

UNIVERSITE DE STRASBOURG  
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 71

THESE  
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE  
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Mention D.E.S. Psychiatrie

Présentée et soutenue par

DUSSARD Elisa

Née le 17 octobre 1992 à Strasbourg

**Intérêt d'une intervention thérapeutique basée sur la pleine conscience chez  
des adolescents avec refus scolaire anxieux**

***Etude pilote***

Président de thèse : Pr Gilles Bertschy

Directeur de thèse : Pr Carmen Schröder



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- Doyens honoraires : (1976-1983)** M. DORNER Marc
- (1983-1989)** M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994)** M. VINCENDON Guy
- (1994-2001)** M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11)** M. LUDÉS Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)**  
**Directeur général :**  
**M. GAUTIER Christophe**



**A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE**

MANDEL Jean-Louis      Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

**A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)**

BAHRAM Séiamak      Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
DOLLFUS Hélène      Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

**A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)**

PO214

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles P0013	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> : Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matfhieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01	<b>Hématologie</b> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	<b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01	<b>Anatomie</b>
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02	<b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	<b>Pneumologie</b> ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUDER Philippe P0142	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS  CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

---

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--------------------------------------------------	--------------------------------------------------

---

---

#### A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

---

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

---

**MO128 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)**

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112 (En disponibilité)		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03	<b>Pharmacologie fondamentale</b> ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	<b>Physiologie</b>
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02	Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	<b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	<b>Bactériologie-virologie</b> Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0106 (En disponibilité)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	<b>Génétique</b>
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)



NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFÄFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02	Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01	<b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01	<b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	<b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02	Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHA Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03	Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--------------------------------------------------------	-------	------------------------------

## C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

### C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

### C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

### C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELMÉ Anne-Elisabeth		Médecine générale

## D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

### D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Dr DELPLANCQ Hervé	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SAMU-SMUR</li> </ul>
Dr GARBIN Olivier	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim</li> </ul>
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Pharmacie-pharmacologie</li> <li>- Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gériatrie</li> <li>- Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau</li> </ul>
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim</li> </ul>
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gériatrie</li> <li>- Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau</li> </ul>
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Santé Publique et Santé au travail</li> <li>- Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil</li> </ul>
Dr REY David	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP</li> </ul>
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire</li> <li>- Service de Maladies vasculaires et Hypertension</li> <li>- Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison</li> <li>- Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>

---

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
  - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
  - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
  - BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
  - CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
  - MULLER André (Thérapeutique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
  - Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
  - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
  - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
  - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
  - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
  - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

---

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc      CNU-31      IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

---

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(\* 4 années au maximum)

---

**G1 - PROFESSEURS HONORAIRES**

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAUMANN René (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.10	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Medecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DUCLOS Bernard (Hépto-Gastro-Hépatologie) / 01.09.19	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

**Légende des adresses :**

**FAC** : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :**

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss"** - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU  
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ  
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

## ***SERMENT D'HIPPOCRATE***

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verrons pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

## Remerciements

**À Madame le Professeur Carmen Schröder**, Directrice de Thèse, merci pour la bienveillance dont vous avez fait preuve en m'accompagnant dans ce travail et plus largement au cours de ma formation. Veuillez recevoir ici ma plus grande reconnaissance. Vous êtes pour moi un exemple.

**À Monsieur le Professeur Gilles Bertschy**, Président du Jury, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci de l'intérêt que vous portez à mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de ma sincère considération pour votre savoir.

**À Monsieur le Professeur Fabrice Berna**, votre savoir est un exemple pour nous tous. Veuillez trouver l'expression de ma reconnaissance en acceptant de participer à ce jury.

**À Madame le Docteur Julie Rolling**, merci Julie pour la confiance que tu m'accordes, tes qualités humaines et professionnelles sont pour moi un exemple.

**À Isabelle Frey**, ces quelques mots ne suffiront pas à te remercier Isabelle. Avec toi, tout a été possible. J'ai appris à tes côtés le cœur de notre métier : l'humanité.

Merci mon amie.

À mes deux parents, pour votre soutien et votre amour inconditionnels, je vous dois tout.

À ma mamie et ma marraine, pour votre douceur, votre amour et votre bienveillance.

À mon papi et ma grand-mère, votre fierté en ce jour n'aurait probablement d'égale que le manque laissé par votre absence.

À mon petit frère, mon beau père et tous les Chevaliers, à la famille que nous sommes.

À mon oncle et à mes cousins, pour ces moments d'évasion au Mont-Jean.

À toute ma famille, à Nathalie.

Aux vénérables membres du BBC, j'ai appris à vos côtés que l'amitié et le rire sont le ciment d'une vie heureuse.

À Paula et Cécile pour leur si fidèle et riche amitié.

À Mathilde, Lucie et Perrine, pour tous ces moments de joie que nous avons passés et qu'il nous reste encore à partager ensemble.

À mes amis Strasbourgeois, Valentin, Charlie, Julie, Baptiste, Hélène, Basile, Léa et Vincent.

À tous mes amis et co-internes, Camille, Pauline, Alexandre, François, Katherine, Léa, Estelle et tant d'autres.

À la promotion des « sacrifiés ».

À Ève pour les statistiques.

À tous les médecins et à toutes les équipes soignantes auprès de qui j'ai eu l'honneur d'apprendre ce métier.

Aux patients.

À Aria, pour ces heures durant à ronronner à mes côtés.

À **Éric**, l'amour de ma vie.



I.	Introduction	23
A.	Le refus scolaire anxieux	24
1.	Définition et contexte historique	24
2.	Processus impliqués dans le RSA	30
3.	Stratégies de prise en charge du RSA	35
B.	Interventions basées sur la pleine conscience chez l'enfant et l'adolescent	39
1.	Définition et concept de pleine conscience	39
2.	Développement et intérêt des ITBPC chez l'enfant et l'adolescent	45
C.	Hypothèse de travail dans le cadre de cette thèse	58
D.	Objectifs de l'étude pilote réalisée dans le cadre de cette thèse	59
II.	Matériel et Méthode	60
A.	Population d'étude	60
B.	Méthodologie	61
1.	Design de l'étude	61
2.	Le programme START'UP	63
3.	Recueil des données	67
C.	Questionnaires	68
1.	L'acceptabilité du programme	69
2.	Le refus scolaire anxieux	70
3.	Les comorbidités psychiatriques :	71
4.	La symptomatologie dépressive	71
5.	La symptomatologie anxieuse	72
6.	Le sommeil et ses troubles	73
7.	L'évitement expérientiel	74
8.	La régulation émotionnelle	75
9.	La pleine conscience :	76
10.	L'impact du refus scolaire anxieux sur la dynamique familiale	76
D.	Analyse statistique :	77
III.	Résultats	78
A.	Population de l'étude	78
B.	L'acceptabilité du programme	78
1.	Entretien de mi-programme	78
2.	Entretien de fin de programme	79
C.	Refus scolaire anxieux (RSA)	84
1.	Résultats qualitatifs	84
2.	Résultats quantitatifs	85

D.	Les comorbidités psychiatriques	86
E.	La symptomatologie dépressive	88
1.	ADRS clinicien, hétéro-questionnaire	88
2.	ADRS patient, auto-questionnaire	88
F.	La symptomatologie anxieuse	90
1.	L'échelle « <i>Hamilton Anxiety Scale</i> » (HAS), hétéro-questionnaire	90
2.	L'échelle « <i>Multidimensional Anxiety Scale for Children</i> » (MASC), auto-questionnaire	92
G.	Le sommeil et ses troubles	93
1.	L'index de sévérité de l'insomnie (ISI)	93
2.	L'index de qualité de sommeil de Pittsburg (PSQI)	94
H.	L'évitement expérientiel	94
I.	Stratégies de régulation émotionnelle	96
J.	La pleine conscience	97
K.	Hétéro-questionnaires parents	97
1.	La dynamique familiale	97
2.	Ressenti des parents sur RSA	98
IV.	Discussion	99
A.	Faisabilité du programme	99
•	Analyse de l'exception : le cas d'Antoine, une déscolarisation prolongée	100
B.	Acceptabilité du programme	102
•	Cas de la comorbidité traumatique	102
C.	Le refus scolaire	106
1.	Résultats qualitatifs	106
2.	Résultats quantitatifs	108
D.	Les comorbidités psychiatriques	109
E.	La symptomatologie dépressive	110
F.	La symptomatologie anxieuse	112
G.	Le sommeil et ses troubles	113
H.	L'évitement expérientiel	114
I.	La régulation émotionnelle	115
J.	La pleine conscience	116
K.	Hétéro-questionnaires parents	117
L.	Limites de notre étude pilote	118
M.	Perspectives	119
V.	Conclusion :	120

VI. Bibliographie	123
VII. Annexes	129

## Liste des abréviations

ACT :	Acceptance and Commitment Therapy
ADRS :	Adolescent Depression Rating Scale
CAMPA :	Centre d'Accueil Médico-Psychologique pour Adolescents
CFTMEA-R :	Classification Française Revisitée des troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
CIM-10 :	10 <sup>e</sup> Révision de la Classification Internationale des Maladies
CIM-11 :	11 <sup>e</sup> Révision de la Classification Internationale des Maladie
DBT :	Dialectical Behavior Therapy
DSM-5 :	Cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
DSM-IV :	Quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EDC :	Episode dépressif caractérisé
ERC :	Essai randomisé contrôlé
ESPT :	État de stress post traumatique
HAS :	Hamilton Anxiety Scale
ISI :	Index de Sévérité de l'Insomnie
ISRS :	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
ITBPC :	Intervention thérapeutiques basée sur la pleine conscience
MASC :	Multidimensional Anxiety Scale for Children
MBCT :	Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MBSR :	Mindfulness-Based Stress Reduction
MINI-Kid :	Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents
PAI :	Plan d'Accueil Individualisé
PC :	Pleine conscience
RSA :	Refus Scolaire Anxieux
SAPAD :	Service d'Aide Pédagogique À Domicile
SRAS :	School Refusal Assessment Scale
TDAH :	Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité

## Liste des tableaux

<u>Tableau 1</u> : Exemple de programmes d'ITBPC pour enfants et adolescents	48
<u>Tableau 2</u> : contenu des séances du programme « START'UP »	65
<u>Tableau 3</u> : Comparaison des moyennes des scores obtenus à la SRAS en T1 et T2	85
<u>Tableau 4</u> : Comparaison des moyennes des scores obtenus à l'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI) en T1 et T2	93
<u>Tableau 5</u> : Comparaison des moyennes des sous-scores obtenus au PSQI au temps T1 et T2.	94
<u>Tableau 6</u> : Comparaison des moyennes des scores obtenus à la CERQ, stratégie de régulation émotionnelle non adaptative	96
<u>Tableau 7</u> : Comparaison des moyennes des scores obtenus à la CERQ, stratégie de régulation émotionnelle adaptatives.	96
<u>Tableau 8</u> : Comparaison des moyennes des scores obtenus à la CAMM.	97
<u>Tableau 9</u> : Moyennes des scores obtenus à l'hétéro-questionnaire parents aux temps T1 et T2	98
<u>Tableau 10</u> : Moyennes des scores obtenus à l'hétéro-questionnaire parents en T1 et T2	98
<u>Tableau 11</u> : Mécanismes d'action hypothétiques des ITBPC sur les symptômes de stress post-traumatique d'après revue de la littérature de Boyd et al.	104

## Liste des figures

<u>Figure 1</u> : Processus psychologiques de la pleine conscience d'après Sandrine Deplus.	44
<u>Figure 2</u> : Design de l'étude et diagramme de flux	62
<u>Figure 3</u> : Modalité de la déscolarisation par nombre de patients en T1 et T2.	84
<u>Figure 4</u> : Scores obtenus à l'échelle « <i>School Refusal Assessment Scale</i> » en T1, par patient	85
<u>Figure 5</u> : Nombre de patients par diagnostic selon la MINI-KID version enfants et version parents aux temps T1 et T2.	87
<u>Figure 6</u> : Score à l'échelle ADRS hétéro-questionnaire par patient	89
<u>Figure 7</u> : Moyenne et écart-type des scores de l'échelle HAS en Hétéro-questionnaire.	91
<u>Figure 8</u> : Score à l'échelles HAS en T1 et en T2 par patient	91
<u>Figure 9</u> : Moyenne et écart type des sous-catégories « symptômes physiques » et « anxiété de séparation » de la MASC en auto-questionnaire.	92
<u>Figure 10</u> : Scores obtenus à l'ISI en T1 et T2 par patient	93
<u>Figure 11</u> : Moyenne et écart-type des scores de l'AFQY en Auto-questionnaire.	95
<u>Figure 12</u> : Scores d'évitement expérientiels mesuré pas l'AFQY par patient au temps T1 et T2.	95
<u>Figure 13</u> : Réponses des parents de chaque patient à l'hétéro questionnaire aux temps T1 et T2.	97
<u>Figure 14</u> : Réponses des parents de chaque patient à l'hétéro questionnaire aux temps T1 et T2	98

## I. Introduction

Ce travail de thèse est né au carrefour de trois rencontres : la pleine conscience, la pédopsychiatrie et mon amie Isabelle.

J'ai entendu parler de la pleine conscience en commençant mes études de psychiatrie. Après avoir expérimenté cet état d'être pour moi-même, j'ai eu envie d'en imprégner ma pratique clinique naissante.

C'est à ce moment que j'ai commencé mon stage de pédopsychiatrie, discipline vers laquelle j'étais attirée depuis longtemps. Mon intérêt pour la pleine conscience me dirigea vers Isabelle Frey, psychologue du service formée à cette technique. Cette rencontre fut décisive, Isabelle m'a écoutée, conseillée et appris. Au décours de nos discussions, le projet START'UP est né – nous souhaitons créer un programme de pleine conscience pour des adolescents avec refus scolaire anxieux.

Motivée par cette idée, j'ai suivi une formation auprès de l'équipe Belge du Pr Philippot à Louvain-la-Neuve. En parallèle, nous avons obtenu un précieux soutien institutionnel du service de pédopsychiatrie, et nous avons commencé.

Cette thèse présente notre travail.

## A. Le refus scolaire anxieux

### 1. Définition et contexte historique

#### a) *De l'absentéisme au refus scolaire*

En France, la loi « Jules Ferry » du 16 juin 1881 rend l'instruction gratuite, laïque et obligatoire, à partir de la classe du CP. Récemment, le 28 juillet 2019, le gouvernement d'Emmanuel Macron abaisse l'âge de l'instruction obligatoire à 3 ans.

De pair avec l'apparition de l'école obligatoire émerge le concept d'absentéisme scolaire. C'est d'ailleurs en étudiant ce phénomène que pour la première fois en 1932, Broadwin (1), dans son article intitulé « une contribution à l'étude de l'absentéisme », fait la distinction entre des enfants qui ne vont pas à l'école en faveur d'activités extérieures plus ludiques (« *truancy* », école buissonnière) et des enfants absents par peur de quitter leur domicile et, plus particulièrement, leur mère.

Le terme de « phobie scolaire » est énoncé pour la première fois en 1941 par Adélaïde Johnson et al. (2). Elle distingue elle aussi le trouble psychique de la « délinquance », que l'on peut rapprocher du « *truancy* » de Broadwin, par le fait que l'enfant éprouve une angoisse, une souffrance. Elle décrit également « des relations de dépendance précoces mal résolues entre la mère et son enfant ».

En 1957, Johnson revient ensuite sur le terme de phobie scolaire qu'elle qualifie même d'impropre et préfère parler d'anxiété de séparation qui, pour elle, est l'étiologie principale du trouble, et non une phobie d'objet spécifique.



D'après Catheline (3), Warren et Hersov sont les deux premiers auteurs à réfuter l'appellation « phobie scolaire » lui préférant le terme de « refus scolaire anxieux » (RSA) afin d'insister sur les « liens pathologiques d'angoisse [...] dans un contexte plus global de dysfonctionnement familial ».

À partir des années 1990, le terme de « *school refusal* » ou refus scolaire émerge dans le but de considérer la pluralité des processus psychologiques impliqués.

La définition proposée par Ajuriaguerra en 1974 (4), reste une référence : « Il s'agit d'enfants ou d'adolescents qui, pour des raisons irrationnelles, refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer[...]. Le phobique scolaire désire aller en classe et a des ambitions scolaires ».

D'après Denis (5), aujourd'hui l'expression « phobie scolaire » a donc été écartée et les auteurs lui préfèrent le terme plus approprié de RSA, du fait de mécanismes étiologiques complexes et intriqués, variant en fonction des cas et ne correspondant pas à ceux mis en jeu lors de phobies simples. Comme le montre M. Gallé-Tessonneau dans sa revue de la littérature internationale (6), le terme « *school refusal* » est majoritairement utilisé dans les études actuelles. Mais elle souligne également le fait que la traduction française en « refus scolaire » porte à confusion, renvoyant à l'idée d'un refus volontaire et non d'un trouble psychoaffectif. C'est pourquoi certains lui préfèrent le terme de « *anxiety-based school refusal* » pouvant être traduit comme refus scolaire anxieux, mettant en évidence la primauté de la symptomatologie anxieuse dans ce trouble.

Certains auteurs (7) utilisent également le terme plus générique de « *school refusal behavior* » (« comportement de refus de l'école ») qui englobe cette fois toutes les causes de l'absentéisme scolaire et se place dans une perspective plus fonctionnelle.

b) *Le RSA dans les classifications des maladies mentales*

Le RSA n'est pas reconnu en tant que tel dans la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) (8) ni dans la 10<sup>e</sup> révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) (9).

Concernant le DSM-5, le RSA semble plutôt intégré 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 »).

Dans la CIM-10, datant de 1992, on retrouve les termes de « 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 également l'« angoisse de séparation de l'enfance » (F93.0) dans les « troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance ».

Lorsque nous nous intéressons à la CIM 11, qui entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 mais qui est d'ores et déjà publiée en ligne en anglais, nous retrouvons dans la catégorie « *Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders* », puis dans la sous-catégorie « *Problems associated with interpersonal interactions* » les notions de « *Relationships with teachers or classmates* » et « *Dissatisfaction with school environment* ». Ceci semble plutôt correspondre à la composante phobie sociale du RSA.

Dans la même catégorie principale, nous retrouvons également la sous-catégorie « *Anxiety or fear-related disorders* » pour laquelle la description mentionne : « *Anxiety and fear-related disorders are characterized by excessive fear and anxiety and related behavioural disturbances, with symptoms that are severe enough to result in significant distress or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning [...]* ». Cette grande sous-catégorie regroupe l'ensemble des troubles anxieux, précisant les retentissement de ceux-ci d'un point de vue familial, social et éducatif. Les troubles anxieux spécifiquement nommés sont « *Generalised anxiety disorder* », « *Panic disorder* », « *Agoraphobia* », « *Specific phobia* », « *Social anxiety disorder* » et « *Separation anxiety disorder* ». Nous pouvons classer le RSA dans cette large catégorie des troubles anxieux mais il n'est pas nommé en tant que tel.

Seule la Classification Française Revisitée des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA-R) considère le RSA comme une entité nosographique sous l'appellation « phobies scolaires ». Cette entité clinique comprend « les manifestations d'angoisse majeure avec souvent phénomène de panique, liées à la fréquentation scolaire et interdisant sa poursuite dans ses formes habituelles ». Il s'agit d'une définition très

descriptive et le fait d'utiliser le pluriel peut nous faire penser qu'il y a là une volonté de ne pas se positionner quant à une étiologie particulière.

Les critères diagnostiques utilisés dans les études sont également très variables, mais les plus fréquemment utilisés sont les cinq critères de Berg (10) :

1. L'absentéisme scolaire conduisant à une absence prolongée
2. La détresse émotionnelle anticipatoire, qui se traduit par une peur excessive, des crises de colère, une tristesse ou des symptômes physiques inexpliqués
3. Le temps de présence des enfants à leur domicile pendant les heures scolaires
4. L'absence de comportements antisociaux significatifs
5. Les efforts soutenus des parents pour motiver leurs enfants à fréquenter l'école

Nous remarquons ici que ces critères prennent en compte l'absentéisme scolaire mais également la présence de troubles internalisés ainsi que la dynamique familiale.

### *c) Données épidémiologiques*

La discordance entre les classifications rend extrêmement difficile l'obtention de données fiables concernant la prévalence du RSA. Cependant, selon certains auteurs, il s'agirait de 8% des patients en milieu clinique (5,6), ce qui constitue un motif extrêmement fréquent de consultation.

En population générale, des études montrent que le RSA pourrait toucher jusqu'à 4 % de la population générale (6,11) et que 28 % des enfants et des adolescents pourraient en faire l'expérience durant leur scolarité.

Dans certains pays, il s'agit d'un véritable phénomène de santé publique, comme au Japon, où le refus scolaire représente 60 à 70 % des consultations de pédopsychiatrie (3,6,11).

Concernant le genre, les données sont discordantes : il semblerait y avoir un peu plus de garçons que de filles, ceux-ci seraient surreprésentés chez les plus jeunes et les filles chez les plus âgés (3).

À propos de l'âge (3,11) , trois pics d'incidence sont classiquement décrits : l'enfance (5-7 ans), la préadolescence (10-11 ans) et l'adolescence (13-15 ans). Ils correspondent à différents paliers d'accès à l'autonomie, mais aussi à des classes scolaires charnières en termes d'apprentissage : passage à l'école primaire (cours préparatoire (CP)), passage au collège et passage au lycée. Des variations saisonnières sont également observées avec une difficulté particulière à reprendre l'école après les congés d'été et les vacances de mi-trimestre.

#### *d) Pronostic*

De manière générale, le pronostic du RSA est sévère, et il est important de ne pas considérer uniquement le critère « refus scolaire » mais bien l'adaptation générale de l'enfant, l'adolescent ou du jeune adulte. L'âge semble être corrélé avec la gravité du RSA (6).

Dans son étude de suivi sur trois ans de 100 adolescents de plus de 13 ans, Berg (12) observe qu'un tiers des cas évolue vers un trouble mental (dépression, trouble anxieux, trouble de la personnalité), un autre vers des difficultés d'intégration sociale ou professionnelle, le dernier tiers ayant une évolution favorable. Cette règle des « tiers » fait aujourd'hui consensus (5,6).

Catheline (3) fait remarquer l'importance d'une bonne collaboration entre les soignants, la famille et le milieu scolaire, et va même la caractériser d'indispensable, conditionnant largement le pronostic.

Le maintien des troubles semble être un élément pronostique majeur : plus le RSA persiste et se complexifie avec l'apparition d'un retrait social et de comorbidités émotionnelles, plus le pronostic social, scolaire et psychiatrique est sombre (5). Il est donc essentiel de mettre en place des mesures thérapeutiques précoces.

## 2. Processus impliqués dans le RSA

Tout d'abord, la complexité du RSA ne permet actuellement pas d'effectuer une dichotomie franche et claire entre les processus étiologiques et les processus comorbides d'un point de vue global. Dans sa revue de la littérature internationale, Gallé-Tessonneau (6) rassemble ces processus en trois catégories : variables individuelles, variables scolaires et variables familiales. Nous proposons également d'adopter cette catégorisation.

### a) *Variables individuelles*

#### (1) L'anxiété

Au premier plan des variables individuelles, nous retrouvons l'anxiété, avec une association négative entre l'anxiété et l'assiduité à l'école. Les troubles anxieux les plus fréquemment rencontrés sont l'anxiété de séparation, l'anxiété sociale et le trouble panique (6).

Dans leur étude, Ingul et al. (13) montrent qu'il semblerait exister un continuum entre le degré d'anxiété et le développement d'un refus scolaire car les élèves anxieux sans absentéisme scolaire sont moins anxieux que ceux avec absentéisme.

## (2) La dépression

De nombreuses études mettent en évidence le lien entre la symptomatologie dépressive et le refus scolaire. Egger et al. (14) montrent que, contrairement à l'anxiété, la dépression est associée à tous les types de refus scolaire, anxieux ou non. Ingul et al. (13) ont étudié les facteurs de risque d'absentéisme scolaire et n'ont pas mis en évidence de différences significatives en termes de symptômes dépressifs entre des adolescents hautement anxieux mais sans absentéisme et des adolescents hautement anxieux avec absentéisme. Contrairement à l'anxiété, la dépression ne semble pas être un critère majeur à l'origine de l'absentéisme scolaire, cependant il s'agit bien d'une comorbidité très fréquemment présente qui peut ensuite prolonger le trouble et diminuer les réponses aux traitements (15).

## (3) Les symptômes physiques et somatiques

Il existe une forte prévalence des manifestations somatiques de l'angoisse chez les patients avec RSA, comme par exemple : les tremblements, les mains moites, la présence d'une tachycardie et de palpitations, d'une dyspnée, d'une sensation d'oppression thoracique, des douleurs abdominales ainsi qu'une accélération du transit intestinal avec parfois des diarrhées. Celle-ci pourrait jouer un rôle majeur dans l'absentéisme scolaire. En effet, Ingul et al. (13) montrent un lien entre symptômes physiques de l'anxiété et absentéisme. En effet, les élèves présentant un haut niveau d'anxiété et un absentéisme auraient plus

d'anxiété sociale, de symptômes physiques et de plaintes somatiques que les élèves ayant le même niveau d'anxiété mais sans absentéisme.

Pour Nair et al. (16) les symptômes physiques sont plus fréquents que les symptômes émotionnels.

#### (4) Le sommeil et ses troubles

Hochadel et al. (17) montrent qu'il existe un lien entre troubles du sommeil et refus scolaire, mais contrairement aux symptômes dépressifs, les troubles du sommeil seraient associés à la composante anxieuse du refus scolaire car ils ne sont pas retrouvés chez des adolescents pour lesquels l'absentéisme scolaire s'intègre dans le cadre d'un trouble oppositionnel ou un trouble des conduites.

Egger et al. (18), montrent que les difficultés à initier et maintenir le sommeil, ainsi que la fatigue quotidienne, sont associées à des refus anxieux de l'école et mettent également l'accent sur le lien entre plaintes somatiques et refus scolaire.

#### (5) La régulation émotionnelle

La régulation émotionnelle (ou contrôle émotionnel) est la capacité à agir sur ses propres émotions. C'est un processus psychologique complexe qui recouvre les capacités à déclencher, inhiber, maintenir ou moduler ses propres affects (19).

D'après une étude de Hughes et al. (20) comparant un échantillon clinique de 21 adolescents avec RSA à un échantillon représentatif de la population générale, les adolescents avec RSA



utilisaient plus de stratégies de régulation émotionnelle considérées comme non adaptatives (supprimer ou cacher ses émotions) et moins de stratégies adaptatives (stratégie de réévaluation cognitive, c'est-à-dire stratégie permettant de changer la façon dont une situation est pensée, de manière à limiter son impact émotionnel). Gallé-Tessonneau (6) souligne l'importance de favoriser le développement de stratégies de régulation émotionnelle adaptées dans la prise en charge du RSA.

#### (6) L'évitement expérientiel

La notion d'évitement fait référence au fait de s'abstenir ou de s'échapper d'une action, d'une personne ou d'une chose (21). Le rôle de l'évitement dans les troubles anxieux a été amplement étudié, notamment par Barlow (22).

Ce processus est au cœur du RSA, s'il n'en est pas même la définition, car il s'agit bien dans le RSA de fuir une situation provoquant des affects négatifs. Pourtant, à notre connaissance, aucune étude n'a étudié spécifiquement l'évitement dans le cadre du refus scolaire.

#### *b) Variables scolaires*

Havik et al. (23) ont interrogé 17 parents dont les enfants souffraient d'un RSA et ont mis en évidence quatre dimensions scolaires en lien avec le RSA.

La première dimension correspond aux exigences de l'école, que ce soit en termes cognitif mais également social. Ce type de variable pourrait être en lien avec une forte anxiété de

performance et une anxiété sociale. On constate que le fait de mettre l'accent sur la compétition ou les examens à l'école est un facteur qui contribue à l'absentéisme (24).

La seconde correspond au soutien des enseignants comme facteur protecteur, avec un lien fort encore entre les relations élèves-enseignants et l'absentéisme. Si ce lien peut être protecteur, il peut aussi être un facteur stressant et favoriser le refus de l'école. Catheline (3) explicite dans son livre « Les phobies scolaires aujourd'hui » : « On ne dira jamais assez les traumatismes durables d'une mauvaise rencontre avec un enseignant » et souligne le rôle de substitut parental que représente l'enseignant. Havik (23) cite également l'importance de la communication entre les parents et l'école comme facteur protecteur du refus scolaire.

La troisième dimension correspond à la relation qu'entretient l'enfant avec ses pairs. La difficulté à se faire des amis, être mis à l'écart, être isolé, les conflits entre pairs et la peur des camarades de classe se sont tous révélés liés au refus scolaire (23). Le harcèlement scolaire est un facteur de risque majeur de refus scolaire ; dans un échantillon d'adolescents anxieux il est statistiquement plus présent chez les patients avec un taux élevé d'absentéisme scolaire (13).

La quatrième dimension rassemble l'ensemble des éléments de soutien institutionnel que peut proposer la structure scolaire. Il s'agit de la communication entre les enseignants, la taille des classes (les petites classes et les petites écoles seraient des facteurs protecteurs du RSA) et le soutien de l'administration.

*c) Variables familiales*

Les relations avec la famille et notamment les mères, ont été le premier facteur incriminé dans le RSA. En 1969, Berg et al. (25) tentent de démontrer le lien entre le RSA et le degré de « dépendance » à la famille et particulièrement à la mère. Plus récemment, Braumariu et Kern (26) montrent que des enfants âgés de 10-12 ans ayant développé des liens d'attachement moins sécurisés présenteraient un niveau d'anxiété liée à l'école plus élevé par rapport à d'autres types d'anxiété.

Actuellement, Gallé-Tessonneau (6) ne retrouve pas de données consensuelles concernant le lien entre structure familiale et RSA dans sa revue de la littérature internationale, mais il semblerait que les parents d'enfants avec un RSA aient en moyenne un niveau d'anxiété et de dépression plus élevé que les parents d'enfant sans RSA. Il est retrouvé plus d'antécédents de maladies somatiques et de troubles psychiatriques chez ces parents également.

### 3. Stratégies de prise en charge du RSA

Les études s'intéressant à la mesure de l'efficacité des approches thérapeutiques du RSA se sont majoritairement centrées sur les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et sur la pharmacothérapie (6,27).

