



Psychologie de l'éducation

Des critères de repérage aux stratégies de prise en charge du refus scolaire : une revue de littérature internationale systématique[☆]

*From diagnosis criteria to therapeutic strategies of school refusal:
An international systematic review*

M. Gallé-Tesson^{*}, J. Doron, O. Grondin

Centre de recherche, Inserm U1219, Bordeaux Population Health, équipe santé et réussite des jeunes, HEALTHY, université de Bordeaux, case 54, bâtiment A, entresol, 3^{ter}, place de la Victoire, 33076 Bordeaux cedex, France

Reçu le 20 mars 2015 ; accepté le 4 mars 2016

Résumé

Cet article fournit une revue de littérature des recherches scientifiques sur le refus scolaire entre 2007 et 2014. Le but est de rendre compte des dernières avancées sur la question du refus scolaire et de mettre en avant et en lien les questions actuelles sur ce thème. Une recherche systématique internationale a été réalisée dans les bases : PubMed/Medline, ScienceDirect, Cochrane, PsycINFO and PsycARTICLES. Les mots clés utilisés étaient « *school refusal* », « *school refusal behavior* », « *school phobia* » et « *anxiety-based school refusal* ». L'analyse de la littérature nous renseigne sur les définitions utilisées, les critères diagnostiques, les aspects psychométriques, étiologiques et comorbides, ainsi que sur le fonctionnement cognitif, la régulation des émotions et la prise en charge du refus scolaire.

© 2016 Société Française de Psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Refus scolaire ; Refus scolaire anxieux ; Phobie scolaire ; Anxiété ; Revue de littérature systématique

[☆] L'article suivant est un article original. Il n'a pas été simultanément soumis à une autre revue.

^{*} Auteur correspondant.

Adresses e-mail : marie.galle-tesson@u-bordeaux.fr (M. Gallé-Tesson), olivier.grondin@u-bordeaux.fr (O. Grondin).

Abstract

This article provides a systematic review of school refusal from 2007 until 2014. The goal of this study is to bring to light the latest advances in research and the actual issues on school refusal. A systematic review was conducted using: PubMed/Medline, ScienceDirect, Cochrane, PsycINFO and PsycARTICLES. Keywords used were “school refusal”, “school refusal behavior”, “school phobia” and “anxiety-based school refusal”. The literature review provides information on definitions used, diagnosis criteria, psychometrics, etiological and comorbidities aspects, as well as on the cognitive functioning, emotion regulation and intervention of youth with school refusal.

© 2016 Société Française de Psychologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: School refusal; School refusal behavior; School phobia; Anxiety; Systematic review

1. Introduction

1.1. L'absentéisme scolaire : de l'école buissonnière au refus scolaire

À la fin du XIX^e siècle, l'enseignement devient obligatoire dans de nombreux pays occidentaux. Les causes de l'absentéisme scolaire sont multiples (d'origines sociales, économiques, familiales, médicales...) mais certains enfants manquent l'école car elle suscite chez eux une angoisse trop importante. Cet absentéisme d'origine anxieuse est une réalité clinique ancienne qui s'est développée rapidement avec l'obligation scolaire au début du XX^e siècle.

Des descriptions cliniques d'enfants qui ont peur de l'institution scolaire se retrouvent dès 1887 et 1914 avec Alfred Binet et Georges Heuyer (Ferrari, 2012). En étudiant l'école buissonnière, Broadwin (1932) isole des cas d'enfants qui s'absentent de l'école en restant chez eux. Le terme de phobie scolaire, proposé par Johnson, Falstein, et Svendsen (1941), place alors la dimension émotionnelle au cœur de ce phénomène et le distingue de l'école buissonnière. En 1957, Johnson revient sur la notion de phobie scolaire, soulignant que l'étiologie est davantage sous-tendue par une anxiété de séparation entre la mère et l'enfant que par une relation d'objet phobique constituée.

À partir des années 1960 et plus encore des années 1990, la notion de « *school refusal* » (refus scolaire ou refus scolaire anxieux) émerge dans le but de mettre en avant la primauté mais également la variété des troubles anxieux en jeu dans ce phénomène. Le refus scolaire anxieux (« *emotionally based school avoidance* » ; « *anxiety-based school refusal* ») est alors considéré comme en lien avec de multiples mécanismes anxieux et parfois dépressifs (Burke & Silverman, 1987 ; Hersov, 1972 ; Last, Hansen, & Franco, 1998 ; Last & Strauss, 1990).

Dans les années 1990, Kearney et Silverman proposent le terme générique de « *school refusal behavior* » (comportement de refus scolaire) qui englobe les notions de refus scolaire et d'école buissonnière sous la même entité clinique. Dans cette approche, ce n'est pas la manifestation anxieuse qui est au premier plan, mais le comportement d'absentéisme.

1.2. Épidémiologie du refus scolaire

Actuellement, la prévalence du refus scolaire pose question. Par convention, le refus scolaire est estimé entre 1 à 5 % de la population d'âge scolaire. Cependant, ces chiffres ne s'appuient pas

sur des études épidémiologiques du phénomène. De plus, l'absence de critères clairs et d'outils de repérage limite ce travail.

Des études plus récentes estiment le refus scolaire entre 2,1 et 4,8 % de la population générale (Egger, Costello, & Angold, 2003 ; Nair et al., 2013). En population clinique, cela représenterait environ 8 % des enfants pris en charge (Suveg, Aschenbrand, & Kendall, 2005). Malheureusement, il s'agit de résultats secondaires d'études qui ne portent pas spécifiquement sur l'épidémiologie du phénomène.

