

## **Le refus scolaire à l'adolescence : évaluation et intervention.**

Johanne Renaud M.D. M.Sc. FRCPC, pédopsychiatre et chercheur boursier des Instituts de recherche en santé du Canada et Ghislain Laurin infirmier, Centre hospitalier universitaire mère-enfant Sainte-Justine. Avec la collaboration de la Clinique spécialisée sur les troubles anxieux, CHU mère-enfant Sainte-Justine.

### **Introduction**

L'anxiété est une réponse adaptative à une situation de danger externe ou interne. En soi, l'anxiété n'est donc pas le reflet d'une pathologie. Toutefois, lorsque l'anxiété est synonyme d'un ensemble de symptômes révélant une perturbation de l'évaluation de la réponse à ce danger et altérant le fonctionnement global de l'enfant ou de l'adolescent, il s'agit alors d'un trouble anxieux, tel que défini selon la classification du 4<sup>ème</sup> Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV). Ainsi, l'appréciation de la valeur pathologique de l'anxiété évaluée (l'étendue de la réponse allant du normal au pathologique), constitue un grand dilemme pour le clinicien. Cette évaluation doit tenir compte de façon très sensible du niveau de développement cognitif et affectif propre de l'enfant ou de l'adolescent en question.

Environ 10% des enfants et des adolescents souffrent de troubles anxieux formels. C'est la catégorie diagnostique la plus fréquemment rencontrée chez les jeunes. Ces troubles entraînent des problèmes en termes de fonctionnement social, familial et scolaire. En l'absence de dépistage et de prise en charge, ces troubles se poursuivent souvent à l'âge adulte. Une faible estime de soi peut en résulter. Enfin, une forte

utilisation des services de santé est reliée aux troubles anxieux, tant chez les enfants et les adolescents, que chez les adultes.

### **Le refus scolaire, une question de définition.**

On définit le refus scolaire comme étant une difficulté majeure à aller à l'école rencontrée chez les enfants et les adolescents, associée à une détresse émotionnelle, le plus souvent de l'anxiété et de la tristesse (King et Bernstein, 2001).

Certains auteurs ont apporté la nuance concernant le refus scolaire comme étant une difficulté venant de l'enfant ou de l'adolescent, à aller à l'école certes, mais chez certains jeunes il peut aussi s'agir d'une difficulté à rester à l'école pour une journée entière (Kearney et Silverman, 1996). Ceci inclut donc les jeunes qui ne vont pas du tout à l'école, ceux qui s'y rendent mais qui quittent l'école pendant la journée, d'autres qui font des crises avant de partir pour l'école mais qui réussissent à s'y rendre. Enfin, certains jeunes vont ressentir une détresse marquée les jours d'école (anxiété, somatisations, etc.) et chercher à quitter l'école à l'aide de tout un éventail d'arguments.

Enfin, d'autres auteurs soulignent l'importance de déterminer si lorsque l'on parle de refus scolaire, on inclut les jeunes qui présentent des problèmes de comportement et qui font l'école buissonnière (par exemple, quitter l'école pour le plaisir de déroger aux règles et pour contester l'autorité).

Les études épidémiologiques réalisées dans l'ensemble de la population générale font état que le refus scolaire survient chez 5% des jeunes d'âge scolaire. On ajoute que ceci arrive plus fréquemment en région urbaine que rurale ou semi-urbaine. La fréquence est équivalente chez les filles et chez les garçons. Ceci peut survenir à tout moment pendant l'âge scolaire, bien que l'on observe un pic vers l'âge de 5-6 ans et de 10-11 ans. Une autre observation consiste à voir apparaître un refus scolaire dans les périodes de transition, soit à l'entrée à la maternelle, à l'entrée au secondaire pour les jeunes adolescents, ou lors d'un changement d'école ou de section d'école. Le statut socio-économique retrouvé est mixte, donc des jeunes provenant de tout milieu peuvent présenter un refus scolaire.

**Quels troubles psychiatriques retrouvent-on le plus souvent associés au refus scolaire, et quelle est la place des troubles anxieux?**

Selon les études et les définitions, si l'on regarde les jeunes présentant des difficultés à fréquenter l'école, environ 50% n'auront pas de trouble psychiatrique. Environ le tiers aura un trouble de type hyperactivité avec déficit d'attention, trouble oppositionnel, trouble des conduites, etc. Et enfin, environ 20% aura un trouble anxieux.

Parmi les troubles anxieux les plus souvent rencontrés associés au refus scolaire tel que défini au premier paragraphe, l'anxiété de séparation est retrouvée parmi 38% des jeunes, la phobie sociale chez 30% des jeunes et la phobie spécifique ou phobie simple chez 22% des jeunes. On peut aussi retrouver un trouble panique et des états de stress post-traumatiques, mais en proportion moindre.

Il est aussi important de se rappeler que l'anxiété de séparation apparaît plus jeune, soit plus souvent avant l'âge de 8 ans, alors que l'anxiété sociale ou la phobie de certains endroits liés à l'école vers l'âge de 12-13 ans.