*a) Thérapies cognitivo-comportementales*

Un nombre important d'études récentes internationales (6,27) ont été menées afin d'étudier l'impact des TCC dans la prise en charge du RSA. Une diminution significative des symptômes

dépressifs, anxieux et une augmentation de la fréquentation scolaire sont constatées après TCC. Cependant, la réponse au traitement reste partielle : entre 30 % et 50 % des patients présenteraient encore un refus scolaire après la thérapie. De plus, chez la moitié des patients ne présentant plus d'absentéisme, des troubles psychiatriques, notamment anxieux, persistent (6). Ces études soulignent la nécessité d'une prise en charge rapide après le début des troubles et la nécessité d'une phase d'exposition précoce.

Une efficacité, même partielle, du traitement par TCC dans le RSA est donc démontrée mais il n'existe actuellement aucun programme spécifique.

À notre connaissance, il n'existe qu'une seule étude française ayant étudié l'intérêt des TCC dans le RSA. Il s'agit d'une étude menée par l'équipe Montpelliéraine du Dr Hélène Denis, pédopsychiatre, ayant étudié l'intérêt d'un programme de TCC en hospitalisation de jour pour 28 adolescents avec RSA (5). La prise en charge des adolescents a été réalisée au sein d'une unité d'hospitalisation de jour, quatre demi-journées par semaine. Elle était organisée autour d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé (un médecin pédopsychiatre, un interne en psychiatrie, deux psychologues, des infirmiers) et de l'éducation nationale (un enseignant spécialisé, des éducateurs). Après élaboration du diagnostic du RSA et exploration de la motivation à retourner au collège, le projet thérapeutique est défini, en collaboration avec l'adolescent, sa famille et l'ensemble de l'équipe soignante. Le programme de réintégration progressive dans le milieu scolaire a été mis en place sur une période habituelle allant de 3 à 6 mois et comprenait :

- Un traitement TCC individuel

- Un travail en groupe réalisé avec les soignants permettant aux adolescents de partager leurs expériences et de s'apporter un soutien mutuel. Des techniques de gestion du stress, d'affirmation et d'estime de soi, de gestion des relations interpersonnelles ou de résolution de problèmes (centrées notamment sur le retour au collège) ont été travaillées. Les expositions préparant le retour en scolarité in vivo ont été réalisées et accompagnées par un soignant, parfois même avec les autres patients afin de leurs donner la possibilité d'observer le processus de retour progressif au collège de leur camarade et de les soutenir par phénomène d'apprentissage et imitation de modèle.
- Un enseignement des matières principales (mathématiques, français, histoire et géographie) permettant de maintenir un lien avec l'enseignement, de réaliser un bilan scolaire et de s'exposer aux situations d'apprentissage et de performance (oraux, écrits notés) dans un environnement protégé. Cet enseignement a été réalisé dans une classe attenante à l'hôpital de jour par une enseignante spécialisée, en groupes de cinq élèves. Les patients poursuivaient ainsi leur programme scolaire académique et effectuaient des devoirs à la maison.

En parallèle, les parents ont été reçus en consultation individuelle et en groupe lors de séances trimestrielles.

Un soignant référent organisait et coordonnait la prise en charge de chaque adolescent, en étroite collaboration avec les établissements scolaires.

Le retour en scolarité s'est fait accompagné, puis seul, sur des temps courts de 2h par semaine. Ces temps ont été augmentés progressivement, jusqu'à une réintégration totale.

Le lien établi avec l'adolescent a été maintenu jusqu'à la rentrée scolaire suivante afin de poursuivre la thérapie et de s'assurer de la généralisation des acquis.

L'impact de ce programme global est estimé au travers de mesures effectuées avant/après hospitalisation : 27 patients sur 28 ont réintégré le milieu scolaire, après un délai moyen de 18,9 (SD = 5) semaines de prise en charge, les scores aux échelles d'anxiété ont diminué significativement ( $p < 0,01$ ) et le fonctionnement global s'est également amélioré ( $p < 0,001$ ).

Cette étude souligne l'intérêt d'un programme de TCC dans le RSA mais également la nécessité d'une prise en charge précoce, intensive et multimodale.

#### *b) Pharmacothérapie*

Concernant les antidépresseurs tricycliques, les quatre études relativement anciennes (réalisées entre 1971 et 1992) en double insu, contrôlées versus placebo, ayant évalué l'efficacité des antidépresseurs tricycliques dans le traitement du refus scolaire fondé sur l'anxiété, ont donné des résultats contradictoires. Les limites méthodologiques de ces études peuvent l'expliquer (27).

Bernstein et al. (28) ont trouvé une efficacité supérieure de la pharmacothérapie en comparant 8 semaines d'un traitement par antidépresseur tricyclique imipramine à 8 semaines de placebo, chacun en combinaison avec de la TCC. Or, ces résultats s'appliquent à une population d'adolescents avec des troubles dépressifs majeurs concomitants au RSA.

Concernant les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), cette classe médicamenteuse ayant démontré son efficacité dans le traitement du trouble anxieux de

l'enfant (27), nous pourrions nous attendre à un effet bénéfique sur le RSA. Or, d'après deux études récentes (réalisées en 2013 et 2017) (29), mesurant l'efficacité d'un traitement combinant TCC et fluoxétine, comparé à un traitement par TCC seule, aucune différence significative n'est retrouvée.

Ensuite, d'après une revue de la littérature portant sur tous types d'études publiées dans les 10 dernières années précédant leur travail, King et Bernstein (27) recommandent l'usage des benzodiazépines dans le RSA sévère, uniquement pendant l'introduction d'un traitement antidépresseur et sur une courte période.

En conclusion, les médicaments sont considérés comme faisant partie d'un plan de traitement multimodal pour les enfants et les adolescents souffrant de troubles anxieux et ne sont pas prescrits seuls, sans psychothérapie concomitante. Les antidépresseurs et les anxiolytiques ont montré une efficacité pour traiter les comorbidités dépressives ou anxieuses, mais sans efficacité claire démontrée sur le RSA sans comorbidité.

Finalement, comme le souligne Gallé-Tessonneau (6) : « Nous manquons encore de données sur l'efficacité d'autres prises en charge comme les thérapies de groupe, la thérapie familiale, la relaxation ».

## B. Interventions basées sur la pleine conscience chez l'enfant et l'adolescent

### 1. Définition et concept de pleine conscience

La pleine conscience connaît un intérêt grandissant au sein de la communauté scientifique mais également du grand public. Pourtant sa définition reste variable, et les processus

psychologiques impliqués dans son fonctionnement sont peu connus à ce jour. Dans cette partie introductive, nous allons tenter d'éclaircir certains des concepts associés à la pleine conscience.

a) *Définition et contexte*

La pleine conscience (PC) peut être définie comme un état de conscience émergeant lorsque l'on porte son attention volontairement sur l'instant présent, sans jugement, moment après moment (30). Selon Sandrine Deplus et Magali Lahaye (31), une définition opérationnelle de la pleine conscience comprend trois éléments, où l'attention est :

- Dirigée volontairement
- Sur l'expérience présente
- Sans jugement, c'est-à-dire avec une attitude d'exploration curieuse

La pleine conscience est un « état d'être » considérée comme une compétence pouvant être enseignée, mesurée et augmentée par l'entraînement.

Inspirée des traditions bouddhistes puis développée en occident dans les années 1970 par Jon Kabat-Zinn (32) sous la forme du programme « *Mindfulness-Based Stress Reduction* », (MBSR), la pleine conscience s'enseigne et s'applique aujourd'hui sous de nombreuses formes.

En 2002, Segal et al. (33) développent un programme de thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour prévenir des rechutes dépressives, « *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* » (MBCT) ouvrant la voie des thérapies cognitivo-comportementales dites de la « troisième vague ». Parmi celles-ci, nous pouvons citer la « *Dialectical Behavioral Therapy* » (DBT) (34) proposée aux patients ayant des troubles de la personnalité borderline, ainsi que la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement « *Acceptance and Commitment Therapy* » (ACT) (35).



Il existe une diversité de programmes thérapeutiques utilisant la pleine conscience. Au cours de ce travail de thèse, nous avons choisi d'utiliser le terme d'Intervention Thérapeutique Basée sur la Pleine Conscience (ITBPC) pouvant être défini comme « tout traitement qui entraîne intentionnellement les habiletés de pleine conscience (c.-à-d. l'autorégulation de l'attention sur l'expérience immédiate, jumelée à une attitude d'acceptation de son expérience), constituant la thérapeutique de base pour réduire le comportement problématique ou augmenter le comportement de bien-être » (36).

Le rôle des ITBPC dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles psychiatriques commence à être bien étudié (37,38) et paraît prometteur.

*b) Processus psychologiques impliqués dans la pleine conscience*

D'après les résultats obtenus à l'aide de méthodes empiriques, augmenter les compétences de pleine conscience pourrait donc être thérapeutique : plusieurs études ont tenté de préciser les processus psychologiques en jeu dans cet effet.

Par le biais d'analyses factorielles, Baer et al. (37) ont retenu un modèle descriptif en cinq dimensions : I) observation de l'expérience, II) description de l'expérience, III) agir consciemment, IV) non-jugement, V) non-réaction. Ce modèle a été confirmé empiriquement par Carmody et Baer (38) dans leur étude démontrant que les personnes participant à une ITBPC augmentaient leur score sur chacune de ces dimensions. Ceci a permis de développer une des premières échelles de mesure du niveau de pleine conscience, la *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (37).

D'un point de vue plus théorique encore, Shapiro et al. (39) ont détaché trois axiomes à partir de la définition de la pleine conscience :

- 1) L'Intention. Le rôle de l'intention serait crucial et sous-estimé dans certaines

études : dans une précédente publication, Shapiro et al. (40) ont montré une corrélation entre les résultats des ITBPC et l'intention, c'est-à-dire la raison initiale de la pratique.

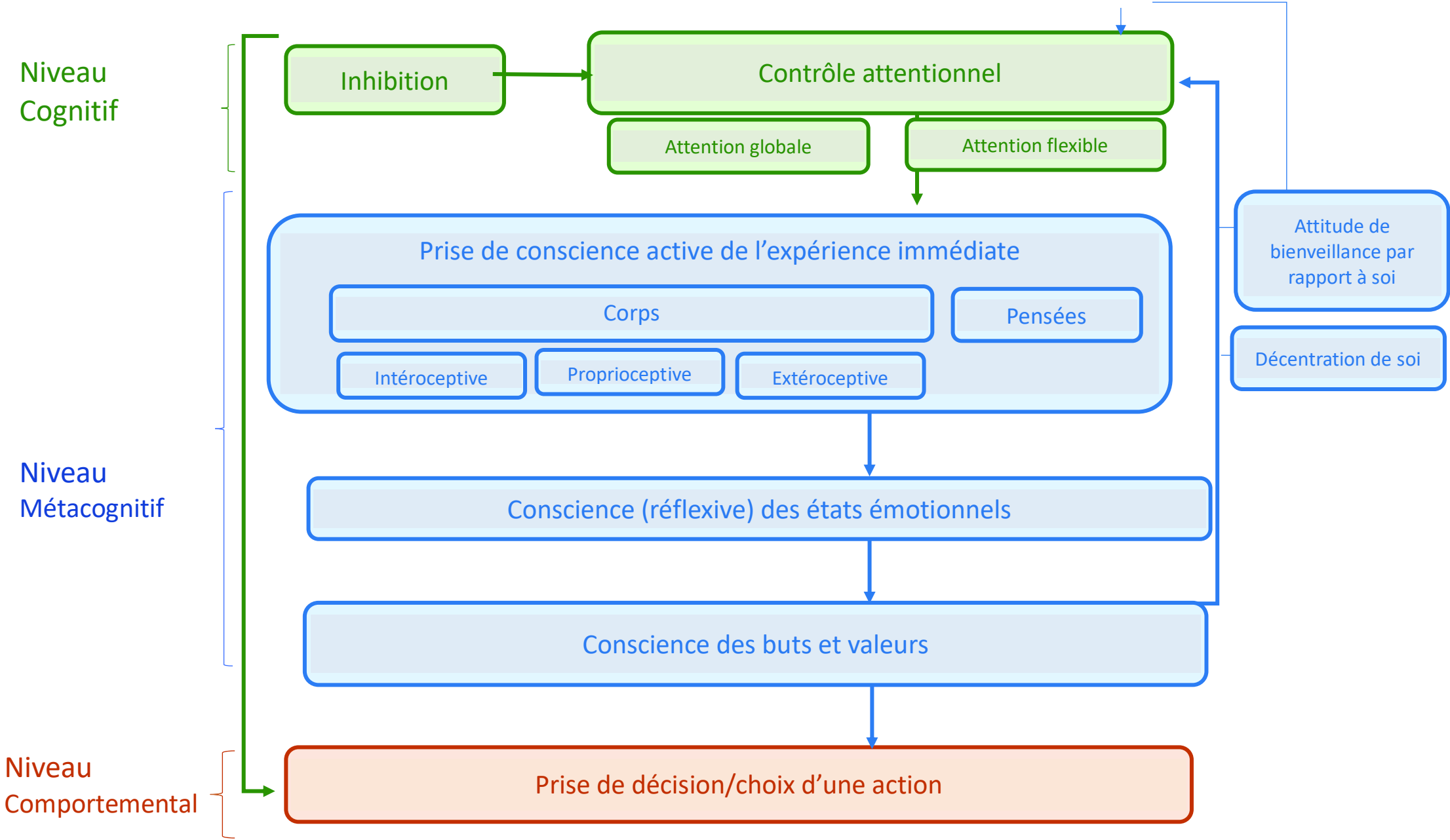
- 2) L'attention, c'est-à-dire le processus cognitif consistant à porter son attention sur le moment présent.
- 3) L'attitude, c'est-à-dire une attitude de « curiosité bienveillante », non jugeante.

Ces trois axiomes, cultivés par la formation à la pleine conscience, entraîneraient un changement de perspective (du subjectif à l'objectif), concernant notre propre expérience interne et externe. Il s'agirait d'un mécanisme métacognitif, que les auteurs nomment « reperception » c'est à dire une prise de distance ou un « décentrage » par rapport à l'expérience vécue permettant ensuite d'agir consciemment par rapport à cette expérience. La reperception, ce changement de perspective que la pleine conscience favoriserait, conduirait à des mécanismes supplémentaires qui, à leur tour, contribueraient aux résultats positifs produits par la pratique de la pleine conscience. Les auteurs soulignent quatre types de résultats : (1) l'autorégulation et l'autogestion, (2) les aspects émotionnels, cognitifs et la flexibilité comportementale, (3) la clarification des valeurs et (4) l'exposition.

En conclusion, d'après ces modèles théoriques, la pleine conscience est une compétence qui peut être enseignée et qui s'acquiert par l'entraînement. Cette compétence agit à trois niveaux, de manière interdépendante : au niveau cognitif, il s'agit initialement d'un entraînement de l'attention ; au niveau méta-cognitif, il s'agit d'adopter une attitude particulière vis-à-vis de l'expérience ; et enfin au niveau comportemental, cette attitude particulière va permettre d'agir consciemment (figure 1). Ceci n'étant actuellement qu'une

hypothèse construite à partir de résultats empiriques, tous les auteurs travaillant sur le sujet soulignent la nécessité de poursuivre les recherches concernant les mécanismes d'action de la pleine conscience.

Figure 1 : Processus psychologiques de la pleine conscience d'après Sandrine Deplus (30).



## 2. Développement et intérêt des ITBPC chez l'enfant et l'adolescent

### a) Développement des ITBPC en population pédiatrique

Si les premiers résultats concernant les ITBPC chez l'adulte sont encourageants, qu'en est-il chez l'enfant ? Les caractéristiques développementales propres à cette population sont-elles compatibles avec le développement de la pleine conscience ? Des adaptations sont-elles nécessaires, et si oui, lesquelles ? Et finalement, quel est l'intérêt de développer les compétences de pleine conscience chez les enfants et les adolescents ? Ce sont à ces questions que nous allons tenter de répondre au cours des paragraphes suivants.

Premièrement, bien que les compétences de pleine conscience nécessitent un contrôle de l'attention et de la concentration qui sont parfois considérés comme difficiles pour les jeunes, de plus en plus d'arguments affirment que les enfants sont autant, voire d'avantage prédisposés à tirer profit des approches basées sur la pleine conscience que les adultes. De manière intuitive, soutenu par ma pratique avec les enfants et les adolescents, il apparaît que certaines qualités propres à la jeunesse, comme, par exemple, l'ouverture d'esprit, la curiosité et la créativité, se prêtent bien à la culture de l'esprit du débutant et au développement de la pleine conscience. Il semblerait que ce prérequis intuitif soit également partagé et validé par un certain nombre d'auteurs (41). D'autre part, dans ces approches, l'accent est mis sur l'utilisation de métaphores et d'expérimentations ce qui permet de créer un aspect ludique particulièrement adapté à l'enfant. En effet, en fondant ces pratiques sur des exercices concrets, tels que manger ou marcher en restant attentif à l'expérience présente et sans jugement, le concept de pleine conscience devient pratique et accessible.

Il est possible que les adolescents bénéficient davantage de la pleine conscience que les

enfants plus jeunes en raison de ce que Roeser et Pinela (42) décrivent comme une « fenêtre d'opportunité ». En effet, la période entre 14 et 18 ans est considérée comme un moment clé pour développer la pleine conscience en raison de la plasticité cérébrale accrue (43). De plus, cette fenêtre d'âge se caractérise également par une augmentation de l'autoréflexion, de la prise de perspective sociale et d'un plus grand intérêt pour la compréhension de soi et des autres (43–45). Davantage d'études sont nécessaires pour explorer les effets possibles liés à l'âge, en particulier chez les jeunes enfants.

Enfin, concernant le cadre, d'autres considérations sont à prendre en compte pour développer la pleine conscience chez les enfants et les adolescents, notamment les questions de relations avec les pairs et de participation parentale (46).

Parmi les techniques thérapeutiques ACT, DBT, MBCT et MBSR, des ajustements développementaux ont été apportés pour enseigner les techniques de pleine conscience à différents âges de la population pédiatrique, et des adaptations de fond et de forme.

#### (1) Une diversité de programmes

Comme vu précédemment, les programmes les plus utilisés en population adulte sont le MBSR et le MBCT. Même si ces deux programmes ont pu être appliqués tels quels à des jeunes (47), on constate chez l'enfant et l'adolescent l'émergence d'une diversité de programmes. Ceci peut être expliqué par la variabilité des contextes d'application (institution, école, milieu hospitalier), des populations cibles (clinique ou non, âge développemental) et des problématiques sous-jacentes (gestion de l'hyperactivité, de la dysrégulation émotionnelle, de la douleur chronique...). Nous avons choisi de représenter ici (de manière non exhaustive) les principaux programmes ayant fait l'objet d'une publication

scientifique et dont les auteurs sont rattachés à une équipe universitaire (tableau 1). Notons qu'il existe également une multitude d'ouvrages, au succès médiatique et destinés au grand public, comme par exemple « Calme et attentif comme la grenouille » d'Eline Snel (48), ou « Tout est là, juste là » de Jeanne Siaud-Facchin (49).

Tableau 1 : Exemple de programmes d'ITBPC pour enfants et adolescents

Population	Nom du programme	Langue	Age	Nombre de séances
Scolaire	<i>Mind UP</i> (50)	Anglais	3 programmes adaptés : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5-8 ans</li> <li>• 8-11 ans</li> <li>• 11-14 ans</li> </ul>	15 séances
	<i>.b</i> (51)	Anglais	2 programmes adaptés : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 7-11 ans</li> <li>• 11-18 ans</li> </ul>	10 séances
Toutes populations	<i>Learning to BREATHE</i> (52)	Anglais	Adolescents	Plusieurs structures proposées : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 séances</li> <li>• 12 séances</li> <li>• 18 séances</li> </ul>
	<i>La pleine conscience chez l'enfant et l'adolescent</i> (31)	Français	Enfants et adolescents	9 séances
TDA/H*	<i>Hyper MCBT</i> (53)	Français	Enfants et adolescents	16 séances
Douleurs chroniques	<i>A Mindfulness Program Adapted for Adolescents with Chronic Pain</i> (54)	Anglais	Adolescents	8 séances

\* TDA/H : trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité



## (2) Des principes généraux communs

- Le cadre théorique

Il existe donc une multitude de programmes permettant d'enseigner la pleine conscience aux enfants et aux adolescents, leurs contenus pouvant varier fortement de l'un à l'autre mais une base commune a pu être identifiée. Selon une méta-analyse étudiant 24 ITBPC destinées à la population pédiatrique (55), le cadre théorique fait toujours référence à la pleine conscience, et, dans la plupart des cas, ce cadre théorique est celui d'un programme pour adultes déjà existant (MBSR, MBCT, DBT, ACT). D'autres références théoriques peuvent s'ajouter à cette base commune comme par exemple dans 9 de ces 24 ITBPC il est fait référence à des notions issues de la psychologie positive.

Concernant l'apprentissage de la pleine conscience, l'observation de la respiration est présente dans l'ensemble des ITBPC (100%) et semble donc être l'exercice essentiel. S'en suivent ensuite 5 éléments présents respectivement dans les différents ITBPC :

- Le travail sur les pensées et les émotions (88%)
- La psychoéducation (83%)
- La conscience des sens et la pratique de la pleine conscience dans le quotidien (83%)
- Le partage en groupe (75%)
- Les exercices de conscience corporelle (*bodyscan*) (75%)

- Le format de groupe

Notons également que le format de groupe semble être le plus répandu en recherche comme en clinique. En effet, s'il est privilégié avec l'adulte, il est aussi particulièrement intéressant dans les approches ciblant l'enfant. Il permet de créer une ambiance bienveillante propice aux partages d'expériences. Le jeune se sent également moins seul

face à ses problématiques et se nourrit de l'expérience de l'autre.

- Le rôle des intervenants

« Le processus commence dans la relation thérapeutique. L'intervenant est un collaborateur, plus qu'un instructeur » selon Sandrine Deplus et Magalie Lahaye (31). L'animateur occupe une place qui lui est propre, ni enseignant, ni thérapeute individuel, ni parent. Il participe fortement à la dynamique de groupe, il est de son devoir de maintenir une ambiance bienveillante, de veiller à ce que chacun ait sa place. Il va devoir mener le groupe dans la découverte de la pleine conscience, afin que chacun puisse en tirer le meilleur.

- Les tâches à domicile

Pour retirer le maximum de bénéfices de ces programmes d'entraînement à la pleine conscience, la pratique en dehors des séances est souvent soulignée (47). Cependant, cette exigence peut être difficile à obtenir chez les adolescents, et particulièrement en population clinique où les comorbidités dépressives peuvent entraver la mobilisation des patients. Notons qu'elle n'est d'ailleurs prévue/exigée que dans 50% des ITBPC pour les jeunes (55). Pour motiver le jeune à pratiquer à domicile, il est donc nécessaire de proposer des exercices ludiques, plus courts, adaptés à leur stade développemental. Un facteur déterminant la pratique du jeune à domicile est également l'inclusion de l'entourage (56), et notamment des parents.

- Lien avec la vie quotidienne

Afin de favoriser l'alliance et de faire perdurer la motivation du jeune, il est essentiel de lui montrer rapidement le lien entre la pleine conscience, sa vie quotidienne et ses problématiques. Il est donc important de guider les moments de partages d'expériences afin que le jeune puisse lui-même faire le lien. Ceci peut également se faire en proposant des exercices formels en séance en rapport avec la vie quotidienne, comme les méditations sur

les pensées, ou des exercices de pleine conscience informels tels que les mises en situation ou les jeux de rôle.

La psychoéducation, que ce soit sur le fonctionnement psychologique et émotionnel en population générale ou plus précisément sur un trouble particulier en population clinique participe également à la compréhension par le jeune de l'intérêt d'une ITBPC.

- L'implication de l'environnement

L'implication des parents varie en fonction des différents programmes et des différentes populations. Pour les plus jeunes, il semble en effet intéressant que les parents soient impliqués afin de favoriser, sans obliger, leur enfant à pratiquer à domicile et éviter ainsi que l'enfant se trouve en proie à des messages contradictoires. Pour cela, la première étape est l'information, afin que l'entourage comprenne ce qu'est la pleine conscience et pourquoi elle est proposée à leur enfant. Une étape supérieure serait que les parents pratiquent les exercices avec leur enfant, pour eux-mêmes. Certains programmes, comme celui de Sandrine Deplus (31), proposent un programme entièrement dédié aux parents et accompagnateurs des jeunes, à dispenser avant ou de manière concomitante à celui pour enfants.

## b) Intérêt des ITBPC en population pédiatrique

Finalement, grâce à la création de programmes spécifiquement conçus pour l'enfant et l'adolescent, l'impact de la pleine conscience en population pédiatrique a pu être étudié scientifiquement. Les premières études cliniques menées au sein de cette population concluaient à des perspectives thérapeutiques prometteuses mais soulignaient également le manque de recherches possédant une méthodologie rigoureuse (études randomisées contrôlées) (46). Mais l'intérêt grandissant pour ce type de pratique a permis à la littérature de s'enrichir et nous allons présenter ici quelques-unes de ces études.

### (1) Anxiété et dépression

Une récente méta-analyse (57) a étudié 33 essais contrôlés randomisés (ECR). Elle concernait une population âgée de 18 ans ou moins et portait sur une ITBPC comparée à un groupe contrôle actif ou passif. Afin d'être considérée comme une ITBPC, l'intervention devait être menée par un professionnel formé, sur plus d'une session et la pleine conscience devait en être la composante centrale.

D'après cette méta-analyse (57), les ITBPC amélioreraient de manière significative les scores de pleine conscience ainsi que ceux de la dépression et l'anxiété par rapport aux différents groupes contrôles actifs sur les différentes échelles utilisés dans les ECR.

### (2) Symptômes physiques et somatiques

- Douleurs chroniques

Partant des résultats selon lesquels, en population adulte, le programme MBSR est un traitement efficace contre les douleurs chroniques, Ruskin et al. (48) ont créé le programme MBSR-A proposé à des adolescents souffrant de douleurs chroniques invalidantes : leur étude montre la faisabilité et l'acceptabilité d'un tel programme auprès d'adolescents, ainsi qu'un niveau de handicap inversement corrélé au niveau de pleine conscience et corrélé au

niveau d'évitement expérientiel.

En France, le centre de la douleur du CHU de Toulouse, associé à la fondation APICIL, mène actuellement une étude sous la direction du Dr Agnès Suc, sur un programme de méditation pleine conscience, nommé « *Peacefull* ». Il s'agit d'un programme de huit séances hebdomadaires de 1h30, proposé à des adolescents de 12 à 17 ans souffrant de douleurs chroniques. Les résultats préliminaires semblent prometteurs (échange oral avec les investigateurs de l'étude).

Zack et al. (46) soulignent que la majorité des études sur l'efficacité et la faisabilité des programmes ACT pour les enfants et les adolescents sont des applications du traitement de la douleur chronique ; la littérature de recherche sur le sujet est limitée, bien que les premiers résultats soient encourageants.

- Troubles psychosomatiques

Metz et al. (58) ont réalisé un ECR afin d'étudier la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité potentielles de leur ITBPC « *Learning to BREATHE* », en population générale pédiatrique, dans un cadre scolaire. Afin de s'adapter au cadre scolaire, ce programme se compose de 6 thèmes : I) la conscience du corps, II) comprendre et travailler avec les pensées, III) comprendre et travailler avec les sentiments, IV) intégrer la conscience des pensées, des sentiments et des sensations corporelles, V) réduire les jugements préjudiciables et VI) intégrer la conscience consciente dans la vie quotidienne. Un thème se décline en 45 min, on peut en proposer un par semaine ou alors sur une plus longue période si le cadre institutionnel le nécessite.

Ils ont mesuré plusieurs symptômes liés à l'anxiété qu'ils regroupent sous l'appellation « troubles psychosomatiques » : céphalées, difficultés de concentration, peur et fatigue. Le stress perçu a également été mesuré à l'aide d'une méthode simple qui consistait à

demander à l'élève d'entourer le nombre correspondant à son niveau de stress ressenti la semaine précédente sur une échelle de 1 (pas de stress) à 10 (beaucoup de stress). Les participants au programme ont signalé une réduction plus importante des symptômes psychosomatiques du pré-test au post-test par rapport à leurs homologues du groupe de comparaison, ainsi qu'un plus faible niveau de stress perçu.

Concernant la population clinique, Biegel et al. (47) ont étudié l'impact de MBSR en huit séances hebdomadaires de 2 heures, proposé à des adolescents de 14 à 18 ans ayant un suivi psychiatrique actuel ou passé, au cours d'un ECR avec groupe contrôle passif de type « liste d'attente avec traitement habituel ». Les résultats de l'étude ont indiqué que, selon les analyses per protocole et en intention de traiter, la participation au MBSR a réduit de manière significative les symptômes d'anxiété, de dépression et de somatisation déclarés par les participants, par rapport au groupe témoin.

### (3) Le sommeil et ses troubles

Une méta-analyse réalisée par Blake et al. (59) a étudié l'intérêt de la TCC dans les troubles du sommeil chez des adolescents ; sur les neuf ERC inclus, trois comprenaient de la pleine conscience (MBSR ou MBCT). Il a été prouvé que ce type d'interventions produit des améliorations significatives sur le temps total de sommeil, la latence d'endormissement et l'efficacité du sommeil mesurés subjectivement (à l'aide d'agendas du sommeil et d'auto-questionnaires) et objectivement (mesures par actimétrie). De plus, les interventions ont été particulièrement bien acceptées par les jeunes et notamment la relaxation et la pleine conscience.

En population clinique, Biegel et al. (47) constatent une amélioration du sommeil perçu par les participants ayant participé au programme MBSR par rapport au groupe contrôle.

#### (4) Régulation émotionnelle

Comme nous l'avons développé précédemment, la pleine conscience permet un « décentrage », c'est-à-dire la capacité à être en lien avec (ou porter son attention sur) son expérience présente, qui peut être une émotion positive ou négative, sans jugement et sans réactivité, ce qui laisse place à la possibilité d'accepter et de réguler celle-ci. Il est possible de faire des choix sur la meilleure façon d'agir, plutôt que de réagir intuitivement sur le moment (60).

Metz et al. (58) ont étudié la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité potentielles de leur ITBPC « *Learning to BREATHE* », en population générale pédiatrique, dans un cadre scolaire. Les résultats de cette étude confirment les hypothèses selon lesquelles « *Learning to BREATHE* » a un effet positif sur les mesures de la régulation émotionnelle et l'efficacité de cette autorégulation. Les étudiants du groupe de traitement ont rapporté des réductions faibles mais statistiquement significatives des difficultés de régulation émotionnelle et du niveau de stress auto-déclaré.