Malgré cette absence de chiffre, le refus scolaire continu de représenter un problème de santé publique pour les éducateurs, les professionnels scolaires et les professionnels du soin (Kearney, 2008). En effet, le refus scolaire représenterait 60 à 70 % des cas dans certains centres de consultation au Japon (Suzuki, 1990). De même, alors que le décrochage scolaire est une des préoccupations majeures en Europe (Stratégie Europe 2020), la prévalence des troubles anxieux chez les adolescents seraient de 25,1 % au cours de la vie (Merikangas et al., 2010). De plus, l'absentéisme scolaire est en lien avec le développement de troubles du comportement, de troubles psychiatriques, l'abus de substances, une faible intégration socio-économique. . . (Kearney, 2008). Ainsi, il est essentiel de s'intéresser aujourd'hui à la prévalence de ce phénomène, à son coût et au devenir des patients.

1.3. Objectifs de l'étude

À notre connaissance, il n'existe pas de récente revue de littérature en français sur ce thème. L'objectif de cet article est de fournir une brève revue de littérature des dernières recherches scientifiques sur le refus scolaire. Des revues de littérature avant 2001 et 2008 existent sur le sujet (Kearney, 2008 ; King & Bernstein, 2001). Cette recherche portera donc sur les publications scientifiques après 2007. Le but de cette revue de littérature est de rendre compte des dernières avancées sur la question du refus scolaire et de mettre en avant et en lien les questions actuelles sur ce thème (définition, psychométrie, diagnostic, comorbidité et prise en charge).

Après la description de la méthodologie utilisée pour sélectionner les articles, les résultats seront présentés et discutés.

2. Méthode

La revue de littérature systématique a été réalisée en suivant les principes recommandés par le Centre for Reviews and Dissemination Guidance for Undertaking Systematic Reviews (Centre for Reviews and Dissemination, 2009). Le processus de sélection suit le Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Guidance (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & PRISMA Group, 2009).

2.1. Bases de données et méthode de recherche

Une recherche systématique des études scientifiques publiées entre 2007 et décembre 2014 a été réalisée dans les bases : PubMed/Medline, ScienceDirect, Cochrane, PsycINFO and PsycARTICLES. Les mots clés utilisés étaient « *school refusal* », « *school refusal behavior* », « *school phobia* » et « *anxiety-based school refusal* ». Ces mots clés étaient utilisés séparément et la recherche conduite sur les titres et résumés des articles.

2.2. Évaluation scientifique et sélection des études

La sélection des études s'est faite sur des critères de qualité méthodologique inspirés de ceux du Centre for Reviews and Dissemination Guidance for Undertaking Systematic Reviews ([Centre for Reviews and Dissemination, 2009](#)).

2.2.1. Critères d'éligibilité

Les études incluses répondaient aux critères suivants :

- études portant spécifiquement sur le refus scolaire, la phobie scolaire ou le refus scolaire anxieux ;
- articles écrits en anglais.

2.2.2. Critères d'exclusion

Nos critères d'exclusion étaient :

- texte théorique ;
- étude portant sur les troubles anxieux en général ou sur l'absentéisme ;
- article non publié dans un journal ou une revue à comité de lecture (ex. : thèse universitaire, chapitre de livre) ;
- résumé de livre ;
- étude de cas ;
- étude sur de très petits échantillons ou série de cas ($n < 5$) ;
- communication orale et affichée.

2.3. Procédure et choix des données

Un chercheur a conduit la recherche. Pour chacune des références obtenues, une première analyse a été effectuée à l'aide des critères de sélection sur les résumés. Une seconde sélection a ensuite été menée sur les textes intégraux pour les articles restants. Les données extraites comprenaient : les références de l'article (auteurs, année de publication), le pays dans lequel l'étude a été menée, les caractéristiques de l'échantillon (âge, taille, spécificités), les termes utilisés pour le concept de refus scolaire, les critères du refus scolaire et les principaux résultats des études.

3. Recherche et sélection des études

Le processus de sélection des articles est rapporté dans un organigramme PRISMA ([Moher et al., 2009](#)) ([Fig. 1](#)). On notera que sur un total de 304 articles identifiés, 117 étaient des doublons. Cent cinquante-cinq articles n'ont pas été retenus selon les critères de sélection (évaluation sur les résumés) aboutissant à 32 articles conservés pour évaluation du texte intégral. Trois ne traitaient pas spécifiquement du refus scolaire. À la fin, ce sont donc 29 articles qui ont été retenus en accord avec les critères de sélection ([Tableau 1](#)).

Tableau 1
Caractéristiques des études sélectionnées.

