

# Refus scolaire anxieux ou phobie scolaire ?

Cécile Revelli, Rodolphe Charles, Céline D'Hondt

DANS MÉDECINE THÉRAPEUTIQUE / PÉDIATRIE 2019/2 Vol. 22 , PAGES 62 À 68  
ÉDITIONS JLE

ISSN 1286-5494

ISBN 0000000000001

DOI 10.1684/mtp.2019.0712

Date de mise en ligne : 16/09/2024

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-medecine-therapeutique-pediatrie-2019-2-page-62?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour JLE.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# Refus scolaire anxieux ou phobie scolaire ?\*

## Anxious school refusal or school phobia?

Cécile Revelli<sup>1</sup>  
Rodolphe Charles<sup>1</sup>  
Céline D'Hondt<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Université Jean-Monnet, faculté de médecine Jacques-Lisfranc, département de médecine générale, campus santé innovations, 10 rue de la Marandière, 42270 Saint-Priest-en-Jarez, France  
<cecile.revelli@wanadoo.fr>

<sup>2</sup> CHU-Hôpital Nord de Saint-Étienne, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, 42270 Saint-Priest-en-Jarez, France

\* Cet article est déjà paru dans *Médecine*. Revelli C, Charles D, D'Hondt C. Refus scolaire anxieux ou phobie scolaire ?. *Médecine* 2018 ; 15(1) : 18-23. DOI : 10.1684/med.2019.405.

mtp

Tirés à part : C. Revelli

**Résumé.** L'absentéisme d'origine anxieuse, longtemps appelé phobie scolaire, n'est pas diagnostic mais un symptôme, révélateur d'un tableau psychopathologique dans lequel il s'inscrit. Il n'apparaît pas dans les classifications internationales : Classification internationale des maladies (CIM-10), Classification internationale des soins primaires, (CISP2), ni dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5). La prévalence, difficile à affirmer en l'absence de critère fiable, se situerait entre 2,1 et 4,8 %. Le médecin de soins primaires est un acteur clé du repérage. Il évitera certains écueils clairement identifiés (présentation somatique, justification erronée d'un absentéisme) en s'appuyant sur le multipartenariat pour optimiser la prise en charge et prévenir la chronicisation de l'absentéisme qui est un facteur de gravité du tableau clinique.

**Mots clés :** refus scolaire anxieux, phobie scolaire, absentéisme, soins de santé primaires

**Abstract.** Anxiety-related absenteeism, which used to be referred to as school phobia, is not a diagnosis but rather a symptom, revealing a more complex psychopathological pattern in which it is set. It does not appear in any international classifications: International Statistical Classification of Diseases (ICD-10), International Classification of Primary Care (ICPC2), and Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). The prevalence, which is hard to assess without reliable features, should be between 2,1 and 4,8%. The general practitioner should avoid clearly identified misinterpretation (somatization, erroneous justification of absenteeism) to detect school refusal which then requires multidisciplinary approach to optimize care. Returning to school is essential to prevent worsening of underlying anxiety disorders.

**Key words:** anxious school refusal, phobic disorder, absenteeism, primary health care

### Définition historique et précisions conceptuelles

Depuis la première description d'un enfant mutique en classe par Binet en 1887, après l'avènement de l'instruction obligatoire en France, la définition et les dénominations du concept ont évolué. Il est appelé *school phobia* ou phobie scolaire par Jonhson qui, en 1941, pointait déjà « des relations de dépendance mal résolues entre la mère et l'enfant ». Mais le terme de phobie scolaire place l'école au centre de la problématique ; il ne correspond pas à une réalité où, le plus souvent, l'organisation psychopathologique n'est pas fondée sur l'objet de la peur. En 1960, Herzov parle de *school refusal* dont la traduction littérale de refus scolaire sera affinée en « refus sco-

laire anxieux » (RSA) [1] mettant en avant « la primauté et la variété des troubles anxieux sous-jacents », là où la traduction de refus de l'école pouvait sous-entendre une volonté dans le refus [2].

En 1974, de Ajuriaguerra réaffirme en le critiquant le terme de phobie scolaire, et s'appuyant sur la description de Jonhson, le définit par « des enfants qui, pour des raisons irrationnelles, refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vive ou de panique, quand on essaye de les y forcer » [1]. Cette définition fait consensus en France, expliquant peut-être en partie notre difficulté à nous défaire du terme de « phobie scolaire », passé par ailleurs dans le vocabulaire courant.

