'absentéisme ou de retards et se pose la question d'une peur de l'institution scolaire. En 1932, Broadwin [8] formule ensuite l'hypothèse que l'absentéisme n'est pas seule conséquence d'un acte de défiance mais aussi de difficultés psychoaffectives.

Notons que le terme de phobie scolaire apparaît pour la première fois en 1941 dans un article de l'*American Journal of Orthopsychiatry* signé par Adelaide M. Johnson, E.L. Falstein et al.[34]. Dans cet article, les auteurs identifient un sous-groupe d'enfants et d'adolescents qui refusent l'école pour des motifs irrationnels, et résistent avec beaucoup d'anxiété ou de panique si on essaie de les forcer à se rendre en classe. Parmi les refus scolaires, les auteurs distinguent d'un côté les enfants qui ne peuvent aller à l'école même s'ils apprécient d'apprendre et réussissent bien, et de l'autre ceux qui ne veulent y aller, par manque d'intérêt. Plus tard, en 1956, Estes et al. [16] imputent l'étiologie de la phobie scolaire non à la peur de l'école, mais à l'angoisse de séparation.

Rapidement, le terme de phobie scolaire est sujet à controverse. Il est contesté dans la mesure où ce n'est pas l'école qui est crainte mais la séparation qui favorise des angoisses. De plus, il est reproché à la terminologie « phobie scolaire » sa référence à un modèle conceptuel psychanalytique, et la signification phobique contestable de ce symptôme. Si la littérature française a beaucoup utilisé la notion de phobie scolaire, c'est moins le cas pour la littérature anglo-saxonne qui préfère le terme de refus scolaire anxieux. En effet, pour certains auteurs, la peur et le refus de l'école deviennent des expressions symptomatiques, s'inscrivant alors dans une entité plus globale nommée « refus anxieux de l'école » [36].

Sudres et al. [50] expliquent ainsi que dans les années soixante et soixante-dix naît un débat entre une étiologie de type névrotique, une anxiété de séparation surtout du côté maternel, et une « névrose mutuelle », conséquence d'interactions familiales pathogènes. La phobie scolaire fait donc débat tant autour de sa terminologie et de la signification phobique du symptôme que sur l'organisation psychopathologique sous-jacente.

B. Le refus scolaire anxieux dans les classifications actuelles

Dans les classifications internationales (CIM [44] et DSM [2]), la phobie scolaire n'est plus nommée en tant que telle et est diluée dans d'autres catégories diagnostiques. En revanche, elle subsiste dans la littérature francophone et notamment dans la CFTMEA [43].

1. Le DSM-IV-TR

La phobie scolaire n'apparaît pas comme une entité spécifique dans cette classification. Elle semble plutôt intégrée comme élément constitutif de l'« Anxiété de séparation » (catégorie des « autres troubles de la première enfance, de la deuxième enfance ou de l'adolescence ») et de la « Phobie sociale » (catégorie des « troubles anxieux »).

En effet, une des manifestations du trouble « Anxiété de séparation » est « la réticence persistante ou refus d'aller à l'école, ou ailleurs, en raison de la peur de la séparation ». Rappelons que le DSM-IV définit l'Anxiété de séparation comme « une anxiété excessive et inappropriée au stade du développement concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché ». Associer l'anxiété de séparation à la phobie scolaire n'est pas satisfaisant, notamment à l'adolescence, où l'on ne retrouve pas systématiquement d'antécédents infantiles d'angoisse de séparation et où certains patients supportent des séparations pour des activités extra-scolaires [42].

En ce qui concerne le trouble « Phobie sociale », les critères pouvant se rapprocher de la phobie scolaire sont les suivants « peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui [...] l'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par la situation. » La phobie scolaire serait alors une expression symptomatique de la phobie sociale.

2. La CIM-10

La phobie scolaire n'y apparaît pas non plus en tant que telle. On peut la rapprocher des « troubles anxieux phobiques » (F40), appartenant à la catégorie des « troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes ». Ces troubles anxieux phobiques se définissent comme « un groupe de troubles dans lesquels une anxiété est déclenchée, exclusivement ou essentiellement, par certaines situations bien précises sans dangerosité actuelle. Ces situations sont de ce fait typiquement évitées ou endurées avec appréhension... » Dans ce groupe, on trouve les « phobies sociales » et les « phobies spécifiques ».

On retrouve l'« angoisse de séparation de l'enfance » (F93.0) dans les « troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance ». Les critères définissent un

trouble « survenant pour la première fois au cours des premières années de l'enfance », ce qui exclut d'emblée un certain nombre de refus scolaires anxieux.

3. La CFTMEA-R-2000

Selon cette classification, dans les « troubles des conduites et des comportements », on trouve une catégorie « 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. Ainsi, un diagnostic de phobie scolaire peut être posé sans lien avec l'angoisse de séparation. A la différence des classifications internationales, la CFTMEA isole les phobies scolaires des troubles anxieux.

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

C. Epidémiologie

La majorité des études sur la fréquence du refus scolaire anxieux incluant enfants et adolescents, il est difficile d'avoir des chiffres épidémiologiques précis sur les adolescents.

Hersov [28] estime une fréquence des refus scolaires anxieux située entre 1 et 8 % de la population consultant en pédopsychiatrie.

Catheline [10] rapporte une prévalence oscillant entre 0,3 % et 1,7 % de la population d'âge scolaire. Si les premières études mettaient en évidence une prédominance masculine (3 garçons pour une fille), des études plus récentes vont dans le sens d'une égalisation du sexe ratio. L'âge de début serait plus tardif chez les filles.

La fréquence des phobies scolaires semble en lien avec la place accordée à l'école et à la valorisation des études dans la société. Au Japon, par exemple, où la compétition scolaire est la règle, les refus scolaires anxieux représentent 60 à 70 % des cas dans certains centres de consultation [10].

Les adolescents souffrant de refus scolaire anxieux ne sont pas des élèves en grandes difficultés scolaires. L'étude de Dugas et Guériot [15] confirme une efficacité intellectuelle statistiquement égale ou supérieure à la moyenne de la population générale.

D'autre part, en ce qui concerne l'âge de début, il semble exister plusieurs pics :

- Dans la petite enfance, vers 5-7 ans (lors de l'entrée au CP),
- A la pré-adolescence, vers 10-11 ans (lors de l'entrée au collège),
- A l'adolescence, vers 12-15 ans (durant le collège, vers la classe de 4^{ème} ou de 3^{ème}).

De plus, dans un article de 1964, Warnecke [53] met en évidence la place particulière dans leur fratrie des enfants souffrant de phobie scolaire puisqu'il note que dans 90 % des cas, il s'agit soit d'un enfant unique, soit d'un enfant aîné ou dernier de la fratrie.

Dans leur étude clinique et psychopathologique, Dugas et Guériot [15] confirment ces données. Sur les 68 cas de phobies scolaires chez des jeunes âgés de 7 à 16 ans, 20 sont enfants uniques et 20 derniers de la fratrie.

Ils font alors l'hypothèse que ces enfants ont bénéficié et bénéficient encore de soins plus soutenus, et même d'une plus grande anxiété à divers moments.

Les antécédents de ces adolescents méritent également d'être évoqués. On retrouve en effet fréquemment des difficultés dans l'enfance [24, 42] :

- Problèmes scolaires antérieurs dans 60 % des cas avec une angoisse de séparation excessive, en intensité et en durée, à l'entrée en maternelle et en primaire, ainsi que de nombreuses absences au cours de la scolarité.
- Problèmes d'alimentation (anorexie) ou encore de sommeil (refus du coucher, cauchemars, somnambulisme...) dans la petite enfance dans 25 % des cas.
- Difficultés liées aux séparations. Ces adolescents se sont peu séparés de leur milieu familial pour des colonies de vacances, des séjours scolaires ou encore des

séjours chez des amis. Pour Marcelli, « l'absence de séparation semble la règle dans ces familles où la cohésion ne doit pas être mise en péril par les obligations usuelles de la vie ».

Au terme de cet éclairage épidémiologique, il semble maintenant pertinent de s'attarder sur les manifestations cliniques du refus scolaire anxieux.

D. Description clinique

Les symptômes sont en lien avec l'école : l'adolescent manifeste une angoisse croissante lors du départ au collège. Il arrive toutefois que cette angoisse n'apparaisse qu'en classe ou pendant certains cours.

Chez l'adolescent l'installation du tableau clinique de refus scolaire anxieux est le plus souvent insidieuse [40].

Des manifestations comportementales sont susceptibles d'apparaître si l'adolescent est forcé : cris, agitation, violence, fuite, parfois coups sur les parents. Certains menacent même de se suicider. Dans les rares cas où l'adolescent se laisse convaincre, la crise d'angoisse et le besoin d'évitement peuvent survenir lors d'une altercation, même mineure, avec un enseignant ou un camarade.

On retrouve généralement des rationalisations secondaires justifiant le refus d'aller en classe : crainte d'examen ou de contrôle, critique de l'enseignement, crainte d'être rejeté ou de subir la moquerie des autres.

Dans certains cas, l'adolescent maintient ses activités extra-scolaires sans difficulté et continue à voir ses copains, la symptomatologie restant limitée à la situation scolaire. Mais, dans la majorité des cas, il présente d'autres manifestations symptomatiques :

- Manifestations anxieuses à type d'agoraphobie, de phobie des transports en commun, de phobie sociale, et manifestation d'angoisse de séparation à l'égard d'un des parents ;

- Troubles du comportement dans le cadre familial en particulier. L'adolescent inhibé à l'extérieur peut s'avérer exigeant, coléreux, voire agressif au sein de la famille. Pour Marcelli, « l'adolescent réalise parfois une sorte d'emprise sur la vie familiale qui est comme l'image inversée de la perte totale d'autonomie et de contrôle qu'il éprouve dans la vie extra-familiale » [42] ;
- Symptômes de la série dépressive : humeur triste, auto-dévalorisation, idées de mort, voire pensées suicidaires, repli sur soi, aboulie, troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement, cauchemars, modification de l'appétit avec perte de l'appétit ou, au contraire conduites boulimiques.

Il peut arriver également que l'adolescent présente des somatisations telles que des douleurs abdominales, des céphalées ou encore des nausées et des vomissements. Celles-ci peuvent dominer le tableau clinique et orienter vers un problème organique, les plaintes concernant l'école pouvant d'ailleurs être absentes. Le risque est alors de multiplier les examens paracliniques, ce qui contribue à renforcer l'anxiété familiale.

En pratique, il est systématiquement recherché un facteur déclenchant à ce trouble, correspondant, en fait, plutôt à un facteur précipitant survenant sur un terrain déjà fragile. L'adolescent peut alors décrire un événement en lien avec l'école comme une interruption temporaire de la scolarité du fait d'une maladie, un conflit avec un élève ou un professeur, un changement de classe ou d'école... Parfois, l'événement est sans lien immédiat avec la scolarité (maladie d'un parent, déménagement, deuil...). Toutefois, il arrive qu'il soit impossible de retrouver le moindre événement significatif dans la réalité à l'origine du refus scolaire [47].

E. Diagnostics différentiels

Le refus scolaire anxieux se distingue d'autres diagnostics mettant également en jeu le rapport de l'adolescent à l'école.

Dans le cas du refus scolaire, le tableau clinique est marqué par une absence d'intérêt porté aux acquisitions scolaires. Il peut se manifester à travers l'école buissonnière, où l'adolescent n'exprime pas d'anxiété particulière. Il cache ses absences à ses parents et ne manifeste pas d'intérêt pour le travail scolaire. Pendant les périodes où il devrait être en classe, il est rarement à la maison. Il revient ensuite à son domicile et espère avant tout agir en toute impunité. Des conduites anti-sociales sont parfois associées [39].

Dans le désintérêt scolaire, il n'y a pas au début d'arrêt de la fréquentation scolaire et le tableau clinique n'est pas dominé par l'angoisse. Il se caractérise par le dégoût de ce qui a trait à l'école. Il peut témoigner d'une dépression de l'adolescent, voire d'une réaction psychotique, notamment lorsqu'il est accompagné d'un apragmatisme et d'un désinvestissement général.

Quant à la rupture scolaire, elle est dominée par les processus d'exclusion du fait de l'école ou du fait de l'adolescent et de sa famille (marginalisation, exclusion sociale). Le risque réside dans l'escalade vers des formes plus sérieuses marquées par la répétition des passages à l'acte, le désœuvrement et la passivité. La rupture scolaire peut s'articuler avec d'autres éléments qui la renforcent [42].

La phobie sociale se définit comme une peur en rapport avec le regard d'autrui, qu'il s'agisse d'un seul individu ou d'un groupe. Le sujet a l'impression pénible d'être jugé ou évalué de façon négative du fait, par exemple, de son allure, de son discours ou de son comportement. Elle s'associe à la crainte de se conduire de manière embarrassante, voire humiliante, aux yeux des autres. Pour Pélissolo [45], une phobie sociale serait en cause dans environ un tiers des cas de refus scolaire de l'enfant et de l'adolescent. Bien que les manifestations de la phobie sociale à l'école puissent faire penser à un refus scolaire anxieux, les symptômes s'étendent bien au-delà de ce secteur. Pour certains auteurs, c'est un diagnostic différentiel, pour d'autres, un mode évolutif.

F. Pronostic

D'une manière générale, l'âge représente un indice pronostique péjoratif dans les études s'attachant à la guérison symptomatique (reprise de la scolarité). Cela s'exprime, de manière encore plus nette, en ce qui concerne le devenir global du patient [40].

Pronostic scolaire et social

L'âge semble être un facteur pronostique déterminant en ce qui concerne la reprise scolaire : elle est plus rare chez l'adolescent que chez l'enfant. Pour Marcelli [42], le retour en classe est d'autant plus fréquent que l'enfant est jeune et qu'il s'agit d'un garçon. Il identifie ainsi des facteurs favorables à un retour en classe : le sexe masculin, l'âge (11/13 ans), le fait d'être un enfant unique ou intermédiaire, avoir vécu des expériences de séparation dans l'enfance, le fait de ne pas avoir eu de difficultés à la mise en maternelle et dans la suite de la scolarité. A l'inverse, les facteurs de « résistance » seraient les suivants : être une fille, adolescente (16 ans et plus), dernière d'une fratrie de deux ou plus, l'absence d'expérience de séparation dans l'enfance et des difficultés à la séparation à l'école maternelle ou en primaire.