| Étude | Pays | Terme utilisé | Type d'échantillon | Âge (années) | <i>n</i> |
|-----------------------------------|-------------|---------------|--|------------------|----------|
| <i>Population générale</i> | | | | | |
| Bar-Haim et al. (2007) | Israël | SP | Population générale | 11 | 136 |
| Brumariu et Kerns (2010) | États-Unis | SP | Population générale | 10–12 | 87 |
| Hochadel et al. (2014) | Allemagne | SR | Population générale | 8–11 | 1490 |
| Leikanger et al. (2012) | Norvège | SP | Population générale | 13–18 | 1802 |
| Nair et al. (2013) | Inde | SP | Population générale | 11–19 | 501 |
| Richards et Hadwin (2011) | Royaume-Uni | SRB | Population générale | 12–13 | 162 |
| Uppal et al. (2010) | Inde | SP | Population générale | 10–15 | 704 |
| <i>Population clinique</i> | | | | | |
| Bahali et al. (2011) | Turquie | SR | Parents groupe clinique Parents groupe témoin | NS | 5556 |
| Beidas et al. (2010) | États-Unis | SR | Échantillon clinique | 7–16 | 27 |
| Fujita et al. (2009) | Japon | SR | Échantillon clinique avec DCH Échantillon non clinique avec DCH | 6–16 | 2426 |
| Gutierrez-Maldonado et al. (2009) | Mexique | SP | Échantillon clinique | 10–15 | 36 |
| Havik et al. (2014) | Norvège | SR | Parents groupe clinique | 10–18 | 17 |
| Heyne et al. (2011) | Pays-Bas | SR | Échantillon clinique | 10–18 | 20 |
| Hughes et al. (2010) | Australie | SR | Échantillon clinique Échantillon contrôle | 10–14 | 2121 |
| Maric et al. (2012) | Pays-Bas | SR | Échantillon clinique Échantillon contrôle | 11–17 | 52181 |
| Ingul et Nordahl (2013) | Norvège | ASR | Élèves anxieux et absents Élèves anxieux non absents | 16–21 | 2173 |
| Iwamitsu et al. (2007) | Japon | SR | Échantillon clinique | 13–18 | 22 |
| Karlovec et al. (2008) | Autriche | SR | Échantillon clinique | 9–14 | 10 |
| Kearney (2007) | États-Unis | SRB | Échantillon clinique | 5–17 | 222 |
| Maric et al. (2013) | Pays-Bas | SR | Échantillon clinique | 12–17 | 19 |
| Pina et al. (2009) | États-Unis | SRB | Échantillon clinique | 5–17 | 30 |
| Prabhuswamy et al. (2007) | Inde | SR | Échantillon clinique | 8–16 | 33 |
| Wu et al. (2013) | Chine | SR | Échantillon clinique | 6–18 | 75 |
| <i>Population spécifique</i> | | | | | |
| Dube et Orpinas (2009) | États-Unis | SR | Élèves absents | 8–15 | 99 |
| Haight et al. (2011) | États-Unis | SRB | Élèves absentisme | 11–17 | 216 |
| Lyon (2009) | États-Unis | SRB | Élèves à faible niveau socio-économique (<i>ET</i> = .83) | <i>M</i> = 11,65 | 174 |
| Miller et Jome (2008) | États-Unis | SP/SR | Psychologues scolaires | NS | 152 |
| Terada et al. (2012) | Japon | SR | Patients avec trouble de l'identité du genre | NS | 579 |
| Torrens Armstrong et al. (2011) | États-Unis | SR | Professionnels de santé à l'école | NS | 12 |

SR : *school refusal* ; SP : *school phobia* ; SRB : *school refusal behavior* ; ASR : *anxious school refusal* ; NS : non spécifié ; DCH : *daily chronic headache*.

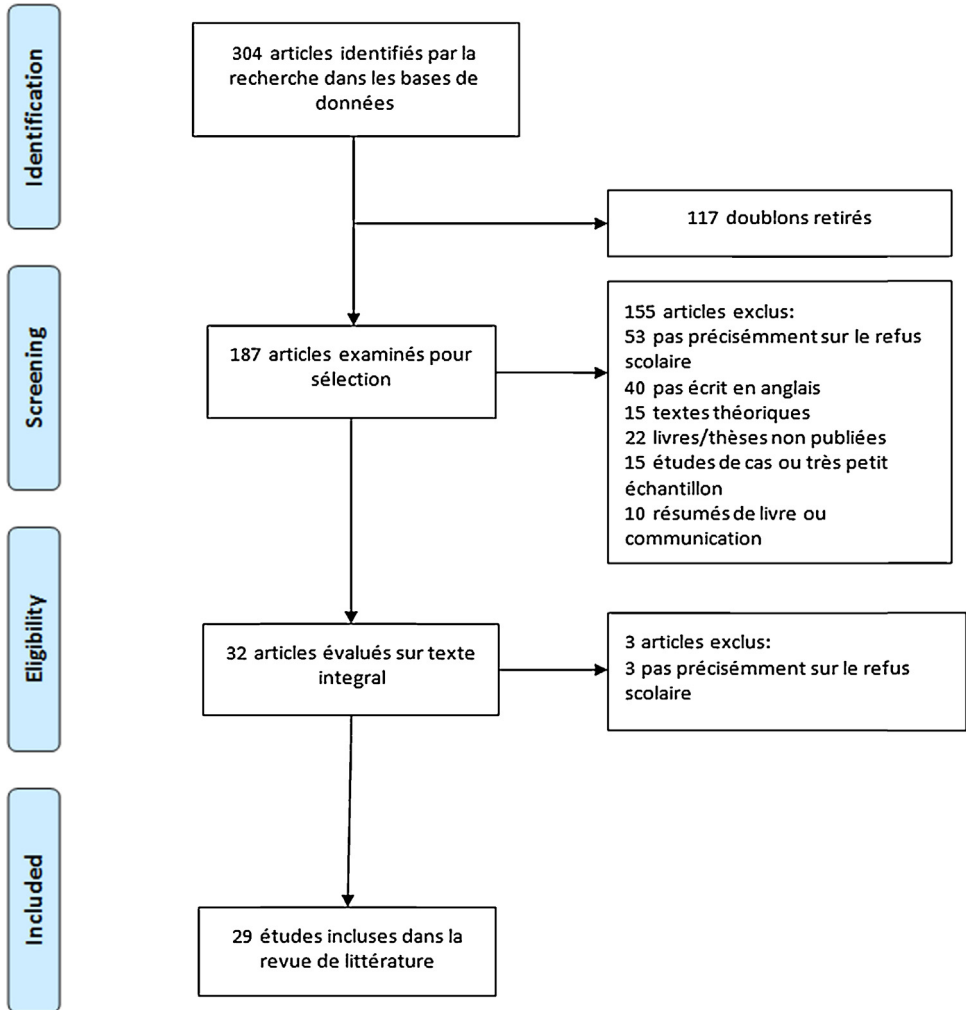


Fig. 1. Processus de sélection des études pour la revue de littérature systématique.