#### (5) Troubles externalisés et évitement

Le développement de la pleine conscience permet de créer un espace de respiration entre le moment où l'on porte son attention consciemment sur l'expérience présente (niveau cognitif et métacognitif) et le moment où l'on passe à l'action (niveau comportemental). La non-réaction est d'ailleurs l'une des cinq dimensions du modèle descriptif de la pleine conscience de Bear et al. (37). Cette faculté entraîne un meilleur contrôle des fonctions exécutives et peut ainsi permettre de gérer les troubles du comportement externalisés, qui rassemble les comportements agressifs, oppositionnels, ainsi que les troubles des conduites et qui sont liés à l'impulsivité (61), comme dans le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), par exemple. Ceci peut également aider à gérer les comportements d'évitement

(62), où la réponse comportementale de fuite se fait de manière réactionnelle et impulsive devant l'envahissement émotionnel déclenché par l'anxiété.

La littérature actuelle montre que les ITBPC tendent de manière non négligeable à réduire le niveau d'impulsivité (61).

- Troubles externalisés

Dans la méta-analyse de Dunning et al. (57), une amélioration des fonctions exécutives est mise en évidence de manière significative dans l'analyse de l'ensemble des 33 ERC mais disparaît lorsque l'analyse concerne uniquement les ERC avec groupes contrôle actifs. Notons également que l'âge modère significativement les effets des ITBPC sur les fonctions exécutives, avec des avantages relatifs plus importants associée à un âge plus avancé.

Comme nous pouvons nous y attendre, à l'instar des fonctions exécutives, une amélioration significative des troubles externalisés est retrouvée lors de l'analyse portant sur les 33 ERC et, de la même manière, cet effet disparaît dans l'analyse portant sur les 17 ERC avec groupe contrôle actif.

- L'Évitement

L'évitement expérientiel est considéré comme une stratégie de coping adaptative sur le plan évolutionniste et dans certaines circonstances de danger imminent, mais elle peut également être considérée comme inadaptée lorsque qu'elle s'applique à des situations banales et sans danger, en particulier sur le long terme. Ce prérequis est à la base de la thérapie ACT, selon laquelle de nombreuses difficultés d'ordre psychologique sont exacerbées par l'évitement de l'expérience et donc améliorée par l'exposition et l'acceptation de l'expérience présente (35,63).

Les capacités de pleine conscience permettent de limiter l'évitement expérientiel en



cultivant l'exposition à l'expérience (39), le non-jugement et la non-réaction (37).

Greco et al. (64) ont mis au point un questionnaire : « *the avoidance and fusion questionnaire for youth* » (AFQ-Y), permettant de mesurer la fusion cognitive (caractérisée par un amalgame entre faits et pensées) et l'évitement expérientiel (c'est-à-dire fuir ses expériences émotionnelles), destiné à des adolescents. Leur étude a permis de mettre en évidence des corrélations positives entre le score obtenu à l'AFQ-Y et l'anxiété rapportée par l'enfant lui-même, les plaintes somatiques et les problèmes comportementaux. Des corrélations négatives ont été observées entre l'AFQ-Y et la qualité de vie en général (62).

En conclusion, malgré les limites de ces études qui sont : une forte hétérogénéité, un biais de publication non négligeable, peu d'essais randomisés contrôlés avec groupe contrôle actif et des mesures essentiellement auto-rapportées, les ITBPC semblent avoir un réel impact sur la santé mentale des enfants et des adolescents.

Toutefois, devant l'enthousiasme et le marketing créés par ces résultats, les chercheurs mettent tout de même en garde contre une attitude trop zélée (36) et soulignent la nécessité d'autres études afin d'évaluer la robustesse des ITBPC chez les jeunes, d'en comprendre les mécanismes d'action sous-jacents et les particularités liées à l'âge.

### C. Hypothèse de travail dans le cadre de cette thèse

Le RSA est une manifestation courante et invalidante dont l'étiologie est multifactorielle mais dont le processus central est l'évitement.

La pleine conscience est une compétence pouvant s'enseigner aux enfants et aux adolescents, sous différentes formes, notamment en groupe. Elle consiste en un contrôle attentionnel induisant un changement de perspective sur l'expérience, pouvant alors entraîner un effet thérapeutique sur les troubles internalisés comme l'anxiété, la dépression ainsi que sur les comportements automatiques comme l'évitement.

Dans le cadre de ce travail de thèse, nous avons donc émis l'hypothèse qu'une ITBPC pourrait être bénéfique comme approche pour la prise en charge du RSA, et nous avons envisagé de construire un programme spécifique.

Pour la réalisation de ce projet, ainsi que pour ma formation professionnelle, j'ai réalisé un programme MBSR de huit semaines, suivi d'une formation aux ITBPC, option « enfants, adolescents, parents et soignants travaillant avec l'enfant » : cette formation s'est déroulée sur deux ans en Belgique à l'Université de Louvain-la-Neuve, sous la direction du Dr Sandrine Deplus et du Pr Pierre Philippot. Elle n'est ouverte qu'aux soignants et donne accès à une certification valable dans toute l'Union Européenne permettant d'enseigner la pleine conscience aux jeunes ainsi qu'à leurs parents. Au cours de cette formation nous ont été enseignés les trois programmes (adaptés aux enfants, adolescents et parents), créés par les Sandrine Deplus et Magali Lahaye (31) ; nous les avons appréhendés d'un point de vue pratique ainsi que théorique, nous permettant ainsi de les modifier afin de les adapter aux particularités de cadre et de population. C'est ce que nous avons fait pour créer le programme START'UP.

D. Objectifs de l'étude pilote réalisée dans le cadre de cette thèse

Les objectifs de cette étude pilote étaient d'étudier la faisabilité d'une ITBPC adaptée à une population d'adolescents souffrant de RSA, d'évaluer la pertinence des critères d'inclusions, d'améliorer les procédures du protocole, d'évaluer le respect du protocole par les patients ainsi que de fournir une estimation de l'effet et de la variation afin de calculer la taille de l'échantillon nécessaire à des études cliniques de plus grandes envergures.

## II. Matériel et Méthode

Pour répondre à notre objectif, nous avons réalisé une étude pilote à visée exploratoire, de type série de cas, sur un petit échantillon de patients. Notre hypothèse de départ part du postulat que l'évitement expérientiel est un processus central dans le refus scolaire anxieux (RSA). Les ITBPC ayant un effet sur ce processus d'évitement, nous proposons de créer un programme spécifique adapté à des adolescents souffrant de RSA, que nous avons nommé « START'UP », puis d'en tester la faisabilité et l'efficacité.

### A. Population d'étude

Nous avons mené cette étude auprès d'adolescents pris en charge au sein du Centre d'Accueil Médico-Psychologique pour Adolescents (CAMPA) du Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg sur deux périodes, de novembre 2018 à mars 2019 puis de mars à juillet 2019.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Adolescents âgés de 11 à 18 ans
- Déscolarisation de moins de six mois
- Refus scolaire d'origine anxieuse essentiellement, avec motivation de l'adolescent à retourner en classe
- Coefficient intellectuel et compétences sociales et scolaires permettant une scolarité, à priori, sans adaptation

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Troubles attentionnels ou troubles du comportement ne permettant pas la présence dans un groupe pendant 2 heures
- Autre symptomatologie aiguë nécessitant d'être traitée en priorité

Nous avons informé par mail l'ensemble des praticiens hospitaliers et les internes du service de pédopsychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, ainsi que les pédopsychiatres et psychiatres susceptibles de rencontrer des adolescents avec RSA afin qu'ils puissent nous adresser des patients.

## B. Méthodologie

### 1. Design de l'étude

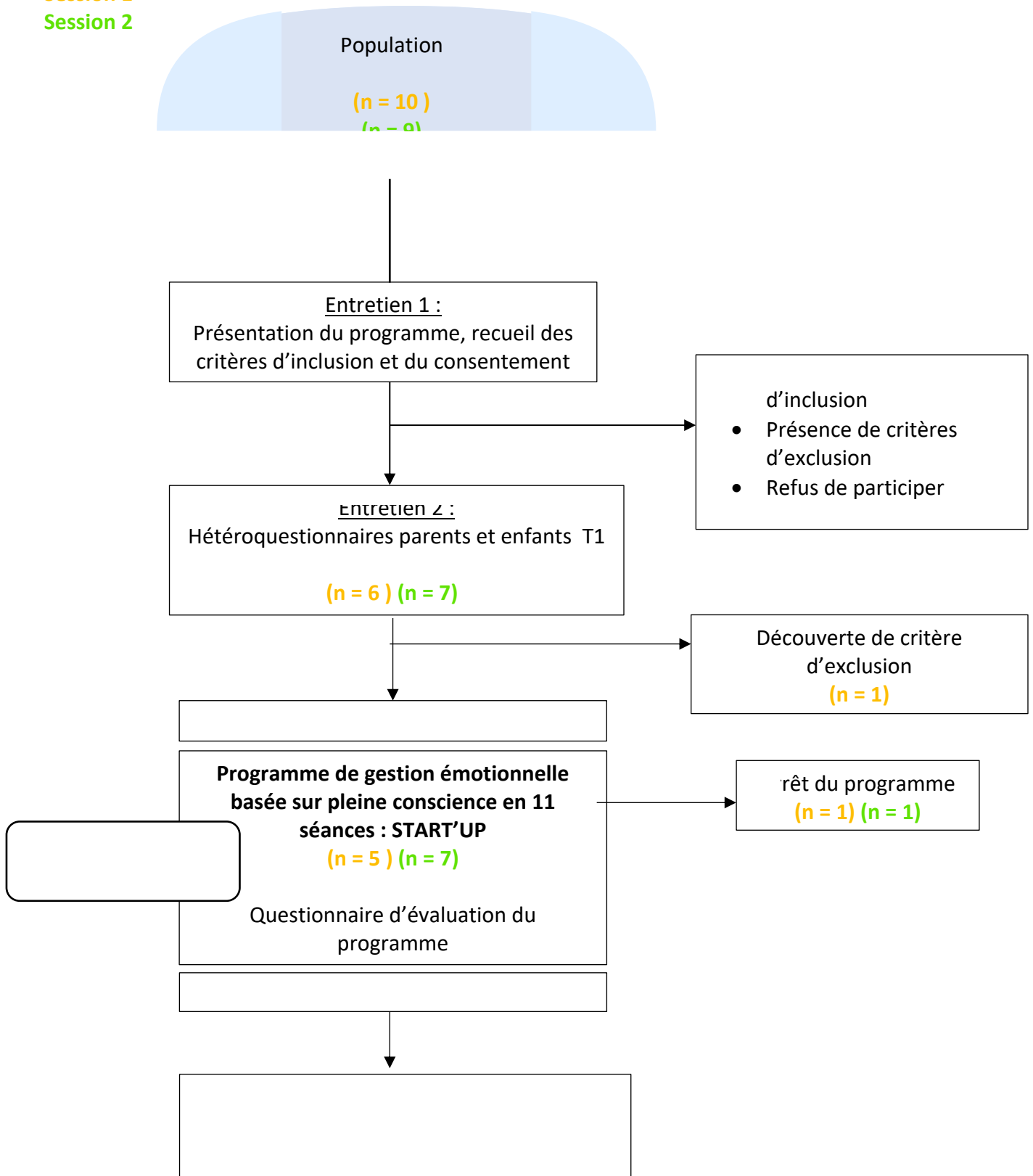
Il s'agit d'une étude séquentielle en ouvert qui comprend une évaluation avant intervention, un programme d'intervention, un entretien semi-structuré de mi-programme et une évaluation post-intervention (figure 2).

La prise en charge thérapeutique habituelle n'était pas modifiée pendant la durée de l'intervention, elle était variable pour chaque patient et pouvait comprendre : un suivi pédopsychiatrique, parfois un traitement psychotrope et/ou un suivi psychothérapeutique individuel par une psychologue. Nous avons effectué deux sessions identiques.

Figure 2 : Design de l'étude et diagramme de flux

Session 1

Session 2



## 2. Le programme START'UP

« START'UP » est un programme que nous avons construit dans le cadre de ce travail de thèse. Il s'agit d'un programme de 11 séances hebdomadaires de deux heures, intégrant des « défis à domicile » visant à approfondir et mettre en pratique les éléments abordés.

Les séances se déroulaient au CAMPA, elles étaient menées par Isabelle Frey, psychologue, et moi-même, avec l'assistance précieuse de Sandy Lentz, infirmière. L'ensemble des participants se tenaient en cercle, au sol sur un tapis.

Le contenu des séances était pensé et écrit en amont, chaque séance avait un thème et un objectif précis et suivait la trame suivante (cf. annexe 1 et documents supplémentaires) :

- Revue des défis à domicile
- Pratique expérientielle de la pleine conscience dite « informelle »
- Psychoéducation
- Pratique de pleine conscience dite « formelle », méditation assise
- Technique de relaxation
- Présentation des défis à domicile

Nous nous sommes appuyés uniquement sur des pratiques ayant une validité scientifique préalable.

Nous avons construit le programme « START'UP » à partir de celui de Sandrine Deplus et Magali Lahaye (31), lui-même inspiré du programme MBSR de Jon Kabat-Zinn (32). Nous avons apporté des modifications afin de s'adapter à l'institution ainsi qu'à notre population d'étude. Le plan général du programme est présenté dans le tableau 2 ci-dessous, les notes en bleu correspondent aux modifications que nous avons apportées par rapport au programme original.

Le détail des séances est présenté en annexe (cf. annexe 1), et le contenu complet du programme est fourni dans le matériel complémentaire (clé USB).

Entre chaque séance, les patients étaient invités à réaliser des exercices pratiques : les « défis inter-séances ». Ces défis étaient énoncés et expliqués dans le groupe, en fin de séance.

De plus, une fiche « défis inter-séances » (cf. documents supplémentaires) leur était transmise, celle-ci comprenait le support permettant de réaliser les tâches à domicile mais pouvait également comporter des explications sur des notions abordées en séance. Un cahier leur avait été remis en début de programme dans lequel nous leur proposons de coller ces fiches inter-séances, ce cahier devait être apporté à chaque séance si possible.



Tableau 2 : contenu des séances du programme « START'UP »

Séance	Thème	Objectif	Pleine conscience « informelle »	Psychoéducation Mise en mots	Pleine conscience « formelle »	Boite à outils Technique de relaxation	Tâches inter-séances
1	L'attitude du martien	Établissement du cadre et de la dynamique du groupe Présentation de la pleine conscience Remplissage des auto-questionnaires	Exercice de la fraise Tagada®	Illusions d'optique, importance de la centration sur l'attention	Aucune	Aucune	Faire une activité en pleine conscience, à <i>définir ensemble</i> .
2	<i>Comprendre la difficulté à se rendre à l'école</i>	<i>Lien avec les difficultés en rapport avec l'école Poursuite de la présentation de la pleine conscience</i>	<i>Sentir en pleine conscience</i>	<i>Diaporama sur le refus scolaire anxieux</i>	<i>Météo intérieure</i>	<i>Respiration « en comptant »</i>	<i>Réaliser une activité quotidienne en pleine conscience et une relaxation</i>
3	Donner de l'attention au corps	Prise de conscience des sensations corporelles	Marche en pleine conscience	Mise en situation « je marche dans la rue », mes pensées ne sont pas des faits	Balayage corporel	Aucune	Faire attention à son corps en mouvement dans la vie quotidienne Balayage corporel
4	<i>Le stress</i>	<i>Connaitre ses réactions face au stress et savoir répondre</i>	<i>Jeu de balles, prendre conscience de ces réactions en situation stressante</i>	<i>Psychoéducation sur les différentes composantes du stress, diaporama.</i>	<i>Attention à la respiration</i>	<i>Relaxation par décontraction musculaire</i>	<i>S'entraîner à la relaxation par décontraction musculaire et remplir la fiche « boite à outils »</i>
5	S'arrêter et respirer <i>Les attaques de panique</i>	Centration sur la respiration Respiration comme point d'ancrage <i>Comprendre et apprendre à gérer une attaque de panique</i>	<i>Jeux « bougies et plumes » - prendre conscience de la respiration.</i> Jeux de mouvements en pleine conscience	<i>Psychoéducation sur les attaques de panique, diaporama</i>	Méditation assise sur la respiration	<i>Technique de gestion des attaques de panique</i>	Faire attention à la respiration dans la vie quotidienne Méditation sur la respiration

6	<i>Reconnaitre</i> et accueillir l'émotion	<i>Reconnaitre ses manifestations émotionnelles</i> Non jugement de l'expérience émotionnelle et acceptation	« Ce que les sons me font » conscience de ses réactions émotionnelles en musique.	<i>Diaporama sur la reconnaissance des émotions.</i> <i>Jeux de rôle*</i> <i>Vidéo-1 et 2 « Croco » et Extrait de film Harry Potter *</i>	Méditation assise sur la respiration et le corps	<i>Relaxation par la respiration « avec les mots »</i>	Auto-observation d'un évènement désagréable
7	Ne pas faire ce que l'émotion me dit de faire <i>La fonction et la régulation des émotions</i>	Inhibition de la réaction immédiate en se concentrant sur la respiration et le corps	Espace de respiration « entraînement » et « faire face » Jeux d'inhibition	<i>Vidéo 3 « Tout le monde s'en fout, les émotions » *</i> <i>Jeux de rôle « Et si l'émotion n'était pas là ? »</i>	Méditation assise sur la respiration, le corps et les sons	Espace de respiration « faire face »	Nommer et dessiner « une émotion qui m'embête » Méditation sur la respiration et le corps
8	Prendre de la distance par rapport aux pensées <i>Les ruminations</i> <i>L'autocompassion</i>	Changement de l'attitude par rapport aux pensées <i>et aux ruminations</i> <i>Développer l'autocompassion</i>	<i>Marche en pleine conscience avec attention sur les pensées</i>	Vidéo 4 Extrait du Film Harry Potter « Les épouvantards » * <i>Jeux de rôle en équipe « ruminations contre pensées positives »</i>	Méditation assise sur les pensées <i>Étirements en pleine conscience</i>	Aucune	Méditation sur les pensées
9	Avancer vers ce qui est important pour moi <i>L'affirmation de soi</i>	Réfléchir à la manière de développer et de consolider ce qui est important pour moi <i>et pouvoir l'exprimer</i>	<i>Écouter l'autre en pleine conscience</i>	Souvenirs autobiographiques Liste des valeurs <i>Vidéo 5 « Et tout le monde s'en fout : Les valeurs » *</i>	Méditation assise sur les pensées et introduction d'une difficulté	Aucune	Un exercice de méditation au choix <i>Prendre une photo de ce qui est important pour moi</i>
10	Agir <i>Technique de résolution de problème</i>	Agir vers mes valeurs <i>Définir quelle action constructive prendre quand je suis en détresse</i>	Implémentation des valeurs dans les activités quotidiennes	Retracer une journée type et définir les activités de plaisir et de maîtrise Les 4 cadrans	Méditation assise sur les pensées et introduction d'une difficulté	Aucune	Un exercice de méditation au choix <i>Faire une action en lien avec mes valeurs par jour</i>
11	Ce n'est qu'un début... <i>La gratitude</i>	Evaluation du programme Maintien de la pratique	<i>Galet glacé</i>	<i>Exercice de gratitude</i>	Méditation assise ouverte	Aucune	/

\* voir documents supplémentaires, clé USB

### 3. Recueil des données

L'ensemble des données ont été anonymisées en modifiant les prénoms.

Nous avons réalisé deux entretiens préliminaires, le premier entretien avait pour but de recueillir des informations d'ordre sociodémographiques et cliniques, de vérifier les critères d'inclusion et d'exclusion, de présenter l'objectif du programme à l'adolescent et ses parents et de recueillir leurs accords écrits pour l'analyse des données.

Le second entretien permettait de s'assurer à nouveau du consentement et de la motivation à participer au programme et à l'étude ainsi que de faire passer à l'adolescent et à ses parents les hétéro-questionnaires d'évaluation.

Nous avons demandé aux adolescents de remplir les auto-questionnaires au début de la première séance et à la fin de la dernière séance du programme. Lors de la passation des questionnaires, un professionnel était présent dans la salle, afin de répondre aux éventuelles questions.

Afin de nous renseigner sur l'acceptabilité du programme par les patients, nous avons réalisé des entretiens de mi-programme. Il s'agissait d'entretiens individuels avec le jeune, de formes semi-structurées, d'une durée de 30 minutes environ.

À la fin du programme nous réalisons un entretien de fin de programme avec l'adolescent et ses parents afin de faire une évaluation des ressentis de chacun sur le programme venant de s'écouler et de faire à nouveau passer les hétéro-questionnaires.

Le temps de passation des hétéro-questionnaires lors du second entretien préliminaire ainsi que la passation des auto-questionnaires avant le début de la première séance du programme constituent le temps T1.

La passation des auto-questionnaires à la fin de la dernière séance du programme et lors de l'entretien de fin de programme ainsi que la passation des hétéro-questionnaires lors de l'entretien de fin de programme constituent le temps T2 (figure 2).

En ce qui concerne les caractéristiques de la déscolarisation, celles-ci étaient mesurées de manière subjective en demandant à l'adolescent son temps de fréquentation scolaire aux temps T1 et T2. Nous recherchions également si d'autres aménagements de la scolarité étaient mis en place comme une inscription au Centre National d'Éducation à Distance (CNED) ou un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

### C. Questionnaires

Nous avons recueilli des données de manière quantitative à l'aide de questionnaires que nous allons présenter ici.

Nous nous sommes intéressées dans un premier temps à l'acceptabilité de notre programme par les patients. Nous avons ensuite mesuré les caractéristiques du RSA dans notre population.

Nous avons porté attention aux comorbidités que pouvaient présenter les patients, d'un point de vue diagnostique global puis plus précisément la symptomatologie dépressive et anxieuse à l'aide d'auto-questionnaires et d'hétéro-questionnaires, ainsi que les troubles du sommeil en auto-questionnaire.

Puis, nous avons évalué les processus qui, selon nos hypothèses, pouvaient être impliqués dans les RSA et sur lesquels nous avons travaillé dans le programme « START'UP », il s'agit de l'évitement expérientiel, de la régulation émotionnelle et de la pleine conscience. Enfin, nous nous sommes intéressées à l'impact du trouble sur la dynamique familiale.

#### 1. L'acceptabilité du programme

Nous avons construit un entretien semi-structuré de mi-programme (cf. annexe 2). Il s'agit d'un entretien d'environ 30 minutes que nous avons réalisé individuellement avec le jeune.

Il se compose de 6 parties :

- *Méditation*
- *Relaxation*
- *Moments de partages*
- *Psychoéducation*
- *Tâches à domicile*
- *Symptomatologie du refus anxieux scolaire*

Les objectifs de cet entretien semi-structuré étaient tout d'abord d'offrir un espace d'entretien individuel avec le patient afin qu'il puisse s'exprimer librement sur son expérience au sein de l'atelier. Secondairement, cela permettait d'évaluer la pertinence et l'acceptabilité du programme.

Nous avons conçu également un auto-questionnaire de fin de programme (cf. annexe 3), ayant pour objectif d'évaluer à nouveau la pertinence et l'acceptabilité à la fin du programme, mais également la validité sociale de celui-ci par les jeunes.

Nous avons choisi intentionnellement le fait de proposer deux supports différents (entretien semi-structuré et auto-questionnaire) afin de s'adapter aux possibilités et aux besoins différents de chaque patient.

## 2. Le refus scolaire anxieux

Nous avons identifié les différents processus mis en jeu dans le RSA à l'aide de l'échelle suivante :

### School Refusal Assessment Scale (SRAS) (65) (cf. annexe 4)

Ce questionnaire a été construit à partir des observations cliniques des auteurs, le but est de mettre en évidence les aspects fonctionnels impliqués dans le RSA.

Il s'agit d'un auto-questionnaire dimensionnel, composé de 16 items. Pour chaque item, le patient doit répondre à l'aide d'une échelle de type Likert allant de 0 « jamais » à 5 « presque toujours ». Nous calculons ensuite la moyenne des scores obtenus pour chacune des quatre dimensions suivantes :

Renforcement négatif :

- Évitement de stimuli spécifiques
- Évitement de situations sociales pénibles, relations avec les pairs, anxiété sociale

Renforcement positif :

- Comportement permettant d'attirer l'attention ou anxiété de séparation. Le comportement est motivé par le fait d'attirer l'attention ou de rester à la maison avec une personne référente (un parent souvent)

- Bénéfices secondaires ludiques

Une différence de 0,25 point entre chaque dimension est considérée comme significative.

### 3. Les comorbidités psychiatriques :

Les comorbidités psychiatriques ont été mesurées en hétéro-questionnaire et en auto-questionnaire à l'aide de l'échelle suivante :

*Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID) (66)*

Il s'agit d'un entretien diagnostique semi-structuré, et validé sur 226 enfants âgés de 6 à 17 ans. Il se compose d'une version « parents » et d'une version « enfants et adolescents » qui permettent le dépistage des principaux diagnostics psychiatriques selon la quatrième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) et la CIM-10.

### 4. La symptomatologie dépressive

La symptomatologie dépressive a été mesurée en hétéro-questionnaire et auto-questionnaire à l'aide de l'échelle suivante :

*Adolescent Depression Rating Scale (ADRS) (67) (cf. annexe 5)*

Il s'agit d'un outil de mesure de la sévérité de la dépression, dimensionnel, validé en français et conçu spécifiquement pour une population clinique d'adolescents de 13 à 20 ans. Cet outil permet de mesurer l'intensité dépressive selon deux axes :

- État interne de la dépression, incluant :
  - L'irritabilité
  - L'envahissement par le vécu dépressif
  - La perception négative de soi et pensées de mort

- Manifestations externes de la dépression, incluant :
  - Les investissements scolaires
  - Les activités de loisirs
  - Les relations aux autres

L'échelle se compose de deux versions :

- Une version « patient » en auto-évaluation de 10 questions avec des réponses de type vrai/faux.
- Une version « clinicien » en hétéro-évaluation de 10 items de type échelle de Likert en 7 points allant de 0 « absent » à 6 « très intense ».

Pour l'ADRS patient, le seuil correspondant à une dépression clinique est de 3 « vrai » et de dépression selon le DSM IV de 4 « vrai ». Pour l'ADRS clinicien, ces seuils sont de 15 et 20 respectivement.

Avant et après traitement, une différence de 5 points pour l'ADRS clinicien et de 1 point pour l'ADRS patient, sont considérées comme cliniquement significatives.

#### 5. La symptomatologie anxieuse

La symptomatologie anxieuse générale a été mesurée en hétéro-questionnaire à l'aide de l'échelle suivante :

*Hamilton Anxiety Scale (HAS) (68) (cf annexe 6)*

Il s'agit d'un questionnaire dimensionnel, initialement créé pour une population adulte (69) mais qui a ensuite été validé chez l'adolescent de 12 à 18 ans (68). Il se compose de 14 items, et les réponses sont obtenues à l'aide d'une échelle de Lickert de 0 à 4 points. Le score total varie de 0 à 56 et permet de classer l'intensité de la symptomatologie anxieuse en quatre dimensions suivantes :

- Score ≤ 17 : anxiété d'intensité légère



- Score  $\geq 8$  et  $\leq 24$  : anxiété d'intensité légère à modérée
- Score  $\geq 25$  et  $\leq 30$  : anxiété d'intensité modérée à grave
- Score  $\geq 30$  : anxiété grave

La symptomatologie anxieuse a également été mesurée en auto-questionnaire selon l'échelle suivante :

*Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) (70) (cf.annexe 7)*

Il s'agit d'une échelle de sévérité, dimensionnelle en 39 items, validée en français auprès d'enfants et d'adolescents de 8 à 18 ans.

Chaque item se mesure à l'aide d'une échelle de Likert en 4 points de 0 « presque jamais » à 4 « presque toujours ».

Elle étudie les quatre dimensions suivantes :

- Symptômes physiques
- Évitement
- Anxiété sociale
- Anxiété de séparation

## 6. Le sommeil et ses troubles

Comme nous l'avons vu en introduction, le sommeil est corrélé au RSA, notamment aux difficultés à initier le sommeil et à la fatigue quotidienne. Les troubles du sommeil sont également liés aux comorbidités fréquente du RSA : l'anxiété et les symptômes dépressifs. Il nous a donc semblé essentiel de mesurer ce paramètre lors de notre étude.

Celle-ci a été mesurée à l'aide des deux auto-questionnaires suivants :

### Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI) (71) (cf. annexe 8)

Cette échelle dimensionnelle de 14 questions permet d'évaluer la sévérité de l'insomnie en quatre catégories à l'aide de scores seuils :

- 0-7 absence d'insomnie
- 8-14 insomnie sous-clinique
- 15-21 insomnie modérée
- 22-28 insomnie sévère

Une amélioration du score total de 8 points ou plus est considérée comme étant cliniquement significative.

### Index de qualité de sommeil de Pittsburg (PSQI) (72)(cf. annexe 9)

Il s'agit d'une échelle validée qui évalue la qualité de sommeil du mois précédent, elle comporte 19 questions regroupées en 7 rubriques cotées chacune de 0 à 3. Le score maximal est de 21, plus le score est élevé, plus le sommeil est perturbé ; un score supérieur à 5 est le reflet d'une mauvaise qualité de sommeil.

## 7. L'évitement expérientiel

L'évitement expérientiel a été mesuré à l'aide du questionnaire suivant :

### *Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ) (64) (cf.annexe 10)*

Il s'agit d'un questionnaire unidimensionnel destiné aux enfants allant de la 5<sup>ème</sup> primaire à la 4<sup>ème</sup> secondaire belge, ce qui correspond au CM2 jusqu'à la seconde française. Il permet d'évaluer la fusion cognitive et l'évitement expérientiel.

Il se compose de 17 items, chaque item est mesuré par une échelle de Likert à 5 points allant de 0 « pas vrai du tout » à 4 « très vrai ». Plus le score est élevé plus l'évitement expérientiel est important. Nous avons contacté directement les auteurs afin d'obtenir la version française actuellement en cours de validation.

## 8. La régulation émotionnelle

Les différentes stratégies de régulation émotionnelle ont été mesurées à l'aide du questionnaire suivant :

### *Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ) (73) (cf.annexe 11)*

Il s'agit d'une échelle à 36 items destinée à mesurer neuf stratégies de réponse face à un évènement négatif ou désagréable.