Dans les années 1990, Kearney propose le concept de *school refusal behavior* traduit par comportement

de refus de l'école avec un critère principal d'absentéisme. Il englobe les classiques diagnostics différentiels du RSA que sont les troubles oppositionnels avec provocation et les troubles des conduites, où le refus, vécu sans culpabilité, s'inscrit dans un mouvement d'opposition ou de prédélinquance. C'est cette dernière définition qui est retenue, en 2006, par Mouren, dans le *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* « pour sa neutralité » : « *enfants qui refusent d'aller à l'école ou d'y rester toute la journée* » [3]. En France, l'absentéisme est défini par une déscolarisation d'au moins quatre demi-journées par mois, quelle qu'en soit la raison, le RSA n'en est donc qu'une des causes [4].

Le RSA n'existe ni dans la CISP2, ni dans la CIM-10, ni dans le DSM-5. Il ne s'agit pas d'un diagnostic, mais il n'apparaît pas non plus dans le dictionnaire des résultats de consultation de la Société française de médecine générale (SFMG), ni comme résultat de consultation (RC) ni comme risque critique évitable (RCE) de certains RC tels que « *plainte polymorphe trouble somatoforme* ».

Il n'y a donc pas de dénomination ni de définition consensuelle de cette notion de refus scolaire anxieux, en fonction des pays, des auteurs et des courants de pensée, ce qui rend difficile son étude [2]. La médecine générale étant avant tout une spécialité clinique, nous compléterons ces définitions en rappelant les critères cliniques de Berg (1992) :

- refus d'aller à l'école conduisant à une absence prolongée ;
- détresse émotionnelle anticipatoire se traduisant par une peur excessive, des crises de colère, une tristesse ou des symptômes physiques inexplicables ;
- faits pour les enfants de rester au domicile parental pendant le temps scolaire ;
- absence de comportements antisociaux significatifs ;
- efforts parentaux significatifs pour pousser leurs enfants à fréquenter l'école.

## Épidémiologie

Le RSA aurait une prévalence de 0,3 à 1,7 % [5-7], mais des études récentes la porte à 2,1 à 4,8 % [1, 2]. Cette prévalence est difficile à préciser en l'absence d'étude épidémiologique spécifique et de critères de repérage clairs [2]. Le sex-ratio est, selon les auteurs, équilibré ou avec une prédominance masculine [2-4, 6, 8, 9]. Il existe trois âges critiques correspondant aux changements d'établissement scolaire : entrée en primaire au collège et au lycée [1, 3-5, 7-9].

Les diagnostics qui sous-tendent le RSA sont classiquement : l'anxiété de séparation pathologique, la phobie sociale, la phobie spécifique (phobie scolaire au sens propre) et la dépression [9, 10], auxquels certains rajoutent l'anxiété de performance, l'anxiété généralisée avec ou

sans trouble panique, l'agoraphobie et le syndrome de stress post-traumatique [3]. En 2017, Revol évoque quatre causes qu'il propose de déterminer en refaisant le trajet vers l'école en quatre étapes : quitter la maison oriente vers une anxiété de séparation, se confronter au regard de autres évoque une phobie sociale, utiliser ses capacités cognitives oriente vers des troubles cognitifs, et enfin accepter les règles et la discipline où il pourra s'agir d'un refus de l'autorité [4].

Le pronostic est inquiétant, tant sur la reprise scolaire que sur la santé mentale et l'insertion socioprofessionnelle à l'âge adulte [1, 3-7]. Il dépend de l'âge de début des troubles (plus ils sont tardifs, plus le pronostic est sévère), de la rapidité de la prise en charge et du retour à l'école [1, 3-7, 9].

## Les recommandations et les outils en soins primaires

### Les recommandations

*Recommandations pour la pratique clinique – Proposition portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans – HAS 2005 [11]*

Ces propositions sont destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Le chapitre XI est consacré aux troubles anxieux. La synthèse ne donne pas de recommandation spécifique quant au repérage et au diagnostic de ce que la Haute Autorité de Santé (HAS) appelle « *phobie scolaire* ». Le groupe de travail souligne l'importance de questionner la qualité du sommeil, de prendre en compte les plaintes somatiques répétées à examen clinique normal, de questionner l'existence d'une anxiété de performance (veille de contrôle), d'évaluer l'absentéisme scolaire. Ces recommandations sont donc limitées, aucun outil diagnostique n'est proposé.

*Parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages – HAS 2017 [12]*

Les éléments de ce guide ne mentionnent qu'à deux reprises le « *refus de l'école* », soit comme un élément de repérage, soit comme un signe d'alerte, sans plus de précision sur la conduite à tenir. L'absentéisme et le refus de l'école ne sont pas mentionnés dans la fiche à destination de l'enseignant. Il n'y a aucun élément nouveau en 2017 pour guider les médecins de premiers recours dans la prise en charge du refus anxieux de l'école.

### Les échelles

*Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED)*

La SCARED évalue l'anxiété et ses sous-dimensions, dont celle de « *phobie scolaire* ». Elle est utilisée dans la majorité des études en population générale [2]. Il s'agit d'un outil de repérage qui nécessite du temps et une

certaine expérience. Elle n'est pas adaptée au dépistage rapide en soins primaires [2, 11]. Utilisée en soins primaires par un médecin aguerri, elle peut dépister l'anxiété face à un comportement d'absentéisme et en affirmer le caractère anxieux. Elle pourrait permettre de rechercher l'anxiété devant une plainte somatique répétée en amont de l'absentéisme. Elle ne permet pas de poser un diagnostic.

#### School Refusal Assessment Scale (SRAS)

La SRAS vise à déterminer la fonction du comportement de refus de l'école (le *School Refusal Behavior* de Kearney), et non sa présence. Elle évalue cet aspect fonctionnel à travers quatre catégories selon les raisons du refus : évitement de stimuli spécifiques liés à l'école, évitement de situations d'évaluation ou de situations sociales pénibles, comportement permettant d'attirer l'attention des figures d'attachement, enfin recherche de renforcement positif tangible. Cet outil est une référence dans les études cliniques où il a été largement validé. Il mériterait d'être évalué en population générale afin de pouvoir être utilisé en dépistage [2]. Selon son auteur, la sévérité de l'absentéisme est liée à la fonction du comportement de refus plus qu'au diagnostic qui le sous-tend. Cette fonction orientera le choix thérapeutique qui sera axé sur les facteurs de maintien du refus. La version française a été validée en 2001 [13]. Mais il ne s'agit pas non plus d'un outil diagnostique.

Nous déplorons avec Gallé-Tessonneau « l'absence d'outils de repérage spécifique en population générale comme en population clinique » [2] qui permettrait notamment le dépistage des refus latents en amont du classique critère d'absentéisme.

## Conduite à tenir en soins primaires

### Le diagnostic

Il s'agit d'affirmer le caractère anxieux du refus, de faire le diagnostic du trouble dans lequel il s'inscrit et d'en éliminer les diagnostics différentiels. Pour Vera, cette étape impose un avis spécialisé [7]. Pour d'autres, la place du médecin de soins primaires (médecin généraliste ou pédiatre libéral) y est légitime dans les refus débutants et les formes simples [4, 8, 9, 14].

Un avis pédopsychiatrique sera pris d'emblée devant un tableau complexe : doute diagnostique avec une décompensation schizophrénique, syndrome dépressif franc avec idées suicidaires, refus ancien, trouble des conduites ou trouble oppositionnel dans le cadre d'une problématique familiale plus vaste. Secondairement, un avis spécialisé sera nécessaire en cas d'échec de la prise en charge en soins primaires.

Les soins seront ambulatoires pour les refus récents, hospitaliers dans les cas les plus sévères ou en seconde intention. En pratique, les délais de consultation et les

réticences des familles complexifient cet organigramme idéal.

### Les thérapies

Systématiquement recommandées [1], l'indication peut être posée par le médecin traitant.

#### Les thérapies cognitivocomportementales (TCC)

Elles sont utilisées et étudiées dans cette indication. Elles ont une efficacité démontrée. On peut déplorer qu'il n'existe pas de programme spécifique au RSA [2].

#### Les psychothérapies de soutien

Les récentes études portent surtout sur les TCC, mais certains auteurs voient dans le RSA une relation de dépendance mal résolue à la mère qui pourrait justifier une thérapie d'inspiration analytique [5, 6, 9].

#### Les thérapies groupales et ateliers thérapeutiques

Les thérapies groupales et ateliers thérapeutiques visent à relancer le plaisir de penser et dans certains cas à préparer le jeune à une thérapie individuelle [6, 8]. Méconnues des pédiatres et des médecins généralistes, elles ne sont pas accessibles pour les prises en charge en libéral.