4. Résultats

4.1. Caractéristiques des études

4.1.1. Lieux des études

Un tiers du corpus environ provient d'études effectuées aux États-Unis, un autre tiers provient d'études effectuées en Europe et le dernier tiers concerne des études effectuées dans le reste du monde (ex. Chine, Inde, Japon). Ce premier constat montre le caractère universel de ce phénomène qui ne peut pas être rattaché uniquement à des dysfonctionnements de l'institution scolaire mais qui se doit d'être considéré dans un ensemble plus large de processus (sociétaux, familiaux, psychiatriques...).

4.1.2. Populations d'intérêt

La majorité des études portent sur des adolescents (entre 11–19 ans ; 10 études) ou sur des enfants et adolescents (entre 5–18 ans ; 15 études). Il n'existe pas d'étude portant spécifiquement sur les enfants (avant 11 ans). Cette répartition des études correspond au fait que le refus scolaire est plus fréquent à l'adolescence que dans l'enfance (Kearney, 2008).

La majorité des études portent sur des échantillons cliniques. La faible proportion des études menées en population générale traduit un manque actuel de données sur la prévalence du phénomène, son repérage précoce et sa prévention.

4.2. Définitions

4.2.1. Termes utilisés

Plusieurs termes sont utilisés pour désigner le refus scolaire.

La majorité des études sélectionnées utilise l'expression de « *school refusal* » (refus scolaire). Six études utilisent le terme de « *school phobia* » (phobie scolaire) et cinq études le terme de « *school refusal behavior* » (comportement de refus de l'école). D'autres recherches utilisent une série de termes tels que « *anxious school refusal* » (refus scolaire anxieux), « *school phobia/refusal* », « *anxiety-based school refusal* ». . .

L'histoire du refus scolaire (cf. introduction) nous apprend que ces termes renvoient à des postulats un peu différents. Néanmoins, il n'est pas rare que des études utilisent plusieurs de ces termes de manière indifférenciée et interchangeable.

4.2.2. Définition

Parmi les études sélectionnées, 18 donnent une définition du refus scolaire. Après analyse, ces définitions peuvent être regroupées en deux principaux courants.

Dans une majorité des définitions (10 études), l'anxiété est un aspect central du refus scolaire. Cette conception du refus scolaire peut être rapprochée de celle de Berg (1997) qui définit le refus scolaire (« *school refusal* »), chez l'enfant, comme le refus ou l'évitement d'aller à l'école en raison de troubles émotionnels, notamment l'anxiété et la dépression. Cette conception qui distingue le refus scolaire de l'école buissonnière se retrouve en différents lieux (Europe, Asie et Amérique du Sud). La traduction française de « *school refusal* » en « refus de l'école » pose quelques difficultés car elle renvoie à l'idée de refus volontaire de l'élève qui peut évoquer un comportement de délinquance et non pas un trouble psychoaffectif. Ainsi, certains préfèrent le terme de refus scolaire anxieux (« *anxiety-based school refusal* »). La seconde conception du refus scolaire (8 études) (Beidas, Crawley, Mychailyszyn, Comer, & Kendall, 2010 ; Dube & Orpinas, 2009 ; Haight, Kearney, Hendron, & Schafer, 2011 ; Kearney, 2007 ; Lyon, 2009 ; Pina, Zerr, Gonzales, & Ortiz, 2009 ; Richards & Hadwin, 2011 ; Torrens Armstrong, McCormack Brown, Brindley, Coreil, & McDermott, 2011) utilise le terme générique de « comportement de refus de l'école » (« *school refusal behavior* ») pour désigner sous la même entité un panel de problèmes de fréquentation scolaire comme l'école buissonnière, le refus scolaire et la phobie scolaire (Kearney & Silverman, 1993). Le comportement de refus de l'école est le refus d'un enfant d'aller à l'école et/ou de rester en classe une journée entière (Kearney & Silverman, 1996). Cette conception se retrouve dans des études menées aux États-Unis (7 études) et au Royaume-Uni (1 étude).

Les débats ont encore cours sur la manière de concevoir le phénomène de refus scolaire. La notion de « *school refusal behavior* » permet de s'intéresser au phénomène de l'absentéisme dans son ensemble et dans une approche fonctionnelle. Par ailleurs, Kearney et son équipe ont poursuivi leurs travaux autour de critères d'évaluation et de stratégies de prise en charge (Kearney, 2008).