Dans leur étude concernant 68 cas d'enfants ou d'adolescents souffrant de phobie scolaire, Dugas et Guériot se sont également intéressés à l'évolution des patients, avec un recul de un à dix ans. Sur les 44 dossiers où l'évolution a pu être appréciée, la reprise scolaire est bonne ou très bonne pour 20 cas (45 %), moyenne ou médiocre pour 18 cas (41 %), et nulle pour 6 cas (14 %). Mais, ce n'est pas la seule reprise de la scolarité qui détermine le pronostic des refus scolaires anxieux. Dugas et Guériot insistent, en effet, sur l'intérêt de tenir compte de l'« adaptation générale de l'enfant, tant familiale que sociale et affective » [15].

Dans une étude longitudinale sur cinq à dix ans, Coolidge [11] reprend, quant à lui, le devenir de 49 enfants ayant présenté une phobie scolaire. Sur ces 49 enfants, 47 ont repris une certaine scolarité mais persistent des difficultés, comme la crainte des examens, des malaises variés avec absentéisme, ou encore la peur de quitter la famille. Cette proportion

importante de reprise de scolarité doit en fait être nuancée. C'est ainsi que Coolidge identifie trois sous-groupes parmi les 47 enfants :

- 13 sont considérés comme « menant une vie normale ».
- 20 restent très limités dans leur réussite scolaire, malgré des possibilités intellectuelles normales, et sont surtout limités dans leur vie personnelle et leurs relations sociales.
- Enfin, 14 sujets se répartissent entre une évolution psychotique, borderline ou caractérielle grave.

Le retour en classe se ferait dans 40 à 60 % des cas [42].

Pronostic psychiatrique

Dans son étude de suivi sur trois ans de 100 adolescents phobiques scolaires de plus de 13 ans, revus trois ans après, Berg [4] avance les données suivantes : un tiers des patients ont une vie affective et sociale normale, un tiers présentent des symptômes névrotiques tout en gardant une adaptation sociale quasi-normale et un tiers gardent des difficultés affectives sévères associées à une inadaptation sociale. Dans plus de la moitié des cas, la phobie scolaire a déterminé soit des troubles psychiatriques complexes, associés à de graves difficultés d'adaptation, soit la persistance d'une organisation de type agoraphobique. Lebovici insiste, lui aussi, sur le fréquent développement ultérieur d'une agoraphobie, surtout chez les filles [37]. Selon ce dernier, « la phobie scolaire n'a que rarement la valeur contraignante d'un symptôme phobique [...] [et] se situe plutôt au carrefour de l'insuffisance de l'élaboration névrotique et de la mise en actes, d'où son évolution déconcertante » [37]. Dans leur article de 1977, Lebovici et Le Nestour évoquent le risque d'évolution psychopathique, surtout chez le garçon, ainsi que des débouchés possibles sur des conduites perverses, des comportements sensitifs, voire paranoïaques. Ils insistent également sur le risque de marginalisation sociale et de délinquance.

L'évolution vers une organisation de personnalité de type état limite serait assez fréquente [42].

Dans leur étude sur la phobie scolaire du grand enfant et de l'adolescent, R. Diatkine et E. Valentin [14] expliquent que l'évolution peut se faire dans trois directions, mais que ce n'est jamais un symptôme bénin et fugace :

- Le plus souvent, l'impossibilité à aller en classe s'associe à une teinte dépressive, à une morosité. Le sujet peut avoir des préoccupations hypochondriaques. Une demande de soins est clairement exprimée et une psychanalyse ou une psychothérapie peuvent être entreprises.
- Evolution vers une organisation limite ou borderline. L'adolescent est incapable de négocier avec ses propres désirs et ne peut supporter la double frustration qu'impliquent les relations familiales. Il ne tolère ni qu'on ne s'occupe pas de lui, ni les ingérences parentales. La pensée du patient est fermée sur elle-même ; toute contradiction est ressentie comme une dangereuse agression, mettant en cause l'intégrité narcissique du sujet.
- Evolution rare vers la schizophrénie.

Ainsi, la reprise scolaire ne doit pas être l'unique critère du refus scolaire anxieux. Si l'on ne tient compte que de celle-ci, le pronostic semble plutôt bon.

Au regard des évolutions péjoratives possibles sur le plan psychiatrique (organisations limites, psychopathiques, plus rarement psychotiques) et sur le plan social (risque de marginalisation sociale et de délinquance), la phobie scolaire détient, comme le souligne Lebovici, « un potentiel psychopathologique dangereux » [38].

II. Approches psychopathologiques

Différentes approches théoriques ont été développées au sujet du refus scolaire anxieux, apparaissant comme une conduite surdéterminée. Les études portant sur les refus scolaires anxieux de l'enfant ont largement insisté sur l'angoisse de séparation, en tant que vecteur de cette expression pathologique. Néanmoins, ce modèle théorique et explicatif ne peut être suffisant à l'adolescence, caractérisée par un travail psychique spécifique, en particulier la nécessité du désengagement du lien aux objets œdipiens et par la qualité nouvelle des relations aux pairs.

A. Angoisse de séparation ou élaboration phobique ?

Les auteurs s'intéressant aux phobies scolaires ont défendu diverses positions à ce sujet. Le débat s'est joué autour du rattachement des phobies scolaires à l'angoisse de séparation pathologique, ou du rattachement au groupe des névroses phobiques.

En 1956, Johnson et son équipe mettent en avant la problématique de l'angoisse de séparation, qui leur semble au cœur de la phobie scolaire. Selon eux, cette dernière constitue une variante clinique de l'angoisse de séparation. Après eux, de nombreux auteurs ont soutenu cette même hypothèse. Gittelman-Klein [26], par exemple, considère le refus de l'école comme la plus sévère des formes cliniques de l'angoisse de séparation et propose de supprimer l'expression « phobie scolaire ». D'ailleurs, dans la classification du DSM-IV-TR [2], le refus scolaire anxieux est rattaché à l'angoisse de séparation. Selon Marcelli [42], le modèle théorique et explicatif de l'« angoisse de séparation » semble d'autant plus adapté que l'enfant est jeune. Les positions théoriques comme celles de Gittelman-Klein vont dans le sens d'une corrélation linéaire, voire d'une équivalence sémiologique entre angoisse de séparation pathologique et trouble panique. Or, si un bon nombre d'adolescents présentant

un refus scolaire anxieux ont des antécédents infantiles d'angoisse de séparation pathologique et d'autres manifestations d'angoisse, certains autres supportent sans difficultés les séparations pour des activités ludiques ou sportives. Dans ces cas, l'angoisse semble être plus en lien avec un travail d'élaboration phobique.

Pour certains auteurs, comme Sperling [48] ou Lebovici [38], la phobie scolaire doit être rattachée aux névroses phobiques de l'enfance.

Selon M. Sperling, les phobies scolaires sont liées au stade sadique-anal du développement, donc à une phase précœdipienne du développement. Elles témoignent d'un conflit autour de la séparation et de l'autonomisation de l'enfant par rapport à la mère et traduisent des défaillances dans l'organisation narcissique. Le lien infantile à la mère est ainsi maintenu, grâce à la relation d'objet phobique, et les fantasmes d'omnipotence sont préservés. Sperling a par ailleurs proposé une classification des phobies scolaires, où elle distingue les phobies scolaires aiguës, induites ou chroniques. La phobie scolaire aiguë fait suite à un traumatisme, symbolisant une menace de séparation, renvoyant à une possible mort imminente. La phobie scolaire induite est secondaire à une relation pathologique parents-enfant. On la retrouve notamment chez l'enfant investi de la mission de soigner un parent en souffrance. Les phobies scolaires chroniques correspondent à l'installation de l'une des deux formes cliniques précédentes, pouvant interférer.

Allant dans le même sens, Lebovici [38] soutient que la phobie scolaire a les caractères d'un symptôme névrotique phobique et caractérise l'organisation d'une névrose invalidante de l'enfance. En 1977, Lebovici et Le Nestour [37] avancent que « les phobies scolaires sont la manifestation d'une pathologie d'expression névrotique mais dont les symptômes sont peu élaborés », participant à la fois de l'agoraphobie et renvoyant à une angoisse de séparation mal élaborée.

Marcelli [42] remarque que ces auteurs, et d'autres à leur suite, ne tiennent pas compte des spécificités psychopathologiques propres à l'adolescence que nous allons maintenant développer.

B. Spécificité du travail psychique à l'adolescence

L'adolescence interroge la qualité des intériorisations établies pendant la première enfance. Elle contraint, en effet, l'adolescent à un remaniement de la distance relationnelle à ses objets d'investissement, l'obligeant à prendre la mesure de la solidité de ses acquis antérieurs. L'adolescence associe d'un côté les effets biologiques de la puberté, à l'origine des modifications corporelles et de l'accession à une vie pulsionnelle possible, et de l'autre, les effets du processus psychologique et culturel de la séparation d'avec le milieu parental. L'adolescent se trouve ainsi sollicité de se rapprocher d'au moins une figure parentale, du fait de la sexualisation des liens, et de s'en éloigner afin de limiter les effets de cette sexualisation, et de s'autonomiser. Tandis que la sexualisation des liens réactive le conflit œdipien et menace la relation au parent du même sexe, la prise de distance compromet les appuis parentaux, réactivant les angoisses de séparation et mettant en évidence les failles narcissiques [32].

Le cœur du travail psychique à l'adolescence repose sur la tension entre l'identité et les identifications, reflétant l'antagonisme narcissico-objectal. Pour Jeammet [31], l'axe pulsionnel et objectal est constitué des relations entre l'individu et ses objets d'investissement, alors que l'axe narcissique, ou axe de l'autonomie, permet au sujet d'assurer son identité et sa continuité. Ce second axe est étayé par le premier.

En effet, le narcissisme de l'individu renvoie à la qualité des premières relations (relations de soins précoces). Plus elles ont été satisfaisantes et ont permis un investissement du soi équilibré en continuité, plus le sentiment d'identité sera stable et assuré, et, à l'inverse, moins l'antagonisme entre le besoin objectal et l'intégrité narcissique se fera sentir. Ainsi, si la relation d'objet précoce a toujours étayé l'investissement narcissique, alors l'adolescence et son besoin d'objet ne menacent pas l'assise narcissique de l'individu.

A l'opposé, les défaillances de l'objet précoce créent des brèches narcissiques. Ainsi, l'individu ayant subi des défaillances excessives dans la qualité ou la continuité de son investissement, ayant vécu des ruptures traumatiques, ou n'ayant pu faire l'expérience de

séparations brèves et positives sera d'autant plus fragile sur le plan narcissique. Le réveil pulsionnel inhérent à l'adolescence et les besoins objectaux du sujet apparaissent alors comme un danger pour l'assise narcissique. L'adolescent se retranche donc derrière une attitude d'opposition, de rejet ou de négativisme du fait de l'aspect antinarcissique pris par l'investissement d'objet.

L'adolescence représente ainsi le point de rencontre de ces deux axes, le sujet devant s'autonomiser et faire la preuve de ses acquis et de la qualité de ce qu'il a intériorisé au cours de son développement antérieur. A l'adolescence, la nouvelle appétence objectale découle de la sexualisation des liens et de leur surinvestissement pulsionnel, mais aussi des exigences narcissiques de combler les manques internes et de renforcer les intériorisations. Ces deux courants se conflictualisent réciproquement : les failles narcissiques sexualisent les liens, alors que l'accroissement des investissements pulsionnels augmente le sentiment de dépendance à l'égard des objets d'investissement. Finalement, l'adolescent vit cet antagonisme comme une contrainte. Pour Jeammet [31], il s'agit d'un paradoxe qu'il formule ainsi : « ce dont j'ai besoin, parce que j'en ai besoin, et à la mesure même de ce besoin est ce qui menace mon autonomie ». Comme tout paradoxe, celui-ci sidère la pensée, en compromettant l'élaboration mentale des conflits et en renforçant les réponses par les affects et le sentiment de dépendance.

C. L'école : un objet phobique ?

Dans la théorie freudienne, l'objet phobogène, représenté ici par l'école, a une valeur substitutive. En effet, l'investissement auparavant focalisé sur un objet primitif, le père ou la mère, parfois les deux, se déplace sur cet objet. Ce déplacement, lié à l'ambivalence propre à cet investissement, permet aux sentiments hostiles de rester inconscients. Comme le danger est localisé, le sujet peut l'éviter. Le déplacement a ainsi permis la transformation de l'angoisse en peur d'un danger externe. C'est à partir de l'analyse du cas du petit Hans que Freud [21] développe sa théorie sur les phobies. Dans le cas du petit Hans, la peur d'être mordu par un cheval est un déplacement de la peur du père et de la punition que ce dernier pourrait lui infliger, du fait de l'amour que l'enfant porte à sa mère (angoisse de castration).

Dans le cas du refus scolaire anxieux, l'école représente un objet phobique singulier, non assimilable aux espaces habituellement admis comme phobogènes (l'avion, l'ascenseur).

Notons que, pour Birraux, « si l'objet phobique doit être circonscrit pour être évitable, sa nomination, ici, ne saurait y suffire. Comment éviter l'école ? » [5]. En effet, celle-ci constitue l'espace vital de l'écolier et renvoie à un grand nombre de paramètres : l'espace géographique, les trajets, les copains, les évaluations, les enseignants...

Pour Lebovici et Le Nestour [37], deux espaces différents sont phobogènes : le chemin pour aller à l'école (espace évoquant l'agoraphobie) et l'enfermement à l'école (proche de la claustrophobie).

Comme l'explique A. Cordié [12], « l'objet phobique est, comme tout symptôme, porteur de multiples représentations, il est, pour un sujet donné, un condensé de sens. »

On peut dès lors s'interroger sur ce que représente l'école pour les adolescents.

En ce sens, Quéré [47] rappelle que l'école est le lieu où s'exercent les pulsions épistémophiliques de l'enfant. Ainsi, aller à l'école signifie s'autonomiser, renforcer son indépendance et consolider son individuation, ce qui est loin d'être évident pour certains adolescents.

L'école sollicite les apprentissages et donc les processus de pensée. Comme nous le développerons dans un paragraphe ultérieur, l'accès à la pensée formelle favorise chez les adolescents la capacité à généraliser sa pensée, et à se départir d'un point de vue égocentrique [9]. Cela équivaut à se séparer, à reconnaître et à tolérer une séparation d'avec la présence concrète des parents et de leurs représentations psychiques. De son côté, Birraux [5] avance l'hypothèse que l'école est un espace particulier où l'obligation de penser met le Moi en situation de danger permanent, le contraignant à mettre en place des défenses de plus en plus élaborées pour y faire face.