L'anxiété de séparation consiste en une crainte qu'il arrive quelque chose de mauvais ou de dangereux à ses principales figures d'attachement (mère, père, etc.) lors des situations de séparation. Par exemple, l'adolescent peut craindre que sa mère meure ou ait un accident alors qu'il se trouve dans son cours. Il cherchera à quitter, à contacter son parent, à retourner à la maison. Ces peurs sont irréalistes mais ressenties avec détresse. Ainsi, le même jeune n'ira pas coucher chez des amis, préférera rester près de ses parents dans la maison, aura peur de mourir et d'être abandonné et n'aura surtout pas envie de se confier à d'autres de peur d'être ridiculisé.

D'autre part, la phobie sociale est présente lorsque la peur envahit l'adolescent et entrave ses capacités adaptatives. Cette peur est habituellement considérée comme excessive, persistante et gênante. La crainte d'agir de façon embarrassante ou humiliante est retrouvée (ou de montrer des symptômes anxieux). Ces peurs se manifestent lors de situations sociales (une ou plusieurs situations) durant lesquelles l'adolescent est en contact avec des gens non familiers ou encore des situations où l'adolescent peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui, comme lors des exposés oraux. L'exposition à la situation appréhendée provoque de façon quasi-systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique (crise d'anxiété) liée à la situation ou facilitée par celle-ci (avoir peur de rougir, de transpirer,

etc.). Les peurs concernent une gamme variée de situations sociales (par exemple, initier ou soutenir une conversation, se rendre à une danse ou à une réception, etc.).

La phobie spécifique ou phobie simple est une peur intense liée à l'exposition à un objet appréhendé. Les phobies les plus communes sont celles des araignées, des ascenseurs, des piqûres. Il arrive que certains adolescents développent des peurs de lieux scolaires : la cour de récréation, les corridors de l'école, etc. D'autres appréhenderont de prendre l'autobus, de ne pouvoir en sortir, de faire rire d'eux, d'étouffer.

**La comorbidité est très élevée** à l'intérieur même de la catégorie des troubles anxieux selon les critères du DSM-IV. Au cours de l'enfance et de l'adolescence, on retrouve dans les populations cliniques que près de 60% des jeunes présentent deux troubles anxieux à la fois et que 30% en présentent trois de façon concomitante. On retrouve aussi fréquemment associés au trouble anxieux la dépression majeure et l'abus de substances, dont l'alcool et le cannabis. Enfin, le trouble de l'hyperactivité serait associé à un trouble anxieux dans près de 20% des cas.

Comme dans toute problématique de santé mentale, on retrouvera souvent une histoire de refus scolaire ou de troubles anxieux chez les parents eux-mêmes pendant leur enfance ou adolescence, et même des troubles anxieux actuels dans leur vie d'adulte.

Peu importe le type de trouble anxieux, le tableau clinique habituel de ces troubles se manifeste généralement par une anxiété excessive, irréaliste et inappropriée au stade de développement du jeune. On note une détresse subjective, des symptômes cognitifs (inquiétude, dramatisation), physiologiques (tachycardie, céphalées, symptômes abdominaux) et moteurs (évitement, colère). Le tableau fluctue habituellement dans le temps, variant en intensité d'une journée à l'autre et est déclenché ou exacerbé par le stress (séparation, changements, etc.).

### **Modèle des fonctions du refus scolaire**

Kearney et Silverman (1990) ont élaboré un modèle portant sur les fonctions associées au refus scolaire. En résumé, ces profils démontrent les facteurs qui maintiennent le refus scolaire et en illustrent les variables à travailler ultérieurement. Ainsi, les troubles anxieux en général sont habituellement plus souvent associés à un comportement de refus scolaire renforcé négativement (l'évitement de la situation appréhendée soulage temporairement et renforce négativement), les troubles d'anxiété de séparation sont plus souvent associés à des comportements de recherche d'attention; les troubles oppositionnels et des conduites sont associés à plus de recherche de renforcements tangibles à l'extérieur de l'école.

**Le diagnostic différentiel** des troubles anxieux à l'adolescence consiste en différents troubles liés à une affection médicale, à l'utilisation de substances ou de médicaments pouvant causer des symptômes anxieux secondaires, à un trouble de l'humeur (dépression majeure, dysthymie), plus rarement la schizophrénie, la peur d'une

dysmorphie corporelle (préoccupation concernant un défaut imaginaire de l'apparence physique) ou les troubles envahissants du développement. Enfin, il faut prendre soin de différencier la phobie sociale du trac, de l'anxiété purement de performance et de la timidité. Il est souhaitable d'évaluer la symptomatologie en fonction de l'âge et du développement physique et psychologique de l'adolescent.

De plus, chez certains adolescents, un refus scolaire pourra faire suite aux différents troubles anxieux et autres troubles psychiatriques énumérés précédemment, en plus d'être associés à de réelles difficultés d'apprentissage, à des troubles d'apprentissage plus spécifiques concomitants, ou encore à une maladie physique ou autres. Dans ces situations, la motivation à reprendre une scolarisation régulière peut être atténuée.