Tableau 2
Critères du refus scolaire dans les études sélectionnées.

| Critères | Études |
|--|--|
| <i>Population générale</i> | |
| Score à une échelle | |
| SCARED (Birmaher et al., 1999) | Nair et al. (2013) Leikanger et al. (2012) Brumariu et Kerns (2010) |
| SRAS (Kearney & Silverman, 1993) | Hochadel et al. (2014) Richards et Hadwin (2011) |
| Score à une échelle + critère d'absentéisme | |
| SCARED + 13,5 jours d'absence | Ingul et Nordahl (2013) |
| Critère d'absentéisme + critère d'exclusion | |
| Entre 6 et 9 absences non excusées et ne pas avoir de maladie chronique ou de problèmes de santé | Dube et Orpinas (2009) |
| 1 question | |
| Question directement posée aux élèves | Uppal et al. (2010) |
| <i>Population clinique</i> | |
| Critères cliniques | |
| Critères de Berg (+ critère d'absence) | Maric et al. (2012) Maric et al. (2013) Wu et al. (2013) Hughes et al. (2010) Heyne et al. (2011) Prabhuswamy et al. (2007) |
| Consulter pour un refus scolaire | Kearney (2007) Fujita et al. (2009) Karlovec et al. (2008) Havik et al. (2014) |
| Critères cliniques + critères d'absentéisme | Iwamitsu et al. (2007) Bahali et al. (2011) |
| Score à une ou plusieurs échelles | |
| Échelle de refus scolaire | Beidas et al. (2010) |
| SCARED | Bar-Haim et al. (2007) |
| Plusieurs échelles | Gutierrez-Maldonado et al. (2009) |
| 1 question | |
| Question posée rétrospectivement aux patients | Terada et al. (2012) |

Néanmoins, le terme de refus de l'école (ou refus scolaire anxieux) a l'avantage de souligner la variété et la primauté de la symptomatologie anxieuse en jeu dans ce trouble. Cela permet une vraie réflexion sur les troubles psychopathologiques sous-jacent au phénomène et évite le regroupement d'un ensemble de problématiques qui n'ont en commun que l'absentéisme. La distinction entre refus scolaire et école buissonnière reste essentielle dans la compréhension du refus de l'école et dans la mise en place de stratégies de prise en charge.

4.3. Critères diagnostiques du refus scolaire

En lien avec la multiplicité des termes, des conceptions et l'absence de critères diagnostiques consensuels, les critères du refus scolaire sont très différents selon les études (Tableau 2).

4.3.1. Études en population générale

4.3.1.1. *Utilisation d'échelles.* Les études en population générale utilisent en majorité la sous-dimension « phobie scolaire » de la Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (quatre items) (SCARED, [Birmaher et al., 1999](#)) avec parfois un critère d'absentéisme. Deux études, en lien avec la notion de comportement de refus scolaire (« *school refusal behavior* ») utilisent la School Refusal Assessment Scale (SRAS, [Kearney & Silverman, 1993](#)). Néanmoins, cette échelle sert davantage à déterminer la fonction du comportement de refus de l'école que sa présence.

4.3.1.2. *Utilisation de critères non spécifiques.* Certaines études en population générale utilisent uniquement un critère d'absentéisme associé à des critères d'exclusion ou considère la présence d'une phobie scolaire à l'aide d'une question directement posée à l'élève.

4.3.2. Études en population clinique

Dans les recherches menées en population clinique, les critères sont également très différents d'une étude à l'autre pour inclure les patients présentant un refus scolaire. La majorité des recherches fait référence à des critères cliniques tandis que d'autres utilisent des scores à des échelles.

4.3.2.1. *Utilisation de critères cliniques.* Les critères cliniques les plus fréquemment retrouvés sont les cinq critères du refus scolaire déterminés par [Berg \(1992\)](#), à savoir :

- réticence ou refus fréquent d'aller à l'école ;
- cherche le confort et la sécurité de la maison, préfère rester près des figures parentales, en particulier pendant les heures de classe ;
- présente des troubles émotifs lorsqu'ils sont confrontés à la perspective d'aller à l'école, comme en témoignent une crainte excessive, des crises de colère, de la tristesse, bien que cela puisse prendre la forme de symptômes physiques inexpliqués ;
- absence de tendances antisociales graves, en dehors de l'agressivité possible lorsque l'on tente de forcer la fréquentation scolaire ;
- le problème n'est pas dissimulé aux parents, qui ont fait des efforts raisonnables pour assurer la présence de l'enfant à l'école au cours de l'histoire du problème.

Certaines études utilisent ces critères seuls ([Maric et al., 2012, 2013](#)) tandis que d'autres y ajoutent un critère d'absence ([Heyne et al., 2011](#) ; [Hughes et al., 2010](#) ; [Prabhuswamy et al., 2007](#) ; [Wu et al., 2013](#)).

D'autres études incluent les participants à l'aide de critères cliniques créés pour l'occasion associés à un critère d'absentéisme, comme par exemple : « avoir une phobie de l'école et refuser d'aller à l'école depuis plus d'un mois ou n'accepter d'y aller que quelques jours au cours du mois » ([Iwamitsu et al., 2007](#)). Enfin, plusieurs études utilisent comme seul critère clinique le fait de consulter pour un refus scolaire ou une phobie scolaire.

4.3.2.2. *Utilisation d'échelles ou d'une question.* Dans les recherches sélectionnées, trois utilisent des scores à une ou plusieurs échelles pour inclure les patients. [Beidas et al. \(2010\)](#) déterminent le refus scolaire à partir du niveau 4 de l'échelle de sévérité du « *school refusal behavior* » (échelle de gravité clinique, [Kearney, 2008](#)). [Bar-Haim et al. \(2007\)](#) utilisent la sous-dimension « phobie scolaire » de la SCARED. Enfin, une étude ([Gutierrez-Maldonado et al., 2009](#))

propose d'inclure les patients en fonction de leur score au School Fear Inventory (Méndez, 1988 ; non publié), à la SRAS et à la Fear Survey Schedule for Children-Revised (Ollendick, 1983).