Dans certains cas, un lien anxieux s'est établi entre l'enfant et un parent (mère le plus souvent), se caractérisant par le « maintien coûte que coûte du côté de l'enfance » [9]. L'histoire familiale est souvent marquée par des situations anxiogènes mettant en jeu des séparations douloureuses dès l'enfance (divorce, maladie grave ou décès d'un parent), ou par la place particulière occupée par l'enfant dans la famille (enfant de remplacement, enfant conçu au moment du décès d'un grand-parent, accident ou maladie grave durant l'enfance). Ces adolescents manifestent des conduites opposantes dans le domaine des apprentissages ou de la scolarité. Celles-ci suscitant le mécontentement de leurs parents, elles leur donnent l'illusion d'une séparation. En fait, leur refus induit un rapproché parental, le parent, constamment derrière son adolescent, lui faisant réciter les leçons puisqu'il ne peut pas lui faire confiance... Pour ces adolescents souffrant d'angoisse de séparation, l'investissement de la pensée est douloureux. Le rapport des parents au savoir renseigne sur le possible établissement d'un lien anxieux autour du savoir et de l'école. Certains parents investissent la scolarité de manière très importante (les enseignants notamment), alors que d'autres ont connu un échec scolaire et ont un investissement anxieux et ambivalent de la scolarité, ayant à la fois le désir d'être rachetés de leur échec, et la crainte que leur enfant les dépasse. Le risque de ce lien anxieux est l'impossibilité à accéder à une pensée réflexive et à s'autonomiser.

La question de l'école doit être également replacée dans le contexte de la pression sociale actuelle. En effet, notre société valorise particulièrement la réussite, et la crainte du chômage renforce une exigence à la fois sociétale et parentale. Cordié explique qu'« à travers la demande des parents – « travaille, réussis » - l'enfant se pose la question du sens que prend pour eux la réussite scolaire (et sociale), ce qu'il en est de leur désir, de leur amour, la place qu'il occupe dans leurs fantasmes ». Tout raté à ce niveau peut donc être lourd de conséquences.

Lebovici [38], insistant sur le fait que l'existence des phobies scolaires ne prouve pas la réalité de la nuisance du système scolaire, explique qu'« il faut bien une situation pour que l'angoisse s'y déplace et s'y projette ». La symptomatologie des phobies dépend évidemment de la culture où elle s'exprime.

L'école est donc un lieu signifiant pour l'adolescent. Elle implique la confrontation au savoir, l'autonomisation, et exige de pouvoir se séparer du milieu familial.

L'école est aussi le lieu privilégié de relations entre pairs. Marcelli insiste particulièrement sur la qualité des relations aux pairs de ces adolescents phobiques scolaires [42]. Certains d'entre eux évitent toute confrontation au groupe des pairs, car elle exacerbe leur problématique de dépendance, notamment aux parents. Ils ont souvent de très bonnes relations avec un ami mais pas avec le groupe de la classe. D'ailleurs, cet ami ne fait habituellement pas partie de la classe actuelle. Cette relation amicale trouve sa signification du côté du lien au parent du même sexe, et s'explique par la tentative ébauchée de désengagement du lien œdipien direct en s'étayant sur le lien œdipien indirect. Mais, pour l'adolescent phobique scolaire, le lien œdipien indirect avec le parent du même sexe ne lui procure pas les possibilités identificatoires nécessaires : pour le garçon, le père est déchu, absent ou encore dépressif et, pour la fille, la mère est phobique. Trouvant une solution dans un surcroît de soumission passive, lui permettant de trouver une issue identificatoire et de préserver fantasmatiquement ses objets œdipiens, l'adolescent se trouve donc en difficultés pour participer au groupe des pairs. Il est ainsi rejeté au sein de la famille et ses désirs de séparation sont alors compromis.

D. Refus scolaire anxieux et angoisse de séparation

1. L'angoisse de séparation développementale et l'angoisse de séparation pathologique

C'est en 1956 qu'Estes et al. [16] ont individualisé le trouble angoisse de séparation défini comme « un état émotionnel pathologique dans lequel enfant et parents, habituellement la

mère, sont impliqués au travers d'une relation de dépendance hostile caractérisée primitivement par un intense besoin de la part à la fois de l'enfant et de la mère de se maintenir ensemble dans une étroite proximité physique ».

Actuellement, on aborde la notion d'angoisse de séparation pathologique de manière descriptive. Il s'agit d'un syndrome clinique regroupant divers symptômes, parmi lesquels le refus scolaire, et se définissant comme une anxiété excessive, et inappropriée au stade de développement, dans les situations de séparation d'avec les figures principales d'attachement.

Il faut distinguer l'angoisse de séparation développementale de l'angoisse de séparation pathologique.

L'angoisse de séparation développementale

L'angoisse de séparation est un phénomène normal au cours du développement de l'enfant.

Elle se manifeste par un état de détresse survenant lorsque l'enfant est séparé de la présence physique de la figure principale d'attachement, sa mère le plus souvent. Apparaissant vers le 6^{ème} mois, avec des pics de fréquence à 33 et 45 semaines, elle peut toutefois être présente dès le 5^{ème} mois. La plupart des enfants sont concernés entre 12 et 24 mois [3].

Beaucoup d'auteurs ont travaillé sur la question de l'angoisse chez l'enfant, et notamment sur la question de l'angoisse de séparation. Nous allons exposer succinctement quelques-unes de ces théories.

Dans sa première théorie de l'angoisse (1905), Freud [20] émet l'hypothèse selon laquelle l'angoisse serait liée au sentiment d'absence de la personne aimée. L'absence de la mère, unique objet d'investissement libidinal du nourrisson, supprimerait toute possibilité de décharge de la libido, qui se transforme alors en angoisse. Dans la seconde théorie de

l'angoisse (1926), Freud [23] explique que l'angoisse ne provient plus d'une cause externe (l'absence de l'objet de la pulsion), mais d'une origine interne : l'angoisse est une réaction du moi face au danger. C'est l'angoisse qui produit le refoulement.

Pour Mélanie Klein [35], il existe chez le nourrisson un Moi primitif, immature. Celui-ci est soumis à l'angoisse suscitée par le conflit entre pulsion de vie et pulsion de mort, auxquelles correspondent les pulsions libidinales d'amour et les pulsions agressives destructrices.

Cette dernière décrit deux types d'angoisse se manifestant durant les premiers mois de vie de l'enfant : les angoisses de persécution lors de la position schizo-paranoïde auxquelles succèdent les angoisses dépressives lors de la position dépressive.

Lors de la phase schizo-paranoïde, le bébé se défend de l'angoisse provoquée par ses pulsions agressives en les projetant sur les mauvais objets environnants (mauvais sein puis mauvaise mère), tout en protégeant, par clivage, l'image d'un bon sein gratifiant, puis d'une bonne mère. En retour, le bébé vit dans l'angoisse d'être anéanti par ce mauvais sein ou cette mauvaise mère : ce sont les angoisses paranoïdes.

La phase dépressive est, quant à elle, caractérisée par l'unification du Moi, qui va ainsi percevoir l'extérieur comme différent de lui, et notamment ressent sa mère comme une personne séparée de lui. Parallèlement, il va avoir des relations, non plus avec des objets partiels, mais avec un objet total (mère). Apparaissent alors les angoisses dépressives (assimilées aux angoisses de séparation) alimentées par les fantasmes destructeurs de l'enfant qui croit avoir détruit l'objet total.

Spitz [49] observe qu'au cours du troisième trimestre de vie (classiquement au huitième mois), l'enfant montre un refus de contact, accompagné de plus ou moins d'angoisse, face à un inconnu. En fait, il confronte ce visage avec les traces mnésiques du visage familier de sa mère. Cette « première manifestation de l'angoisse proprement dite », appelée « angoisse du huitième mois » est une angoisse de perte d'objet ; l'enfant réagit ainsi devant un étranger car il se sent abandonné de sa mère. Cette manifestation d'angoisse est l'indicateur

du deuxième organisateur psychique et traduit l'établissement d'une véritable relation objectale : la mère est devenue l'objet libidinal.

Mahler [41] distingue trois grandes étapes dans le développement :

- une phase autistique durant à peu près quatre semaines,
- une phase symbiotique où tout se passe comme si mère et enfant constituaient une unité duelle toute-puissante, à l'intérieur d'une frontière unique commune. Toute angoisse est exclue de ce système.
- La phase de séparation-individuation qui commencerait vers le 4^{ème} ou 5^{ème} mois. L'angoisse apparaît dès les premiers stades de la séparation, à une période où, l'équipement maturatif de l'enfant ayant fait des progrès, le fantasme d'une parfaite symbiose n'est plus possible. C'est alors qu'émerge l'angoisse de séparation.

Pour Bowlby [7], le besoin d'attachement du nourrisson à sa mère constitue un besoin primaire, au même titre que les besoins alimentaires, et a pour finalité l'établissement et le maintien de la proximité désirée avec la figure d'attachement. Bowlby se démarque ainsi de Freud, pour qui les seuls besoins primaires sont ceux du corps. Il critique le terme d'angoisse de séparation au profit du concept de « rupture des liens d'attachement ».

Chez le jeune enfant séparé de sa mère, il repère trois phases successives : une phase de protestation (l'enfant pleure et tente de retrouver l'objet perdu), une phase de désespoir (l'enfant devient inactif et indifférent) et une phase de détachement.

Selon cet auteur, l'angoisse est une réaction primaire à l'égard de la séparation ; une menace de perte crée l'angoisse, et une perte réelle la détresse, voire la dépression. L'angoisse de séparation correspond, non pas à une situation traumatique, mais à un signal activateur d'un schème de comportements spécifiques : la conduite d'attachement.

L'angoisse de séparation a donc fait l'objet de nombreux travaux théoriques. Son apparition est considérée comme la preuve que l'enfant devient capable de considérer qu'une personne existe en-dehors de lui. Vivant avec appréhension la perte des figures d'attachement, c'est bien qu'il développe, dès cet âge, la possibilité de les appréhender comme « objets » permanents.

L'angoisse de séparation pathologique

Pour le DSM-IV-TR [2], le trouble anxiété de séparation survient plus tardivement que l'angoisse de séparation développementale normale ; il a un caractère durable, devant durer au moins quatre semaines, et entraîne une détresse chez l'enfant ou une altération de son fonctionnement social ou scolaire.

Le début du trouble peut être spontané, mais il succède souvent à un événement de vie : maladie, hospitalisation, décès d'un proche, déménagement, changement d'école, séparation des parents...

Pour Mouren et Le Heuzey [39], le trouble anxiété de séparation correspond, soit à la persistance anormalement prolongée de l'angoisse de séparation développementale, soit à la résurgence de réactions d'anxiété à la séparation, à un âge où elles sont normalement modérées ou absentes.

Cliniquement, trois séries de symptômes caractérisent le trouble anxiété de séparation :

- La détresse lors de la séparation. Chez le jeune enfant, les symptômes apparaissent quand la séparation est effective. En revanche, chez l'enfant plus grand, les symptômes se manifestent lorsque la séparation est imminente, et même souvent en anticipation de la situation. On retrouve des signes physiques accompagnant la séparation, ou l'anticipant : céphalées, nausées, vomissements, douleurs abdominales, difficultés respiratoires, vertiges, palpitations, tachycardie, évanouissement.

- Les préoccupations morbides. De façon permanente, l'enfant est préoccupé par la proximité et l'accessibilité de sa mère. Il ne va pas à l'école, ne va pas rendre visite à des amis, ou encore, il ne peut pas aller en colonie de vacances. Au maximum, il parvient à partager sa chambre ou son lit. L'enfant éprouve également des préoccupations morbides. Il ressent une peur permanente, excessive et persistante concernant la disparition des figures d'attachement (père/mère), redoutant d'en être séparé par un événement malheureux. Il peut exister également des préoccupations autour de la mort et des cauchemars à thème de séparation.

- La nostalgie du chez-soi. L'enfant se sent mal lorsqu'il est éloigné de chez lui, pensant constamment aux retrouvailles, exprimant la nostalgie de la maison, du chez-soi. Il ne prend pas plaisir aux activités faites en-dehors de la famille.

Pour certains auteurs [51], angoisse de séparation développementale et anxiété de séparation pathologique s'inscrivent dans un continuum. L'anxiété de séparation correspondrait à une pathologie de l'excès d'attachement et à une perturbation des interactions entre l'enfant et ses principales figures d'attachement. Dans cette conception, l'anxiété de séparation se définit comme une forme prolongée de l'angoisse de séparation, mais s'en distingue par l'intensité de la réaction. Pour d'autres auteurs [27], à l'inverse, angoisse de séparation développementale et anxiété de séparation sont qualitativement différentes : la première reste dans un domaine interactif et réactif non encore intériorisé, faisant suite à une séparation subie, et traduisant la souffrance due à la rupture du lien d'attachement. La seconde appartient au champ intra-psychique intériorisé, répondant à l'anticipation anxieuse d'une séparation et traduisant la nature ambivalente du lien.

2. Refus scolaire anxieux et angoisse de séparation

Actuellement, beaucoup d'auteurs, comme N. Catheline [10], distinguent le refus scolaire anxieux en lien direct avec une angoisse de séparation et le refus scolaire anxieux lié à une problématique identificatoire. Notons qu'il existe des formes mixtes caractérisées par des angoisses de séparation réactivées par le travail psychique de l'adolescence.

Rappelons que, dès 1956, Johnson et ses collègues [34] considèrent la phobie scolaire comme une variante clinique de l'angoisse de séparation : ce n'est pas tant d'aller à l'école que craint l'enfant, mais de quitter sa mère. Selon ces auteurs, les trois facteurs indispensables à la formation de la phobie scolaire sont : une dépendance précoce et non résolue de l'enfant à la mère, la survenue d'une recrudescence anxieuse chez l'enfant, en lien avec un événement le plus souvent minime, dans le même temps que la mère se sent menacée dans ses possibilités de satisfaction. Ainsi frustrée, la mère a besoin d'exploiter la bouffée anxieuse de l'enfant et son souhait de dépendance. Ce cycle aboutit à la phobie scolaire, le maître constituant l'objet phobogène, par déplacement sur lui des fantasmes agressifs inconscients initialement dirigés vers la mère.