#### Les thérapeutiques médicamenteuses

Les traitements médicamenteux ne sont jamais indiqués seuls ni en première intention [5, 6, 8, 9]. La place des antidépresseurs est controversée chez l'enfant et l'adolescent et devrait nécessiter un avis pédopsychiatrique [7]. Les tricycliques, classiquement décrits [2, 3, 5, 7], ne sont plus cités par les travaux récents et semblent avoir été abandonnés dans cette indication. Ce sont les IRS qui sont prescrits lorsqu'un traitement antidépresseur est indiqué, dans les formes dépressives [1, 8, 9, 15]. Les anxiolytiques de type benzodiazépine peuvent être prescrits à court terme pour permettre le retour à l'école ou conjointement au traitement antidépresseur lors de son initiation [6, 8, 9]. Les bêta-bloquants ont été proposés dans les prises en charge précoces [1, 16], mais sans étude à grande échelle [9].

#### La situation scolaire

Le retour rapide à l'école conditionne le pronostic. C'est un des objectifs majeurs de la prise en charge, il n'est pas négociable [4]. Le médecin peut prescrire une « période d'arrêt de scolarité » au début des soins.

Le retour à l'école sera progressif et graduel, encadré par un projet d'accueil individualisé (PAI), en concertation avec le médecin de l'éducation nationale dans l'enseignement public. Selon les départements, comme dans la Loire, il peut exister un formulaire spécifique.

La reprise scolaire peut faire appel à un dispositif de type service d'assistance pédagogique à domicile (SAPAD),

départemental, sur prescription médicale et sous la responsabilité de l'inspecteur de l'éducation nationale ; il est mis en place à la demande ou avec l'accord de la famille informée par les soignants ou les enseignants.

Elle peut relever d'une prise en charge en centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), dispositif hospitalier, ou en hôpital de jour ; une hospitalisation complète pourra être nécessaire dans les situations les plus complexes.

La rescolarisation implique une collaboration avec l'établissement scolaire, la médecine scolaire, un enseignant référent et des modalités variables adaptées au tableau clinique [6, 8, 10, 15, 17]. En pratique, les médecins de soins primaires sont mal informés des différentes modalités de suivi des élèves en difficulté à l'école. Ils ne sont pas conviés aux équipes éducatives (EE) ni aux équipes de suivi de scolarisation (ESS). Les EE ont lieu à la demande de l'établissement scolaire, leur but est d'exposer les difficultés en vue de trouver des solutions d'adaptation (plan d'accompagnement personnalisé [PAP], maison départementale des personnes handicapées [MDPH]. . .). Les ESS concernent les enfants porteurs d'un handicap reconnu par la MDPH. Elles sont organisées par l'enseignant référent de l'enfant et permettent un suivi annuel du projet personnalisé de scolarisation (PPS). L'une ou l'autre de ces modalités peut s'appliquer à la prise en charge du RSA. Il faudrait que les établissements identifient le médecin traitant de l'enfant comme un partenaire clé du suivi et le convient aux réunions. L'absence de modalité de rémunération du médecin libéral et la dimension chronophage peut être un frein à sa participation.

### La famille

L'implication de la famille dans les soins, voire la prise en charge individuelle d'un ou des parents est décrite comme un pilier du trépied de soin [1, 3, 6, 8-10]. Une étude de Heyne *et al.* en 2002, citée par Mouren [2], contredit cette théorie et propose une approche « simplifiée » centrée sur l'enfant et le retour à l'école. Les traitements « combinés » peuvent être coûteux et complexes à organiser avec une famille épuisée par la situation.

Cette prise en charge sera évaluée au cas par cas en fonction de la problématique et de l'équipe qui prendra en charge l'enfant. Elle dépendra des ressources mobilisables tant au niveau de la famille elle-même (ressources financières, temporelles, et psychologiques) que de l'équipe soignante (libérale ou hospitalière).

Les modalités dépendront du diagnostic qui sous-tend le RSA. Il peut s'agir d'entretiens conjoints parents-enfants, de guidance parentale, de psychothérapie individuelle pour l'un, voire pour les deux parents ou de thérapie familiale.

## Sur quels leviers faut-il repérer le RSA en soins primaires ?

### Questionner l'absentéisme

Il est recommandé de systématiquement questionner l'absentéisme [7], qui peut être masqué, excusé ou omis par la famille et par l'enfant. Les tentatives de rationalisation (absences expliquées par l'ennui dans une matière, un enseignant trop sévère ou des camarades difficiles) sont classiques [6, 10, 18]. Elles retardent la reconnaissance et donc l'acceptation du RSA pour ce qu'il est : le symptôme d'un trouble psychopathologique dont il est urgent de faire le diagnostic et d'organiser le suivi pour limiter la chronicisation et la gravité [6, 8, 10, 18].