Pour finir, une seule étude parmi celles sélectionnées fait le choix de considérer le refus scolaire en demandant rétrospectivement aux patients s'il leur est déjà arrivé de refuser d'aller à l'école et d'avoir été absent de l'école pendant plus de 30 jours dans l'année pour d'autres raisons qu'une maladie ou des problèmes économiques.

Les critères du refus scolaire sont très variables selon les études. D'un côté, les études en population générale privilégient les scores à des échelles (particulièrement la sous-dimension « phobie scolaire » de la SCARED) avec ou sans critère d'absentéisme ce qui facilite le recrutement dans ce type d'échantillon. Cependant, cette sous-dimension n'a pas vocation à être utilisée seule et paradoxalement la notion même de phobie scolaire est très peu retrouvée dans les études qui l'utilisent. Plus largement, dans les études en population générale, le choix des critères détermine qui de l'anxiété (troubles émotionnels) ou de l'absentéisme sera au premier plan dans la conception du refus scolaire (symptôme principal). L'utilisation des critères cliniques en population générale pose question car cette méthodologie est coûteuse en temps et en formation. De plus, dans la pratique, les professionnels de terrain (professionnels de l'éducation par exemple) peuvent difficilement utiliser ce type d'outils. Enfin, certains critères utilisés ne sont pas spécifiques au refus scolaire et posent alors de véritables problèmes de spécificité, de fiabilité et de sensibilité. D'autre part, les études en population clinique utilisent préférentiellement des critères cliniques. Les critères de Berg (1992) ont l'avantage d'être bien plus précis que les critères « motif de consultation » ou l'indication « avoir un refus scolaire ». De plus, ce sont des critères qui correspondent bien à la réalité des cliniciens. Néanmoins, pour des raisons pratiques, ils ne sont pas applicables en l'état en population générale. Les questionnaires et les échelles sont moins fréquemment utilisés en population clinique. Ce type de support présente l'intérêt de pouvoir être utilisé de la même manière en population clinique et en population générale. De plus, ils demandent moins de formation aux professionnels de terrain et sont moins coûteux en temps. Ceux utilisés actuellement semblent peu spécifiques au refus scolaire et leur fiabilité est parfois incertaine. Ainsi, comme le regrettent Nair et al. (2013), il n'existe pas pour l'heure de critères spécifiques au refus scolaire qui puissent être utilisés à la fois en population générale et en population clinique. Ce manque limite la comparaison des études et entrave la connaissance du refus scolaire.

4.4. Aspects psychométriques

En lien avec les résultats précédents, l'évaluation du refus scolaire est classiquement liée à la mesure de l'absentéisme et des troubles émotionnels associés, dans des proportions et avec des techniques différentes.

Avec le concept de comportement de refus de l'école, Kearney et Silverman (1993) ont développé une échelle : la SRAS (24 items). Ce questionnaire s'adresse à des élèves absentéistes. La SRAS (qui existe en auto-questionnaire et en version parent) permet de mesurer chez un élève absent la fonction de cet absentéisme et les variables de maintien et de renforcement de ce comportement. Cette échelle détermine le poids de quatre fonctions du comportement de refus scolaire (approche dimensionnelle) :

1. évitement de stimuli spécifiques liés à l'école (*avoidance of school-related stimuli*) ;
2. évitement de situations sociales pénibles et des situations d'évaluation à l'école (*escape from aversive social and/or evaluative situations*) ;

3. comportements permettant d'attirer l'attention des figures d'attachement (*pursuit of attention from significant others*);
4. recherche de renforcements positifs tangibles (*pursuit of tangible reinforcers outside of school*) comme par exemple regarder la télévision, être avec des amis ou consommer des substances (Kearney, 2007).

Cette échelle a été créée à partir des observations cliniques de patients avec un refus scolaire. Plusieurs études ont déjà testé et confirmé la structure à quatre facteurs de cette échelle (Kearney, 2008).

Dans les études sélectionnées, plusieurs s'attachent à poursuivre ce travail en population générale ou absentéiste. Le modèle à quatre facteurs avec des modifications pour la dimension 4 « recherche de renforcements tangibles » (suppression d'items) se retrouve auprès de population d'adolescents présentant des problèmes d'absentéisme et/ou de faible statut socio-économique (Haight et al., 2011 ; Lyon, 2009). À l'inverse, une étude en population générale ne confirme que les trois premières fonctions avec d'importants changements d'items (Richards & Hadwin, 2011). Enfin, Dube et Orpinas (2009), concluent à trois profils de comportement de refus scolaire : un profil « multiple » (associant les fonctions 1, 2 et 4), un profil renforcement positif (fonctions 3 et 4) et pour 22,2 % des élèves absents une absence de profil.

La SRAS offre plusieurs informations dans l'évaluation du comportement de refus de l'école. Le facteur 2 (« évitement des situations sociales et d'évaluation ») est positivement associé à des absences de type non excusées et les facteurs 2 et 3 sont négativement corrélés à l'assiduité scolaire (Lyon, 2009 ; Richards & Hadwin, 2011). Des patterns de symptômes sont associés à chacun des facteurs : anxiété généralisée et symptomatologie dépressive associée au facteur 1, problèmes sociaux et timidité anxieuse au facteur 2, anxiété de séparation au facteur 3 et problèmes oppositionnels au facteur 4 (Haight et al., 2011). De même il existe une corrélation négative entre l'anxiété trait et l'assiduité scolaire qui est médiée par les facteurs 2 et 3 (Richards & Hadwin, 2011).