Au cœur de la phobie scolaire, il existe donc une relation de dépendance étroite et mal résolue entre mère et enfant, fondée sur des sentiments mutuels de sollicitude excessive et d'agressivité refoulée.

Pour Quéré [47], deux types d'enfants sont à distinguer sur le plan psychopathologique :

- les premiers, les plus nombreux, ont une structure de personnalité de type névrotique, sans que l'on puisse parler de névrose structurée. La signification du symptôme résiderait dans la maîtrise de la mère, et son mode de formation est celui de l'angoisse de séparation. Selon lui, on peut retrouver dans l'histoire récente de ces enfants des événements traumatiques ayant servi de catalyseurs, en ravivant une problématique œdipienne.

- Le second groupe souffrirait d'une pathologie du narcissisme et de l'Idéal du Moi, sur laquelle nous reviendrons ultérieurement.

Les enfants du premier groupe craignent qu'il arrive quelque chose à leur mère en leur absence. Ils redoutent en fait la réalisation en leur absence de leurs fantasmes agressifs inconscients, ce qui les conduit à rester auprès de leur mère pour vérifier l'inanité de leurs craintes. On observe d'ailleurs l'apparition de phobies scolaires à la suite d'un événement

représentant une menace de réalisation de ces désirs inconscients, tels qu'un deuil ou une maladie dans la famille ou l'entourage.

Catheline [10] décrit, elle aussi, des caractéristiques particulières communes à ces refus scolaires anxieux en lien avec une angoisse de séparation. Selon elle, ces tableaux cliniques apparaissent plutôt à l'entrée en 6^{ème}, et concernent des adolescents avec un fonctionnement cognitif se situant dans les zones normales-faibles. Les manifestations symptomatiques apparaissent très tôt dans l'année scolaire (10-15 jours après la rentrée). Des résultats scolaires corrects sont parfois trompeurs, les apprentissages du primaire reposant sur la répétition et sollicitant moins la réflexion personnelle. La phobie survient souvent à la suite d'un événement traumatique venant déclencher l'angoisse de séparation : maladie ou hospitalisation d'un parent, déménagement, conflit parental... Ces adolescents présentent souvent une symptomatologie fonctionnelle : maux de ventre, céphalées, spasmophilie, malaises divers... Ils auraient des difficultés à négocier les exigences développementales en lien avec des difficultés de mentalisation.

Ce type de phobie cèderait rapidement à la prise en charge mais risque de récidiver, notamment dans les deux années qui suivent la première crise.

E. Le refus scolaire anxieux en tant que pathologie du narcissisme

Pour certains auteurs, le refus scolaire anxieux à l'adolescence peut être rattaché aux pathologies de l'agir [40] et interroge donc la question des aménagements de la dépendance.

L'ensemble des troubles de l'adolescence peut être appréhendé sous l'angle de l'aménagement de la dépendance [33]. Plus les enfants abordent la puberté avec des intériorisations stables et différenciées, moins la problématique de dépendance se fera sentir. Les aménagements de la dépendance peuvent se faire par des mécanismes psychiques de défense, notamment les plus archaïques. Mais, c'est au travers des troubles

du comportement et de la pathologie de l'agir que s'expriment de façon la plus manifeste les conséquences de la relation de dépendance et de la situation de paradoxe générée par l'antagonisme narcissico-pulsionnel. L'agir vient alors offrir une voie de décharge à la place du travail psychique auquel il se substitue. La réponse par l'agir donne une possibilité de maîtrise sur l'objet nécessaire et renverse la situation de passivité en rôle actif, en créant les conditions d'une identité retrouvée.

Pour Lebovici [37], « la phobie scolaire n'a que rarement la valeur contraignante d'un symptôme phobique. Elle se situe plutôt au carrefour de l'insuffisance de l'élaboration névrotique et de la mise en actes, d'où son évolution déconcertante. Liée à des difficultés relationnelles dans la famille, elle introduit la dimension narcissique et la projection idéalisée ; mal tolérée, elle secoue la famille qui risque de s'en trouver disloquée ». Lida-Pulik [40] va dans le même sens en rappelant que la plupart des auteurs voient, dans la majorité des phobies scolaires de l'adolescent, l'expression d'une organisation de personnalité prénévrotique, et plus spécifiquement d'une pathologie du narcissisme. Elle rappelle que les tableaux cliniques sont marqués, soit par une symptomatologie dépressive, et notamment un sentiment de honte, soit par la prédominance des agirs (opposition ouverte au milieu familial, conduites addictives, comportements auto-agressifs, quête d'appartenance à des bandes plus ou moins marginalisées). Elle propose ainsi de rattacher ce trouble aux pathologies de l'agir, marquées par une double polarité : d'un côté, des conduites agies patentes et, de l'autre, des conduites de retrait et de désinvestissement, sous-tendues par un « non-agir ». D'un point de vue clinique, on observe combien le refus de se rendre à l'école constitue une part de violence envers les parents, l'adolescent rejetant alors ce que les parents ont pu déposer d'investissement autour de la scolarité. Le symptôme permet ainsi de mobiliser la famille, excessivement inquiète pour son enfant.

De son côté, Quéré [47] distingue deux types de populations sur le plan psychopathologique : ceux qui ont une structure de personnalité de type névrotique, sans qu'on puisse parler de névrose structurée et ceux, chez lesquels est à l'œuvre une pathologie du narcissisme et de l'Idéal du Moi. Dans cette seconde catégorie, on retrouve plutôt des garçons gentils, obéissants, raisonnables, qui, jusqu'à l'apparition de la phobie scolaire, faisaient le bonheur de leurs parents. Il s'agirait pour Quéré d'une pseudo-maturité défensive, en lien avec une précipitation de ces enfants dans le développement, afin de

mettre à distance des conflits mal élaborés. Pour Freud [22], l'Idéal du Moi est l'héritier du narcissisme primaire. Dans le développement du garçon, l'Idéal du Moi se portera sur la figure paternelle au moment de l'Œdipe, le père devenant le modèle auquel le garçon cherche à s'identifier. Chez ces garçons souffrant de phobie scolaire, il semble que l'identification au père soit impossible. C'est au contraire la figure maternelle qui sera massivement investie.

A la différence de Quéré, Lida-Pulik ne considère pas la pathologie du narcissisme chez l'adolescent comme une alternative au modèle de l'angoisse de séparation chez l'enfant, étant donné qu'il n'est pas possible de dissocier la pathologie du narcissisme des avatars de l'angoisse de séparation, dans l'histoire du sujet [40].

Lebovici [37] insiste, lui aussi, sur la carence de l'image idéale du Moi chez le garçon, en lien avec la négation du rôle du père absent, invalide, méprisé ou mort. Cette carence ne peut se résoudre que dans l'insuffisance de l'organisation narcissique, c'est-à-dire, de la capacité à être seul. L'enfant de sexe masculin est alors exposé à deux dangers : la passivité d'un côté, qui le maintient près de sa mère et déclenche des réactions passionnément ambivalentes, et, de l'autre, le rétablissement d'un Moi idéal avec des identifications à l'idéal du groupe violent et psychopathique.

Pour Delaroche [13], le symptôme de ces adolescents a à voir avec une absence de dette symbolique. En effet, reprenant Lacan, il explique qu'au moment de l'Œdipe, l'enfant est, dans un premier temps, l'objet du désir de la mère, et, que, dans un deuxième temps, le père intervient comme privateur de la mère, en tant que représentant de la loi et la castrant de son désir incestueux, assurant ainsi sa fonction paternelle. Cette action métaphorique du père permet à l'enfant, désormais délivré de l'emprise maternelle, de désirer lui-même un objet. C'est ainsi qu'il contracte une dette qu'il pourra résoudre à sa manière, en travaillant à l'école par exemple, répondant alors au désir de ses parents à son égard dans ce que ce désir a de sublimé. Pour Delaroche, les phobiques scolaires sont restés fixés au premier stade, d'où leur toute-puissance. Ils ne peuvent « désirer » ou répondre au désir parental puisqu'ils n'ont aucune dette symbolique. Au contraire, ils ne peuvent payer que par leur absence leur refus de rester l'objet de la mère des origines. Grâce à leur symptôme, ils peuvent entrer dans l'adolescence et tenter de rejouer ce qui a été raté au moment de l'Œdipe.

Le fonctionnement psychique de ces adolescents est donc marqué par la fragilité de leurs assises narcissiques. Evoquant les phobies scolaires graves à l'adolescence, Lida-Pulik explique que « cette éclosion pathologique se joue dans la rencontre entre les réaménagements du fonctionnement mental propres à cette période de la vie et un sujet dont l'histoire est marquée du sceau de l'échec à instituer une sécurité narcissique » [40].

F. Refus scolaire anxieux et phobie de penser

Piaget a considéré le développement de l'intelligence comme une construction progressive [46]. Vers 12 ans, l'adolescent accède à la pensée formelle, qui succède au stade des opérations concrètes. Ce stade est marqué par l'apparition du raisonnement hypothético-déductif, permettant l'élaboration d'idées générales et de théories abstraites, mais aussi par l'acquisition des opérations formelles suivantes : les notions d'identité, de négation, de réciprocité, et de négation de la réciprocité. L'adolescent accède ainsi à la pensée réflexive, correspondant à la subjectivation, ou encore à la capacité à penser sa pensée [9]. Catheline rappelle que les débuts de la pensée formelle précèdent la puberté proprement dite de deux ans. Cette préséance du cognitif sur le génital serait un facteur protecteur pour le jeune adolescent au moment où il est confronté à la tension interne induite par les transformations pubertaires. Néanmoins, cette capacité à penser sur ses pensées implique une remise en question des modes de pensée antérieurs, ce qui nécessite des assises narcissiques suffisamment solides pour la tolérer.

Pour Birraux [6], la phobie scolaire est souvent une phobie du penser. Elle explique que « c'est la pensée qui est l'objet persécuteur, pensée sexualisée par le fait pubertaire et qui se projette sur l'espace dans lequel elle devrait autrement se déployer ». Selon elle, l'école est

un espace bien particulier où l'obligation de penser met le Moi en situation de danger [5]. Elle décrit ainsi trois types d'adolescents susceptibles de développer des phobies scolaires :

- Des adolescents investissant l'école de manière narcissique et ne supportant pas l'échec, même minime. Ils refusent de retourner à l'école, craignant de perdre leur place de leader, réelle ou imaginaire, à la suite d'une absence ou dans un processus d'échec dont ils fantasment qu'ils ne pourront jamais sortir.
- Des adolescents fragiles narcissiquement ayant vécu une période de latence au cours de laquelle le refoulement n'a pas été opérant. Les investissements cognitifs ravivent alors des conflits archaïques autour d'une scène primitive excitante.
- Des adolescents blessés narcissiquement par un parcours scolaire catastrophique. L'évitement scolaire est alors une nécessité tant l'image qu'ils ont d'eux-mêmes est péjorative.

La phobie scolaire permet ainsi de se mettre à l'abri des contenus de pensée. Elle met en évidence le « gel de l'activité psychique » de ces adolescents. Pour Birraux, la phobie scolaire à l'adolescence témoigne d'une fragilité des assises narcissiques et du sentiment de continuité et d'existence, ce qui en fait une pathologie sérieuse [5].

Allant dans le même sens, Lida-Pulik [40] insiste sur les inhibitions diffuses du fonctionnement psychique et l'altération des capacités créatives chez ces adolescents souffrant de phobies scolaires graves. Elle explique que ces processus de répression du travail psychique débordent du cadre classique du concept d'inhibition. Selon elle, « quand ces processus s'arriment à une pathologie du narcissisme, [ils peuvent] entraîner, à l'extrême, une véritable néantisation, ou, pourrait-on dire, une mort psychique. » La phobie scolaire doit donc être considérée comme un signal d'alarme, venant signifier la précarité du fonctionnement mental du sujet.

G. Dynamique familiale

Dès les années 1950, des travaux ont mis en évidence une organisation familiale singulière chez les patients souffrant de phobie scolaire.

Selon l'équipe de A. Johnson [16], la phobie scolaire apparaîtrait dans le cadre d'une situation de dépendance mal résolue entre la mère et l'enfant, qui va favoriser l'angoisse de séparation pathologique.

En 1957, Waldfogel et al. [52] évoquent une absence d'autonomie du Moi et d'éventuels problèmes d'identification sexuelle chez ces enfants ou adolescents. Ils avancent l'hypothèse que ces difficultés sont sous-tendues par une relation pathologique et pathogène avec le couple parental. La mère est décrite comme anxieuse et surprotectrice, vivant une identification constante et envahissante avec l'enfant, le maintenant dans une dépendance s'exprimant sur un mode ambivalent. Son attitude serait soit trop captative, soit trop permissive, attitude sous-tendue par sa propre anxiété quant à sa « compétence de mère ».

Le père, de son côté, serait peu sécurisant : anxieux comme la mère, à la fois en compétition avec cette dernière pour solliciter l'affection de l'enfant, et avec l'enfant pour retenir l'affection maternelle.

En 1977, Dugas et Guériot [15] constatent que dans 40 observations sur les 68, la mère a créé une relation « complexe » avec l'enfant : 33 cas sont marqués par l'anxiété maternelle et l'hyperprotection et 7 cas sont caractérisés par l'ambivalence maternelle (la mère oscillant entre l'hyperprotection et le rejet). En ce qui concerne les pères, ils rapportent 33 cas où ils peuvent être considérés comme « absents » (27 pères démissionnaires et 6 décès).

Certains auteurs, comme Quéré [47] ou Flavigny [17] récusent l'idée d'une spécificité de l'organisation familiale, même si les études font apparaître des résultats convergents.

Néanmoins, certains traits de personnalité sont fréquemment retrouvés chez les adolescents phobiques scolaires et les images parentales sont assez contrastées [42].

Les pères sont caractérisés par leur absence physique ou symbolique. Fréquemment, ils sont éloignés du fait de divorce, séparation parentale, ou encore pour raisons professionnelles. Lorsqu'ils sont présents, ils sont souvent dévalorisés par la mère, malades chroniques, invalides. En 1977, Lebovici insiste lui aussi sur « la négation du rôle du père absent, invalide, méprisé ou mort » [37].

Les pères sont souvent anxieux et présentent des traits névrotiques, notamment dépressifs.