### Plainte somatique répétée et examen clinique normal

Le médecin de soins primaires questionne le rapport à l'école et recherche l'anxiété, qu'il y ait ou non un absentéisme patent. Les somatisations, révélatrices de la détresse émotionnelle de l'enfant, vont accompagner et souvent précéder les stratégies d'évitement et donc l'absence à l'école. Le médecin traitant pédiatre ou généraliste a un rôle majeur dans leur détection et dans la limitation des examens complémentaires [3, 5, 7-9, 14, 15] (*encadré 1*).

### Et le sommeil ?

À ces leviers classiques, nous pouvons rajouter les troubles du sommeil. Ils peuvent faire partie du tableau dans lequel s'inscrit un RSA ou d'un de ses diagnostics différentiels. Ils ne sont jamais banals et sont systématiquement questionnés et inventoriés : endormissement, qualité du sommeil et existence d'une somnolence diurne [3, 10, 11].

### Rechercher une anxiété de performance

Le médecin de soins primaires recherche des difficultés les veilles de contrôle, évocatrices d'une anxiété de performance, certainement, comme le RSA, aussi ancienne que l'école. Sa fréquence risque d'augmenter avec les pressions scolaire et familiale. Elle peut être associée au RSA [2-4, 10, 11, 14].

### Éliminer une situation urgente

Face à toutes ces situations et avant de parler de RSA, le médecin a au préalable éliminé une problématique de violence à l'école, à la maison ou un harcèlement. La prise en charge, tout aussi urgente, est différente. Il fait, le cas échéant, une information préoccupante ou un signalement [8].



ensuite les inquiétudes soulevées par les symptômes dans le but de les rattacher à leur origine anxieuse [4], sur le principe des soins continus et longitudinaux qui caractérisent sa profession [19].

### Amélioration des pratiques professionnelles

L'OMS a pointé le rôle central du médecin traitant dans la coordination. Il devient capital d'organiser des réseaux de soins accessibles et mobilisables afin que les médecins de soins primaires et leurs patients sachent à qui s'adresser dans un organigramme clair [20]. Le médecin référent restera au centre de la prise en charge même en cas de suivi pédopsychiatrique libéral ou hospitalier, comme proposé dans le parcours de soins des enfants porteurs de troubles des apprentissages.

Les espoirs mis dans la « protocolisation des pratiques au travers des recommandations HAS » sont discutés [20], car ces protocoles peinent à induire de réels changements. Le système de santé français doit être optimisé en s'appuyant sur les généralistes et les pédiatres. Il doit leur conférer des fonctions spécifiques de coordination et une rémunération correspondante.

Vis-à-vis du RSA, il reste à inventer des outils pour cette coordination avec le patient et sa famille, les soignants, l'école (l'établissement et la santé scolaire), afin d'éviter les écueils par absence de communication. Le médecin a une position de professionnel d'interface [20]. En l'absence d'outil de communication validé, il peut être perçu lui-même comme ressource dans cette amélioration du suivi des patients. Il devrait se saisir de ce rôle en proposant au patient et à sa famille un suivi régulier mensuel, trimestriel... , comme il le fait dans les prises en charge des maladies chroniques. Le point y serait fait sur la scolarité, les traitements, les bilans, la famille... Coordonnateur des soins de cette prise en charge pluridisciplinaire avec le pédopsychiatre (pour le diagnostic des cas douteux ou pour la prise en charge spécialisée des cas complexes, chroniques ou en cas d'échec en soins primaires), le psychologue (suivi en TCC ou en thérapie de soutien), l'école (PAI, SAPAD...), y compris pour les patients hospitalisés, le médecin traitant devrait être à l'interface des soins.

Il connaît la famille, c'est souvent lui qui soigne la fratrie. C'est aussi lui qui poursuivra le suivi longitudinal au terme de l'épisode de soin et de la prise en charge spécialisée, avec une vigilance particulière tant sur le plan psychologique que sur le plan social [3-7].

## Conclusion

Le médecin traitant, pédiatre ou généraliste a un rôle essentiel de dépistage puis de coordination dans le RSA où

il sera au centre d'une prise en charge pluridisciplinaire sur trois axes :

- le retour à l'école, urgent, mais graduel et encadré par les soignants et par le système éducatif ;
- le patient (soins ambulatoires en première intention hospitalier en cas d'échec ou de forme grave d'emblée) ;
- la famille qui sera accompagnée selon des modalités variables et adaptées à la situation clinique (simple suivi en soins primaires, thérapies individuelles ou familiales).