Une étude de Kearney (2007) indique qu'en population clinique, l'étude de la fonction du comportement de refus scolaire est un meilleur indicateur de la sévérité de l'absentéisme que l'étude du diagnostic sous-jacent au refus scolaire (forme du refus scolaire et symptomatologie des patients). Pour l'étude du comportement d'absentéisme, l'utilisation de la SRAS serait un indicateur pertinent.

Enfin, en population clinique chacune des fonctions de l'absentéisme renvoient à des recommandations sur le choix du traitement en axant la thérapie sur les facteurs de maintien du refus scolaire (Kearney, 2007).

Ainsi, la SRAS est une échelle pratique et utile pour comprendre la fonction du comportement de refus scolaire et orienter la prise en charge en population clinique (Haight et al., 2011 ; Kearney, 2007). Il apparaît important de poursuivre les recherches sur l'utilisation de cet outil en population générale et en population à risque d'absentéisme (Dube & Orpinas, 2009 ; Haight et al., 2011 ; Lyon, 2009). En effet, la SRAS a été créée auprès d'une population clinique et il serait intéressant de vérifier sa pertinence en population générale afin de permettre une utilisation plus large de cet outil (par exemple l'utiliser dans une perspective de repérage précoce et de prévention) et développer les études comparant population générale et population clinique.

Les psychologues scolaires et les professionnels de santé dans les établissements jouent un rôle majeur dans l'évaluation du refus scolaire (Miller & Jome, 2008 ; Torrens Armstrong et al., 2011). En effet, dans une récente étude, parmi l'ensemble des problématiques auxquels ils sont confrontés, les psychologues scolaires (92,9 %) considèrent que la connaissance de la phobie

scolaire et son évaluation sont centrales dans leur travail (Miller & Jome, 2008). Dans le même temps, ils réclament plus de formation et la mise en place d'outils de repérage sous forme de questionnaire ou d'entretien. En l'absence d'outils, des professionnels de santé à l'école ont construit une conception de l'élève avec un refus scolaire comme « élève malade ». Ils utilisent alors dans leur pratique des indices (contrôle parental, *locus of control* des élèves, *bullying*. . .) pour orienter leur travail et décider si l'élève a besoin « d'aide » ou de « discipline ». Les phobiques scolaires sont définis par ces professionnels comme « des élèves qui ont peur de l'école, de fréquenter ou de se rendre à l'école, ou d'être à l'école » (Torrens Armstrong et al., 2011). Ils sont décrits comme ayant une peur intense qui entraîne un rejet physique de la fréquentation de l'école. Pour ces professionnels c'est souvent en rapport avec un événement précis au sein de l'école, un incident ou un traumatisme. Ils sont également décrits comme allant à l'infirmier dès les premières heures de la journée (Torrens Armstrong et al., 2011). Cette conception est donc très proche de celle de Berg (1997) et renvoie au concept de refus scolaire.

À ce jour, il n'existe qu'une seule échelle d'évaluation du comportement de refus scolaire. La mise en place d'outil d'évaluation standardisé du refus scolaire apparaît donc comme un enjeu d'actualité pour la pratique clinique (Miller & Jome, 2008 ; Torrens Armstrong et al., 2011) comme pour la recherche (Haight et al., 2011 ; Kearney, 2008 ; Nair et al., 2013 ; Richards & Hadwin, 2011). Il est également nécessaire de penser des outils qui permettraient un repérage précoce pour les refus scolaires latents. Cela concerne les élèves qui continuent d'aller à l'école mais développent des sentiments d'évitement scolaire anxieux, pour lesquels le niveau d'absentéisme encore modéré ne leur permet pas toujours d'être repéré en amont, alors qu'ils sont à fort risque de décrochage (Richards & Hadwin, 2011). La recherche sur le refus scolaire devrait donc s'intéresser au développement d'un outil de repérage spécifique qui puisse être utilisé en population générale comme en population clinique au-delà du critère de l'absentéisme.

4.5. Aspects étiologiques et comorbidités

Parmi les études sélectionnées, certaines pointent plusieurs variables en lien avec le refus scolaire, voire des facteurs potentiels de risque ou de maintien. Nous nous proposons de regrouper ces éléments sous trois dimensions : les variables individuelles, les variables scolaires et les variables familiales.

4.5.1. Variables individuelles

En accord avec de précédentes études, il y aurait un sex-ratio équilibré dans le refus scolaire. À l'inverse, contrairement à certains troubles anxieux (ex. : anxiété de séparation), l'âge est corrélé avec la gravité du refus scolaire (Leikanger et al., 2012 ; Nair et al., 2013). La prévalence et surtout la gravité du refus scolaire augmente entre l'enfance et l'adolescence.

Le refus scolaire est classiquement lié à des troubles internalisés. Les troubles anxieux apparaissent au premier plan avec une association négative entre symptomatologie anxieuse et assiduité à l'école. Les troubles anxieux les plus fortement associés et les plus fréquemment retrouvés dans le refus scolaire sont l'anxiété sociale, le trouble panique et l'anxiété de séparation (Ingul & Nordahl, 2013 ; Nair et al., 2013 ; Richards & Hadwin, 2011). Il existerait une forme de continuum entre le degré d'anxiété d'un élève et le développement d'un refus scolaire : les élèves anxieux sans absentéisme sont moins anxieux que les élèves anxieux avec absentéisme (Ingul & Nordahl, 2013). Le lien entre affects négatifs et refus scolaire semble moins évident. Il semblerait d'ailleurs passer par sa forte relation avec l'anxiété et par conséquent refléter l'expérience que les jeunes avec refus scolaire ont de l'école (Richards & Hadwin, 2011). Les adolescents présentant

un absentéisme anxieux ne se distingueraient pas des adolescents anxieux mais non absents sur les affects négatifs. De même, il n'existe pas de différence dans la prise de consommation de substances entre ces deux groupes (Ingul & Nordahl, 2013).