Ainsi l'adolescent garçon sera-t-il en difficulté pour s'identifier à son père de manière solide et positive. Dès lors, il ne pourra pas contrebalancer l'emprise de la relation maternelle et tenter de s'en extraire.

Les mères sont décrites comme surprotectrices, anxieuses et/ou ayant des traits de personnalité ouvertement névrotiques, ou encore présentant un état dépressif plus ou moins chronique. Berg note la fréquence de mères elles-mêmes phobiques [4].

On décrit également un lien d'hyperdépendance précoce mère/enfant.

Catheline [10] parle de « lien anxieux » pour qualifier le lien précocement et intensément noué entre mère et enfant. Ce lien peut être favorisé par des contextes particuliers : maladie infantile, peur de perdre l'enfant, naissance après plusieurs fausses couches, décès d'ainés, ou encore décès au cours des premiers mois de vie d'un parent ou grand-parent.

Le désir d'autonomie de l'adolescent va favoriser chez ce dernier un sentiment de culpabilité, en lien avec la fragilité maternelle et la fonction de « soutien thérapeutique » à la mère qui lui est parfois attribuée.

Des études ont également été réalisées afin de préciser la nature anxieuse ou dépressive de la pathologie familiale. En 1987, Last et al. [36] se sont intéressés à la psychopathologie des mères d'enfants présentant une angoisse de séparation ou une phobie scolaire. La fréquence des troubles thymiques était particulièrement élevée (86 %) chez les mères d'enfants présentant une angoisse de séparation, alors que les troubles anxieux étaient aussi fréquents dans les deux groupes.

Marcelli et Braconnier proposent la synthèse suivante, à partir des remarques concernant la dynamique familiale et les hypothèses psychopathologiques individuelles : « la phobie scolaire de l'adolescent trouve d'abord son origine dans un lien infantile d'hyperdépendance mère/enfant ; elle se constitue ensuite autour des défaillances dans les processus d'identification au parent du même sexe d'un côté et de l'incapacité de la figure paternelle à s'interposer dans le lien primaire mère/enfant d'un autre côté ; elle s'actualise enfin sous l'effet de la double contrainte d'une part des exigences de penser à l'école et d'autre part des conflits d'allégeance au groupe des pairs » [42].

La phobie scolaire à l'adolescence est donc sous-tendue par des mécanismes psychopathologiques complexes et ne traduit pas une organisation névrotique simple. Pour Marcelli et Braconnier [42], elle réalise une synthèse des différents axes mis en tension à l'adolescence :

« L'axe narcissique génétique par le lien d'hyperdépendance précoce mère-enfant ;

L'axe narcissique actuel de l'adolescence par les défaillances du lien identificatoire au parent du même sexe ;

L'axe oedipien réactualisé à l'adolescence et que la défaillance de l'instance paternelle pour servir d'étayage au désengagement du lien primaire rend en partie inopérant ;

L'axe de l'Idéal du Moi et son élaboration par les investissements sublimatoires de la pensée vécue ici comme une menace ;

L'axe des relations sociales avec l'habituelle fonction d'idéal de transition qu'offrent habituellement les pairs et qui ici rejettent l'adolescent dans l'enclos familial ».

III. Prise en charge

Le traitement des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux est généralement long, et difficile. Il implique un travail en collaboration avec d'autres intervenants. Comme le souligne Catheline [10], la demande familiale se limite souvent à la disparition du symptôme, que ce soit de la phobie scolaire elle-même ou des troubles du comportement associés. L'approche familiale risque d'être vécue comme une menace pour un équilibre familial déjà précaire. Les interruptions thérapeutiques sont fréquentes en raison d'une séparation impossible à envisager par l'adolescent ou ses parents, ou parce que l'absence de modification comportementale conduit les parents à renoncer.

Après avoir présenté les différents intervenants impliqués dans la prise en charge, nous aborderons quelques généralités thérapeutiques. Nous détaillerons ensuite l'utilisation d'un hôpital de jour pour adolescents (Pôle de Psychiatrie de l'Adolescent de La Roche sur Yon) comme outil de prise en charge.

A. Les différents intervenants

Le refus scolaire anxieux mobilise différents intervenants du champ sanitaire et du champ scolaire : le médecin généraliste, le médecin scolaire, le pédopsychiatre et les établissements scolaires eux-mêmes

Le médecin généraliste

Les médecins généralistes sont en première ligne face aux parents d'adolescents en refus scolaire. Ils ont la double mission d'une première évaluation diagnostique et d'une stratégie de prise en charge.

Une enquête a été réalisée par l'équipe du Professeur Fourasté [25] auprès de 310 médecins généralistes. Ces derniers étaient interrogés sur les cas de refus anxieux de l'école rencontrés depuis le début de l'année. Les médecins devaient spécifier des données individuelles sur les patients concernés (sexe, âge, scolarité) et des données sociologiques, la durée de l'absentéisme, d'éventuelles situations de symptomatologie somatique récurrente susceptibles de masquer un refus anxieux de l'école.

Cette étude permet de mettre en exergue l'importance accordée aux médecins généralistes à l'affect dominant le tableau clinique (anxiété, dépressivité) ou encore d'éventuels troubles du comportement (agressivité, instabilité). Leur démarche thérapeutique semble s'appuyer là-dessus plus que sur un diagnostic différentiel issu de la psychopathologie (phobie simple, phobie sociale, trouble anxiété de séparation, décompensation psychotique...).

Concernant le traitement mis en œuvre, le retour forcé ou la sédation massive du trouble ne sont pas privilégiés. Le médecin essaie de dédramatiser la situation, de calmer la prégnance des injonctions scolaires et de laisser le temps aux parents d'élaborer sur ce qui leur arrive, avant de favoriser une prise en charge de type psychothérapeutique. Dans la moitié des cas de cette enquête, le patient est adressé à un pédopsychiatre ou psychiatre libéral. A l'inverse, les professionnels de l'éducation (psychologues scolaires, infirmiers et médecins scolaires) favorisent le cadre institutionnel par rapport à l'adresse en ambulatoire.

En ce qui concerne les prescriptions médicamenteuses, elles sont faites en complément d'un maintien transitoire à domicile et visent à faciliter la reprise de la scolarité en diminuant le niveau d'anxiété, de dépressivité et en atténuant les troubles du comportement.

La place du médecin généraliste est également fondamentale pour les refus scolaires anxieux masqués par des problèmes somatiques : problèmes respiratoires, asthme en particulier, douleurs abdominales, ou baisse d'immunité (otites, angines répétitives).

Le médecin scolaire et le service de promotion de la santé en faveur des élèves

Les médecins scolaires dépendent du ministère de l'Éducation Nationale. Ils ont pour missions de « promouvoir la santé somatique et mentale des jeunes par une prévention spécifique à cette classe d'âge, de faire de l'école un lieu de vie agréable et propice à

l'investissement et de participer à l'éducation des jeunes pour mettre en valeur leur santé, limiter les conduites déviantes, à risques » [19].

Face à un absentéisme répété, l'école devrait solliciter en premier lieu le médecin de santé scolaire, afin d'identifier correctement le problème, qui ne doit pas être considéré sous le seul angle social. Du fait de sa compétence médicale et de ses fonctions au sein de l'Education nationale, il apparaît le plus à même de faire des liens avec le médecin traitant, ou les médecins spécialistes (psychiatres, pédopsychiatres notamment). De plus, il est garant du projet de retour à l'école de l'adolescent.

Afin d'éclairer mon propos, j'ai pu rencontrer Madame le Dr Gralepois, médecin responsable du service médical, et conseiller technique à l'Inspection Académique de Vendée. Dans ce département, une réflexion a été menée, depuis 2002, sur la rescolarisation des élèves en difficultés scolaires et la scolarité adaptée. Si, auparavant les demandes de cours à distance via le Centre National d'Education à Distance (CNED) pour raisons médicales étaient courantes, elles ont maintenant largement diminué, en partie grâce au dispositif appelé APAD (Accompagnement Pédagogique à Domicile). En effet, comme le signale Catheline [10], le risque d'un recours trop rapide au CNED risque de favoriser une situation de figement, puisque la scolarité est poursuivie alors que la situation phobogène est évitée. L'APAD favorise ainsi une aide pédagogique individuelle dans un lieu neutre, ou l'établissement scolaire de l'adolescent, sous condition de soins. La réintroduction des cours collectifs est le plus souvent progressive. Depuis 2002, les chefs d'établissement ont été sensibilisés à ce dispositif. Parfois, l'intégration progressive en cours collectifs est d'emblée possible et sous-entend un lien entre soins et école, notamment grâce au médecin scolaire. Depuis lors, les demandes de CNED ont diminué et le maintien en milieu scolaire est favorisé.

Le pédopsychiatre

Dans la majorité des cas, le premier contact se fait en ambulatoire, dans le cadre d'une consultation. L'adolescent est adressé soit directement à l'initiative de la famille, soit sur les conseils du médecin scolaire, ou du médecin traitant. Parfois, c'est à la suite d'un bilan somatique négatif, faisant suite à des manifestations fonctionnelles répétées, que le pédiatre ou le médecin généraliste conseillent l'évaluation psychiatrique.

Les consultations d'évaluation permettent d'orienter le diagnostic et de proposer des modalités de prise en charge : travail ambulatoire de psychothérapie individuelle, prise en charge institutionnelle (hospitalisation de jour, hospitalisation à temps plein). Nous les précisons dans un paragraphe ultérieur.

Catheline [10] explique que, devant une symptomatologie évocatrice de refus scolaire anxieux, il est utile d'interroger d'éventuels signes d'anxiété de séparation dans l'enfance, d'éventuelles expériences malheureuses de séparation, de se renseigner sur l'organisation familiale actuelle et la répartition des rôles dans la famille, enfin de rechercher des antécédents anxieux ou dépressifs chez les parents.

Les intervenants non médicaux

L'école est évidemment un partenaire indispensable dans la prise en charge de ces adolescents. La rescolarisation devrait pouvoir se faire progressivement, à temps partiel dans un premier temps, éventuellement en cours individuels dans certains cas. Le médecin scolaire fait le lien entre le service de soins et la communauté éducative.

B. Généralités sur les prises en charge

Dugas et Guériot [15] soulignent que la prise en charge doit concerner tous les éléments en présence : l'enfant, sa famille et l'école elle-même.

Quéré [47] rappelle que le retour à l'école n'est pas le seul objectif du traitement des phobies scolaires. Un retour trop rapide en classe pourrait favoriser les rechutes, dans la mesure où il ne s'agit que d'une acceptation transitoire de la part de l'enfant. Le conflit intrapsychique n'ayant pu être élaboré, des symptômes de substitution risquent d'apparaître. Il insiste sur la nécessité de définir un cadre thérapeutique devant éviter deux écueils : vouloir réduire trop vite le symptôme et à l'inverse ne pas le prendre en compte.

Prise en charge ambulatoire

Selon Quéré [47], devant une phobie scolaire d'apparition récente (trois à six mois maximum de non fréquentation scolaire), il serait souhaitable de favoriser un traitement ambulatoire

associant une psychothérapie individuelle pour l'enfant, et des entretiens réguliers avec les parents, voire, dans certains cas, une thérapie familiale.

Gaspard et al. [25] expliquent que « la psychothérapie individuelle porte sur les conflits psychiques inconscients, le travail de séparation et d'autonomisation en rapport aux figures d'attachement ». Les premiers entretiens permettront d'évaluer si la problématique subjective correspond à des conflits défensifs de nature libidinale ou est en lien avec la fragilité des assises narcissiques.

Les thérapies cognitivo-comportementales sont également utilisées et visent la suppression des symptômes. Elles reposent sur des programmes de désensibilisation (relaxation), des thérapies d'affirmation de soi et d'autocontrôle.

Sur le plan familial, les entretiens permettront de relever le fonctionnement de la triade, d'écouter le passé des parents, de comprendre la dynamique familiale, tout en étant compréhensif à son égard. Ils ont pour but de permettre une individuation-séparation, d'aider le jeune à se définir un territoire et d'aider les parents à dire non à certaines exigences de leur enfant. Ils peuvent également permettre un meilleur réglage de la proximité et de la distance [18]. Il nous semble également fondamental de donner, ou redonner la parole au père, dont on a dit qu'il était souvent absent.

Selon Catheline [9,10], un travail ambulatoire, au sein d'une structure institutionnelle utilisant des groupes thérapeutiques à médiateur, s'avère intéressant, notamment lorsque l'angoisse de séparation est au premier plan. Le but recherché est l'expression, dans ce lieu, des parties saines de l'appareil psychique afin de renforcer les assises narcissiques de la personnalité. Dans un deuxième temps, un travail psychothérapeutique individuel pourra ainsi s'établir.

L'hospitalisation

Pour Dugas et Guériot [15], l'hospitalisation doit être essayée s'il n'y a rien d'autre à envisager avant, et doit être privilégiée face aux phobies scolaires bien installées.

Catheline [10] privilégie l'hospitalisation ou les internats thérapeutiques lorsque la phobie scolaire est en lien avec une problématique identitaire. Le travail avec les familles s'y avère fondamental.

Quéré [47] précise que cette décision est difficile à prendre, surtout chez les adolescents souffrant d'angoisses de séparation. En effet, un arrachement traumatisant est à craindre. Ces adolescents en viennent souvent à supplier leur médecin de les laisser sortir, promettant un retour à l'école, tant la séparation leur est insupportable. L'hospitalisation doit permettre de rompre l'isolement du jeune, en lui permettant de renouer des liens avec d'autres adolescents. L'hôpital a également pour fonction de contenir l'angoisse et l'agressivité, l'institution servant alors de réceptacle aux projections de l'enfant pour qu'il puisse les élaborer. En effet, le refus scolaire provoque une anxiété massive chez les parents, en lien avec le risque pour l'avenir de leur enfant. Ils risquent alors de ressentir ce symptôme comme une provocation, d'où une agressivité en retour. L'institution peut les aider à se dégager de ce fonctionnement.

L'hospitalisation permet également de renforcer la psychothérapie individuelle et/ou familiale.

La rescolarisation

Des tentatives de scolarisation peuvent également être tentées à partir de l'hôpital (hospitalisation de jour ou à temps plein), l'enfant étant conduit le matin et repris le soir par un(e) infirmier(e). Le retour à l'école est ainsi moins angoissant, et les phénomènes d'angoisse de séparation d'avec la mère sont déplacés sur le soignant et sur l'institution dans son ensemble [47].