Régulation adaptative :

- Acceptation
- Centration positive
- Centration sur l'action
- Réévaluation positive
- Mise en perspective

Régulation non-adaptative :

- Rumination
- Dramatisation
- Blâme de soi
- Blâme d'autrui

9. La pleine conscience :

La pleine conscience a été mesurée à l'aide de l'échelle suivante :

*Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM) (74) (cf. annexe 12)*

Il s'agit d'un questionnaire unidimensionnel traduit de l'anglais, validé pour l'enfant et l'adolescent, permettant d'établir un score global de pleine conscience.

Il se compose de 10 items pour lesquels chaque patient doit indiquer son degré d'accord à l'aide d'une échelle de type Likert en 5 points allant de 0 « jamais vrai » à 4 « toujours vrai ». Plus le score est faible et plus le degré de pleine conscience est élevé.

10. L'impact du refus scolaire anxieux sur la dynamique familiale

Il nous semblait intéressant d'évaluer le ressenti des parents sur la symptomatologie de leur enfant et l'impact de cette symptomatologie au sein de la famille. En effet, les parents apportent des données complémentaires à celles apportées par le patient et le clinicien, notamment sur les comportements du patient au quotidien.

De plus, cela permettait d'inclure les parents dans le projet thérapeutique.

N'ayant pas trouvé de questionnaire validé disponible répondant à notre demande, nous en avons créé un (cf. annexe 13). Il s'agit d'un questionnaire en 10 Items, et nous demandions aux parents de donner un score quantitatif entre 0 et 100 pour chaque item.

#### D. Analyse statistique :

L'ensemble des analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel *Jamovi version 1.2.16* (75).

Nous avons préalablement testé la normalité de la distribution des valeurs à l'aide du test de normalité Shapiro-Wilk, la distribution a été considérée comme normale si la *p-value* était supérieure à 0.05 (c'est-à-dire un risque alpha fixé à 0.05).

Ensuite, afin de comparer les données obtenues au temps T1 et au temps T2, nous avons utilisé deux types de tests :

- En cas de distribution normale des valeurs, nous avons utilisé un test de Student t pour données appariées, test paramétrique permettant l'analyse de données appariées.
- En cas de distribution non normale des valeurs, nous avons utilisé un test de Wilcoxon, test non-paramétrique pour données appariées.

Dans les deux cas, nous avons établi que les tests sont considérés comme significatifs si la *p-value* est inférieure à 0.05 (c'est-à-dire un risque alpha fixé à 0.05).

### III. Résultats

#### A. Population de l'étude

Nous avons inclus 12 patients au total dans notre étude, 5 patients lors de la première session du programme et 7 lors de la seconde. Deux patients (un par session) ont quitté le programme en cours. Notre population finale d'étude est donc constituée de 10 patients (cf. figure 2).

Parmi ces 10 patients, 6 étaient des filles et 4 des garçons, l'âge moyen était de 14 ans et 2 mois (fourchette allant de 11 à 17 ans). Les parents vivaient ensemble pour 7 des 10 patients.

Concernant les caractéristiques de la déscolarisation, elle était complète pour 4 patients et incomplète pour 6, de début brutal pour 3 patients et progressive pour les 7 autres. Aucun patient ne présentait de troubles des apprentissages.

2 patients sur 10 prenaient un traitement médicamenteux au début de l'étude, il s'agissait d'un traitement par Sertraline pour l'un et par Hydroxyzine en cas de besoin pour l'autre. Un patient a initié un traitement par Méthylphénidate en cours d'étude.

#### B. L'acceptabilité du programme

##### 1. Entretien de mi-programme

Nous avons pu remarquer que 7 patients sur 10 déclarent arriver à pratiquer tous les exercices proposés pendant l'atelier. Un patient (Yannick) éprouve des difficultés à réaliser les exercices de méditation, et deux autres patientes (Nina et Lucie) éprouvent des difficultés à partager leurs expériences avec le groupe.

Concernant les liens entre les expériences faites dans le groupe et dans le quotidien, il semble plus difficile pour les jeunes de faire ce lien avec les exercices de méditation : en effet, 4 patients sur 10 déclarent ne pas y parvenir. Contrairement aux exercices de relaxation et de psychoéducation pour lesquels tous les patients font le rapprochement avec leur quotidien.

Nous remarquons également qu'il est plus difficile pour les patients de comprendre l'objectif et de saisir le sens des exercices de méditation (pour la moitié d'entre eux) et des défis à domicile (3 sur 10) alors que celui des exercices de psychoéducation et de relaxation leur semble pour tous plus évident.

Sur le plan de la pratique à domicile, là encore les exercices de relaxation sont plus facilement réalisés (9/10) par rapport aux exercices de méditation formelle (6/10) et aux défis à domicile de pleine conscience informelle (5/10). Tous les patients répondent par l'affirmative lorsqu'on leur demande s'ils auraient apprécié recevoir un message sur leur téléphone en guise de rappel pendant la semaine.

## 2. Entretien de fin de programme

9 patients sur 10 ont répondu au questionnaire de fin de programme.

Tous les patients répondent oui à la question « as-tu aimé participer à ce programme ? ».

Nous avons ensuite exploré l'appréciation des différentes composantes du programme en détails :

Aux questions « as-tu apprécié ... ? » (Les réponses proposées sont : oui, non, oui/non) :

- *...les méditations* : 7 patients sur 9 répondent oui et un patient oui/non.

- ...*les présentations avec un diaporama* : 6 patients répondent oui, 2 oui/non et 1 non.
- ... *les explications sur le fonctionnement psychologique* : 6 patients répondent oui et 3 oui/non.
- ... *la relaxation* : tous les patients répondent oui.
- ... *les discussions, le partage avec les autres* : tous les patients répondent oui
- ... *les vidéos* : 7 patients répondent oui, 1 oui/non et 1 non
- ... *les à la maison* : 2 patients répondent oui, 5 oui/non et 2 non
- ... *les documents transmis en fin de séance, le cahier* : 6 patients répondent oui et 3 oui/non

À la question ouverte « *Quel est ton meilleur souvenir, ce que tu as le plus apprécié ?* », 7 patients ont répondu :

- « *Le DESC, l'affirmation de soi* »
- « *La vidéo, je trouve que c'est une bonne façon de comprendre* »
- « *Les valeurs* »
- « *La dernière séance* »
- « *J'apprécie ce groupe car tout le monde est sympa* »
- « *Les méditations à la maison* »
- « *Quand on a fait le jeu du ballon* »


À la question ouverte « *Quel est ton pire souvenir, ce que tu as le moins aimé ?* », 7 patients ont répondu :

- « *Le diaporama sur l'école* »



- « *La méditation la plus longue, qui était trop longue* »
- « *Les crises de panique* »
- « *J'ai tout aimé* »
- « *Prendre la parole lors des premières séances* »
- « *Je ne sais pas* »
- « *Vidéos sur les émotions et les sketches* »

Concernant l'ambiance au sein de l'atelier (commentaire libre) :

- « *Très bonne, très dynamique. 9/10* »
- « *Bien* »
- « *Bien, sereine 😊* »
- « *C'était un peu compliqué au début mais je me suis habituée au groupe et l'ambiance est devenue plus agréable* »
- « *Bonne ambiance* »
- «  *c'est un pouce pour dire génial* »
- « *Plutôt calme, bonne ambiance avec plein de bienveillance* »
- « *9/10, je trouvais l'ambiance accueillante, je me sentais respecté* »

À la question « *Penses-tu que ce type de groupe convienne aux jeunes de ton âge ?* » (Les réponses proposées sont : oui/non/ pourquoi), 7 patients sur 9 ont répondu « oui » :

- « *Oui, vous êtes bienveillants* »
- « *Oui, car il permet de rencontrer d'autres jeunes qui ont peut-être les mêmes problèmes* »

- « *Ça dépend qui, parce qu'ils n'ont pas l'habitude de faire des choses comme ça et ont des à priori* »
- « *Non, tout le monde peut stresser, [il n'] y a pas d'âge* »
- « *Oui* » (4 personnes)
- « *Oui, ça nous aide de le faire petit* »

À la question ouverte « *Que pourrait-on enlever à ce programme ?* », 3 patients ont répondu :

- « *La méditation* »
- « *Rien du tout* »
- « *Je ne sais pas* »

À la question ouverte « *Que pourrait-on améliorer à ce programme ?* », 5 patients ont répondu :

- « *Plus de méditation* »
- « *Laisser plus de dialogue. Faire plus d'exercices debout (action) et plus de relaxations couchées* »
- « *Rien du tout* »
- « *Plus de jeux/activités à plusieurs* »
- « *Je ne sais pas, mais peut-être faire des méditations pas trop longues* »

Nous avons ensuite étudié l'efficacité perçue par le patient, à l'aide de la formulation suivante :

« *À quel point, sur une échelle de 0 à 10, (0= pas du tout et 10 = énormément) ...* »

- « ... cela a-t-il changé quelque chose pour toi ? » : 10,9,8,7,7,7,5,1 « j'ai un peu plus confiance en moi », « ça a tout changé »,
  
- « Arrives-tu à mieux à mieux gérer ? » :
  - ... ton anxiété : 8, 8, oui,7, 5, oui/non, 8, oui, oui
  - ... tes ruminations : oui, oui, 6, non, 8, oui, 6, 5
  - ... tes émotions : oui, 8, 6, oui, non,7, oui
  - ... ta peur de retourner à l'école : oui, 5, 10, 10, oui, 7, 3, « non, beaucoup moins »
  
- « T'es-tu senti mieux grâce à ce que tu as appris dans le groupe ? (0-10), et à quel moment cela t'as aidé ? » :
  - « 7, Sur le chemin de l'école j'ai fait des respirations »
  - « Dans les moments de colère, respirer... »
  - « 10, Pour trouver le sommeil »
  - « 7, oui, pour être plus calme »
  - « 10, les mots qu'on a écrits »
  - « 7, relaxations pendant les moments de stress »
  - « 9, pour gérer mes crises d'angoisse »
  
- « Penses-tu continuer les exercices que tu as appris dans le groupe ? Lesquels ? »
  - « Oui, quelques méditations et quelques exercices de relaxation »
  - « Oui, la méditation et la relaxation »
  - « Oui, méditation et surtout exercices de respiration »
  - « Je vais essayer la méditation »

- « *La méditation* »
- « *DESC, relaxation* »
- « *La respiration* »
- « *Oui, les méditations* »

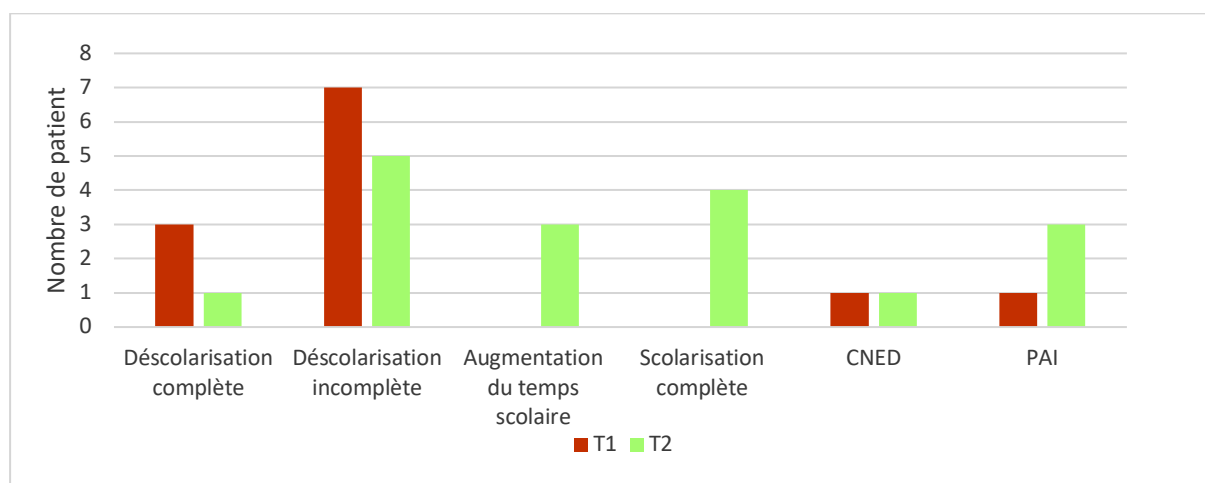
### C. Refus scolaire anxieux (RSA)

#### 1. Résultats qualitatifs

Au temps T1, 3 patients sont en situation de déscolarisation complète et 7 en situation de déscolarisation incomplète, dont un bénéficie d'un Plan d'Accueil Individualisé (PAI).

Au temps T2, une patiente reste en situation de déscolarisation complète, quatre patients retrouvent une scolarité complète, 5 patients sont en situation de déscolarisation incomplète dont trois augmentent leur temps scolaire. (figure 3)

**Figure 3 : Modalité de la déscolarisation par nombre de patients en T1 et T2.**

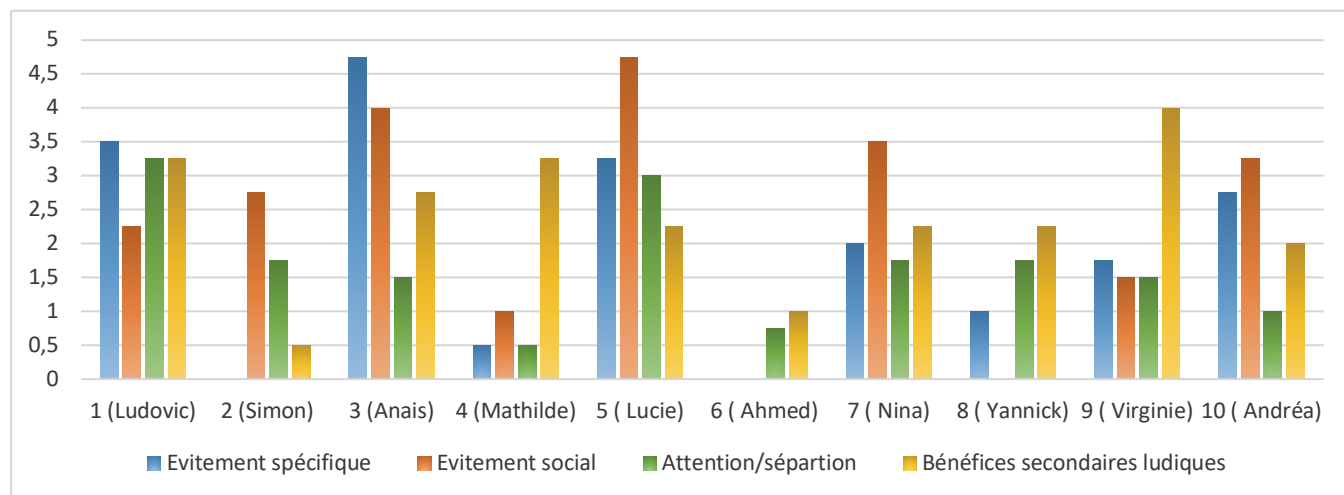


Notes : PAI : *Projet d'Accueil Individualisé*, CNED : *Centre National d'Enseignement à Distance*.

## 2. Résultats quantitatifs

Les résultats quantitatifs ont été obtenus à l'aide de la SRAS, nous avons pu mettre en évidence les principales causes impliquées dans le RSA pour chaque patient (figure 4). Une différence de 0,25 point est considérée comme significative.

**Figure 4 : Scores obtenus à l'échelle « *School Refusal Assessment Scale* » en T1, par patient**



Nous avons également comparé les moyennes des scores obtenus à la SRAS entre T1 et T2 (tableau 3).

**Tableau 3 : Comparaison des moyennes des scores obtenus à la SRAS en T1 et T2**

	Moyenne T1	Moyenne T2	p
Evitement spécifique	1,75	1,97	0.377
Evitement social	2,3	1,97	0.100
Attention/Séparation	1,68	1,28	0.036
Bénéfices secondaire ludiques	2,3	2,06	0.265

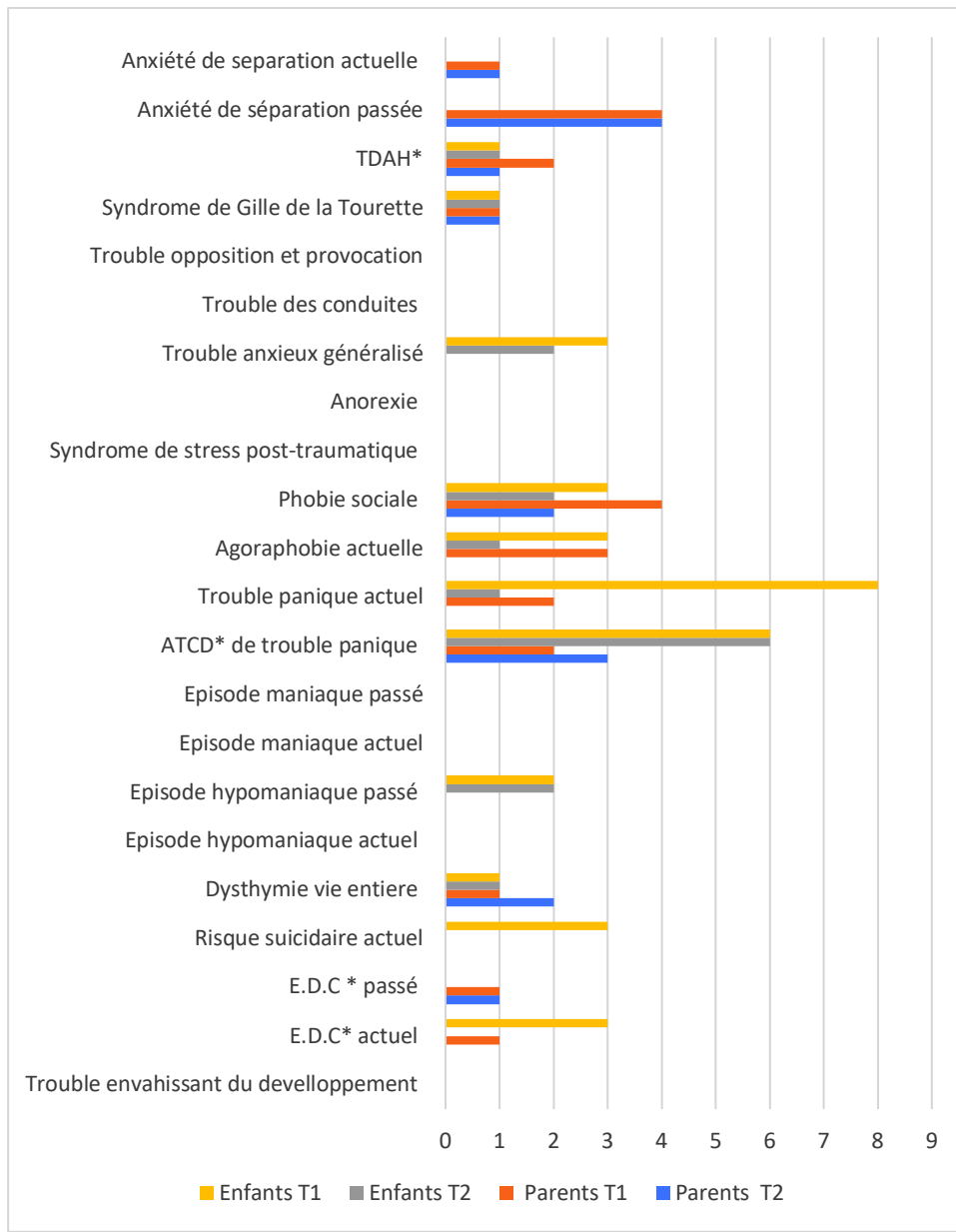
#### D. Les comorbidités psychiatriques

Selon la MINI-KID version enfant auto-questionnaire au temps T1 : 8 patients sur 10 déclarent présenter une symptomatologie correspondant au diagnostic du trouble panique, pour 6 patients ce diagnostic était déjà présent antérieurement et 3 d'entre eux présentent un diagnostic de trouble anxieux généralisé, une phobie sociale, une agoraphobie ainsi qu'un épisode dépressif caractérisé comprenant un risque suicidaire. 2 patients déclarent avoir présenté un épisode hypomaniaque dans le passé. 1 patient sur 10 présente un TDAH ainsi qu'un syndrome de Gilles de la Tourette (figure 5).

Selon la MINI-KID version enfant auto-questionnaire au temps T2 : 1 patient présente une symptomatologie répondant au diagnostic de trouble panique, ainsi qu'une agoraphobie. La phobie sociale et le trouble anxieux généralisé sont présents chez 2 patients. Plus aucun patient ne répond au critère d'épisode dépressif caractérisé ni ne présente de risque suicidaire (figure 5).

Selon la MINI-KID version enfant en hétéro-questionnaire au temps T1 : 4 des 10 patients présentent un antécédent d'anxiété de séparation et pour 1 patient la symptomatologie est encore actuelle. 4 parents sur 10 déclarent que leur enfant présente une phobie sociale, 3 une agoraphobie et 2 un trouble panique (figure 5).

**Figure 5 : Nombre de patients par diagnostic selon la MINI-KID version enfant et version parent aux temps T1 et T2.**



Note : \*EDC : Épisode dépressif caractérisé \*ATCD : Antécédent \*TDAH : Troubles Déficit de l'Attention avec Hyperactivité

## E. La symptomatologie dépressive

Globalement, la symptomatologie dépressive a baissé entre les temps T1 et T2. Nous rappelons que l'ADRS définit des scores seuils différents entre une dépression clinique et un épisode dépressif caractérisé (EDC).

### 1. ADRS clinicien, hétéro-questionnaire

Au temps T1, 4 patients obtenaient un score à l'ADRS au-dessus des seuils correspondant à une dépression clinique (score supérieur à 15) et à un EDC. Au temps T2 aucun patient n'atteignait le score seuil permettant de conclure à une dépression clinique ni à un EDC. Parmi ces patients, nous pouvons conclure à une différence cliniquement significative (baisse de minimum 5 points) (figure 6.a).

Pour l'ensemble des patients, le score de dépression mesuré par l'ADRS version clinicien a diminué avec une différence statistiquement significative ( $p = 0,028$ ) (figure 6.d).

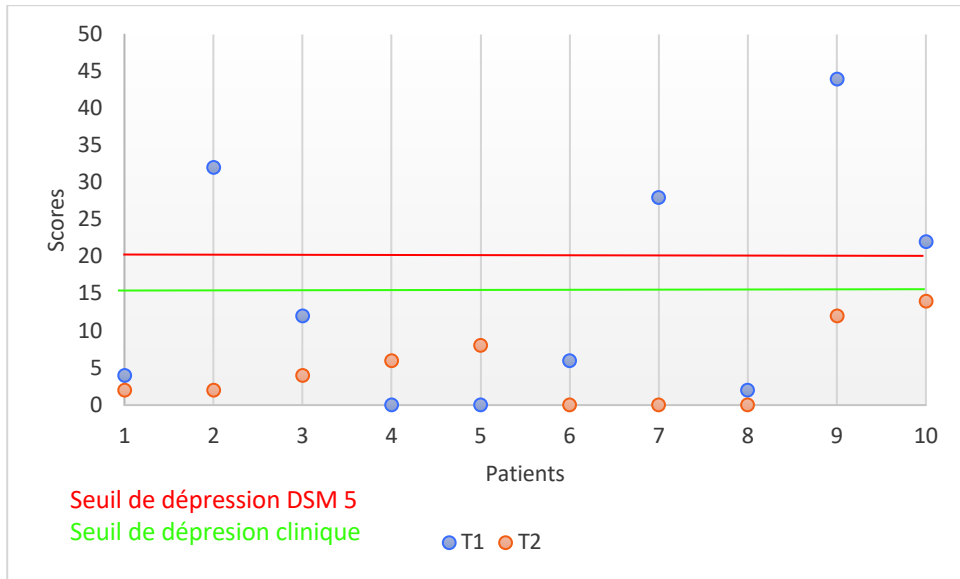
### 2. ADRS patient, auto-questionnaire

Au temps T1 sur 10 patients, 7 présentaient un score permettant de conclure à une dépression clinique et à un EDC. Parmi ces patients, au temps T2, 5 passent en dessous du seuil diagnostic. 2 patients obtiennent des scores cliniquement significatifs plus élevés.

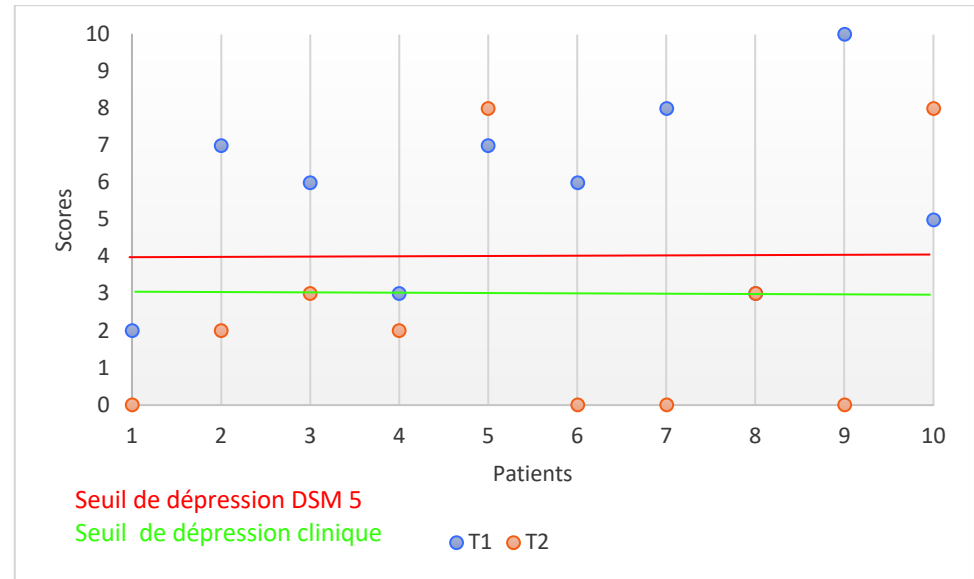
Parmi les 3 patients pour lesquels le score est inférieur au score seuil, 2 obtiennent une baisse cliniquement significative et 1 patient obtient un score identique aux temps T1 et T2 (figure 6.b).

Pour l'ensemble des patients les scores de dépression mesurés en auto-questionnaire par l'ARDS sont statistiquement significativement plus bas avec un  $p = 0,021$  (figure 6)

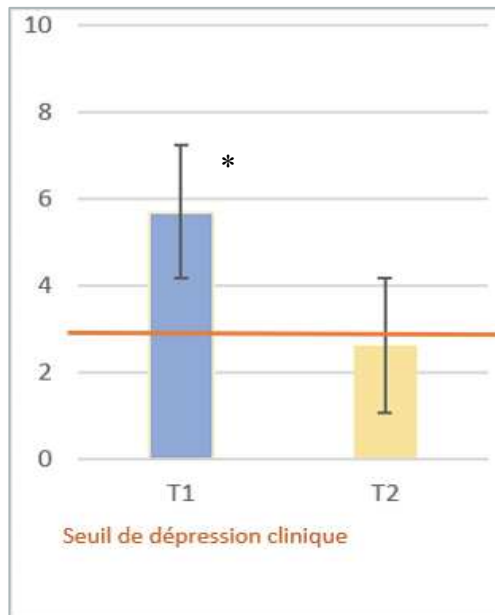




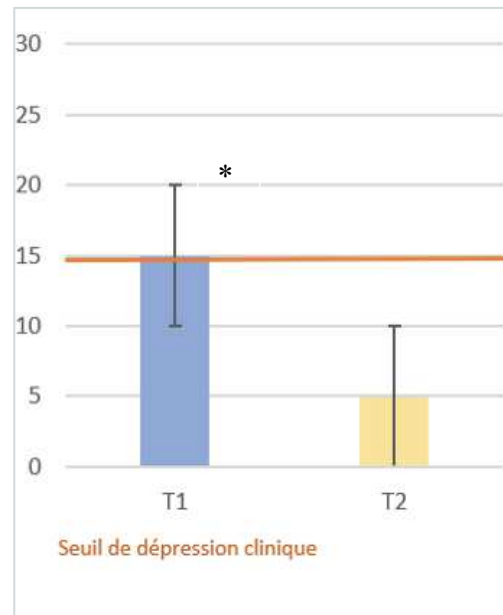
6.a



6.b



6. c



6.d

Figure 6.a : Score à l'échelle ADRS hétéro-questionnaire par patient

Figure 6.b : Score à l'échelle ADRS auto-questionnaire par patient

Figure 6.c : Moyenne et écart-type des scores de l'échelle ADRS en auto-questionnaire

Figure 6.d : Moyenne et écart-type des scores de l'échelle ADRS en hétéro-questionnaire.

Note : ADRS : Adolescent Depression Rating Scale, \* $p < 0,05$

## F. La symptomatologie anxieuse

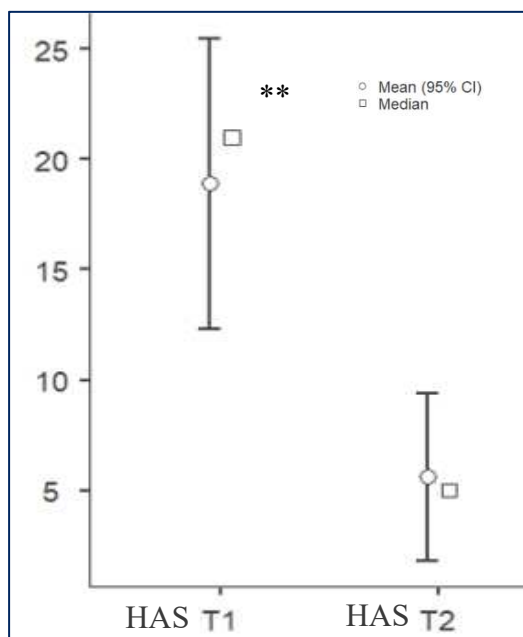
### 1. L'échelle « *Hamilton Anxiety Scale* » (HAS), hétéro-questionnaire

Au temps T1, 3 des 10 patients obtenaient un score d'anxiété d'intensité modérée à grave, 3 patients présentaient une anxiété d'intensité légère à modérée et 4 patients une anxiété légère.