### **Interventions et modalités thérapeutiques**

Généralement pour traiter les troubles anxieux liés au refus scolaire, l'équipe médicale et psychosociale doit savoir reconnaître, évaluer et faire un diagnostic différentiel approprié du trouble anxieux. Pour établir le diagnostic, il faut savoir reconnaître les stimuli ou les facteurs qui déclenchent la réaction d'anxiété ou de panique, les facteurs prédisposants ainsi que les facteurs qui contribuent à maintenir le trouble. Il faut arriver à répondre à la question: « ***De quoi l'adolescent a-t-il peur?*** »

Les principales modalités thérapeutiques reconnues empiriquement dans le traitement des troubles anxieux sont l'approche cognitive et/ou comportementale. Différentes techniques de relaxation sont combinées à ces approches.

Il est ***important d'inclure la famille dans le traitement, car elle peut constituer la pierre angulaire du traitement*** de l'adolescent. La fréquence de troubles anxieux chez les parents et la fratrie des jeunes présentant des troubles anxieux est élevée, et a des répercussions importantes sur la réussite du traitement.

Les composantes techniques incluent l'exposition aux situations anxiogènes ainsi que le modeling (apprentissage par l'exemple). Aussi, il existe des moyens psychoéducatifs utilisés en complémentarité avec des mises en situation concrètes dans le quotidien, des techniques de jeux de rôle. De même, on recommande la participation à des groupes thérapeutiques de jeunes présentant des difficultés de socialisation ou d'affirmation de soi. L'un des objectifs principaux du traitement est de ***rompre le cercle vicieux de l'évitement qui soulage temporairement l'anxiété à court terme, tout en aggravant la situation à moyen et long terme.***

Aussi, certains jeunes présentant un trouble anxieux sont porteurs de conflits internalisés qui pourraient faire l'objet d'une approche thérapeutique individuelle (par exemple, d'orientation psychodynamique).

Enfin, les interventions pharmacologiques sont d'une grande aide, le plus souvent en complémentarité aux interventions citées précédemment. Il est prudent de prendre note des différents signes et symptômes de manière détaillée avant l'instauration d'une



médication. Ceci permet d'éviter les pièges des symptômes liés après coup aux effets secondaires de la médication, et qui en fait, relèvent du trouble anxieux lui-même.

### **Refus scolaire et milieu scolaire**

Les grands principes énumérés ci-dessus dans l'intervention auprès des troubles anxieux, s'appliquent au refus scolaire lié à un ou plusieurs troubles anxieux. Il est primordial que les divers professionnels médicaux et psychosociaux forment une équipe avec les intervenants du milieu scolaire. La direction scolaire, les enseignants et les responsables du service de garde seront informés et impliqués auprès des jeunes, en relation selon les possibilités, avec les services de santé (infirmier, psychologue, travailleur social) et de psychoéducation (psychoéducateur, technicien en éducation spécialisée ou éducateur). Les parents seront également partie prenante de l'intervention. L'idée générale étant de favoriser une intégration complète du jeune à son milieu scolaire, académique et social.

### **Complications et conséquences à plus long terme**

Dans le contexte où les troubles anxieux liés au refus scolaire peuvent se chroniciser, ou encore que l'adolescent peut développer un autre trouble, comme la dépression majeure ou l'abus de substances, le traitement devra tenir compte de la complexité du tableau clinique et privilégier ***un plan de traitement séquentiel où chaque étape sera planifiée selon des objectifs réalistes et prioritaires***. Dans le refus scolaire, les dangers demeurent le décrochage scolaire dans les situations les plus problématiques,

une sous performance par rapport aux capacités réelles du jeune et des difficultés à se classer pour la formation et l'orientation de carrière désirées.

### **Conclusion**

Après avoir fait une collecte des informations permettant une évaluation complète, incluant les facteurs qui contribuent à maintenir les difficultés, il est possible d'intervenir en première ligne auprès des jeunes et de leur famille. L'accès à une consultation pédopsychiatrique afin de s'assurer ou encore de valider le plan de traitement peut s'avérer nécessaire dans certaines présentations cliniques plus complexes ou ne répondant pas de façon optimale au traitement mis en place. L'utilisation des informations amassées lors de la première étape d'intervention s'avère alors très précieuse et facilite le travail de collaboration par la suite.

## Références

School Refusal in Children and Adolescents : A Review of the past 10 years.

King NJ, Bernstein CA. Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry, 2001, Feb. 40 (2): 197-205.

Child and adolescent Psychopharmacology

Kutcher S.P., W.B. Saunders Company 1997; 509 p.

Peur pas peur... on y va! Consensus sur les troubles anxieux: aspects cliniques et organisationnels. Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre  
Septembre 2001; 54 p.

Ladouceur, Marchand, Boisvert, : Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale. Gaetan morin éd. Montréal, 1999 , 213 p.