Il semble indispensable d'annoncer le retour à l'école comme faisant partie du programme thérapeutique. Une approche comportementale reposant sur la négociation et la progression s'avère alors intéressante. L'école et le médecin scolaire doivent alors être associés au projet. Un planning de reprise de cours est établi, avec choix des matières par l'élève. On privilégie la reprise d'une ou plusieurs matières à temps plein. Ainsi, l'adolescent vient à plusieurs reprises en cours dans la semaine et peut plus facilement participer.

Concernant la chimiothérapie, les traitements anxiolytiques (benzodiazépines) permettent de soulager ponctuellement l'adolescent au moment des départs à l'école notamment. La

prescription d'antidépresseurs ou de molécules efficaces sur l'attaque de panique peut être utile, permettant une levée de l'inertie et du repli [10].

C. Prise en charge au Pôle de Psychiatrie de l'Adolescent de La Roche sur Yon

Le Pôle de psychiatrie de l'adolescent de La Roche sur Yon est une structure intersectorielle accueillant des jeunes de 12 à 18 ans. Il comprend :

- Un centre médico-psychologique et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) pour le suivi ambulatoire,
- une unité d'hospitalisation à temps plein, ayant une capacité de douze lits,
- un hôpital de jour ouvert du lundi au vendredi, avec une capacité de huit places, les jeunes étant accueillis une à trois demi-journées par semaine.

La prise en charge des jeunes souffrant de refus scolaire anxieux repose essentiellement sur l'hospitalisation de jour, permettant un travail pluridisciplinaire que je vais développer. Le recours à l'hospitalisation à temps plein est plus rare.

Pour reprendre les propos de Catheline [9], le but des soins à l'hôpital de jour est de donner à ces adolescents « du temps et un espace dans lequel le cours du développement pourrait reprendre [...] le but est que dans ce lieu, s'expriment les parties saines de l'appareil psychique de l'adolescent afin de renforcer les assises narcissiques de la personnalité, et ce par le biais d'un tiers-médiateur symbolisant les fonctions de séparation dans les relations duelles : parent-adolescent, adolescent-école, parent-école ». Il 'agit d'ouvrir un espace de pensée pour ces adolescents pris dans une impasse développementale, et pour favoriser un travail psychothérapeutique individuel dans un second temps.

Catheline distingue différentes fonctions à l'institution qui nous semblent pouvoir s'appliquer à l'hôpital de jour :

➤ la fonction séparatrice

L'hôpital et l'équipe soignante viennent s'interposer dans le conflit parent-adolescent concernant la reprise scolaire, et les dégagent ainsi d'un cercle vicieux ne faisant que renforcer la dépendance de l'adolescent.

L'hospitalisation de jour permet également de rompre l'isolement du patient, en lui permettant un accueil parmi ses pairs. Cette séparation, moins brutale que dans le cas d'une hospitalisation à temps complet, est donc vécue moins douloureusement par l'adolescent et sa famille.

La fonction séparatrice de l'institution se traduit également par le fait que tous les intervenants ne sont pas au courant précisément de tout ce qui concerne l'adolescent, et les espaces sont ainsi séparés. Par exemple, les ateliers thérapeutiques sont l'espace du patient et des infirmiers, de même que la question des liens avec l'école relève du rôle de l'éducatrice du service.

➤ la fonction de contenance

L'institution doit pouvoir redonner à chacun un espace pour ses besoins d'autonomie. L'hôpital de jour a une fonction tierce dans la relation parents-adolescent.

Du côté de l'adolescent, souvent inhibé et en difficultés pour élaborer, il s'agit de relancer son intérêt pour la vie psychique. Les entretiens avec psychologue et psychiatre peuvent l'y aider.

Du côté des parents, il s'agit de les aider à modifier leurs relations avec leur enfant. Les entretiens familiaux vont dans ce sens. Les contacts physiques ou téléphoniques des parents

avec l'équipe, notamment avec l'infirmier(e) référent(e) ou l'éducatrice, leur permettent de se sentir soutenus.

➤ la fonction de médiatisation

Les médiations favorisent la renarcissisation et permettent la relation aux pairs. Pour Catheline [9], le médiateur éponge l'excitation suscitée par la relation aux autres.

Différents ateliers thérapeutiques, animés par les infirmiers et l'éducatrice, sont ainsi proposés dans le service : atelier d'écriture, musicothérapie, atelier sport... Les jeunes y sont en petit nombre (cinq environ). La présence soignante et la médiation sécurisent ainsi un espace relationnel potentiellement dangereux pour certains adolescents.

➤ la rescolarisation

C'est une étape des soins importante, qui doit être annoncée, mais qui ne doit pas être débutée dans l'urgence, comme nous l'avons développé antérieurement.

Une convention avec l'Education Nationale permet le passage de professeurs de mathématiques, français et anglais à l'hôpital de jour. Ils proposent des bilans scolaires et des cours (trois heures maximum par semaine). La reprise des cours à l'hôpital est souvent une étape nécessaire. Elle remet l'adolescent dans une position d'élève qu'il a parfois abandonnée depuis plusieurs mois et favorise souvent une restauration narcissique, d'autant plus que ces patients sont souvent de bons élèves. Ces cours permettent également de ne pas dénier le problème de la reprise scolaire.

L'éducatrice du service gère plus particulièrement cette partie. Elle intervient pour établir un planning de reprise progressive des cours (individuels ou en groupe), en concertation avec le patient, ses parents et l'établissement scolaire. Elle accompagnera également l'adolescent au collège ou au lycée au moment des cours, rôle d'autant plus important que le trajet jusqu'à l'école est très souvent, au début, chargé d'une grande angoisse.

Ainsi, l'hôpital de jour se trouve au centre de la prise en charge de ces adolescents souffrant de refus scolaire anxieux. Les rôles de chaque soignant y sont clairement définis et rapidement repérés par le patient et sa famille. Le travail y est pluridisciplinaire, soins et école pouvant compter l'un sur l'autre.

D. Cas Cliniques

1. Manon

Motif de consultation

Manon est une adolescente de 13 ans que je rencontre pour la première fois en décembre 2008 dans le service de pédiatrie. Il s'agit d'une jeune fille brune aux traits fins, mince. Elle est alors hospitalisée pour « idées suicidaires et refus scolaire anxieux ». En effet, depuis quelques jours elle pensait à se jeter par la fenêtre. Lors de ce premier entretien, le contact est marqué par une certaine inhibition. On retrouve à l'examen des affects dépressifs et une anxiété importante. L'appétit est conservé mais il existe des troubles de l'endormissement. L'interrogatoire permet également de mettre en évidence des angoisses de séparation anciennes, marquées par des préoccupations morbides concernant ses parents, l'adolescente craignant qu'ils aient un accident, lorsqu'elle n'est pas avec eux.

Manon décrit une impossibilité à aller en cours depuis la Toussaint. Au moment de partir au collège, elle fait des crises d'angoisse. Elle restera hospitalisée quelques jours et je la recevrai avec ses parents au centre médico-psychologique quelques semaines plus tard.

Eléments biographiques

Manon est la fille unique du couple parental. Chacun de ses parents a eu d'autres enfants d'une union précédente.

Mme, 51 ans, a eu trois filles de 30, 33 et 35 ans d'un précédent mariage. Elle est assistante maternelle. Elle explique s'être séparée de son premier mari car il avait des problèmes

d'alcool. Elle est partie seule car ses filles ont préféré rester avec leur père. Mme ne parle plus à sa fille aînée, à la suite d'un conflit concernant sa séparation avec son premier mari. Sa personnalité est marquée par des traits anxieux.

Mr, 48 ans, est ouvrier. Il m'apparaît comme un homme très fragile et très anxieux, peu sécurisant. Il a lui-même eu un garçon de 23 ans et une fille de 22 ans d'un précédent mariage. Parlant de cette première union, Mr dira lors d'un entretien « j'ai perdu 8 ans de ma vie... ». Mme ajoutera qu'il était un « homme battu ». Il a gardé contact avec ses enfants jusqu'à ce qu'ils aient 4 et 5 ans. Il explique que, lorsqu'ils venaient à la maison, « ils cherchaient les coordonnées téléphoniques de monsieur et de sa femme pour les remettre à leur mère ». Mr a donc sollicité le Juge et n'a plus de contact avec eux depuis lors. Il raconte cela de manière très détachée.

A noter que les parents, tous deux asthmatiques, se sont rencontrés lors d'une cure thermale.

Les grands-parents paternels et la grand-mère maternelle sont vivants. Le grand-père maternel est décédé il y a 23 ans des suites d'une intervention chirurgicale.

Sur le plan de la scolarité, ayant redoublé sa 6^{ème}, Manon est en 5^{ème}. Elle a toujours été une élève moyenne. Elle a changé de collège après les vacances de la Toussaint à la suite d'un conflit avec sa meilleure amie qui « l'insultait » dit-elle. Depuis novembre, elle ne peut plus aller en cours, fugue du car. Mr essaie de la forcer mais sans résultat.

Dans les antécédents de Manon, on retrouve un asthme. A noter également des expériences de séparation chargées d'angoisse, se manifestant par des tremblements et un épisode énurétique lors d'un voyage scolaire.

Prise en charge et évolution

Lorsque je reçois la famille en janvier, les parents sont très inquiets, Manon affiche un état dépressif évident avec une anorexie secondaire. Apparaissent depuis peu ce que les parents appellent des « crises » où Manon s'énerve à la suite d'une frustration, se cognant la tête

contre les murs et s'arrachant les cheveux. N'allant plus à l'école, elle passe son temps à la maison avec sa mère, assistante maternelle.

Nous proposons une hospitalisation de jour (HDJ) devant ce tableau de refus scolaire anxieux de l'adolescence associé à une symptomatologie dépressive. J'introduis également un traitement anxiolytique par Hydroxyzine 25 mg au coucher afin de favoriser l'endormissement.

L'objectif de cette HDJ est de travailler la question de la séparation, de permettre une restauration narcissique, d'aider Manon à être en relation avec ses pairs, et de la remettre progressivement en position d'élève grâce à des cours individuels avec des professeurs à l'hôpital. L'objectif de réintégration scolaire est également clairement affiché.

La prise en charge de Manon va se décliner à trois endroits différents, correspondants à trois moments de son évolution que nous allons détailler.

L'hospitalisation de jour

Manon participe à différents ateliers thérapeutiques sur l'HDJ et bénéficiera de cours en mathématiques, français, anglais, à raison de 3 heures par semaine.

Certains matins, il sera difficile pour Manon de venir à l'HDJ mais elle se détend progressivement, retrouve le sommeil. La symptomatologie dépressive disparaît au fil des semaines et les « crises » avec. Elle arrive à trouver sa place sur le groupe sans trop de difficultés. Elle investit bien les cours.

Lors des entretiens, Manon évoque avec émotion ses difficultés relationnelles avec son père. Elle se montre agressive à son égard. Elle aimerait passer plus de temps avec lui mais il ne semble pas l'entendre. Elle explique avoir peur que son papa la délaisse et craint de se fâcher avec ses parents. On peut faire le lien avec la précarité des liens entre Mr et ses premiers enfants qu'il n'a plus vus du jour au lendemain il y a une quinzaine d'années. Dans cette famille, il semble que les conflits engendrent la rupture des liens. En restant à la maison, Manon s'assure de la proximité de ses parents et se rassure.

En avril, Manon va franchement mieux sur le plan thymique : elle est souriante, détendue, se maquille de nouveau. Elle « rigole plus avec son père » dit-elle. En revanche, l'agressivité est maintenant dirigée à l'encontre de sa mère.

Elle évoque son souhait de rencontrer son demi-frère et sa demi-sœur du côté paternel mais ne peut en parler à son père de peur de le blesser. Elle semble vouloir protéger son père.

Par ailleurs, Manon semble peu concernée par le projet de reprise scolaire.

Nous proposons alors une hospitalisation à temps complet. Si Manon et sa mère sont d'accord, Mr se montre d'emblée réservé, inquiet de ce qui pourrait arriver à sa fille. Finalement, en raison d'une longue liste d'attente, nous lui proposons un séjour thérapeutique permettant de travailler de manière plus concrète la question de la séparation.

Le séjour thérapeutique

Durant ce court séjour dans un groupe de cinq adolescents, Manon prend un plaisir manifeste. La séparation ne semble pas poser problème et elle oublie même d'appeler ses parents. Elle parvient à se positionner face aux autres adolescents de manière parfois ferme.

A l'issue du séjour, début juin, elle reprend des cours individuels au collège dans le cadre d'un accompagnement pédagogique (APAD) à raison de deux heures par semaine dans un premier temps. Manon s'y rend sans difficultés. Progressivement, elle reprend les cours en classe pour finalement réintégrer une scolarité à temps plein à partir de la mi-juin.

A la maison, il n'y a plus de colère. Manon semble rassurée sur la solidité des liens familiaux qu'elle peut maintenant évoquer sans s'effondrer. Elle a reconstitué un réseau amical.

Il est convenu que Manon revienne une semaine à l'HDJ à la fin de l'été.

A partir de la rentrée, quelques accompagnements au collège par l'éducatrice sont proposés. Manon parvient à faire sa rentrée mais dès le lendemain, elle se sent angoissée et ne peut aller au collège. Lors de l'entretien, elle est fermée. J'apprendrai par le père que lui et sa

femme avaient prévu de s'absenter pour un rendez-vous ce même jour. Il fait l'hypothèse d'une anxiété consécutive de Manon.

Nous proposons donc une hospitalisation à temps complet afin d'aider Manon de manière plus « intensive » et d'éviter un enkystement de la situation.

L'hospitalisation à temps complet

L'hospitalisation dure une quinzaine de jours. La première semaine est une semaine dite « de rupture » où Manon n'a pas de contact avec sa famille. C'est son père qui l'emmène. La séparation est difficile, mais peut-être moins pour Manon que pour son père, qui tarde à quitter le service.

Les entretiens avec l'adolescente sont assez pauvres, Manon élaborant peu autour de ses difficultés. Elle supporte assez bien la séparation et s'inscrit sans difficultés dans le groupe d'adolescents hospitalisés.

Lors de l'entretien familial pendant l'hospitalisation, Manon apprend que ses parents sont partis en Espagne sans elle. Elle avait oublié ce voyage, pourtant prévu depuis longtemps. Elle peut formuler ses angoisses de séparation en expliquant que, quand ils partent, elle craint qu'ils « attrapent un accident ». Pendant l'hospitalisation, Manon a pu vérifier que, même lorsqu'elle n'est pas aux côtés de ses parents, ils peuvent partir loin et rester vivants.