Au temps T2, aucun patient ne présente d'anxiété d'intensité modérée à grave, 1 patiente présente une anxiété d'intensité légère à modérée et 9 patients présente une anxiété d'intensité légère (figure 8).

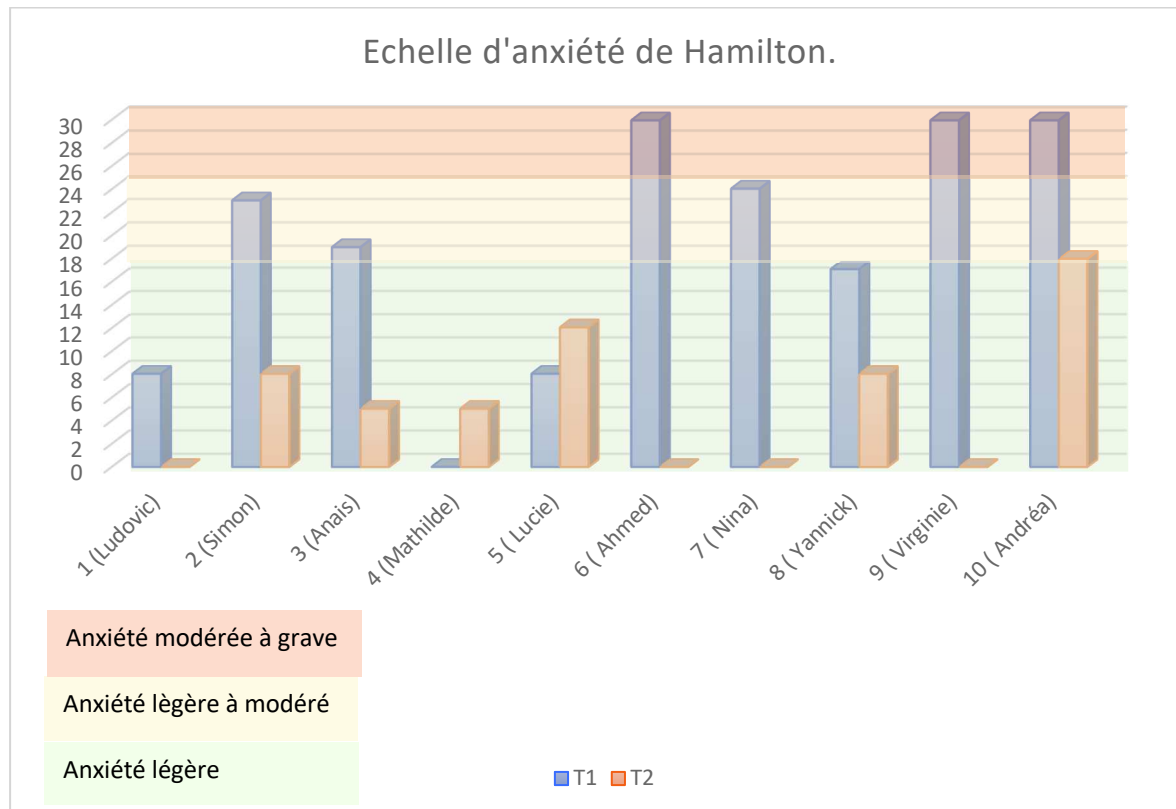
Nous constatons donc une baisse de l'anxiété mesurée en hétéro-questionnaire. Le test de Student t pour données appariées est statistiquement significatif avec  $p = 0,004$  (figure 7)

Figure 7 : Moyenne et écart-type des scores de l'échelle HAS en hétéro-questionnaire.



Notes: HAS : Hamilton Anxiety Scale, \*\*  $p < 0.01$

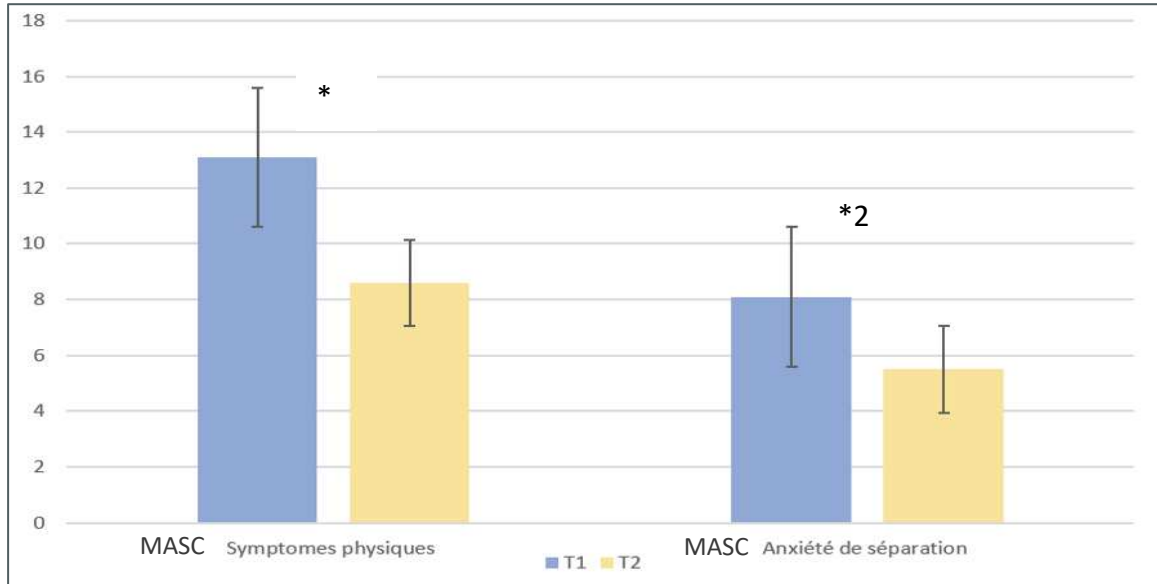
Figure 8 : Score à l'échelle HAS en T1 et en T2 par patient



Notes: HAS : Hamilton Anxiety Scale

2. L'échelle "Multidimensional Anxiety Scale for Children" (MASC), auto-questionnaire

Figure 9 : Moyenne et écart type des sous-catégories « symptômes physiques » et « anxiété de séparation » de la MASC en auto-questionnaire.



Note : MASC : Multidimensional Anxiety Scale for Children, \* $p = 0,014$ , \*2  $p = 0,033$

- MASC Totale

Nous ne constatons pas de baisse statistiquement significative entre T1 et T2, le test de Wilcoxon retrouve un  $p = 0,092$ .

- MASC Symptômes physiques

La dimension symptômes physiques de l'anxiété mesurée retrouve une baisse statistiquement significative. Le test de Wilcoxon retrouve un  $p = 0,014$  (figure 9).

- MASC Anxiété sociale

Nous ne retrouvons pas de différences statistiquement significatives, le test de Student t retrouve un  $p = 0,224$ .

- MASC Anxiété de séparation

Nous retrouvons une baisse statistiquement significative de l'anxiété de séparation, le test de Student t retrouve un  $p = 0,033$  (figure 9).

- MASC Évitement

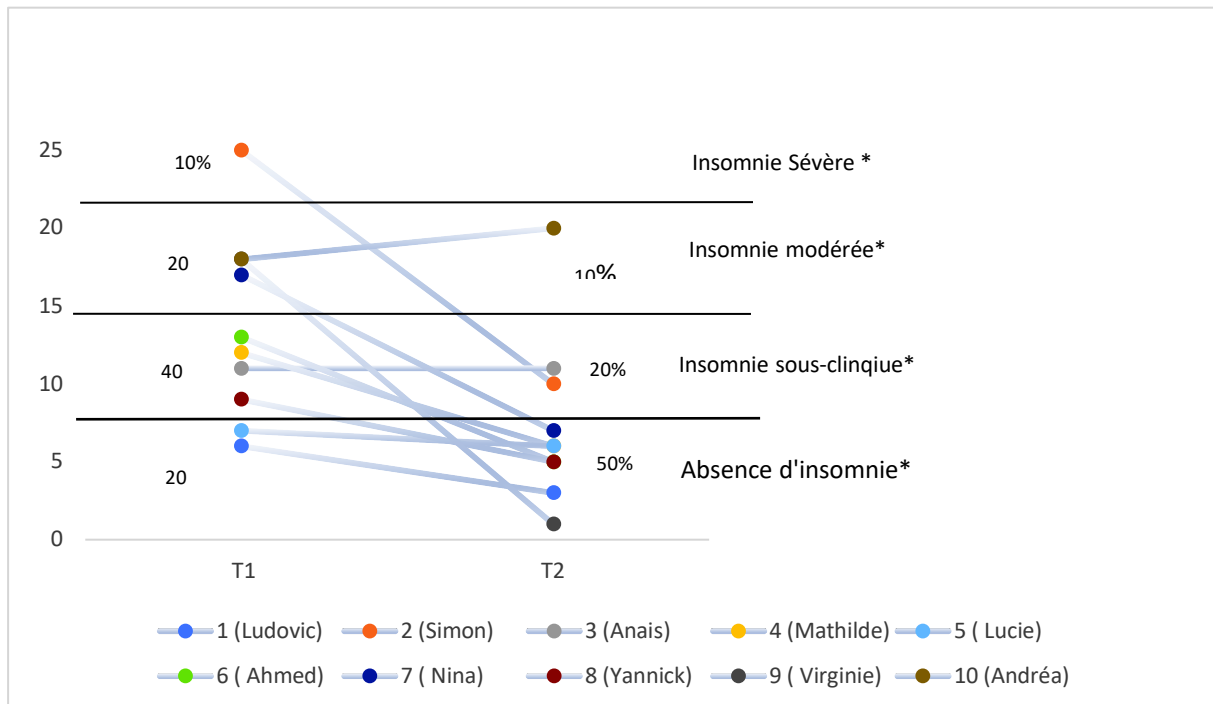
Nous ne retrouvons pas de baisse significative de l'évitement, le test de Student t retrouve un  $p = 0,458$ .

## G. Le sommeil et ses troubles

### 1. L'index de sévérité de l'insomnie (ISI)

Pour 8 patients sur 10 les scores obtenus à l'ISI au temps T2 sont inférieurs à ceux obtenus au temps T1 (figure 10).

Figure 10 : Scores obtenus à l'ISI en T1 et T2 par patient



Concernant le score total d'insomnie, les moyennes sont statistiquement plus basses en T2 qu'en T1 (tableau 4).

Tableau 4 : Comparaison des moyennes des scores obtenus à l'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI) en T1 et T2

	Moyenne T1	Moyenne T2	p
Score ISI	13,6	7.40	0.013

## 2. L'index de qualité de sommeil de Pittsburg (PSQI)

Concernant le score total par patient, au temps T1, 7 patients sur 10 obtenaient un score supérieur à 5 ce qui traduit une mauvaise qualité de sommeil. Au temps T2 uniquement 5 patients sur 10 présentaient encore un score supérieur à 5. Entre les temps T1 et T2, les scores ont diminué pour 4 patients, sont restés identiques pour 3 patients et ont augmenté pour 3 autres.

Concernant les résultats de groupe (tableau 5), nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative entre les moyennes des scores au temps T1 et T2.

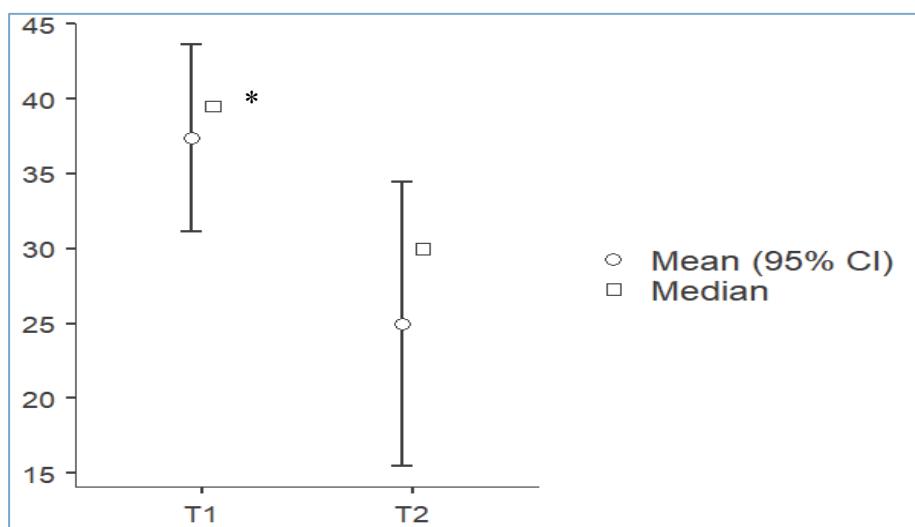
Tableau 5 : Comparaison des moyennes des sous-scores obtenus au PSQI au temps T1 et T2.

	<b>T1 Moyenne</b>	<b>T2 Moyenne</b>	<b>p</b>
Répercussions diurnes	1,7	1	0,168
Latence d'endormissement	1,3	1,3	1
Utilisation de somnifère	0,3	0,5	1
Qualité subjective du sommeil	2	1,1	0,054
Durée du sommeil	0,8	0,8	1
Efficacité du sommeil	0,8	0,7	1
Trouble du sommeil	1,2	0,9	0,345
Score Total	8,1	6,9	0,301

### H. L'évitement expérientiel

On retrouve une baisse significative de l'évitement expérientiel. Le test de student t retrouve un  $p = 0,017$  (figure 11).

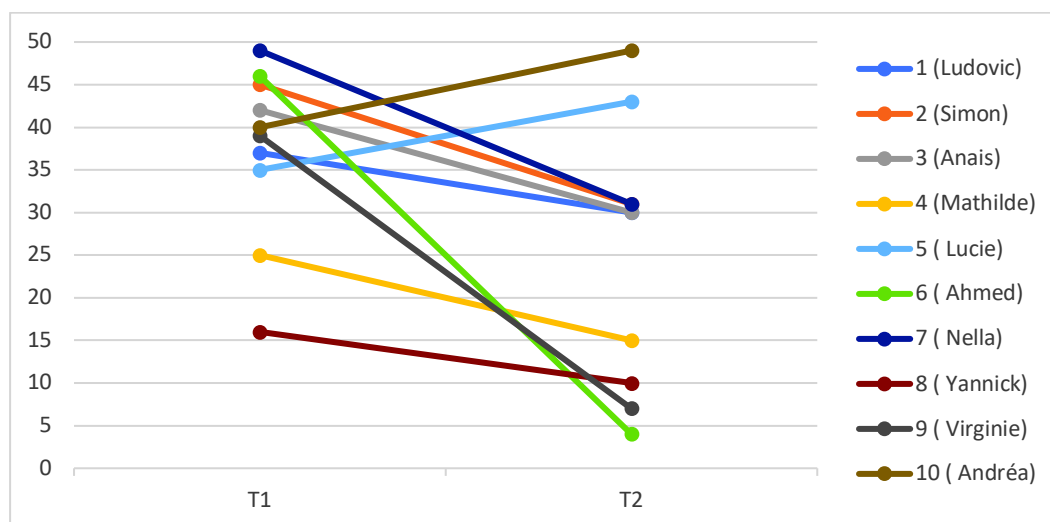
Figure 11 : Moyenne et écart-type des scores de l'AFQY en auto-questionnaire.



Note : AFQY : The Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth, \* $p = 0,017$

Les scores d'évitement expérientiel ont baissé chez 8 patients sur 10, 2 patientes présentent une augmentation du score d'évitement expérientiel, il s'agit d'Andréa et de Lucie (figure 12).

Figure 12 : Scores d'évitement expérientiel mesurés par l'AFQY par patient aux temps T1 et T2.



## I. Stratégies de régulation émotionnelle

Concernant les stratégies de régulation émotionnelle non-adaptative, nous constatons une baisse statistiquement significative des ruminations, en effet le test de Wilcoxon retrouve un  $p = 0,007$  (tableau 6).

Nous ne retrouvons pas de différences significatives des autres stratégies de régulation émotionnelle non-adaptative.

Tableau 6 : Comparaison des moyennes des scores obtenus à la CERQ, stratégie de régulation émotionnelle non-adaptative

	<b>T1 Moyenne</b>	<b>T2 Moyenne</b>	<b>p</b>
Rumination	15.0	11.3	0.007
Dramatisation	9.10	8.80	0.435
Blâme de soi	11.8	11.8	0.286
Blâme d'autrui	8.50	7.00	0.053

Concernant les stratégies de régulation adaptative, nous n'avons pas mis en évidence de différences statistiquement significatives (tableau 7).

Tableau 7 : Comparaison des moyennes des scores obtenus à la CERQ, stratégie de régulation émotionnelle adaptatives

	<b>T1 Moyenne</b>	<b>T2 Moyenne</b>	<b>p</b>
Acceptation	10,2	9,3	0.534
Centration positive	8,7	7,1	0.881
Centration sur l'action	12,1	10,9	0.856
Réévaluation positive	8,8	9,7	0.227
Mise en perspective	11	9,4	0.879



## J. La pleine conscience

Concernant les moyennes des scores obtenus à la CAMM, nous ne considérons pas de différence statistiquement significative entre les résultats obtenus aux temps T1 et T2, le test de Student t retrouve un  $p = 0,687$  (tableau 8).

Tableau 8 Comparaison des moyennes des scores obtenus à la CAMM.

	T1 Moyenne	T2 Moyenne	p
Score CAMM	17,7	19,0	0,687

## K. Hétéro-questionnaires parents

N'ayant pas utilisé de questionnaire validé nous n'avons pas pu analyser statistiquement les données du questionnaire, cependant une partie des résultats sont présentés dans les figures 13 et 14.

### 1. La dynamique familiale

Figure 13 : Réponses des parents de chaque patient à l'hétéro-questionnaire aux temps T1 et T2.

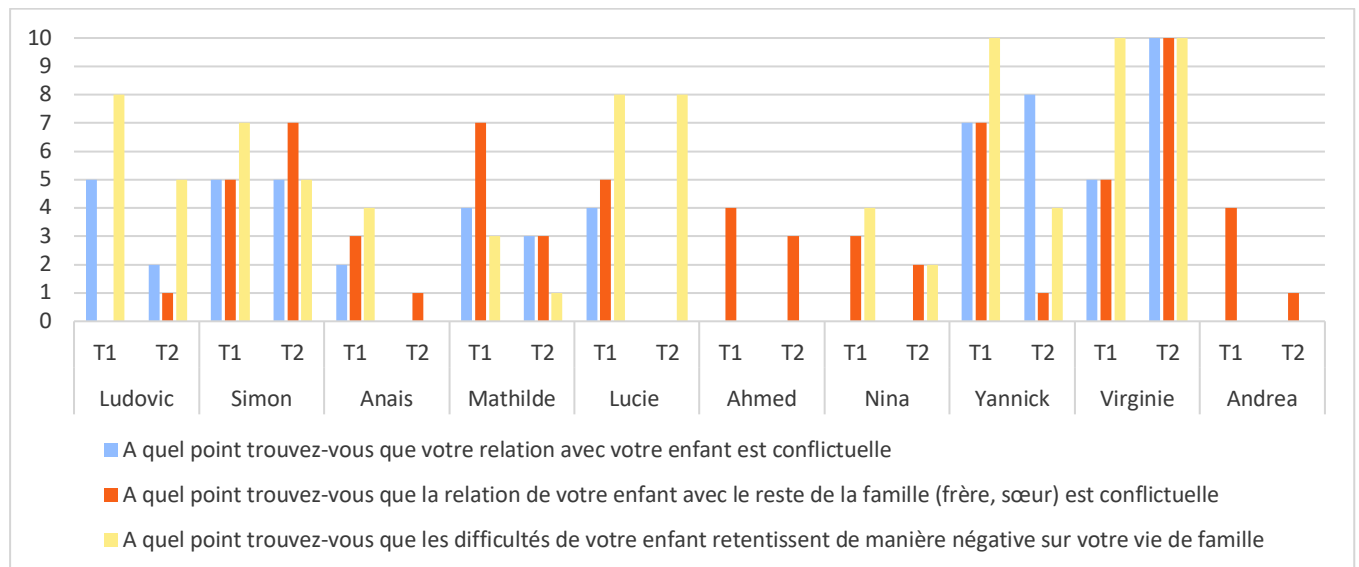


Tableau 9 : Moyennes des scores obtenus à l'hétéro-questionnaire parents aux temps T1 et T2

	T1 Moyenne	T2 Moyenne
À quel point trouvez-vous que votre relation avec votre enfant est conflictuelle	3,2	2,8
À quel point trouvez-vous que la relation de votre enfant avec le reste de la famille (frère, sœur) est conflictuelle.	4,3	2,9
À quel point trouvez-vous que les difficultés de votre enfant retentissent de manière négative sur votre vie de famille	5,1	3,5

## 2. Ressenti des parents sur RSA

Concernant les mesures que nous avons faites des observations des parents concernant le RSA de leur enfant, les résultats sont présentés dans la figure 14 et le tableau 10.

Figure 14 : Réponses des parents de chaque patient à l'hétéro-questionnaire aux temps T1 et T2

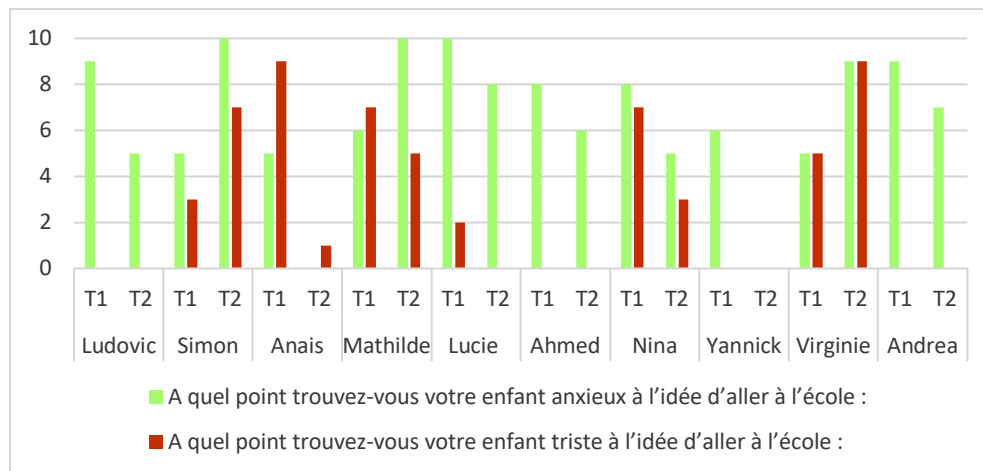


Tableau 10 Moyennes des scores obtenus à l'hétéro-questionnaire parents en T1 et T2

	T1 Moyenne	T2 Moyenne
À quel point trouvez-vous votre enfant anxieux à l'idée d'aller à l'école :	7,1	6
À quel point trouvez-vous votre enfant triste à l'idée d'aller à l'école :	3,3	2,5

## IV. Discussion

Nous avons créé le programme « START'UP », une intervention thérapeutique basée sur la pleine conscience (ITBPC) sous forme d'un atelier de gestion des émotions par la pleine conscience, adaptée à des adolescents avec un refus scolaire anxieux (RSA). Les objectifs de notre étude pilote étaient d'en étudier la faisabilité, d'évaluer la pertinence des critères d'inclusion, d'améliorer les procédures du protocole, d'évaluer le respect du protocole par les patients ainsi que de fournir une estimation de l'effet et de la variation afin de calculer la taille de l'échantillon nécessaire à des études de plus grandes envergures. Nous sommes partis de l'hypothèse selon laquelle l'évitement expérientiel étant un processus central dans le RSA, et que les ITBPC semblent avoir un effet sur ce processus, il pourrait être bénéfique de proposer ce type d'intervention à des adolescents sujets à ce trouble.

Dix patients déscolarisés de manière complète ou partielle en raison d'un RSA ont participé à START'UP. Au cours du programme, une augmentation du temps scolaire ainsi qu'une baisse de l'anxiété, de la symptomatologie dépressive et des troubles du sommeil ont été constatés. Une baisse de l'évitement expérientiel et des ruminations a été également été objectivée. Enfin, les parents des patients rapportent une tendance à l'amélioration de l'état clinique perçu de leur enfant.

Nous discuterons ci-après les résultats principaux et secondaires de notre étude pilote, pour proposer des améliorations et ajustement en vue de la création d'une étude plus complète.

### A. Faisabilité du programme

Tout d'abord, notre protocole a démontré sa faisabilité. Parmi les patients ayant refusé de participer à l'atelier, une des justifications le plus souvent donnée était le fait que l'atelier se déroulait sur le temps scolaire. En effet, certains patients présentant une déscolarisation

incomplète ne souhaitaient pas augmenter leur absentéisme scolaire pour se rendre à l'atelier. Peut-être serait-il plus adapté que l'atelier puisse se dérouler en dehors des temps scolaires ? Cependant, cela est souvent difficile à mettre en place sur un plan institutionnel et secondairement, le fait que l'atelier se déroule le premier jour de la semaine pendant le temps scolaire permet également aux patients souffrant d'une déscolarisation complète de travailler le retour à l'école, et pour ceux dont la déscolarisation est incomplète et qui bénéficie déjà d'aménagement, d'alléger le début de semaine, moment souvent difficile pour eux.

- Analyse de l'exception : le cas d'Antoine, une déscolarisation prolongée

Un patient que nous avons rencontré initialement, avait souhaité participer à l'atelier mais n'a pu assister à aucune des séances ; nous souhaitons ici analyser son cas. En effet, Antoine, 16 ans, avait consulté en pédopsychiatrie la première fois à l'âge de 11 ans pour des troubles du comportement de type opposition et provocation au domicile. Rapidement les troubles se généralisent au milieu scolaire et Antoine s'en fait exclure. Il ressent alors un grand sentiment d'injustice et ne pourra plus jamais y retourner même s'il déclare en avoir envie. Antoine se replie au domicile, développe une addiction aux jeux vidéo ainsi qu'une anxiété massive du monde extérieur.

Nous le rencontrons lors d'un entretien individuel alors qu'il est déscolarisé depuis 20 mois, ce qui était un des critères d'exclusions (< 6 mois), mais sa motivation nous laisse penser qu'il pourrait obtenir un intérêt à participer à l'atelier. Cependant, malgré cette motivation que nous ressentons comme authentique, Antoine ne pourra parvenir à se mobiliser pour aucune des séances. Des visites à domicile sont alors mises en place afin de travailler des

objectifs plus en lien avec sa symptomatologie (règles hygiéno-diététiques, sortir de chez lui de manière progressive).

Ce cas clinique illustre une situation rencontrée fréquemment lorsque le RSA se pérennise. Il s'agit d'une exacerbation de l'anxiété et de l'évitement, de manière concomitante à l'aggravation des comorbidités dépressives et, parfois, addictologiques entraînant un repli complet au domicile.

Premièrement, ceci nous amène à réaffirmer la nécessité d'une intervention thérapeutique rapide dès les prémices d'un RSA. Hélène Denis (76), dans son article sur la prise en charge du RSA qu'elle propose au C.H.U. de Montpellier souligne ainsi « l'urgence thérapeutique ».

Dans une étude réalisée par Okuyama et al. (77), sur 201 cas d'adolescents avec RSA, la durée de la symptomatologie était significativement et positivement corrélée au délai entre le début de l'absentéisme scolaire et la première évaluation psychiatrique. Cette équipe de recherche suggère que la première intervention d'un thérapeute doit s'effectuer au minimum trois mois après le début de symptômes et la première prise en charge médicale doit être initiée au maximum dans les dix mois suivant le début des symptômes, afin de minimiser le risque d'évolution vers un RSA chronique.

Dans un second temps, nous questionnons l'indication d'une prise en charge de type atelier thérapeutique en groupe pour des patients en situations de déscolarisation dite « prolongée » ; Okuyama et al. (77) accorde le caractère prolongé au RSA à partir de deux ans d'absentéisme scolaire. En effet, proposer une ITBPC à des adolescents pour lesquels le trouble s'est pérennisé, avec un repli au domicile devenu complet, comme c'était le cas pour Antoine, n'est peut-être pas thérapeutique, au contraire. La proposition d'intégrer un atelier serait peut-être au-delà de leurs possibilités à ce stade, ce qui risquerait

de les mettre à nouveau en situation d'échec et d'accroître leur sentiment d'inefficacité personnelle ainsi que d'aggraver les symptômes déjà présents.

#### B. Acceptabilité du programme

Comme le montrent nos résultats, l'acceptabilité du programme par les patients a été bonne, avec 9 patients sur 10 répondant par l'affirmative à la question « *As-tu aimé participer à ce programme ?* ».

Les principales difficultés rapportées par les patients concernent les défis à domicile et les méditations formelles longues. D'autres travaux (78) ayant étudié les ITBPC chez les adolescents obtiennent les mêmes résultats. Cependant, certains patients ont présenté d'autres types de difficultés que nous illustrerons ici.

- Cas de la comorbidité traumatique

Il est à noter, pour les deux patientes ayant interrompu l'atelier en cours, qu'elles présentent toutes deux des antécédents traumatiques avec des symptômes de stress post-traumatique, constatés cliniquement et objectivés à l'aide de la MINI-KID (hypervigilance anxieuse, conduites d'évitement, cauchemars et reviviscences).

Nous avons préalablement vérifié l'absence de contre-indication formelle à l'enseignement de la pleine conscience en cas d'antécédents traumatiques, mais le cas de ces deux jeunes filles amène à nouveau la réflexion autour du lien entre ITBPC et symptômes de stress post-traumatique.

Dans leur ouvrage, ainsi que lors de la formation aux ITBPC, Sandrine Deplus et Magali Lahaye (31) n'ont pas clairement notifié de contre-indications formelles à la pratique des ITBPC. Elles mettent cependant en avant l'absolue nécessité d'un entretien individuel

préalable afin de récolter des informations cliniques permettant d'évaluer la pertinence d'une telle intervention à ce moment précis de la vie du patient, de l'informer, lui et ses parents qui pourront ensuite donner leurs consentements.

Une équipe de chercheurs canadiens (79) a étudié l'intérêt des ITBPC dans le traitement des symptômes du psycho-traumatisme chez l'adulte. D'après cette étude, trois composantes de la pleine conscience peuvent favoriser le rétablissement de l'état de stress post-traumatique (ESPT), notamment l'attention, un style cognitif conscient et l'absence de jugement (tableau 11). De plus, cette étude montre un faible taux d'abandon suggérant une acceptabilité élevée des ITBPC pour les personnes souffrant de ESPT.