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt rapporté avec l'article.

### Points à retenir

- Chaque consultation d'enfant ou d'adolescent sera l'occasion de questionner le sommeil, le rapport à l'école, et aux évaluations, les apprentissages, le contexte familial.
- Évoquer un RSA face à des plaintes somatiques répétées à examen clinique normal.
- Toujours éliminer une cause somatique sans multiplier les examens complémentaires.
- Le retour à l'école constitue une priorité urgente et non négociable, mais avec des modalités adaptées.

## Références

1. Catheline N, Raynaud JP. *Les phobies scolaires aujourd'hui. Un défi clinique et thérapeutique*. Paris : Lavoisier Médecine sciences.
2. Gallé-Tesson 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* 2017 ; 23 : 1-19.
3. Mouren MC, Delorme R. Phobie scolaire ou refus scolaire : un concept discuté. *Bull Acad Natl Med* 2006 ; 190(8) : 1629-41.
4. Revol O. Le refus scolaire anxieux : que faire ? *Real Pediatr* 2017 ; 211 : 55-7. Disponible sur : [https://jirp.info/wp-content/uploads/sites/3/2017/06/QUESTIONSFLASH\\_ADO\\_Revol2.pdf](https://jirp.info/wp-content/uploads/sites/3/2017/06/QUESTIONSFLASH_ADO_Revol2.pdf) (Internet [cité 16/12/2018]).
5. Desombre H, Fourneret P, Revol O. Le refus scolaire anxieux. *Arch Pediatr* 1999 ; 6 : 97-101.
6. Catheline N. Refus scolaire et difficultés scolaires à l'adolescence. *EMC-Psychiatrie* 2010 ; 7(1) : 1-13.
7. Vera L. Phobie scolaire : attention danger. *Rev Prat* 2001 ; 545 : 1473-6.
8. Benoit L, Moro MR. Refus scolaire anxieux. *Rev Prat* 2017 ; 31(989) : 752-3.
9. Holzer L, Halfon O. Le refus scolaire (the school refusal). *Arch Pediatr* 2006 ; 13(9) : 1252-8.
10. Lamotte F, Doncker E, Goëb J-L. Les phobies scolaires à l'adolescence. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2010 ; 58 : 256-62.

11. HAS. *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires*. HAS, 2005. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages\\_individuels\\_7-18\\_ans\\_-\\_propositions.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_7-18_ans_-_propositions.pdf) (Internet [cité 16/12/2018]).

12. HAS. *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages*. HAS, 2017. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/guide\\_tsla\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/guide_tsla_vf.pdf) (Internet [cité 16/12/2018]).

13. Brandibas G, Jeunier B, Gaspard JL, Fourasté R. Évaluation des modes de refus de l'école : validation française de la SRAS (school refusal assessment scale). *Psychol Psychom* 2001 ; 22(1) : 45-58.

14. Gaspard JL, Brandibas G, Fourasté R. Refus de l'école : les stratégies thérapeutiques en médecine générale. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2007 ; 55 : 367-73.

15. Kearney CA. *Dealing with school refusal behavior. A primer for family physicians*. [https://mdedge-files-live.s3.us-east-2.amazonaws.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/5508JFP\\_Article201709.pdf](https://mdedge-files-live.s3.us-east-2.amazonaws.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/5508JFP_Article201709.pdf) (Internet [cité 16/12/2018]).

16. Fournere P, Desombre H, De Villard R, Revol O. Intérêt du propranolol dans la prise en charge du refus anxieux de l'école : propos de trois observations. *Encephale* 2001 ; 27(6) : 578-84.

17. Sudres JL, Brandibas G, Fourasté R. La phobie scolaire : un symptôme, entité spécifique, syncrétisme ou syndrome d'inadaptation ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2004 ; 52 : 556-66.

18. Gaspard J-L, Liengme N, Minjard R. Enjeux et perspectives psychopathologiques de la phobie scolaire. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2015 ; 63 : 67-75.

19. Allen J, Gay B, Crebo Ider H, et al. *La définition européenne de la médecine générale – Médecine de famille*. WONCA Europe, 2002.

20. Galais JL. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. *Inf Psychiatr* 2014 ; 90 : 323-9.

JLE | Téléchargé le 01/06/2016 sur <https://www.cairn.info> (IP: 216.73.216.114)