La semaine suivante est consacrée à l'accompagnement scolaire à partir de l'hôpital. L'angoisse diminue au fil de la semaine. Manon a besoin d'être rassurée et parvient à reprendre les cours. La fin de l'hospitalisation étant conditionnée par la rescolarisation, elle sort à l'issue de cette semaine.

Le suivi se poursuit par des consultations médicales en ambulatoire et le maintien d'une séquence d'HDJ le mercredi après-midi que Manon demandera rapidement à arrêter afin de pouvoir « travailler, se reposer ou aller voir ses copines ».

Physiquement, Manon a changé. Elle n'est plus la jeune fille fermée de l'hiver dernier. Elle a grandi, se présente comme une adolescente soignant son apparence, plus sûre d'elle. Ses résultats scolaires sont corrects. Les relations avec ses parents sont bonnes.

Lors d'un entretien, Manon nomme son problème « crise d'adolescence ». Elle pense que passer par toutes ces difficultés lui a permis de grandir. Elle m'annonce également que l'amie qui l'avait insultée en 6^{ème} a renoué avec elle, et qu'elle a accepté de reprendre contact. Elle préfère ne pas le dire à sa mère pour le moment...

Discussion

Les troubles de Manon débutent avec une rupture, la perte, voire la trahison de sa meilleure amie. Le changement de collègue n'a rien résolu et a, au contraire, précipité Manon dans le refus scolaire anxieux, venant révéler une fragilité ancienne.

Manon est la fille unique du couple mais chacun des parents a eu des enfants d'une autre union. L'histoire de son père et de ses enfants est d'ailleurs singulière, Monsieur ayant rompu les liens avec ses enfants il y a plusieurs années. De la même manière, la mère de Manon est en conflit avec sa fille aînée qu'elle ne voit plus. Les liens semblent bien précaires dans cette famille où, dès lors que l'on se fâche, on ne se voit plus, définitivement. Manon exprime d'ailleurs beaucoup d'émotions lorsqu'elle parle de sa crainte que son père l'abandonne, témoignant d'angoisses de séparation.

Ajoutons que les parents ont tous deux vécu des séparations conjugales dans des contextes particuliers : le père a été un homme battu, narcissiquement blessé et séparé de ses enfants, tandis que la mère a vécu avec un homme décrit comme alcoolique, qu'elle a quitté en lui laissant ses filles. La question de la séparation est donc centrale dans cette famille.

Les mouvements affectifs de Manon vers son père semblent venir vérifier la solidité des liens. La fragilité de celui-ci et le contexte familial précédemment décrit alimentent la réactivation d'angoisses de séparation.

La profession d'assistante maternelle de la mère pourrait également être un facteur favorisant la symptomatologie. En effet, lorsqu'elle était déscolarisée, Manon se retrouvait aux côtés de sa mère, et des enfants en garde au domicile, tout cela renforçant la dépendance mère-fille et compromettant l'autonomisation de Manon. Nous avons d'ailleurs observé dans plusieurs cas de refus scolaires anxieux que les mères travaillaient à domicile (assistante maternelle, famille d'accueil) ou étaient mère au foyer.

La courte étape de l'hospitalisation à temps plein a permis à Manon de prendre conscience que, même en son absence, ses parents pouvaient partir et rester vivants, venant contrecarrer des préoccupations morbides anciennes. A la suite de cette étape, Manon ne manifeste plus d'angoisse de séparation. Réciproquement, le père, extrêmement anxieux, a pu s'autoriser à la laisser à l'hôpital pendant son séjour en Espagne, résistant aux pleurs de sa fille.

Après avoir été une pré-adolescente en retrait et déprimée, Manon est devenue une adolescente souriante, détendue, bien intégrée dans son groupe de pairs.

2. Louis

Motif de consultation

Louis est reçu pour la première fois en consultation en décembre 2008 par une infirmière du service. Il s'agit d'un adolescent de 13 ans et demi qui vient, accompagné de sa mère, devant une impossibilité à aller à l'école. Il se prépare le matin, puis ressent une « boule au ventre », pleure et ne peut pas franchir le portail du collège. Il n'est plus scolarisé depuis les vacances de la Toussaint. Devant ce tableau évocateur de refus scolaire anxieux, elle lui propose une consultation médicale.

Éléments biographiques

Louis est le cadet d'une fratrie de quatre enfants. Il a une sœur aînée de 23 ans, étudiante en histoire de l'art, un frère de 21 ans, gendarme en région parisienne et un frère de 18 ans, étudiant.

Louis est scolarisé en 4^{ème}. Il a toujours été bon élève. Les difficultés à aller à l'école remontent à la 6^{ème}, année où il a changé de collège, en février, car il était victime d'autres élèves. Il explique que dans son collège précédent « c'était la jungle...des garçons plus vieux se moquaient de moi... » En 6^{ème} et en 5^{ème}, il arrivait à Louis de manquer quelques jours d'école pour des manifestations somatiques d'allure fonctionnelle (maux de ventre notamment). Les difficultés se sont donc accentuées en 4^{ème} jusqu'à ne plus pouvoir du tout se rendre au collège.

Les parents de Louis sont séparés depuis qu'il a « 3 ans et 11 mois » pour reprendre ses propos. C'est sa mère qui a pris l'initiative de la séparation. Il vit principalement chez cette dernière, mais son père l'accueille régulièrement le week-end.

Sa mère travaille dans une salle de spectacle et son père est journaliste pour une chaîne de télévision locale. Mme a gardé son nom marital. Les domiciles de chacun des parents sont très proches, permettant à Louis de se rendre facilement chez son père.

Mme est la dernière d'une fratrie de six enfants. Sa mère est décédée en 2004 ; elle n'a jamais connu son père, ses parents s'étant séparés avant sa naissance. Sa mère s'est remariée et le beau-père de Mme est décédé quand elle avait 12 ans. Son histoire est marquée par des événements difficiles qu'elle évoque avec émotion : une sœur aînée décédée d'un cancer du sein il y a 15 ans, un de ses frères décédé d'un cancer en 2007 et un autre de ses frères disparu il y a 15 ans. Elle a par ailleurs une sœur et un frère aînés. Mme est restée célibataire depuis le divorce.

Mr est l'aîné de trois garçons. Son père est décédé il y a 22 ans. Il a vécu avec une amie de 2000 à 2007. Il se séparera de sa nouvelle amie en décembre 2009.

Prise en charge et évolution

Louis est un adolescent brun dont le regard est caché derrière des cheveux châtain mi-longs et bouclés. Il est souriant, de contact agréable, et m'explique sans réticence ses difficultés à aller à l'école. Il a été malade quelques jours avant la Toussaint et depuis les vacances, il est tellement angoissé qu'il ne peut plus y aller. C'est un bon élève, passionné de jeux vidéo. Il aime lire des bandes dessinées, des mangas. Il a pratiqué le hand-ball pendant deux ans mais a arrêté. Louis semble avoir peu d'amis, passant ses journées seul à la maison depuis la Toussaint.

On ne retrouve pas d'élément en faveur d'un syndrome dépressif à l'examen, ni d'idées suicidaires.

Lors du premier entretien médical, il est accompagné de sa mère. Mme semble triste et anxieuse. Elle explique d'emblée que son fils est « trop gentil » et qu'il a du mal à s'affirmer. Louis acquiesce et formule son envie de faire plaisir à ses deux parents. Il semble ne pas pouvoir manifester d'agressivité.

La grossesse a été marquée par un alitement à 6 mois de grossesse mais l'accouchement s'est déroulé sans problème. Louis est décrit comme un enfant « couvé » à la fois par elle et par sa fratrie. Le couple s'est séparé quand Louis a « 3 ans et 11 mois. » Mme décrit dans ce premier rendez-vous ses relations avec son mari comme cordiales, mais j'apprendrai lors des entretiens suivants qu'elles sont en fait tendues.

Mme évoque son histoire avec émotion. Elle semble déprimée et se dit irritable. Louis semble essayer de la soutenir et de la protéger. D'ailleurs, cette dernière dira qu'ils ont toujours eu des difficultés à se séparer. On retrouvera effectivement des éléments évocateurs d'angoisses de séparation chez Louis, comme la peur qu'il arrive un accident à sa maman. De plus, il est insécurisé lorsqu'il est seul à la maison, ayant notamment la peur d'être cambriolé.

Une prise en charge groupale en CATTP est proposée (groupe de 6 adolescents de 12-15 ans) afin de lui permettre de sortir de son isolement relationnel, et de reprendre confiance en lui. Nous fixons également un rendez-vous en présence de son père. Je conseille à Mme de prendre contact avec le médecin scolaire.

Le CATTP

Louis n'assistera qu'à cinq séances sur le cycle de dix. Celles-ci se dérouleront de janvier à mars 2009. Lorsqu'il est présent, Louis manifeste du plaisir à être avec ses pairs et parvient à trouver une place. La plupart de ses absences ne sont pas excusées, ni expliquées. De manière déconcertante, il assure à chaque fois qu'il viendra la fois suivante.

Parallèlement, Louis se dira rapidement prêt à retourner progressivement en cours. Le contact avec le médecin scolaire permettra la reprise de quelques heures par semaine jusqu'aux vacances de février. Il pourra y aller seul et sans difficultés. A la maison, sa mère le trouve plus gai, plus détendu.

Cette légère amélioration sera de courte durée puisqu'à la rentrée des vacances de février, Louis ne peut pas continuer sa progression, ce qui le rend triste.

Jusqu'au mois de mai, je reçois les parents de Louis lors d'entretiens différents. Par la suite, ils seront présents tous les deux avec leur fils.

Les entretiens avec Louis et sa mère permettent d'évoquer leurs relations réciproques de dépendance. Mme dira qu'elle fait des efforts pour « lâcher » son fils, expliquant qu'elle a toujours beaucoup protégé ses enfants, en particulier Louis, le dernier de la fratrie. Elle fait aussi l'hypothèse qu'elle n'a pas laissé assez de place à son père.

Lors de la rencontre avec le père de Louis, celui-ci exprime son impuissance par rapport à la situation. Il dit ne pas comprendre ce qui se passe. Mr trouve que depuis quelques années, il est devenu « le bon copain » de son fils, ce qu'il semble regretter. De plus, il n'a pas connu ce type de relations avec ses deux autres fils. Selon lui, Louis est très proche de sa mère et lui fait peu de confidences. Il ajoute que Louis a dormi avec sa mère jusqu'à ses six ans. Mr regrette que son fils s'isole de ses copains.

Concernant la séparation du couple, Mr explique que c'est son ex-femme qui a décidé de partir et que la séparation a été très difficile pour lui.

Nous proposons au père d'accompagner son fils à l'école afin de trianguler une relation de dépendance mère-fils renforcée par le symptôme « refus scolaire anxieux ». Lors d'un entretien ultérieur avec Louis et sa maman, celle-ci me dira combien la proposition d'accompagnement de Louis par son père a été difficile à entendre. En effet, selon elle, Mr s'est peu occupé de ses enfants. Les relations entre les parents de Louis, qui m'avaient été présentées comme « cordiales » dans un premier temps, sont en fait assez tendues. On sent beaucoup d'agressivité chez Mme concernant son ex-mari. Dès lors, la proposition d'accompagnement par le père a favorisé un conflit de loyauté pour Louis, qui ne pouvait satisfaire à la fois l'un et l'autre de ses parents.

Afin d'intensifier la prise en charge et devant le peu d'accroche de Louis en CATTP, nous proposons un accueil sur l'hôpital de jour à partir d'avril 2009.

L'hospitalisation de jour

Louis s'y montre discret mais participatif. Il accepte les activités et se détend progressivement. Néanmoins, la relation aux soignants ne lui permet pas encore de vraiment parler de lui.

Des cours y sont mis en place à raison de 3 heures par semaine en mathématiques, français et anglais. Louis ne montre aucune difficulté pour se mettre au travail.

Des cours individuels seront ensuite mis en place au collège dans le cadre d'un APAD (accompagnement pédagogique à domicile). Fin juin, Louis retourne au collège 9 heures par semaine.

Le premier entretien associant Louis et ses parents, ensemble, a lieu en mai. On note peu de communication entre eux. Chacun exprime son vécu de culpabilité par rapport au symptôme de leur fils. Mr exprime son regret de ne pas avoir été assez présent pour son fils au moment de la séparation. Il remarque également que Louis ne laisse pas d'affaire chez lui lorsqu'il vient en week-end et qu'il appelle régulièrement sa mère. Il pense que son fils ne se sent pas bien à son domicile. Mme dit s'être sentie coupable dans un premier temps mais ce n'est plus le cas. Seul le père semble s'inquiéter du peu de relations sociales de son fils.

Pendant les vacances d'été, Louis est détendu. Il ne semble pas appréhender la rentrée scolaire. Compte tenu de son absentéisme, il redouble sa 4^{ème} mais cela ne lui pose pas problème. Sa mère, en revanche, demeure inquiète.

La rentrée de septembre est marquée par la persistance de difficultés de Louis à rester plus de trois matinées par semaine en classe. Les manifestations anxieuses se produisent le midi, chez lui, avant de retourner au collège. Nous renforçons par ailleurs les temps à l'HDJ en associant des prises en charge trois après-midis par semaine, des repas sur l'hôpital et des accompagnements scolaires par l'infirmier référent et l'éducatrice.

En entretien, Louis s'interroge sur les origines de ses angoisses qui lui paraissent moins intenses que l'année dernière.

Les parents de Louis ne lui parlent plus de ses difficultés à aller au collège. Mr dit avoir essayé la contrainte mais cela n'a pas fonctionné. Mme se sent plus détendue de ne plus avoir à en parler et semble s'appuyer sur l'équipe de l'hôpital de jour qu'elle sait solliciter au besoin. Le père de Louis a le sentiment que son fils n'avance pas à la différence de sa mère, confiante. Louis, de son côté, tient un discours positif sur son évolution.

A l'hôpital de jour, les échanges entre Louis et l'équipe soignante sont de plus en plus riches. Il évoque, non sans une certaine admiration, le métier de journaliste de son père. Par ailleurs, il décide de reprendre le hand-ball en club.