De manière générale, les données de la littérature restent nuancées sur l'intérêt des ITBPC comme traitement de première ligne des symptômes de l'ETSD mais la présence de ceux-ci ne semble pas représenter une contre-indication à ce type d'intervention, chez l'adulte néanmoins.

Tableau 11: Mécanismes d'action hypothétiques des ITBPC sur les symptômes de stress post-traumatique d'après revue de la littérature de Boyd et al. (79)

<b>Symptômes du PTSD</b>	<b>Mécanismes d'action des ITBPC.</b>
Symptômes d'intrusion du traumatisme et ruminations	Déplacement de l'attention vers le moment présent, réduisant les biais attentionnels des stimuli traumatiques
Évitement expérientiel	Augmenter l'ouverture à l'expérience et l'approche des stimuli déclenchant la peur, réduction des comportements d'évitement
Altération de l'humeur et des cognitions, émotions négatives telles que la honte et la culpabilité	Acceptation non-jugeante des cognitions relatives au traumatisme Augmentation de l'autocompassion
Hypervigilance et hyper-réactivité	Réduction des biais attentionnels traumatiques, habilité supérieure à rester dans le moment présent. Développer une action consciente et une non-réactivité est associé à une baisse des symptômes d'hypervigilance
Symptômes dissociatifs	Conscience des manifestations somatiques et augmentation de la tolérance aux expériences internes aversives Cultiver une connexion à soi et aux autres

Lors de notre étude, les deux patientes présentant des symptômes post-traumatiques et ayant quitté le programme sans raisons énoncées présentaient des caractéristiques cliniques communes. Nous retrouvions chez elles une incapacité à fermer les yeux lors des méditations, auquel cas elles se retrouvaient sujettes à des reviviscences traumatiques invalidantes. Ces deux patientes étant dans deux sessions différentes du programme, nous pouvons exclure un comportement de mimétisme. Nous pouvons donc penser que



l'entraînement à la pleine conscience et à l'acceptation de l'expérience présente, qu'elle soit corporelle ou cognitive, ait été trop confrontant pour ces deux jeunes filles. En effet, les symptômes post-traumatiques tels que l'évitement ou la dissociation, même s'ils sont pathologiques et source de souffrance pour le sujet, sont également des mécanismes psychiques défensifs et adaptatifs face à la violence du traumatisme. Il pourrait éventuellement être intéressant d'aller vers une pleine conscience et une acceptation de l'expérience traumatique, mais cela doit se faire de manière progressive en s'ajustant au plus près de l'expérience du patient. Pour cela, la pratique de la pleine conscience au sein d'un groupe, aussi hétérogène que celui de notre étude, n'est peut-être pas le cadre adapté. Ainsi, dans une prochaine étude, nous préconisons d'exclure les patients présentant des symptômes post-traumatiques à une ITBPC en groupe, mais plutôt de leur proposer un cadre individuel ou un groupe plus homogène avec un programme adapté, plus propice à un ajustement précis aux réactions psychocorporelles des patients.

Enfin, nous tenons à conclure que le lien entre l'abandon du programme par ces deux patientes et les symptômes post-traumatiques n'est absolument pas établi ni exhaustif. En effet, des conflits familiaux, des addictions ainsi qu'un entourage familial peu soutenant sont autant de facteurs qui ont pu également entrer en jeu quant à leur disponibilité psychique et physique au sein de l'atelier.

## C. Le refus scolaire

### 1. Résultats qualitatifs

Deux patients sont passés d'une situation de déscolarisation complète à une déscolarisation incomplète. Sur les sept patients initialement en situation de déscolarisation incomplète, quatre patients ont retrouvé une scolarité complète et sur les trois patients toujours en situations de déscolarisation, deux augmentent leur temps scolaire.

Notons que les trois patients augmentant leur temps scolaire sont également ceux ayant bénéficié de la mise en place d'un Projet Accueil Individualisé (PAI). Comme l'écrit Martin-Guehl, « *Le PAI et le contrat d'intégration permettent de mettre en place des aménagements scolaires pour les enfants ou les adolescents présentant une maladie. On peut ainsi fixer contractuellement avec l'enfant, sa famille et l'école un emploi du temps ou des exigences pédagogiques adaptés à chacun, dont les modalités, régulièrement réévaluées, doivent permettre à l'élève de progresser et d'aller vers une scolarité à temps plein. Cela a l'avantage, par exemple, "d'officialiser" une reprise des cours à temps partiel* » (80).

Ceci nous amène à penser que la reconnaissance du trouble que représente la mise en place d'un PAI a pu faciliter le retour à l'école et l'augmentation du temps scolaire par un mécanisme de baisse de la charge anxieuse relative aux attentes des adultes (enseignants, parents) perçues par le jeune.

Un autre dispositif pertinent est le Service d'Aide Pédagogique à Domicile (SAPAD). Il a été mis en place après la circulaire de 1998 relative à "l'assistance pédagogique à domicile en faveur des enfants et des adolescents atteints de troubles de santé évoluant sur une longue période". Il prévoit la possibilité pour l'élève, lorsque son état de santé ne lui permet pas

d'assister aux cours, de bénéficier d'un enseignement à domicile, dispensé par ses professeurs, après avis du médecin de l'Éducation nationale. Ce dispositif est intéressant par exemple en cas de phobie sociale, car il permet une reprise de contact progressive, d'abord avec les adultes enseignants, puis avec les pairs. Ces outils de l'Éducation nationale offrent l'avantage d'une souplesse dans la mise en œuvre du processus de rescolarisation. Ils permettent d'organiser, officiellement et avec l'accord de tous les partenaires, des temps de prise en charge.

À notre connaissance, il n'existe pas ou peu d'établissements scolaires avec lesquels il a été possible de mettre en place un SAPAD. Ceci pointe un problème majeur dans la prise en charge du RSA, qui est l'inégalité de l'offre de prise en charge sur l'ensemble du territoire français. En effet, nous sommes allées rencontrer les partenaires de l'Éducation nationale au cours de nos travaux de recherche, aussi dans le but d'échanger autour des pratiques. Au cours de cette rencontre, nous avons tous ensemble pointé du doigt l'absence de consensus national concernant la prise en charge du RSA. En effet, le degré d'implication et les moyens mis en œuvre par l'établissement serait « chef d'établissement dépendant ».

Les dispositifs d'aide et d'aménagement scolaires sont importants et doivent être valorisés. Cependant, selon certaines études (27,80), l'inscription au Centre National d'Enseignement à Distance (CNED) serait à proscrire, au moins dans un premier temps, car ceci pourrait renforcer les comportements d'évitement. Concernant notre population, un seul enfant bénéficiait d'une inscription au CNED : il était en situation de déscolarisation complète et a pu reprendre un petit temps de scolarisation (une matinée par semaine) et a progressivement augmenté son temps de présence à l'école.

Ainsi, nos résultats qualitatifs sont plutôt encourageants. Nous souhaitons souligner ici l'importance de la prise en charge multidisciplinaire : soignants, parents, milieu éducatif - même si les variabilités inter-établissements peuvent la rendre difficile.

## 2. Résultats quantitatifs

L'échelle SRAS met en évidence les différentes composantes du RSA avant le début du programme, en T1. Pour 4 patients sur 10 il s'agit de la composante « évitement social » qui est prédominante, pour 4 autres il s'agit de la catégorie « bénéfices secondaires ludiques » et pour 2 patients il s'agit de « l'évitement spécifique ».

La prédominance de la composante « bénéfices secondaires ludiques » paraît discordante par rapport à la clinique ainsi que par rapport aux caractéristiques de notre population où aucun patient ne présente de diagnostic de troubles des conduites ou de troubles oppositionnels.

En reprenant les données de l'article scientifique à l'origine de la validation française de cette échelle (81), les auteurs évoquent, concernant la catégorie des bénéfices secondaires ludiques, « *un phénomène de désirabilité sociale [qui] a pu influencer les réponses aux questions de cette catégorie et [qui] a donc eu une influence négative sur son homogénéité et sa validité occurrente.* » Ceci pourrait être une hypothèse permettant d'expliquer ces résultats. Nous trouvons là une limite dans le choix de nos instruments, nous aurions pu privilégier la SRAS-Revisité ayant fait l'objet d'adaptation et d'études de validation plus poussées mais celle-ci n'était pas disponible en français au moment de la réalisation du début de notre étude.

#### D. Les comorbidités psychiatriques

Au temps T1, on remarque que les comorbidités prédominantes appartiennent au champ de l'anxiété : trouble anxieux généralisé, trouble panique ancien et actuel, phobie sociale et agoraphobie ainsi que l'anxiété de séparation. Ces résultats semblent congruents aux données de la littérature (6,13,20).

Dans une étude menée en 2004 aux États-Unis par Kearney (82) sur une population de refus scolaire, les diagnostics principaux les plus présents sont, dans l'ordre : l'anxiété de séparation, l'anxiété généralisée, le trouble oppositionnel, l'épisode dépressif caractérisé, la phobie spécifique, l'anxiété sociale et le trouble des conduites. Aucun patient ne présente d'agoraphobie.

Contrairement aux résultats de cette étude, au sein de notre population, aucun patient ne présente de trouble oppositionnel ni de trouble des conduites. Ceci pourrait s'expliquer par une différence notable dans les critères d'inclusion. L'étude américaine étudie des enfants refusant d'aller à l'école de manière générale contrairement à notre étude ciblant une population de RSA pour lesquels la motivation à retourner en classe reste présente, ce qui exclut les patients refusant d'aller à l'école par opposition ou provocation.

Nous remarquons également une symptomatologie dépressive dans notre population : épisode dépressif caractérisé et risque suicidaire pour 3 des 10 adolescents. De plus, 2 patients sur 10 déclarent avoir présenté des symptômes permettant, selon la MINI-KID, de conclure à un diagnostic d'épisode hypomaniaque passé. Les parents de ces 2 patients ne rapportent pas d'éléments permettant de conclure au même diagnostic et, cliniquement, ces 2 patients présentent une forte symptomatologie dépressive.

Il nous paraît important de discuter ce diagnostic d'épisode hypomaniaque passé. En effet, en reprenant les questions ayant permis de porter ce diagnostic, nous remarquons que ce sont celles relatives à l'irritabilité. Par exemple : « *Est-ce que tu as déjà eu une période où tu te sentais tellement irritable, tellement énervé, tellement susceptible que tu en arrivais à insulter les gens, à hurler voir même à te battre ?* » Cependant, comme le souligne Revah-Levy (80) lors de son travail ayant abouti à la création de l'échelle « *Adolescent Dépression Scale* », « *L'irritabilité est au cœur de l'état émotionnel de l'expérience dépressive de l'adolescent* ». Il se pourrait donc que ces deux patients n'aient pas présenté d'épisode hypomaniaque mais plutôt l'expérience d'une forte irritabilité dans le cadre d'un syndrome dépressif.

Au temps T2, plus aucun patient ne répond aux critères permettant d'établir le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé selon la MINI-KID, le risque suicidaire est absent pour tous les patients. Le diagnostic de trouble panique n'est présent plus que pour 1 patient sur 10 contre 8 au temps T1.

#### E. La symptomatologie dépressive

En auto comme en hétéro-questionnaire, les moyennes des scores obtenus à l'ADRS baissent significativement entre les temps T1 et T2. Ceci est congruent à notre hypothèse de départ ainsi qu'aux données de la littérature (31) selon lesquelles nous pouvions nous attendre à une diminution de la symptomatologie dépressive après une ITBPC.

De plus, nous remarquons une différence entre les données en auto et en hétéro-questionnaire. En effet, au temps T1, 4 patients sur 10 obtiennent un score supérieur aux seuils de dépression de l'échelle ADRS en hétéro-questionnaire. En revanche, en

auto-questionnaire 8 patients sur 10 obtiennent un score au-delà de ces seuils. Si nous comparons ces données à celles obtenues à la MINI-KID nous obtenons la même tendance : 3 patients obtiennent un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé en auto-questionnaire contre seulement 1 en hétéro-questionnaire selon les parents.

Au temps T2 auto-questionnaire, 2 patients obtiennent un score au-dessus du seuil de dépression clinique selon le DSM-5, et 2 uniquement au-dessus du seuil de dépression clinique. Cependant, plus aucun des patients n'obtient de score au-delà de ces seuils en T2 en hétéro-questionnaire. Selon la MINI-KID, les résultats s'homogénéisent car plus aucun patient n'obtient le diagnostic d'EDC en auto comme en hétéro-questionnaire.

Il semble donc exister une différence, les adolescents déclarent plus de symptômes dépressifs que leurs parents et les intervenants soignants, majoritairement en T1. Cela souligne bien l'importance de diversifier les méthodes de mesure en utilisant des auto et hétéro-questionnaire, comme le souligne Myers et Winters (83). Ensuite, nous pouvons émettre plusieurs hypothèses afin d'expliquer ce phénomène.

Tout d'abord nous pouvons penser au besoin de reconnaissance de sa souffrance que peut ressentir d'adolescent et qui le pousse à sur-déclarer. Nous pouvons également envisager cette démarche comme un élan vital qui pousse à demander de l'aide, comme un « au-secours ». Ensuite, nous devons prendre en compte la construction identitaire de certains adolescents autour des symptômes dépressifs. En effet, l'identité de « dépressif » avec tout ce que cela comporte comme bénéfices secondaires de la part des parents et des pairs peut être difficile à lâcher une fois installée.

## F. La symptomatologie anxieuse

Comme nous pouvions nous y attendre selon notre hypothèse de départ et les données de la littérature, nous constatons une baisse significative de la symptomatologie anxieuse en hétéro-questionnaire. En auto-questionnaire, nous constatons une différence statistiquement significative concernant les sous-catégories « symptômes physiques » et « anxiété de séparation ».

Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses concernant ces résultats. Concernant les résultats de la sous-catégorie de l'anxiété « symptômes physiques », notre programme contenait des stratégies psychocorporelles de relaxation et de gestion des manifestations physiques de l'anxiété et des attaques de panique. Ces outils ont été très investis par les adolescents : en effet, lors de l'entretien de fin de programme, ils déclarent tous en avoir compris le sens, l'utilité et les utiliser à la maison en situation émotionnelle. Ceci pourrait expliquer ces résultats.

Ensuite, pour beaucoup d'adolescents les manifestations de l'angoisse se limitent aux manifestations corporelles, car ce sont les plus bruyantes, à l'origine d'un retentissement fonctionnel. De plus, les compétences de métacognition, pouvant permettre d'identifier les manifestations cognitives de l'anxiété, ne sont encore pas complètement atteintes surtout pour les plus jeunes patients.

De manière congruente avec les données de la littérature (84), l'anxiété de séparation est fréquemment impliquée dans le RSA. Dans notre population d'étude, 4 des 10 patients présentent un antécédent d'anxiété de séparation et cette symptomatologie est encore actuelle pour l'un d'entre eux. Nous constatons une baisse significative de la catégorie « anxiété de séparation » de deux échelles différentes en auto-questionnaire (MASC et SRAS).



Ces résultats nous ont surpris : en effet, les patients pour lesquels les symptômes d'anxiété de séparation étaient les plus importants n'étaient pas les patients ayant présenté la meilleure amélioration clinique. Mais nous pouvons penser que le fait d'avoir intégré les parents dans la prise en charge en réalisant un long entretien préalable, en leur permettant de parler du trouble de leur enfant et de leur ressenti par rapport à cela lors de l'entretien semi-structuré sur l'impact familial du trouble de leur enfant, a pu avoir un impact sur l'anxiété de séparation de leur enfant.

#### G. Le sommeil et ses troubles

Concernant les scores d'insomnie, nous constatons une baisse significative de la moyenne des scores obtenus entre les temps T1 et T2. De plus, en T2, 5 patients de notre effectif total de 10 passent à une catégorie de sévérité d'insomnie inférieure à celle dans laquelle il se trouvait en T1. Ces résultats sont congruents avec la littérature selon laquelle les ITBPC ont un effet sur les troubles du sommeil.

Lorsque nous nous intéressons à la qualité du sommeil mesurée par l'index de qualité de sommeil de Pittsburgh, nous ne remarquons pas de différence statistiquement significative entre les phases T1 et T2. Cependant, d'un point de vue descriptif nous notons que les scores les plus élevés en T1 sont ceux de la qualité subjective du sommeil, de la répercussion diurne et de la latence d'endormissement ; ces résultats semblent aller dans le même sens que ceux de Egger et al. (18) qui montrent que les difficultés à initier et maintenir le sommeil ainsi que la fatigue quotidienne sont associées au RSA. Nous pouvons également souligner une tendance à l'amélioration concernant la qualité subjective du sommeil ( $p = 0,054$ ).

À la lumière de ces résultats, il nous semble donc essentiel de rechercher la présence d'éventuels troubles du sommeil chez les patients déscolarisés et de proposer des prises en charge thérapeutiques, qu'elles soient comportementales ou médicamenteuses, au besoin.

#### H. L'évitement expérientiel

Comme nous pouvions nous y attendre, une baisse significative de l'évitement est constatée entre les temps T1 et T2 sur l'ensemble de notre population. Cependant, si nous regardons les résultats aux questionnaires sur un plan individuel, nous remarquons que les deux patientes ayant déclaré un plus haut score d'évitement en T2 qu'en T1 sont les deux seules patientes présentant un score de dépression en auto-questionnaire plus élevé également en T2 qu'en T1. Le lien entre évitement et dépression a été étudié par deux psychologues, Ottenbreit et Dobson (21), dans leurs travaux sur la construction d'une échelle « *Cognitive-Behavioral Avoidance Scale* ». Malgré l'existence de plusieurs styles d'évitement qui peuvent être cognitif ou comportemental, actif ou passif et social ou non-social, ils mettent en évidence que des niveaux plus élevés d'évitement comportemental et cognitif sont associés à des niveaux plus élevés de symptômes dépressifs, particulièrement en ce qui concerne l'évitement cognitif non-social. Cette étude vient soutenir nos résultats concernant ces deux patientes mais également en ce qui concerne les résultats du groupe montrant une baisse significative de la symptomatologie dépressive en auto et hétéro-questionnaire entre les temps T1 et T2.

## I. La régulation émotionnelle

Concernant les stratégies de régulation émotionnelle adaptative (acceptation, centration positive, centration sur l'action, réévaluation positive et mise en perspective), nous pouvons remarquer que la stratégie de régulation majoritaire dans notre population est la centration sur l'action. Or, nous pourrions envisager que dans le cas du RSA cette stratégie considérée par l'échelle de mesure comme adaptative soit en fait peu adaptée. En effet, dans ce cas, la centration sur l'action favorise peut-être le mécanisme de fuite de la situation stressante que représente l'école (rester au domicile, aller à l'infirmierie, ...). On remarque une tendance à la baisse de cette stratégie de régulation entre T1 et T2 même si elle n'est pas significative.

Concernant les stratégies de régulation non-adaptative (ruminations, blâme de soi, blâme d'autrui, dramatisation), nous constatons que les ruminations sont la stratégie de régulation émotionnelle la plus présente dans notre population au temps T1 (moyenne = 15). Cette stratégie de régulation émotionnelle est surreprésentée dans notre population par rapport à un large échantillon de 230 jeunes d'une population non-clinique pouvant être représentatif de la population générale (moyenne = 11,84) (18).

Nous n'avons pas trouvé de données dans la littérature étudiant le lien entre ruminations et RSA, mais il serait intéressant dans une étude future d'explorer l'impact processuel de cette stratégie de régulation émotionnelle dans le RSA.

Nous avons consacré une séance de notre programme aux ruminations en abordant le concept de ruminations, leurs fonctions et comment adopter une attitude d'accueil ainsi qu'une prise de distance par rapport à ce phénomène. Une baisse significative des ruminations entre les temps T1 et T2 a été mesurée en auto-questionnaire. Ces résultats

nous renforcent dans notre hypothèse selon laquelle il est important de consacrer une séance entière sur ce thème.

#### J. La pleine conscience

Aucune différence significative n'a pu être constatée concernant la mesure de la pleine conscience. Plusieurs hypothèses peuvent permettre d'expliquer ses résultats.

Tout d'abord, notons que le faible nombre de patients limite la puissance de notre étude. Ensuite, notons que la version française de l'échelle que nous avons utilisée nous a été fournie par l'Université de Louvain et est encore en cours de validation. Cependant une version française a été validée par une équipe québécoise (74) dont les questions sont extrêmement proches de la version belge que nous avons utilisée.

Troisièmement, peu d'études en population clinique utilisant cette échelle rapportent d'amélioration significative des scores avant et après intervention malgré des résultats sur les symptômes (62,78,85,86). Nous pouvons également penser au fait que l'apprentissage de la pleine conscience est un processus lent et progressif, il s'agit d'un état d'être qui se cultive au quotidien, sans attente, et dont les effets naissent à bas bruit. Contrairement aux techniques de relaxation ou aux techniques comportementales de gestion du stress qui sont des éléments très concrets, applicables immédiatement et aux effets pouvant être constatés rapidement. Ceci pourrait expliquer que les compétences de pleine conscience soient encore peu développées en sortie immédiate du programme. Une méta-analyse, portant sur 76 études, étudiant les effets des ITBPC chez les enfants et les adolescents met en évidence des effets de traitement plus importants lors des mesures en *follow-up* par rapport aux mesures en post-traitement immédiat (36). Il serait d'intéressant d'étudier les résultats de cette échelle en *follow-up* à 6 ou 9 mois après l'intervention.

## K. Hétéro-questionnaires parents

Tout d'abord, nous avons constaté cliniquement que ces deux entretiens avec les parents leur permettaient de se sentir écoutés par rapport au trouble de leur enfant. Que ce soit sur les processus impliqués selon eux mais également sur leur souffrance personnelle en lien avec les difficultés de leur enfant.

C'est également ce que met en avant Hélène Denis dans sa propre étude (5) concernant les rencontres avec les parents : « *Ces rencontres leur ont permis de pratiquer une guidance afin d'échanger leurs vécus, leurs échecs et leurs succès rencontrés au cours du traitement* ».

Notons que dans cette étude, des rencontres en groupe de parents étaient proposées. L'équipe Belge de Louvain-la-Neuve propose également une ITBPC pour les parents, à réaliser de préférence avant le programme proposé aux enfants – ceci dans le but de faire comprendre aux parents l'intérêt d'un tel programme afin d'accompagner ensuite leur enfant dans sa réalisation, et également de pouvoir avoir un effet bénéfique sur les difficultés que peuvent éprouver les parents. Ceci nous amène à penser qu'il serait intéressant de proposer un groupe de parents lors d'une prochaine étude.

Nos résultats montrent une tendance à la baisse des moyennes des réponses données par les parents entre les temps T1 et T2 concernant les difficultés relationnelles avec leurs enfants (tableau 9). En effet, sur les 7 parents percevant la relation avec leur enfant conflictuelle en T1, 5 donnent une note plus basse en T2. Concernant le degré de conflit entre le patient et le reste de la famille ressenti par le parent, 7 parents donnent une note plus basse en T2 qu'en T1 (figure 13).

Il est également intéressant de remarquer que les parents répondent plus sévèrement à la question « *À quel point trouvez-vous que les difficultés de votre enfant retentissent de manière négative sur votre vie de famille ?* » qu'aux deux autres questions « *À quel point*

*trouvez-vous que votre relation avec votre enfant est conflictuelle ?* » et « *À quel point trouvez-vous que la relation de votre enfant avec le reste de la famille (frère, sœur) est conflictuelle ?* ». Les troubles de leurs enfants, que ce soit la déscolarisation ou ses comorbidités, retentiraient peut-être plus sur la dynamique de la famille que sur le plan des relations inter-individuelles. Ces résultats pourraient amener à penser qu'une prise en charge systémique du refus scolaire pourrait être intéressante.

Bernstein et al. (87) ont étudié le fonctionnement des familles d'adolescents avec un RSA : sur un échantillon de 46 familles, elles ont été significativement considérées comme moins unies et comme ayant moins de capacité de flexibilité dans leur fonctionnement. De plus, des différences de perception existeraient au sein de la famille, les adolescents et les pères trouvent significativement leurs familles moins unies et plus rigides comparativement à ce que déclarent les mères. Les auteurs mettent également en évidence un lien significatif entre la sévérité des symptômes dépressifs et des plaintes somatiques des adolescents et la sévérité des dysfonctionnements familiaux. Nos conclusions, ainsi que celles de cette étude, appuient l'idée qu'une prise en charge familiale est à considérer dans l'arsenal thérapeutique du RSA.

#### L. Limites de notre étude pilote

Notre étude pilote présente un certain nombre de limites. Il s'agissait d'une étude en ouvert, non contrôlée, et sans placebo, réalisée sur un échantillon de faible effectif.

Nous pouvons exposer ici plusieurs biais à prendre en compte. Tout d'abord concernant la sélection des patients, il pourrait exister un biais de sélection engendré par le fait que l'atelier se réalisant sur le temps scolaire, nous avons sélectionné des patients déjà

déscolarisé de manière complète ou dont la sévérité des comorbidités justifiait auprès du jeune et des parents un absentéisme scolaire supplémentaire.

Concernant le recueil des données, les mesures ont été effectuées de manière non aveugle et par les investigateurs de l'étude, ce qui a pu conduire à une subjectivité importante lors de ce recueil de la part des investigateurs mais également de la part des patients par loyauté envers eux.

À propos des outils de mesure utilisés, certaines de nos échelles sont encore en cours de validation : il s'agit de l'AFQY et de la version francophone belge de la CERQ que nous avons utilisées. À propos de la SRAS, nous avons utilisé la première version de cette échelle, il existe une version revisitée mais pas encore traduite en français.

Concernant l'analyse des données, nous n'avons pas réalisé d'analyse en intention de traiter mais nous avons exclu les deux patientes ayant quitté le groupe en cours.

#### M. Perspectives

Devant nos résultats et afin de pallier les limites de notre étude, il serait intéressant de réaliser une étude ultérieure dont le critère de jugement principal serait le temps scolaire mesuré de manière objective et quantitative. Cette étude, de plus grande envergure et portant sur un plus grand échantillon, pourrait être un essai randomisé contrôlé en aveugle, contre une condition placebo.

Nos résultats ayant montré un effet sur l'anxiété de séparation il serait également intéressant d'utiliser une échelle spécifique de cette forme d'anxiété comme par exemple, l'inventaire des symptômes d'anxiété de séparation (ADS) (65).

## V. Conclusion :

Bien que le concept de refus scolaire anxieux (RSA) ait été énoncé pour la première fois par Broadwin en 1932, le RSA n'est pas répertorié en tant que tel dans les classifications internationales, et cela en dépit de la prévalence élevée de ce trouble : il pourrait s'agir de 8 % des patients en milieu clinique, jusqu'à 4 % de la population générale et 28 % des élèves durant leur scolarité. Dans le cadre de cette thèse, nous avons pu identifier dans un premier temps, à partir de la littérature internationale et de notre pratique clinique la présence de certains processus sous-jacents ou associés: i) sur un plan individuel, nous retrouvons une forte symptomatologie anxieuse ainsi qu'une symptomatologie dépressive, celles-ci pouvant s'exprimer par des plaintes somatiques et des troubles du sommeil ; ii) concernant les mécanismes sous-jacents aux symptômes nous retrouvons chez ces patients une difficulté de gestion émotionnelle se traduisant par le recours inadapté à l'évitement expérientiel ; iii) concernant le milieu scolaire, l'exigence de la part de celui-ci ainsi que la relation qu'entretient l'adolescent avec les adultes qu'il y rencontre ainsi qu'avec ses pairs sont des variables primordiales à ne pas négliger ; et iv) finalement, la dynamique familiale dans laquelle l'enfant a évolué et évolue est également à considérer dans la genèse et la pérennisation du trouble.

Comme nous l'avons également vu, à l'instar des connaissances actuelles sur le RSA, les modalités de prise en charge sont peu connues et peu étudiées même si la littérature semble s'accorder sur la primauté des TCC. Les interventions thérapeutiques basées sur la pleine conscience (ITBPC) composent la troisième vague des TCC, les premiers résultats disponibles dans la littérature semblent indiquer une amélioration de la symptomatologie dépressive et anxieuse en améliorant les capacités d'auto-régulation émotionnelle,



notamment en travaillant sur l'évitement expérientiel. Ceci nous a permis d'établir l'hypothèse selon laquelle une ITBPC pourrait avoir un intérêt dans la prise en charge des adolescents avec refus scolaire anxieux, et nous avons conçu, au décours d'une formation spécifique, un programme spécialement adapté pour cette population : le programme START'UP.

Dans la partie expérimentale de ce travail de thèse, nous avons mis en place une étude exploratoire de type série de cas afin de tester la faisabilité d'une telle étude au sein d'une population d'adolescents avec RSA et d'évaluer l'intérêt et l'acceptabilité de ce programme START'UP. Dix adolescents consultant au Centre d'Accueil Médico-Psychologique (CAMPA) des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ont été inclus. Les variables scolaires ont été mesurées cliniquement. L'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil, la pleine conscience, la régulation émotionnelle, l'évitement expérientiel ont été évalués de manière quantitative par une série d'auto et d'hétéro-questionnaires. L'acceptabilité du programme ainsi que la dynamique familiale ont été mesurées qualitativement. Notre étude exploratoire montre une augmentation du temps scolaire, une baisse de l'anxiété, et de la symptomatologie dépressive ainsi qu'une amélioration des troubles du sommeil. Nous avons également mis en évidence une baisse de l'évitement expérientiel et des ruminations comme stratégies de régulation émotionnelle non-adaptative, ainsi qu'une bonne acceptabilité de notre programme par les adolescents et leurs familles. Ce travail de thèse a été présenté par une communication affichée au Congrès Français de Psychiatrie en 2019, à Nice.

À notre connaissance, aucune autre étude préalable ne s'est intéressée à l'intérêt des ITBPC dans la prise en charge du RSA. Des études futures contrôlées, possiblement randomisés et

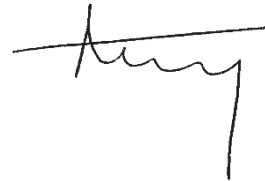
en simple aveugle, incluant notamment un effectif plus grand seront nécessaires pour conforter nos résultats ; si confirmé, les ITBPC pourraient alors s'inscrire dans la prise en charge du RSA.

VU

Strasbourg, le 21 mars 2020

Le président du Jury de Thèse

Professeur Gilles Bertschy



VU et approuvé

Strasbourg, le 14 avril 2020

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg



Professeur Jean Sibilias

## VI. Bibliographie

1. Broadwin IT. A contribution to the study of truancy. *Am J Orthopsychiatry*. 1932;2(3):253-9.
2. Johnson AM, Falstein EI, Szurek SA, Svendsen M. School phobia. *Am J Orthopsychiatry*. 1941;11(4):702-11.
3. Catheline N, Raynaud J-P. Les phobies scolaires aujourd'hui: un défi clinique et thérapeutique. Paris, France: Lavoisier Médecine sciences; 2016. 140 p.
4. De Ajuriaguerra J. Manuel de psychiatrie de l'enfant. Elsevier Masson; 1974. 1116 p.
5. Denis H, Fendeleur S, Girod C, Conejero I, Bouvard M, Baghdadli A. Refus scolaire anxieux : efficacité d'un programme de TCC en hospitalisation de jour. *J Thérapie Comport Cogn*. sept 2018;28(3):123-30.
6. Gallé-Tessonneau M, Doron J, Grondin O. Des critères de repérage aux stratégies de prise en charge du refus scolaire : une revue de littérature internationale systématique. *Prat Psychol*. mars 2017;23(1):1-19.
7. Kearney CA, Chapman G, Cook LC. Moving from assessment to treatment of school refusal behavior in youth. *Int J Behav Consult Ther*. 2005;1(1):46-51.
8. Association AP, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition. Elsevier Masson; 2015. 1176 p.
9. Organisation mondiale de la Santé. CIM-10/ICD-10 : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Paris: Editions Masson; 1992. 328 p.
10. Berg I. School refusal and truancy. *Arch Dis Child*. févr 1997;76(2):90-1.
11. Etienne L. Le refus scolaire anxieux à l'adolescence : une étude clinique de 183 cas accueillis dans un centre de consultations de 2009 à 2012. Tours; 2013.
12. Berg I, Butler A, Hall G. The Outcome of Adolescent School Phobia. *Br J Psychiatry*. janv 1976;128(1):80-5.
13. Ingul J, Nordahl HM. Anxiety as a risk factor for school absenteeism: what differentiates anxious school attenders from non-attenders? *Ann Gen Psychiatry*. 2013;12(1):25.
14. Egger HL, Costello JE, Angold A. School Refusal and Psychiatric Disorders: A Community Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. juill 2003;42(7):797-807.
15. Layne AE, Bernstein GA, Egan EA, Kushner MG. Predictors of Treatment Response in Anxious-Depressed Adolescents With School Refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. mars 2003;42(3):319-26.
16. Nair MKC, Russell PSS, Subramaniam VS, Nazeema S, Chembagam N, Russell S, et al. ADad 8: School Phobia and Anxiety Disorders Among Adolescents in a Rural Community Population in India. *Indian J Pediatr*. nov 2013;80(S2):171-4.

17. Hochadel J, Frölich J, Wiater A, Lehmkuhl G, Fricke-Oerkermann L. Prevalence of Sleep Problems and Relationship between Sleep Problems and School Refusal Behavior in School-Aged Children in Children's and Parents' Ratings. *Psychopathology*. 2014;47(2):119-26.
18. Egger HL, Costello JE, Angold A. School Refusal and Psychiatric Disorders: A Community Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. juill 2003;42(7):797-807.
19. Thompson RA. Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1994;59(2/3):25.
20. Hughes EK, Gullone E, Dudley A, Tonge B. A Case-Control Study of Emotion Regulation and School Refusal in Children and Adolescents. *J Early Adolesc*. oct 2010;30(5):691-706.
21. Ottenbreit ND, Dobson KS. Avoidance and depression: the construction of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale. *Behav Res Ther*. mars 2004;42(3):293-313.
22. Barlow DH. *Anxiety and Its Disorders: Second Edition: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Second. The Guilford Press; 2004. 704 p.
23. Havik T, Bru E, Ertesvåg SK. Parental perspectives of the role of school factors in school refusal. *Emot Behav Difficulties*. 3 avr 2014;19(2):131-53.
24. Wimmer MB. School Refusal: Assessment and Intervention within School Settings. *Natl Assn Sch Psychologists*. 2003. 99 p.
25. Berg I, Nichols K, Pritchard C. school phobia-its classification and relationship to dependency. *J Child Psychol Psychiatry*. oct 1969;10(2):123-41.
26. Brumariu LE, Kerns KA. Mother-Child Attachment Patterns and Different Types of Anxiety Symptoms: Is There Specificity of Relations? *Child Psychiatry Hum Dev*. déc 2010;41(6):663-74.
27. King NJ, Bernstein GA. School Refusal in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. févr 2001;40(2):197-205.
28. Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR, Crosby RD, Kushner MG, Thuras PD, et al. Imipramine Plus Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of School Refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. mars 2000;39(3):276-83.
29. Melvin GA, Dudley AL, Gordon MS, Klimkeit E, Gullone E, Taffe J, et al. Augmenting Cognitive Behavior Therapy for School Refusal with Fluoxetine: A Randomized Controlled Trial. *Child Psychiatry Hum Dev*. juin 2017;48(3):485-97.
30. Kabat-Zinn J. *Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future*. *Clin Psychol Sci Pract*. 11 mai 2006;10(2):144-56.
31. Deplus S, Lahaye M. *La pleine conscience chez l'enfant et l'adolescent*. Bruxelles: Mardaga; 2015. 243 p. (Psy-Emotion, intervention,santé).
32. Kabat-Zinn J. *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)*. *Constr Hum Sci*. 2003;8(2):73-107.

33. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York, NY, US: Guilford Press; 2002. 351 p.
34. Heard HL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy: An integrative approach to the treatment of borderline personality disorder. *J Psychother Integr.* 1994;4(1):55-82.
35. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change. New York: Guilford Press; 2012.
36. Klingbeil DA, Renshaw TL, Willenbrink JB, Copek RA, Chan KT, Haddock A, et al. Mindfulness-based interventions with youth: A comprehensive meta-analysis of group-design studies. *J Sch Psychol.* août 2017;63:77-103.
37. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment.* mars 2006;13(1):27-45.
38. Carmody J, Baer RA. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *J Behav Med.* févr 2008;31(1):23-33.
39. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol.* mars 2006;62(3):373-86.
40. Shapiro SL, Schwartz GE. The role of intention in self-regulation: Toward intentional systemic mindfulness. *Handb Self-Regul.* 2000;253-73.
41. Germer CK, Siegel RD, Fulton PR. Mindfulness and Psychotherapy. 2<sup>e</sup> éd. Guilford Press; 2005. 352 p.
42. Roeser RW, Pinela C. Mindfulness and compassion training in adolescence: A developmental contemplative science perspective. *New Dir Youth Dev.* juin 2014;2014(142):9-30.
43. Giedd JN. The Teen Brain: Insights from Neuroimaging. *J Adolesc Health.* avr 2008;42(4):335-43.
44. Harter S. The construction of the self: A developmental perspective. New York, NY, US: Guilford Press; 1999. 413 p.
45. Keri G. The Promotion of Social Awareness: Powerful Lessons from the Partnership of Developmental Theory and Classroom Practice. *Soc Sci J.* janv 2004;41(2):325-30.
46. Zack S, Saekow J, Kelly M, Radke A. Mindfulness Based Interventions for Youth. *J Ration-Emotive Cogn-Behav Ther.* mars 2014;32(1):44-56.
47. Biegel GM, Brown KW, Shapiro SL, Schubert CM. Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol.* 2009;77(5):855-66.
48. Snel E. Calme et attentif comme une grenouille. Paris: Les Arènes; 2017. 160 p.
49. Siaud-Facchin J. Tout est là, juste là. Odile Jacob. Odile Jacob; 2014. 288 p.

50. Maloney JE, Lawlor MS, Schonert-Reichl KA, Whitehead J. A Mindfulness-Based Social and Emotional Learning Curriculum for School-Aged Children: The MindUP Program. In: Schonert-Reichl KA, Roeser RW, éditeurs. *Handbook of Mindfulness in Education*. New York, NY: Springer New York; 2016. p. 313-34.
51. Kuyken W, Weare K, Ukoumunne OC, Vicary R, Motton N, Burnett R, et al. Effectiveness of the Mindfulness in Schools Programme: non-randomised controlled feasibility study. *Br J Psychiatry*. août 2013;203(2):126-31.
52. Broderick PC, Metz S. Learning to BREATHE: A Pilot Trial of a Mindfulness Curriculum for Adolescents. *Adv Sch Ment Health Promot*. janv 2009;2(1):35-46.
53. Gramond A, Rebattel M, Jourdain M. Troubles de l'attention, hyperactivité : prise en charge du TDA/H chez l'enfant : Le programme hyper MCBT par séance. *Médecine Sciences Publications*; 2016. 465 p.
54. Ruskin D, Kohut SA, Stinson J. The development of a mindfulness-based stress reduction group for adolescents with chronic pain. *J Pain Manag*. janv 2015;7(4):301-12.
55. Zenner C, Herrnleben-Kurz S, Walach H. Mindfulness-based interventions in schools-a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol*. 30 juin 2014;5.
56. Thompson M, Gauntlett-Gilbert J. Mindfulness with Children and Adolescents: Effective Clinical Application. *Clin Child Psychol Psychiatry*. juill 2008;13(3):395-407.
57. Dunning DL, Griffiths K, Kuyken W, Crane C, Foulkes L, Parker J, et al. Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents – a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Child Psychol Psychiatry*. mars 2019;60(3):244-58.
58. Metz SM, Frank JL, Reibel D, Cantrell T, Sanders R, Broderick PC. The Effectiveness of the Learning to BREATHE Program on Adolescent Emotion Regulation. *Res Hum Dev*. juill 2013;10(3):252-72.
59. Blake MJ, Sheeber LB, Youssef GJ, Raniti MB, Allen NB. Systematic Review and Meta-analysis of Adolescent Cognitive–Behavioral Sleep Interventions. *Clin Child Fam Psychol Rev*. sept 2017;20(3):227-49.
60. Zoogman S, Goldberg SB, Hoyt WT, Miller L. Mindfulness Interventions with Youth: A Meta-Analysis. *Mindfulness*. avr 2015;6(2):290-302.
61. Deplus S, Billieux J, Scharff C, Philippot P. A Mindfulness-Based Group Intervention for Enhancing Self-Regulation of Emotion in Late Childhood and Adolescence: A Pilot Study. *Int J Ment Health Addict*. oct 2016;14(5):775-90.
62. Roux B, Deplus S, Lahaye M, Philippot P. Comparaison d'une intervention basée sur la pleine conscience et d'un programme de relaxation chez les enfants et adolescents. *Rev Francoph Clin Comport Cogn*. déc 2017;22(3):3.
63. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(6):1152-68.

64. Greco LA, Baer RA, Smith GT. Assessing mindfulness in children and adolescents: Development and validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Psychol Assess.* 2011;23(3):606-14.
65. Brandibas G, Jeunier B, Gaspard J-L, Fourasté R. Evaluation des modes de refus de l'école : validation française de la SRAS (School Refusal Assessment Scale). *Psychol Psychom.* 1 janv 2001;22:45-58.
66. Sheehan DV, Sheehan KH, Shytle RD, Janavs J, Bannon Y, Rogers JE, et al. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *J Clin Psychiatry.* 2010;71(3):313-26.
67. Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. *BMC Psychiatry.* 12 janv 2007;7:2.
68. Clark DB, Donovan JE. Reliability and Validity of the Hamilton Anxiety Rating Scale in an Adolescent Sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* mars 1994;33(3):354-60.
69. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord.* janv 1988;14(1):61-8.
70. March JS, Parker JDA, Sullivan K, Stallings P, Conners CK. The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor Structure, Reliability, and Validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* avr 1997;36(4):554-65.
71. Bastien C. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.* juill 2001;2(4):297-307.
72. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* mai 1989;28(2):193-213.
73. Jermann F, Van der Linden M, d'Acremont M, Zermatten A. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *Eur J Psychol Assess.* janv 2006;22(2):126-31.
74. Dion J, Paquette L, Daigneault I, Godbout N, Hébert M. Validation of the French Version of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM) Among Samples of French and Indigenous Youth. *Mindfulness.* avr 2018;9(2):645-53.
75. The jamovi project (2020) [Internet]. Disponible sur: <https://www.jamovi.org>
76. Denis H. Le refus scolaire anxieux: Prise en charge par une équipe multidisciplinaire. *Enfances Psy.* 2005;28(3):98.
77. Okuyama M, Okada M, Kuribayashi M, Kaneko S. Factors responsible for the prolongation of school refusal. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1999;53(4):461-9.
78. Ames CS, Richardson J, Payne S, Smith P, Leigh E. Mindfulness-based cognitive therapy for depression in adolescents. *Child Adolesc Ment Health.* févr 2014;19(1):74-8.

79. Boyd JE, Lanius RA, McKinnon MC. Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence. *J Psychiatry Neurosci JPN*. janv 2018;43(1):7-25.
80. Martin-Guehl C. Refus scolaire anxieux : description clinique et principes de la prise en charge – Anxious school refusal: clinical features and treatment management. *M Ise Au Point*. 2006;4.
81. González C, Inglés CJ, Kearney CA, Vicent M, Sanmartín R, García-Fernández JM. School Refusal Assessment Scale-Revised: Factorial Invariance and Latent Means Differences across Gender and Age in Spanish Children. *Front Psychol* [Internet]. 2016 [cité 28 août 2018];7.
82. Kearney CA, Albano AM. The Functional Profiles of School Refusal Behavior: Diagnostic Aspects. *Behav Modif*. janv 2004;28(1):147-61.
83. Myers K, Winters NC. Ten-Year Review of Rating Scales. II: Scales for Internalizing Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. juin 2002;41(6):634-59.
84. Mcshane G, Walter G, Rey JM. Characteristics of Adolescents with School Refusal. *Aust N Z J Psychiatry*. déc 2001;35(6):822-6.
85. Bluth K, Roberson PNE, Gaylord SA. A Pilot Study of a Mindfulness Intervention for Adolescents and the Potential Role of Self-Compassion in Reducing Stress. *EXPLORE*. juill 2015;11(4):292-5.
86. Cotton S, Luberto CM, Sears RW, Strawn JR, Stahl L, Wasson RS, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for youth with anxiety disorders at risk for bipolar disorder: a pilot trial: MBCT for youth at risk for bipolar disorder. *Early Interv Psychiatry*. oct 2016;10(5):426-34.
87. Bernstein GA, Warren SL, Massie ED, Thuras PD. Family Dimensions in Anxious–Depressed School Refusers. *J Anxiety Disord*. sept 1999;13(5):513-28.



## VII. Annexes

### Annexe 1

# Le programme START'UP

*Construit par DUSSARD,E. ; FREY, I à partir du programme de S. Deplus et M Lahaye (1)*

Vous trouverez ici le plan général séance par séance, l'intégralité du programme est fournie dans les documents supplémentaire (clés USB).

Le contenu des séances était pensé et écrit en amont, chaque séance avait un thème et un objectif précis et comprenait systématiquement les éléments suivants :

- Revue des défis à domicile
- Pratique expérientielle de la pleine conscience dite « informelle »
- Psychoéducation
- Pratique de pleine conscience dite « formelle », méditation assise
- Technique de relaxation
- Présentation des défis à domicile

Nous avons utilisé des supports audios, visuels (diaporama) et vidéos, qui vous sont transmis dans les documents supplémentaires (clé USB).

À la fin de chaque séance une « fiche inter-séance » était remise aux jeunes, dans laquelle se trouve :

- Les défis à réaliser domicile
- Un résumé des notions abordées dans la séance
- Les techniques de relaxation

Afin de refaire les méditations guidées à domicile, nous proposons aux jeunes de les enregistrer en sur leur propre téléphone ou de se rendre sur le site : <http://www.cps-emotions.be/mindfulness/> , dans la section « matériel ».

(1) Deplus S, Lahaye M. La pleine conscience chez l'enfant et l'adolescent. Bruxelles: Mardaga; 2015. 243 p. (Psy-Emotion, intervention,santé).

## Séance 1. L'attitude du martien

### Objectifs généraux

- Établissement du cadre et de la dynamique du groupe
- Présentation de la pleine conscience

### Agenda

Exercice	Temps approximatif	Objectif	Matériel
Passation questionnaires	30'		Questionnaires
Introduction : règles du groupe	25'	Mise en place du cadre	Marqueurs, affiches, punaises
Jeu de présentation	20'	Présentation des participants	Images, affiche, colle, ciseaux, marqueurs
Oeufs Kinder	5'	Formulation d'attentes par rapport au programme	Œufs Kinder® ou équivalent Marqueur (indélébile) Papiers-stylo
Exercice du martien + partage	20'	Présentation de la pleine conscience et du pilote automatique	Vidéo 1- Avatar Fraise Tagada® Petite cuillère
Illusions d'optique + partage (+ observation attentive R)	10'	Importance de la concentration de l'attention	6 fiches plastifiées sur illusions d'optique
Description des défis à domicile (choix d'une activité quotidienne)	10'	Liens avec la vie quotidienne/entraînement	Notes de résumé des thèmes principaux de la séance + description des défis

### Défis à domicile

Exercice	Objectif	Matériel
Faire une activité quotidienne en pleine conscience	Repérer le pilote automatique et passer dans un mode de pleine conscience	Notes

## Séance 2. Comprendre la difficulté à se rendre à l'école

### Objectifs généraux

- Établissement du cadre et de la dynamique du groupe
- Présentation de la pleine conscience

### Agenda :

Exercice	Temps approximatif	Objectif	Matériel
Revue des défis à domicile	10'	Liens avec la vie quotidienne	
Psychoéducation sur la difficulté à se rendre à l'école	20'	Identifier chez soi ce qui participe au trouble  Comprendre l'intérêt de l'atelier	Diaporama 1
Stratégies de relaxation	10'	Appréhender différentes techniques de relaxation	Fiche
Découverte des odeurs en pleine conscience	20'	Prendre conscience des odeurs, des pensées, images et jugements	Huiles essentielles
Méditation météo intérieure	10'	Prendre conscience de son état intérieur	Tapis bol tibétain
Description des défis à domicile (activité que j'aime, qui sont utiles + relaxation)	20'	Liens avec la vie quotidienne/entraînement	Notes de résumé des thèmes principaux de la séance + description des défis

### Défis à domicile

Exercice	Objectif	Matériel
Faire un exercice de relaxation par jour	S'approprier les différentes techniques de relaxations	Notes
Faire une activité quotidienne en pleine conscience	Repérer le pilote automatique et passer dans un mode de pleine conscience	Notes

## Séance 3. Donner de l'attention au corps

### Objectifs généraux

- Prise de conscience des sensations corporelles

### Agenda

Exercice	Temps approximatif	Objectif	Matériel
Revue des défis à domicile	20'	Liens avec la vie quotidienne	
Balayage corporel + partage	20'	Pleine conscience du corps	Tapis
Marche en pleine conscience + partage	20'	Pleine conscience du corps en mouvement	Tapis
Je marche dans la rue + partage	25'	Introduction des 3 composantes de l'émotion/les pensées ne sont pas des faits	Tableau blanc et marqueurs
Description des défis à domicile	10'	Liens avec la vie quotidienne/obstacles à la pratique formelle	Notes de résumé des thèmes principaux de la séance + description des défis
Brève centration sur la respiration	5'	Clôture – introduction	Coussins - bancs

### Défis à domicile

Exercice	Objectif	Matériel
Prise de conscience du corps en mouvement dans la vie quotidienne	Amener la conscience du corps dans la vie quotidienne	Notes avec idées d'exercices
Balayage corporel	Pratique formelle de la pleine conscience du corps	Enregistrement audio

## Séance 4. Le stress

### Objectifs généraux

- Établissement du cadre et de la dynamique du groupe
- Présentation de la pleine conscience

### Agenda

Exercice	Temps approximatif	Objectif	Matériel
Accueil Méditation météo intérieure	10'	Prise de conscience des émotions.	Tapis/ Coussins
Revue des défis à domicile	10'	Liens avec la vie quotidienne	
Jeux de balle	20'	Prise de conscience des effets physiologiques du stress	Balles
Psychoéducation sur le stress	20'	Comprendre les mécanismes du stress	Diaporama 2*
Entraînement STOP !	10'	Introduire des moments d'attention à soi	
Relaxation par décontraction musculaire	20'	Appréhender différentes techniques de relaxation	Tapis
Méditation sur les sensations corporelles/ « <i>Body scann</i> »	15'	Prendre conscience des sensations du corps	Tapis
Description des Défis à domicile	10'	Liens avec la vie quotidienne/entraînement	Notes de résumé des thèmes principaux de la séance + description des Défis

\*voir documents supplémentaires (clé USB)

### Défis à domicile

Exercice	Objectif	Matériel
Un exercice de relaxation par jour	S'approprier les différentes techniques de relaxation	Fiche inter-séance
Remplir ma « boîte à outils » face au stress	Identifier ce qui peut m'être utile face à une situation stressante	Fiche inter-séance

## Séance 5. S'arrêter et respirer, les attaques de paniques

### Objectifs généraux

- Centration sur la respiration
- Respiration comme point d'ancrage
- Psychoéducation de l'attaque de panique

### Agenda

Exercice	Temps approximatif	Objectif	Matériel
Revue des défis à domicile	20'	Liens avec la vie quotidienne	-
Mouvements en pleine conscience	20'	Prendre conscience de la respiration et de ses modifications (et aussi sur les sensations corporelles)	Tapis
Exercice « Bougie et plume »	10'	Prendre conscience de la respiration et de ses modifications	
Méditation sur la respiration + partage	25'	Maintenir l'attention sur un objet : la respiration, et observation du fonctionnement de l'esprit	Coussins – bancs
Les attaques de panique Psychoéducation	20'	Connaitre les mécanismes en jeu dans les AP Repérer les signes d'apparition d'une AP Constituer une « boîte à outils » pour gérer les AP	
Description des défis à domicile (choix de moments de marche, explication de l'auto-observation)	10'	Liens avec la vie quotidienne / obstacles à la pratique formelle	Notes de résumé des thèmes principaux de la séance + description des Défis
Brève centration sur la respiration de clôture	5'	Clôture – introduction	Coussins – bancs

### Défis à domicile

Exercice	Objectif	Matériel
Prise de conscience de la respiration dans la vie quotidienne	Amener la conscience de la respiration dans la vie quotidienne	Notes pour choix d'un exercice parmi des suggestions (e.g., respirer trois fois avant de me lever du lit), Dewulf, 2009
Méditation sur la respiration	Pratique formelle de la conscience de la respiration / entraînement	Enregistrement audio

Petit sujet de réflexion: Les limites

## Séance 6. Accueillir l'émotion

### Objectifs généraux

- Non jugement de l'expérience émotionnelle / acceptation
- Psychoéducation sur les émotions

### Agenda

Exercice	Temps approximatif	Objectif	Matériel
Revue des défis à domicile	20'	Liens avec la vie quotidienne	
Ce que les sons me font	15'	Observation du fonctionnement de l'esprit / dont le jugement et des émotions en musique	Musiques et Fiche
Méditation sur la respiration et le corps + partage	20'	Élargir l'attention au corps, prendre conscience des jugements automatiques / comparaisons/attentes et des réactions d'attachement et d'aversion	Coussins – bancs
Reconnaitre et Accueillir l'émotion	40'	Psychoéducation sur le 5 émotions de base + jeu	Vidéos 2- Croco * Vidéo 3- Filets du diable * Jeux de rôle Diaporama 3*
Introduire la clochette de la pleine conscience : l'espace de respiration	Tout au long de la séance	Systématiser la conscience de la respiration dans la vie quotidienne	Clochette
Description des Défis à domicile (choix de mouvements)	10'	Liens avec la vie quotidienne	Notes de résumé des thèmes principaux de la séance + description des défis

\*Voir documents supplémentaires (clé USB)

### Défis à domicile

Exercice	Objectif	Matériel
Observation des réactions émotionnelle face à un évènement désagréable.	Connaitre ses réactions face à l'émotion et les accueillir sans jugement.	Fiche inter-séance
Méditation respiration-corps	Pratique formelle de la conscience de la respiration / entraînement + mouvement d'élargissement de la conscience au corps dans sa globalité	Enregistrement audio

*Petit sujet de réflexion : Accueillir ce qui vient*

## Séance 7. La fonction et la régulation des émotions.

Ne pas TOUJOURS faire ce que l'émotion me dit de faire.

### Objectifs généraux

- Introduire la fonction des émotions
- Inhibition de la réaction immédiate en se concentrant sur la respiration et le corps

### Agenda

Exercice	Temps approximatif	Objectif	Matériel
Revue des défis à domicile	10'	Lien avec la vie quotidienne	
Jeu de rôle autour des émotions	25'	La fonction des émotions	-
Psychoéducation sur la fonction et la régulation des émotions	25'	Scénarii : si je n'avais pas l'émotion, que se passerait-il ? mise en lien avec la préparation du corps	- Diaporama 4* - Vidéo 4 « tout le monde s'en fou, les émotions » *
Jeu d'inhibition	20'	Apprendre à inhiber les émotions trop fortes.	Jeux
Méditation sur la respiration, le corps et les sons	15'	Observer les réactions automatiques et les inhiber	Coussins – bancs
Clochette de la pleine conscience : l'espace de respiration	Tout au long de la séance	Créer un espace avant d'agir	Clochette
Description des défis à domicile	10'	Liens avec la vie quotidienne	Notes de résumé des thèmes principaux de la séance + description des défis
3 min. Espace de respiration « faire face »	5'	Clôture – introduction de l'espace de respiration "faire face" (défis)	Coussins – bancs

\*Voir documents supplémentaires (clé USB)

### Défis à domicile

Exercice	Objectif	Matériel
Espace de respiration faire face	Entraîner l'arrêt et la centration de l'attention sur la respiration en situation émotionnelle	Fiche de rapport des exercices
Méditation respiration-corps-sons	Pratique formelle de la conscience du corps / entraînement	Enregistrement audio

*Petit sujet de réflexion:* Une image de l'émotion.



## Séance 8. Les pensées

### Objectifs généraux

- Changement de l'attitude par rapport aux pensées / prise de distance

### Agenda

Exercice	Temps approximatif	Objectif	Matériel
Revue des défis à domicile	20'	Liens avec la vie quotidienne	-
Marche en pleine conscience, attention sur les pensées	10'	Prendre conscience des pensées en mouvement automatique	/
Méditation sur les pensées	20'	Amener volontairement l'attention sur les pensées / les pensées ne sont que des pensées	Coussins – bancs
Psychoéducation sur les ruminations	15'	Prendre conscience des ruminations et prendre de la distance par rapport à celles-ci	Vidéo 5 Extrait de film « les épouvantards » *
Clochette de la pleine conscience : l'espace de respiration	Tout au long de la séance	Illustrer l'espace de respiration « faire face »	Clochette
Étirement en pleine conscience	10'	Identifier les sensations du corps et les pensées face à ses limites	Tapis
Psychoéducation sur l'autocompassion avec jeu de rôle.	15'	Travailler l'autocompassion	-
Description des Défis à domicile	10'	Liens avec la vie quotidienne	Notes de résumé des thèmes principaux de la séance + description des Défis
Méditation assise sur la compassion	5'	Clôture	Coussins – bancs

\*Voir documents supplémentaires (clé USB)

### Défis à domicile

Exercice	Objectif	Matériel
Méditation respiration-sous-pensées	Amener volontairement l'attention sur les pensées	Enregistrement audio

## Séance 9. Avancer vers ce qui est important pour moi.

### Les valeurs

#### Objectifs généraux

- Réfléchir à la manière de développer et de consolider ce qui est important pour moi

#### Agenda

Exercice	Temps approximatif	Objectif	Matériel
Revue des défis à domicile	10'	Liens avec vie quotidienne	
Méditation pensées + introduction d'une difficulté	15'	Méditation formelle	Coussins – bancs
Souvenirs autobiographiques	20'	Découverte de valeurs potentielles	
Introduction des valeurs	20'	Identifier ses valeurs	Liste des valeurs et contre-valeurs de Nazare-Aga  Vidéo 6 « et tout le monde s'en fout »*
Psychoéducation sur l'affirmation de soi	20'	Introduire l'affirmation de soi	
Relaxation par les sons	10'	Appréhender les techniques de relaxation	Musique
Description des défis à domicile	10'	Liens avec la vie quotidienne	Fiche inter-séance
Brève centration sur la respiration	5'	Clôture	Notes de résumé des thèmes principaux

\*Voir documents supplémentaires (clé USB)

#### Défis à domicile

Exercice	Objectif	Matériel
Exercice formel au choix	Préparer la fin du programme	Supports audio

*Petit sujet de réflexion:* « Parfois, c'est quand je m'arrête que j'avance le mieux ».

## Séance 10. Agir

### Objectifs généraux

- Définir quelle action constructive prendre pour donner plus de sens à ma vie.
- Réfléchir aux actions à entreprendre face à une situation émotionnelle difficile.

### Agenda

Exercice	Temps approximatif	Objectif	Matériel
Revue des défis à domicile	10'	Liens avec vie quotidienne	
Une journée type	25'	Réflexion sur la correspondance entre mes actions et mes valeurs	Papier Bics
Résolution de problème	20'	Comment avancer vers mes valeurs	Mise en situation Partage
Comment agir au mieux en situation émotionnelle/difficile	10'	L'action en situation émotionnelle : flexibilité	Les 4 cadrans de Maex Bics
Méditation pensées + introduction d'une difficulté	20'	Méditation formelle	Coussins – bancs
Relaxation par cohérence cardiaque	15'		
Description des défis à domicile	10'		Notes de résumé des thèmes principaux de la séance
Brève centration sur la respiration	5'	Clôture	

### Défis à domicile

Exercice	Objectif	Matériel
Exercice formel au choix	Préparer la fin du programme	Enregistrements audio
Exercice agir en fonction de mes valeurs	Implémentation des valeurs dans des activités quotidiennes	Fiche de rapport

Petit sujet de réflexion : “La meilleure façon de prendre soin du futur est de prendre soin du présent maintenant.”