Les tensions dans le couple seront particulièrement perceptibles lors d'un entretien familial où la mère de Louis se montre agressive envers son ex-mari, lui reprochant son manque d'implications par rapport aux enfants. Le mode de relation institué entre les parents de Louis est tel que, quand Mme veut adresser un message à son ex-mari, elle regarde son fils. Mr ne répondra pas aux attaques de son ex-femme pendant cet entretien. Lors de ce rendez-vous, Louis sera clairement l'enjeu du conflit de couple. Mme exprimera à son fils qu'elle ne l'emmènera pas au hand-ball, tout en lui disant que « ce n'est pas contre lui » et émettra des doutes sur la proposition de Mr d'accompagner son fils en cours le mercredi.

Dans un entretien ultérieur, elle pourra exprimer sa colère contre son ex-mari, peu disponible pour leur fille aînée. Louis peut alors lui reprocher de disqualifier son père devant lui, ce qu'elle semble entendre et comprendre. Mme proposera à son fils de dormir chez son père le mardi soir afin que Mr accompagne son fils en cours le mercredi matin. Cela permettra à Louis de retourner en cours ce jour. Depuis les vacances, il lui dit qu'il est « grand », tentant visiblement de se séparer.

Sur le plan de la scolarité, Louis retourne à l'école quasiment à temps plein. Les accompagnements et les repas sur l'HDJ sont encore nécessaires.

Louis a pu nouer de nouvelles relations au collège et il adopte un look plus « ado ». Il n'est plus le jeune garçon inhibé que j'avais rencontré un an auparavant.

Discussion

La problématique de la séparation semble centrale dans cette vignette clinique. Louis, dernier de la fratrie, est né peu de temps après des événements douloureux pour sa mère, à savoir des séparations brutales (décès d'une sœur, disparition d'un frère). Celle-ci semble avoir réagi sur un mode dépressif, susceptible de favoriser un attachement peu sûr entre la mère et le fils, à l'origine d'un lien anxieux et d'angoisses de séparation.

La séparation du couple parental est un moment repéré précisément par Louis (« j'avais 3 ans et 11 mois »), ce qui fait évoquer sa nature « traumatique ». Louis, dernier de la fratrie, a

bien une place particulière, et a probablement eu une fonction « antidépressive » pour sa mère, dormant avec elle jusqu'à ses 6 ans. Dans ce contexte, tout désir d'autonomie de l'adolescent est culpabilisant.

La dynamique familiale est caractérisée par une mère dépressive, un père peu présent dans le discours maternel, ne vivant plus au domicile familial, et auquel Louis ne s'identifie pas. De plus, la mère se pose en rivale du père : elle ne supporte pas, par exemple, qu'il propose de l'accompagner en cours, expliquant qu'elle ne voit pas pourquoi il y arriverait mieux qu'elle. Le père ne semble pas s'autoriser à s'interposer dans cette relation d'hyperdépendance mère-fils. Les difficultés d'identification au père associées empêchent de contrebalancer l'emprise de la relation maternelle. Néanmoins, la mère de Louis s'interroge sur son propre fonctionnement au fil des entretiens, tenant un discours moins disqualifiant à l'encontre de son ex-mari.

Sur ce terrain fragile, l'adolescence vient réactiver des angoisses de séparation et entraîne Louis dans une véritable impasse développementale. Comme le souligne Jeammet, la séparation n'est alors plus synonyme d'autonomisation mais de perte chez les adolescents ayant des assises narcissiques fragiles et en difficultés dans leurs identifications : « perte des objets investis mais aussi perte de l'autonomie du Moi qui voit ses assises ou ses repères identificatoires menacés en même temps que ses objets, et qui de plus est confronté à la perception de sa dépendance à l'égard de ses objets » [32].

Au bout de plusieurs mois de prise en charge, les identifications à son père deviennent possibles, Louis souhaitant devenir journaliste comme lui. Il se permet aussi d'agresser sa mère a minima, lui reprochant son discours disqualifiant à l'égard du père. Il s'aménage ainsi un nouvel équilibre.

Parallèlement à la reprise scolaire, Louis s'inscrit à nouveau dans un groupe d'amis, et, plus autonome, s'autorise à devenir adolescent.

Conclusion

Les adolescents souffrant de refus scolaire anxieux semblent se trouver dans une impasse développementale. Ce symptôme inquiète souvent rapidement la famille et le milieu scolaire, permettant ainsi une première évaluation médicale et une prise en charge adaptée, qui ne doit pas se focaliser sur la seule reprise scolaire.

Actuellement, on différencie les refus scolaires anxieux en lien avec une angoisse de séparation et les refus scolaires anxieux en lien avec la problématique de l'adolescence, mais il existe également des formes mixtes caractérisées par des angoisses de séparation réactivées par le travail psychique de l'adolescence.

Témoignant d'assises narcissiques particulièrement fragiles, le refus scolaire anxieux à l'adolescence est d'ailleurs considéré par certains auteurs comme une pathologie du narcissisme. Pour d'autres, toute phobie scolaire est une phobie du penser. En effet, ce trouble n'est pas sans lien avec l'émergence de la pensée formelle à cette période de la vie, impliquant une réflexion sur soi, et la capacité à se séparer. Les personnalités sous-jacentes semblent variées et il est difficile d'évoquer une structure commune à ces patients. En tout cas, ce symptôme nous semble toujours inquiétant et nécessite une prise en charge rapide, la durée de la déscolarisation constituant un facteur pronostique négatif.

Dans le service où nous travaillons, nous avons choisi d'axer nos soins autour de l'hospitalisation de jour. Celle-ci permet de dégager l'adolescent et ses parents d'une relation exclusivement centrée sur l'injonction à aller à l'école, dont on sait qu'elle ne fait que renforcer une dépendance dont l'adolescent essaie paradoxalement de se dégager. Les relations aux pairs et les médiations lui servent d'appui, permettant une restauration narcissique progressive. Les médiations avec l'infirmier référent, les temps avec l'éducatrice, ainsi que les entretiens avec la psychologue et le psychiatre sont autant d'espaces différents offerts à l'adolescent. Bien sûr, le travail avec les familles est fondamental et permet de remettre le refus scolaire anxieux en perspective d'une histoire familiale singulière, où les questions de séparation sont souvent présentes. Les liens avec le milieu scolaire sont également indispensables et nous permettent d'organiser, concrètement, une reprise généralement progressive de la scolarisation. La prise en charge est donc multidisciplinaire.

Le symptôme de ces jeunes patients vient nous signifier leur incapacité à négocier le travail psychique inhérent et indispensable à l'adolescence. Finalement, les soins visent à leur permettre une reprise de leur développement psychique et de leur capacité à penser, sans perdre l'objectif, nécessaire mais insuffisant, de la rescolarisation.

Bibliographie

1. AJURIAGUERRA J. DE. Manuel de psychiatrie de l'enfant (1974). 2^{ème} édition, Paris, Masson, 1980.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, DSM-IV-TR. Washington DC, 2000, 943 p.
3. BAILLY D., LAMBIN I., GARZON G. L'angoisse de séparation : données épidémiologiques et problèmes théoriques. Neuropsychiatrie de l'Enfance 1994 ; 42 (8-9) : 374-384.
4. BERG I., BUTLER A., HALL G. The outcome of adolescent school phobia. British Journal of Psychiatry 1976 ; 128 : 80-85.
5. BIRRAUX A. Eloge de la phobie. Le fil rouge, PUF, 1994, 255 p.
6. BIRRAUX A. Refus scolaire et difficultés d'apprentissage à l'adolescence. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-216-D-10, 1999, 4 p.
7. BOWLBY J. Attachement et perte. 1^{ère} édition, PUF, Paris, 1978.
8. BROADWIN I.T. A contribution to the study of truancy. American Journal of Orthopsychiatry 1932; 2 : 253-259.
9. CATHELIN N. Quand penser devient douloureux. Intérêt du travail thérapeutique de groupe en institution et avec médiateur dans la pathologie du jeune adolescent. La psychiatrie de l'enfant 2001 ; 44(1) : 169-210.
10. CATHELIN N. Phobie scolaire ou refus anxieux scolaire. In : Psychopathologie de la scolarité. 2^{ème} édition, Masson, 2007, 234-241.
11. COOLIDGE J.C., BRODIE R.D., FEENEY B. A ten year follow up study of sixty-six school phobia children. American Journal of Orthopsychiatry 1964 ; 34, 4 : 675-684.
12. CORDIE A. Du refus scolaire anxieux au surinvestissement du savoir. Enfances et psy 2001 ; 17 : 105-110.
13. DELAROCHE P. Le prix de l'absence. In HUERRE P. et al. L'absentéisme scolaire : du normal au pathologique. Paris, Hachette, 2006, p. 27-38.
14. DIATKINE R., VALENTIN E. Les phobies de l'enfant et quelques autres formes d'anxiété infantile (1985). In Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (2^{ème} édition), Paris, PUF, 2004 : 1105-1130.

15. DUGAS M., GUERIOD C. Les phobies scolaires : étude clinique et psychopathologique. *La psychiatrie de l'enfant* 1977 ; 20 : 307-382.
16. ESTES H.R., HAYLETT C., JOHNSON A.M. Separation anxiety. *Am J Psychother* 1956 ; 10 : 682-695.
17. FLAVIGNY C. La phobie dite scolaire. *Adolescence* 1990 ; 2(7) : 25-43.
18. FONTAINE P.J. Les « phobies » scolaires. *Thérapie familiale* 1985 ; vol. 6 n°3 : 225-230.
19. FOUILLET M., MASSE G. Partenariat médecine scolaire-secteur psychiatrique au service des adolescents. *Nervure* Septembre 2002 ; Tome XV, 6 : 36-40.
20. FREUD S. Trois essais sur la théorie sexuelle (1905). Folio, 2005, 211 p.
21. FREUD S. Le petit Hans (1909). In *Cinq psychanalyses*. Paris, PUF, 1975, p. 93-198.
22. FREUD S. Pour introduire le narcissisme (1914). Paris, PUF, 1965.
23. FREUD S. Inhibition, symptôme et angoisse (1926). 2^{ème} éd., PUF, Paris, 1968.
24. 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 de Médecine, Poitiers, 1993.
25. GASPARD J.L., BRANDIBAS G., FOURASTE R. Refus de l'école : les stratégies thérapeutiques en médecine générale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2007 ; 55 : 367-373.
26. GITTELMAN-KLEIN R. Is panic disorder associated with childhood separation anxiety ? *Clin Neuropharmacol* 1995 ; 18 (supplement 2) : 7-14.
27. GORIN V., MARCELLI D., INGRAND P. Angoisse de séparation : étude épidémiologique sur 1206 enfants entre 2 et 7 ans. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 1996, 44 : 411-422.
28. HERSOV L. Le refus d'aller à l'école. Une vue d'ensemble. In Chiland C., Young J.G., editors. *Le refus de l'école, un aperçu transculturel*. Paris, PUF 1990 : 13-45.
29. HEUYER G. Les enfants anormaux et délinquants. Paris : thèse de doctorat en médecine ; 1914.
30. HUERRE P. et al. L'absentéisme scolaire : du normal au pathologique. Paris, Hachette, 2006, 335 p.
31. JEAMMET P. Les destins de la dépendance à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 1990 ; 38 (4-5) : 190-199.
32. JEAMMET P. Les vicissitudes du travail de séparation à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 1994 ; 42 (8-9) : 395-402.

33. JEAMMET P., CORCOS M. Evolution des problématiques à l'adolescence. L'émergence de la dépendance et ses aménagements (2001). Nouvelle édition, Doin, 2005, 94 p.
34. JOHNSON A.M., FALSTEIN E.I., SZUREK S.A., SVENDSEN M. School phobia. Am J Orthopsychiatry 1941 ; 11 : 702-711.
35. KLEIN M. Essais de psychanalyse (1947). Payot, 2005, 452 p.
36. LAST C.G., FRANCIS G., HERSEN M., KAZDIN A.E., STRAUSS C.C. Separation anxiety and school phobia : a comparison using DSMIII criteria. American Journal of Psychotherapy 1987 ; 144(5) : 653-657.
37. LEOVICI S., LE NESTOUR A. A propos des phobies scolaires graves. La psychiatrie de l'enfant 1977 ; XX, 2 : 383-432.
38. LEOVICI S. Point de vue d'un psychanalyste sur les phobies scolaires. In Chiland C. et Young J.G. eds. Le refus de l'école, un aperçu transculturel. Paris, PUF 1990 : 47-59.
39. LE HEUZEY M.F., MOUREN M.C. Phobie scolaire. Comment aider les enfants et adolescents en mal d'école ? Editions J. Lyon, 2008, 148 p.
40. LIDA-PULIK H., COLIN B., BASQUIN M. La phobie scolaire à l'adolescence. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 1996 ; 44(5) : 211-214.
41. MAHLER M. (1975) La naissance psychologique de l'être humain. Paris, Payot, 1980.
42. MARCELLI D., BRACONNIER A. La scolarité à l'adolescence. In : Adolescence et psychopathologie. 6^{ème} édition, Masson, 2004, 449-479.
43. MISES R., QUEMADA N. Nouvelle classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, CFTMEA-R-2000. Paris, CTNERHI, PUF, 2002.
44. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, dixième révision (CIM-10). Masson, 1992.
45. PELISSOLO A. Epidémiologie et dépistage des phobies sociales. Nervure Septembre 2002 ; Tome XV, 6 : 21-23.
46. PIAGET J. La naissance de l'intelligence chez l'enfant (1936). 9^{ème} édition, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel-Paris, 1977, 370 p.
47. QUERE J.P. A propos du traitement institutionnel des phobies scolaires graves. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 1984 ; 32(12) : 611-622.
48. SPERLING M. School phobia : classification dynamic and treatment. Psychology Analytic School of Child 1967 ; 22 : 375-401.

49. SPITZ R.A. De la naissance à la parole. 6^{ème} édition, PUF, Paris, 1979.
50. SUDRES J.L., BRANDIBAS G., FOURASTE R. La phobie scolaire : symptôme, entité spécifique, syncrétisme ou syndrome d'inadaptation ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2004 ; 52 : 556-566.
51. VILA G., MOUREN-SIMEONI M.C. Angoisse de séparation développementale. *Devenir* 1992, 4 : 119-134.
52. WALDFOGEL S., COOLIDGE S.C., HAHN P.B. The development, meaning and management of school phobia. *Amer J of Orthopsychiat.* 1957 ; 27, 4 : 754-776.
53. WARNECKE R. School Phobia and its treatment. *British J. Med. Psychol.* 1964 : 37 ; 71-79.