## Séance 11. Ce n'est qu'un début

### Objectifs généraux

- Evaluation du programme
- Maintien de la pratique

### Agenda

Exercice	Temps approximatif	Objectif	Matériel
Questionnaires d'évaluation Q. de satisfaction / préférences	40'	Evaluation individuelle du programme  Maintien de la pratique	Questionnaires  Bics
Revue des défis à domicile	10'	Liens avec la vie quotidienne	
Méditation ouverte / sans but	20'	Rappeler l'importance de la flexibilité et l'ouverture de l'attention	Coussins – bancs
Retour sur les attentes	10'	Evaluation individuelle du programme	Oeufs Kinder (cf séance 1)
Gratitude	20'	Concept de gratitude	Post-it
Méditation sur le galet	10'	Clôture	Galets
Questions/ discussion libre/ Fin des questionnaires			Notes de résumé des thèmes principaux de la séance

Annexe 2**Entretien mi programme***Construit par DUSSARD, E. ; FREY, I.***Objectifs :**Evaluer la symptomatologie :

Rapport actuel à l'école (projet actuel, contact récent, envie d'y retourner) :

Problématiques au premier plan à l'heure actuelle

Evaluer l'adhésion, l'adéquation du jeune au programme :

Ce qui te rend mal à l'aise, en difficulté, que tu n'aimes pas :

Ce que tu apprécies dans le programme, ce qui te semble utile pour toi :

**Méditation :**

Arrives-tu à t'y exercer en séance ?

À faire du lien avec ton quotidien ?

À les mettre en pratique, à t'y exercer ?

Est-ce que tu en comprends l'intérêt, le sens ?

Qu'est-ce qu'on pourrait améliorer ?

Qu'est-ce qui pourrait t'aider pour y arriver mieux ?

**Relaxation :**

Arrives-tu à t'y exercer en séance ?

À faire du lien avec ton quotidien ?

À les mettre en pratique, à t'y exercer ?

Est-ce que tu en comprends l'intérêt, le sens ?

Qu'est-ce qu'on pourrait améliorer ?

Qu'est-ce qui pourrait t'aider pour y arriver mieux ?

**Les moments de partages :**

Arrives-tu à t'y exercer en séance ?

Est-ce que tu en comprends l'intérêt, le sens ?

Qu'est-ce qu'on pourrait améliorer ?

Qu'est-ce qui pourrait t'aider pour y arriver mieux ?

**Psychoéducation :**

Arrives-tu à t'y intéresser en séance ?

À faire du lien avec ton quotidien ?

Est-ce que tu en comprends l'intérêt, le sens ?

Qu'est-ce qu'on pourrait améliorer ?

**Tâches à domicile :**

À les mettre en pratique, à t'y exercer ?

Est-ce que tu en comprends l'intérêt, le sens ?

Qu'est-ce qu'on pourrait améliorer ?

Qu'est-ce qui pourrait t'aider pour y arriver mieux ?

Annexe 3**Entretien fin programme :***Construit par DUSSARD, E. ; FREY, I.*L'atelier :

As-tu aimé participer à ce groupe ?

- ✓ Oui/ non/ pourquoi

Dans le groupe, as-tu apprécié :

- Les médiations :
  - Oui/non/ pourquoi / est-ce que ça t'a été utile ?
- Les diaporamas :
  - Oui/non/ pourquoi
- L'ambiance :
  - Oui/non/ pourquoi
- Les expériences :
  - Oui/non/ pourquoi
- Les vidéos :
  - Oui/non/ pourquoi
- Les discussions :
  - Oui/non/ pourquoi
- Le partage avec les autres :
  - Oui/non/ pourquoi

Quel est ton meilleur souvenir :

Quel est ton pire souvenir :

Que pourrait-on supprimer :

Que pourrait-on rajouter :

Penses-tu que ce type de groupe convienne aux jeunes de ton âge ?

- ✓ Oui/non/pourquoi ?

Est-ce que tu t'es senti mieux grâce à ce que tu as appris dans le groupe ? (Mettre une note sur une échelle de 0-10 = pas du tout aidé, beaucoup aidé + commentaires)

À quel moment cela t'a aidé ? (Peux-tu donner un exemple ?)

L'École :

Penses-tu que le groupe t'a aidé par rapport à l'école ?

Avant d'aller à l'école ou pendant la classe ?

La semaine ou le week-end ?

✓ Oui/non/pourquoi ?

Arrives-tu à faire le lien entre le groupe et tes difficultés à l'école ?

La pleine conscience

La relaxation

Les émotions

✓ Oui/non/pourquoi ?

La suite :

Penses-tu continuer les exercices que tu as appris dans le groupe ?

✓ Oui/non/pourquoi ?

## Annexe 4

**School Refusal Assessment Scale (SRAS)**

Les adolescents ont parfois des raisons différentes de ne pas aller à l'école. Certains se sentent mal à l'école, d'autres non, certains ont des problèmes avec d'autres personnes, certaines veulent simplement être avec leur famille, et d'autres aiment faire des choses plus amusantes en dehors de l'école. Ce questionnaire vous demande pourquoi vous ne voulez pas aller à l'école. Pour chaque question, choisissez un chiffre qui te décrit le mieux les derniers jours où vous avez été à l'école. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Choisissez simplement le numéro qui correspond le mieux à ce que vous ressentez à l'idée d'aller à l'école.

	Jamais	Rarement	De temps en temps	La moitié du temps	Habituellement	Presque Toujours
	0	1	2	3	4	5
1. Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés pour vous rendre à l'école parce que vous avez peur de quelque chose à l'école ?						
2. Avez-vous des difficultés pour parler avec les autres élèves à l'école ?						
3. Faites-vous des choses qui ennuient ou contrarient votre famille ?						
4. Vous arrive-t-il de sortir de chez vous, quand vous n'êtes pas à l'école, pendant la semaine (du lundi au vendredi) ?						
5. Avez-vous peur des professeurs ou d'autres personnes à l'école ?						
6. Vous sentez-vous embarrassé ou mal à l'aise en face d'autres personnes à l'école ?						
7. Vous arrive-t-il de préférer être avec vos parents plutôt qu'à l'école ?						
8. Vous arrive-t-il de parler ou de voir d'autres personnes pendant la semaine quand vous n'êtes pas à l'école (du lundi au vendredi) ?						
9. Vous sentez-vous plus nerveux avec vos amis à l'école qu'avec vos amis en dehors de l'école ?						
10. Avez-vous des difficultés pour vous faire des amis ?						
11. Vous arrive-t-il de penser à vos parents ou à votre famille quand vous êtes à l'école ou quand ils sont loin de vous ?						
12. Aimez-vous faire des choses différentes quand vous n'êtes pas à l'école pendant la semaine (du lundi au vendredi) ?						
13. Avez-vous peur de l'école quand vous y pensez le samedi et le dimanche ?						
14. Evitez-vous des situations où vous pourriez avoir à parler à quelqu'un ?						
15. Vous arrive-t-il de refuser d'aller à l'école pour rester avec vos parents ?						
16. Vous arrive-t-il de manquer l'école parce que c'est plus amusant d'être en dehors de l'école ?						



## Annexe 5

**Adolescent Dépression Rating Scale (ADRS)***Hétéro-questionnaire :*

<b>1. Irritabilité</b>	
• Absence d'irritabilité, ressentie par le sujet ou perçue par l'observateur	0
• Irritabilité perceptible ou ressentie dans la relation, le patient peut néanmoins se contenir	2
• Irritabilité importante dans la relation, source de conflits, de difficultés relationnelles rapportées	4
• Irritabilité intense, envahissante, rendant les relations et échanges quasi impossibles	6
<b>2. Envahissement par le vécu dépressif</b>	
• Pas d'élément dépressif (cafard, désespoir, tristesse)	0
• Vécu dépressif encore contenu	2
• Sensation d'être débordé par le vécu dépressif	4
• Sensation intense d'un débordement par une souffrance dépressive impossible à contenir	6
<b>3. Perceptions négatives de soi</b>	
• Absence de perceptions négatives de soi	0
• Tendance à la dévalorisation de soi et de ses réalisations	2
• Dévalorisation de soi et de ses réalisations	4
• Perception de soi totalement dévalorisée, disqualifiée, ou avec désespoir envahissant	6
<b>4. Idées de mort</b>	
• Absence de préoccupation concernant la mort ou le suicide	0
• Préoccupations occasionnelles à propos de la mort ou du suicide	2
• Préoccupations récurrentes à propos de la mort ou du suicide	4
• Idées de mort ou de suicide envahissantes	6
<b>5. Ralentissement psychique</b>	
• Aucun signe de ralentissement psychique, fluidité de la pensée et du discours	0
• Difficulté occasionnelle à rassembler ses idées, inertie de la pensée qui gêne la concentration	2
• Difficulté récurrente pour se concentrer, retentissement manifeste sur le quotidien ou le scolaire	4
• Inertie massive de la pensée pouvant se traduire par une concentration impossible ou par un entretien difficile	6
<b>6. Sommeil</b>	
• Aucun trouble du sommeil, ni en durée ni en qualité	0
• Troubles du sommeil occasionnels mais inhabituels (insomnie, hypersomnie, cauchemars)	2
• Troubles du sommeil importants, persistants	4
• Troubles majeurs du sommeil, insomnie envahissante	6

*Auto-questionnaire*

Voici des phrases recueillies auprès d'adolescents, lisez chacune d'entre elles, et cochez « vrai » si elle correspond à ce que vous vivez pendant les deux dernières semaines ou « faux » si elle ne correspond pas.

1	Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>
2	J'ai du mal à réfléchir	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>
3	Je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>
4	Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien qui m'amuse	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>
5	Ce que je fais ne sert à rien	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>
6	Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>
7	Je ne supporte pas grand chose	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>
8	Je me sens découragé	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>
9	Je dors très mal	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>
10	A l'école, au boulot, j'y arrive pas	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>

## Annexe 6

**Hamilton Anxiety Scale (HAS)****1. Humeur anxieuse**

Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible.

**0** – Le/la patient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr(e) de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.

**1** – Que le/la patient(e) soit plus irritable ou se sente moins sûr(e) de lui/d'elle que d'habitude est peu clair.

**2** – Le/la patient (e) exprime plus clairement qu'il/elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e).

**3** – Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

**4** – Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de la patient(e) .

**2. Tension nerveuse**

Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.

**0** – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins tendu(e) que d'habitude

**1** – Le/la patient (e) semble quelque peu plus nerveux(nerveuse) et tendu(e) que d'habitude.

**2** – Le/la patient(e) dit clairement être incapable de se détendre et est empli(e) d'agitation intérieure, qu'il/elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.

**3** – L'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

**4** – Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de la patient(e).

**3. Craintes**

Cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.

**0** – Absentes

**1** – Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.

**2** – Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.

**3** – Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e) d'une certaine manière.

4 – L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

#### **4. Insomnie**

Cet item couvre l'expérience subjective du/de la patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.

**0** – Durée et profondeur du sommeil habituelles

**1** – La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.

**2** – La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

**3** – La durée du sommeil et sa profondeur sont altérée de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

**4** – Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.

#### **5. Troubles de la concentration et de la mémoire**

Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.

**0** – Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

**1** – Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.

**2** – Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

**3** – Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions; par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.

**4** – Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.

#### **6. Humeur dépressive**

Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

**0** – Absente

**1** – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattue ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.

**2** – Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.

**3** – Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.

**4** – Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non-verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état

**7. Symptômes somatiques généraux : musculaires** Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.

**0** – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux(se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.

**1** – Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.

**2** – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.

**3** – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de la patient(e).

**4** – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

**8. Symptômes somatiques généraux : sensoriels**

Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.

**0** – Absent

**1** – Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.

**2** – Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

**3** – Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

**4** – Les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

**9. Symptômes cardio-vasculaires**

Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.

**0** – Absents

**1** – Leur présence n'est pas claire

**2** – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.

**3** – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

**4** – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

**10. Symptômes respiratoires**

Sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration sibilante

0 – Absents

1 – Présence peu claire

2 – Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

**11. Symptômes gastro-intestinaux**

Cet item couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'oesophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.

2 – Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présents mais le/la patient(e) peut encore les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

**12. Symptômes urinaires et génitaux**

Cet item inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

2 – Un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents au point d'interférer à un certain degré avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes génitaux ou urinaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

**13. Autres symptômes du SNA** Cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges

**0** – Absents

**1** – Présence peu claire.

**2** – Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

**3** – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

**4** – Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

**14. Comportement pendant l'entretien**

Le/la patient(e) peut paraître tendu(e), nerveux(se), agité(e), inquiète, tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations.

**0** – Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux(se).

**1** – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux(se).

**2** – Le/la patiente est modérément anxieux(se).

**3** – Le/la patient(e) est anxieux(se) de façon marquée.

**4** – Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété; par exemple : il/elle tremble de tout son corps

**<17: légère**

**18 – 24: légère à modérée**

**25 – 30: modérée à grave**

## Annexe 7

**Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)**

Veillez utiliser l'échelle ci-dessous pour évaluer à quel point chacun des énoncés suivants vous correspond.

		Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
1	Je me sens tendu(e) ou crispé(e)				
2	Je demande habituellement la permission de faire quelque chose				
3	Je m'inquiète que d'autres personnes rient de moi				
4	J'ai peur quand mes parents s'en vont				
5	Je perds mon souffle facilement				
6	Je vois du danger partout				
7	L'idée d'aller en voyage scolaire ou en colonie de vacances me fait peur				
8	Je me mets à trembler ou à avoir la frousse				
9	Je fais beaucoup d'efforts pour obéir à mes parents et à mes professeurs				
10	J'ai peur que les autres enfants se moquent de moi				
11	J'essaie de rester près de ma mère ou de mon père				
12	Je deviens étourdi(e) ou je sens que je vais perdre connaissance				
13	Je vérifie tout avant d'agir				
14	J'ai peur d'être interrogé(e) en classe				
15	Je suis agité(e), nerveux(se)				
16	J'ai peur que les autres personnes pensent que je suis stupide				
17	Je garde la lumière allumée la nuit				
18	J'ai des douleurs à la poitrine				
19	J'évite d'aller à des endroits sans ma famille				
20	Je me sens étrange, bizarre ou irréel(le)				
21	J'essaie de faire des choses que les autres personnes vont aimer				
22	Je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi				
23	J'évite de regarder des films ou des émissions de télévision qui font peur				
24	Mon cœur bat vite ou s'arrête un moment				



25	J'évite les choses qui me dérangent				
26	Je dors à côté de quelqu'un de ma famille				
27	Je me sens agité(e) et énervé(e)				
28	J'essaie de faire les choses le plus parfaitement possible				
29	J'ai peur de faire quelque chose de stupide ou d'embarrassant				
30	J'ai peur quand je me promène en auto ou en autobus				
31	J'ai mal au ventre				
32	Si je deviens troublé(e), ou effrayé(e), je le fais tout de suite savoir à quelqu'un				
33	Je deviens nerveux(se) si je dois faire quelque chose devant un public				
34	Le mauvais temps, la noirceur, les hauteurs, les animaux ou les insectes me font peur				
35	Mes mains tremblent				
36	Je vérifie les choses pour être sûr(e) qu'elles sont sans danger				
37	J'ai de la difficulté à demander aux autres enfants de jouer avec moi				
38	Mes mains sont moites (mouillées) ou froides				
39	Je me sens gêné(e) (timide)				

## Annexe 8

## Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

1. S'il-vous-plaît, estimez la <b>sévérité</b> actuelle de vos difficultés de sommeil.	Aucun 0	Léger 1	Moyen 2	Très 3	Extrême 4
a. Difficultés à s'endormir:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Réveils nocturnes fréquents et/ou prolongés:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Réveils trop tôt le matin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Somnolence diurne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sommeil non-récupérateur:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jusqu'à quel point êtes-vous <b>insatisfait(e)</b> de votre sommeil actuel?	Satisfait 0 <input type="checkbox"/>	Un peu insatisfait 1 <input type="checkbox"/>	Insatisfait 2 <input type="checkbox"/>	Assez insatisfait 3 <input type="checkbox"/>	Très insatisfait 4 <input type="checkbox"/>
3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil <b>interfèrent</b> avec votre fonctionnement quotidien (p.ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur, etc.)?	Pas du tout 0 <input type="checkbox"/>	Un peu 1 <input type="checkbox"/>	Moyen 2 <input type="checkbox"/>	Très 3 <input type="checkbox"/>	Extrêmement 4 <input type="checkbox"/>
4. À quel point considérez vous que vos difficultés de sommeil sont <b>apparentes</b> pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie?	Pas du tout 0 <input type="checkbox"/>	A peine 1 <input type="checkbox"/>	Moyen 2 <input type="checkbox"/>	Très 3 <input type="checkbox"/>	Extrêmement 4 <input type="checkbox"/>
5. Jusqu'à quel point êtes-vous <b>inquiet(ète)</b> / préoccupé(e) à propos de vos difficultés de sommeil ?	Pas du tout 0 <input type="checkbox"/>	Un peu 1 <input type="checkbox"/>	Moyen 2 <input type="checkbox"/>	Très 3 <input type="checkbox"/>	Extrêmement 4 <input type="checkbox"/>
6. Jusqu'à quel point croyez-vous que les facteurs suivants contribuent à vos difficultés de sommeil ?	Pas du tout 0	Un peu 1	Moyen 2	Très 3	Extrême 4
a. Perturbations cognitives (pensées qui tournent dans la tête pendant la nuit) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Perturbations somatiques (tensions musculaires, douleurs) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mauvaises habitudes de sommeil :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Processus naturel de vieillissement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Stress :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Après une <b>mauvaise nuit de sommeil</b> , lesquels des difficultés suivantes éprouvez-vous le lendemain ? Veuillez indiquer à quelle intensité vous éprouvez ces difficultés.	Pas du tout 0	Léger 1	Moyen 2	Très 3	Extrême 4
a. Fatigue pendant la journée (p.ex., fatigué(e), épuisé(e), exténué(e), endormi(e), etc.) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Difficultés à fonctionner (p.ex. diminution de la performance au travail, difficultés dans la routine quotidienne, difficulté à se concentrer, problèmes de mémoire) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Problèmes d'humeur (p.ex., irritable, tendu(e), nerveux(se), déprimé(e), anxieux(se), maussade, hostile, en colère, confus(e), etc.) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Autres (spécifiez, s.v.p.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Annexe 9

**Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (PSQI)**

**Instructions:** Les questions suivantes ont trait à vos habitudes de sommeil pendant le dernier mois seulement. Vos réponses doivent indiquer ce qui correspond aux expériences que vous avez eues pendant la majorité des jours et des nuits au cours du dernier mois. Répondez s'il vous plaît à toutes les questions.

**Pendant le mois dernier,**

1. Quand êtes-vous habituellement allé vous coucher le soir?				
2. Combien vous a-t-il habituellement fallu de temps (en minutes) pour vous endormir chaque soir?				
3. Quand vous êtes-vous habituellement levé le matin?				
4. Combien d'heures de sommeil effectif avez-vous eues chaque nuit? (Ceci peut être différent du nombre d'heures que vous avez passé au lit.)				
5. Avec quelle fréquence avez-vous eu des troubles du sommeil parce que vous.....	Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois par semaine ou plus
a. n'avez pu vous endormir en moins de 30 min?				
b. vous êtes réveillé au milieu de la nuit ou précocement le matin?				
c. avez dû vous lever pour aller aux toilettes?				
d. n'avez pu respirer correctement?				
e. avez toussé ou ronflé bruyamment?				
f. eu trop froid?				
g. eu trop chaud?				
h. eu de mauvais rêves?				
i. eu des douleurs?				
j. d'autre(s) raison(s)? Donnez une description s'il vous plaît et indiquez combien de fois vous avez eu des difficultés à cause de cela.				
6. Combien de fois avez-vous pris des médicaments (prescrits ou achetés sans ordonnance) pour faciliter votre sommeil?				

7. Combien de fois avez-vous eu des difficultés à demeurer éveillé pendant que vous conduisiez, preniez vos repas, étiez occupé dans une activité sociale?				
8. A quel degré cela a-t-il représenté un problème pour vous d'avoir assez d'enthousiasme pour faire ce que vous aviez à faire?				
	Très bonne	Assez bonne	Assez mauvaise	Très mauvaise
9. Comment évalueriez-vous globalement la qualité de votre sommeil?				

10. Avez-vous un conjoint ou un camarade de chambre?	a. Non. b. Oui, mais dans une chambre différente. c. Oui, dans la même chambre, mais pas dans le même lit. d. Oui, dans le même lit.			
11. Si vous avez un camarade de chambre ou un conjoint, demandez-lui combien de fois le mois dernier vous avez présenté....	Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois par semaine ou plus
a. un ronflement fort?				
b. de longues pauses respiratoires pendant votre sommeil?				
c. des saccades ou des secousses des jambes pendant que vous dormiez?				
d. des épisodes de désorientation ou de confusion pendant le sommeil?				
e. d'autres motifs d'agitation pendant le sommeil?				

Annexe 10**Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQY)**

Nous voulons en savoir plus sur ce que vous pensez, comment vous vous sentez et ce que vous faites. Lisez chaque phrase. Ensuite, dites à quel point ces phrases semblent vraies pour vous.

	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Assez vrai	Vrai	Tout à fait vrai
1. Ma vie ne sera pas bonne jusqu'à ce que je me sente heureux(se)					
2. Mes pensées et mes émotions gâchent ma vie					
3. Si je me sens triste ou que j'ai peur, c'est qu'il y a un problème chez moi					
4. Les mauvaises choses que je pense de moi doivent être vraies					
5. Je n'essaie pas de nouvelles choses si j'ai peur de les rater					
6. Je dois me débarrasser de mes soucis et de mes peurs pour pouvoir avoir une bonne vie					
7. Je fais tout ce que je peux pour être sûr(e) de ne pas avoir l'air bête devant les autres					
8. Je m'efforce d'effacer les souvenirs mauvais de ma mémoire					
9. Je ne peux pas supporter d'avoir mal ou d'être blessé dans mon corps					
10. Si je respire rapidement, c'est qu'il y a un problème chez moi					
11. Je repousse les pensées et les émotions que je n'aime pas					
12. J'arrête de faire des choses importantes pour moi quand je me sens mal					
13. J'ai de moins bons résultats à l'école quand j'ai des pensées qui me rendent triste					
14. Je dis des choses pour paraître cool					
15. Je souhaite agiter ma baguette magique pour faire partir toute ma tristesse					
16. J'ai peur des émotions que je ressens					
17. Je ne peux pas être un bon ami quand je me sens contrarié(e), irrité(e), fâché(e)					

## Annexe 11

**Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)**

Tout le monde se trouve un jour ou l'autre confronté à des événements négatifs ou désagréables et chacun y réagit à sa façon. En répondant aux questions suivantes, on vous demande ce que vous pensez généralement lorsque vous vivez des événements négatifs ou désagréables.

**"Lorsque je vis des événements négatifs ou désagréables..."**

	Presque jamais	Parfois	Régulièrement	Souvent	Presque toujours
1. J'ai le sentiment que je suis celui/celle à blâmer pour ce qui s'est passé.					
2. Je pense que je dois accepter que cela se soit passé.					
3. Je pense souvent à ce que je ressens par rapport à ce que j'ai vécu.					
4. Je pense à des choses plus agréables que celles que j'ai vécues.					
5. Je pense à la meilleure façon de faire.					
6. Je pense pouvoir apprendre quelque chose de la situation.					
7. Je pense que tout cela aurait pu être bien pire.					
8. Je pense souvent que ce que j'ai vécu est bien pire que ce que d'autres ont vécu.					
9. J'ai le sentiment que les autres sont à blâmer pour ce qui s'est passé.					
10. J'ai le sentiment que je suis responsable de ce qui s'est passé					
11. Je pense que je dois accepter la situation					
12. Je suis préoccupé(e) par ce que je pense et ce que je ressens concernant ce que j'ai vécu.					
13. Je pense à des choses agréables qui n'ont rien à voir avec ce que j'ai vécu.					
14. Je pense à la meilleure manière de faire face à la situation.					
15. Je pense pouvoir devenir une personne plus forte suite à ce qui s'est passé.					
16. Je pense que d'autres passent par des expériences bien pires.					
17. Je repense sans cesse au fait que ce que j'ai vécu est terrible.					
18. J'ai le sentiment que les autres sont responsables de ce qui s'est passé.					
19. Je pense aux erreurs que j'ai commises par rapport à ce qui s'est passé.					
20. Je pense que je ne peux rien changer à ce qui s'est passé.					

21. Je veux comprendre pourquoi je me sens ainsi à propos de ce que j'ai vécu.					
22. Je pense à quelque chose d'agréable plutôt qu'à ce qui s'est passé.					
23. Je pense à la manière de changer la situation					
24. Je pense que la situation a aussi des côtés positifs					
25. Je pense que cela ne s'est pas trop mal passé en comparaison à d'autres situations.					
26. Je pense souvent que ce que j'ai vécu est le pire qui puisse arriver à quelqu'un.					
27. Je pense aux erreurs que les autres ont commises par rapport à ce qui s'est passé.					
28. Je pense qu'au fond je suis la cause de ce qui s'est passé.					
29. Je pense que je dois apprendre à vivre avec ce qui s'est passé.					
30. Je pense sans cesse aux sentiments que la situation a suscités en moi.					
31. Je pense à des expériences agréables.					
32. Je pense à un plan concernant la meilleure façon de faire.					
33. Je cherche les aspects positifs de la situation					
34. Je me dis qu'il y a pire dans la vie					
35. Je pense continuellement à quel point la situation a été horrible.					
36. J'ai le sentiment qu'au fond les autres sont la cause de ce qui s'est passé.					



Annexe 12**Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM)**

Nous voulons en savoir plus sur ce que vous pensez, comment vous vous sentez et ce que vous faites. Lisez chaque phrase. Ensuite, dites à quel point ces phrases semblent vraies pour vous.

	Jamais vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Toujours vrai
1. Je suis contrarié(e), irrité(e), fâché(e) d'avoir des émotions qui n'ont aucun sens					
2. A l'école, je vais de classe en classe sans faire attention à ce que je fais					
3. Je m'occupe pour ne pas remarquer ce que je pense et ce que je ressens					
4. Je me dis que je ne devrais pas me sentir comme je me sens					
5. Je repousse les pensées que je n'aime pas					
6. C'est difficile pour moi de faire attention à une seule chose à la fois					
7. Je pense aux choses qui sont arrivées dans le passé au lieu de penser aux choses qui arrivent juste maintenant					
8. Je suis contrarié(e) d'avoir certaines pensées					
9. Je crois que certaines de mes émotions sont mauvaises et que je ne devrais pas les avoir					
10. J'essaie d'arrêter d'avoir des émotions que je n'aime pas					

Annexe 13**Hétéro questionnaire parents**

*Construit par DUSSARD, E. ; FREY, I.*

Votre enfant va participer au sein des Hôpitaux Universitaire de Strasbourg et du CAMPA à l'atelier de régulation émotionnelle basé sur la pleine conscience « START ». Dans un but d'évaluation des pratiques et de recherche nous vous proposons de répondre à ces quelques questions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Quand vous pensez aux deux dernières semaines, sur une échelle de 0 à 10 :

- À quel point trouvez-vous votre enfant heureux :
- À quel point trouvez-vous votre enfant triste :
- À quel point trouvez-vous votre enfant irritable :
- À quel point trouvez-vous votre enfant épanoui :
- À quel point trouvez-vous votre enfant anxieux :
- À quel point trouvez-vous votre enfant serein :
- À quel point trouvez-vous que votre enfant a des relations amicales satisfaisantes :
- À quel point trouvez-vous que votre enfant présente des conduites à risque :
- À quel point trouvez-vous que votre enfant a une bonne image de lui-même :
- À quel point trouvez-vous votre enfant anxieux à l'idée d'aller à l'école :
- À quel point trouvez-vous votre enfant triste à l'idée d'aller à l'école :
- À quel point trouvez-vous que votre relation avec votre enfant est conflictuelle :
- À quel point trouvez-vous que la relation de votre enfant avec le reste de la famille (frère, sœur) est conflictuelle :
- À quel point trouvez-vous que les difficultés de votre enfant retentissent de manière négative sur votre vie de famille :

Université  
de Strasbourg



**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

**Document avec signature originale devant être joint :**

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : DUSSARD

Prénom : Elisa

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main** : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance  
des suites disciplinaires ou pénales que j'encours  
en cas de déclaration erronée ou incomplète*

**Signature originale :**

A STRASBOURG, le 09.04.2020

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

---

**RÉSUMÉ :**

**Introduction :** Le refus scolaire anxieux (RSA) est un motif extrêmement fréquent de consultation en pédopsychiatrie, mais malgré son ancienneté aucun consensus n'est établi concernant sa prise en charge thérapeutique.

Actuellement, l'impact des interventions thérapeutiques basées sur la pleine conscience (ITBPC) commence à être documenté en population pédiatrique.

L'objectif de ce travail était de créer un programme de régulation émotionnelle basé sur la pleine conscience (START'UP) ciblant une population clinique d'adolescents avec RSA et d'en tester la faisabilité et l'intérêt.

**Méthode :** Nous avons mis en place une étude pilote exploratoire de type série de cas afin de tester la faisabilité d'une telle étude au sein d'une population d'adolescents et d'évaluer l'intérêt et l'acceptabilité de ce programme. Dix adolescents avec RSA ont été inclus, les variables scolaires ont été mesurées cliniquement. L'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil, la pleine conscience, la régulation émotionnelle, l'évitement expérientiel ont été évalués de manière quantitative par une série d'auto et d'hétéro-questionnaires. L'acceptabilité du programme ainsi que la dynamique familiale ont été mesurées qualitativement.

**Résultats :** Notre étude exploratoire montre une augmentation du temps scolaire, une baisse de l'anxiété et de la symptomatologie dépressive ainsi qu'une amélioration des troubles du sommeil. Nous avons également mis en évidence une baisse de l'évitement expérientiel et des ruminations comme stratégies de régulation émotionnelle non-adaptative, ainsi qu'une bonne acceptabilité de notre programme par les adolescents et leurs familles.

**Conclusion :** Ce travail suggère qu'une approche de type régulation émotionnelle basée sur la pleine conscience en groupe ciblant les processus transdiagnostiques de l'évitement et de la dysrégulation émotionnelle paraît prometteuse dans le large champ des prises en charge du refus scolaire anxieux chez l'adolescent. Afin de confirmer nos résultats, des études futures contrôlées, possiblement randomisées et en simple aveugle, incluant notamment un effectif plus grand, seront nécessaires.

---

Rubrique de classement : Diplôme d'Études Spécialisées en Psychiatrie

---

Mots clés : Régulation émotionnelle – Pleine conscience – Refus scolaire anxieux – Adolescents – Évitement

---

Président du jury : Professeur Gilles Bertschy

Assesseurs : Professeur Carmen Schröder

Professeur Fabrice Berna

Docteur Julie Rolling