Les symptômes physiques et somatiques sont également associés au refus scolaire (Ingul & Nordahl, 2013 ; Nair et al., 2013). Pour Nair et al. (2013), les symptômes physiques sont même plus fréquents que les symptômes cognitifs et émotionnels. Le refus scolaire est lié à des troubles du sommeil (insomnies, parasomnies, somnolence la journée). À l'inverse, les troubles du sommeil ne sont pas associés à un absentéisme lié à des troubles des conduites ou un trouble oppositionnel (Hochadel et al., 2014). Enfin, les enfants présentant une phobie scolaire associée à des maux de tête chroniques ont un niveau plus élevé de céphalées de tension et de migraine/céphalée de tension (forme mixte), que les enfants présentant des maux de tête sans phobie scolaire (Fujita et al., 2009).

La présence d'un refus scolaire est en lien avec plus de traits de personnalité négatifs et un niveau d'anxiété trait plus élevé (Ingul & Nordahl, 2013 ; Richards & Hadwin, 2011). Enfin, le refus scolaire se retrouve fréquemment dans les troubles de l'identité sexuelle. Dans une de leurs études, Terada et al. (2012) constatent une prévalence du refus scolaire de 29,2 % de l'échantillon total des patients avec un trouble de l'identité du genre.

4.5.2. Variables scolaires

Havik et al. (2014) ont mis en évidence à l'aide d'entretiens auprès de parents d'enfants ayant un refus scolaire, quatre dimensions scolaires en lien avec le refus scolaire. La première dimension concerne les « exigences à l'école » (classes bruyantes et désorganisées, enseignants terrifiants, exigences académiques) ; la seconde concerne le « soutien des enseignants » (soutien émotionnel des élèves, soutien organisationnel, soutien pédagogique et prévisibilité, communication maison-école) ; la troisième correspond au « soutien des camarades » (être apprécié et avoir des amis) et enfin, la dernière dimension renvoie aux « autres facteurs de soutien au niveau de l'école » (communication entre les enseignants, ressources, taille de l'école et des classes, soutien général de l'école par l'administration). Cette étude souligne le besoin chez ces élèves de plus de prévisibilité et de soutien de la part des enseignants surtout dans des moments moins structurés. Les parents rapportent un besoin d'information et de formation pour les professionnels de l'éducation afin de favoriser le maintien à l'école de leurs enfants et une approche d'accompagnement plus coordonnée.

Enfin, il semblerait que ces élèves soient davantage victimes de harcèlement (*bullying*) (Havik et al., 2014 ; Ingul & Nordahl, 2013).

4.5.3. Variables familiales

De tout temps les relations parent-enfant ont suscité l'intérêt dans l'étude du refus scolaire (Kearney, 2008 ; King & Bernstein, 2001). Les enfants ayant développé des liens d'attachement moins sécurés (notamment ambivalents ou désorganisés) présenteraient un niveau de phobie scolaire plus élevé alors que cette différence serait moindre pour d'autres troubles anxieux (Bar-Haim et al., 2007 ; Brumariu & Kerns, 2010).

Parmi les études sélectionnées, le lien entre refus scolaire et constellation familiale diverge. Nair et al. (2013) ne retrouvent pas de lien entre phobie scolaire et constellation familiale. À l'inverse, certaines études pointent à la fois un nombre plus élevé de divorce chez les parents des enfants avec refus scolaire et moins de phobie scolaire chez les familles « intactes » (Brumariu & Kerns, 2010 ; Terada et al., 2012). L'évènement stressant le plus fréquemment rapporté par les patients serait le divorce ou la séparation des parents (Dube & Orpinas, 2009).

Enfin, en moyenne, les parents d'enfant avec refus scolaire ont un niveau d'anxiété et de dépression plus élevé que les parents d'enfant sans refus scolaire. Il est également retrouvé chez ces parents davantage d'antécédents de maladies organiques et de troubles psychiatriques (Bahali et al., 2011).

L'ensemble de ces éléments souligne l'intérêt de sources multiples dans la compréhension du phénomène de refus scolaire (patients, professionnels de l'éducation, parents). Le refus scolaire ne peut pas être considéré uniquement comme un trouble anxieux propre à l'enfant ou comme le résultat d'une interaction enfant-école dysfonctionnelle. L'anxiété ne peut prédire, à elle seule, le risque d'un refus scolaire anxieux (Ingul & Nordahl, 2013). Les variables liées à l'école et à la famille ne peuvent être entendues uniquement d'un point de vue déterministe. Une approche par interactions réciproques est à privilégier. C'est bien l'ensemble de ces variables qui sont à considérer dans la prévention, la prise en charge et la rescolarisation.

4.6. Fonctionnement cognitif, régulation des émotions et prise en charge du refus scolaire

4.6.1. Fonctionnement cognitif et régulation des émotions

Des études ont récemment mis en évidence certaines spécificités dans le fonctionnement cognitif et émotionnel des patients avec refus scolaire.

Le fonctionnement cognitif des adolescents avec refus scolaire semble marqué par plus de pensées automatiques négatives sur l'échec personnel, moins de pensées automatiques sur l'hostilité et moins de pensées automatiques positives par rapport à la population générale (tout en contrôlant l'anxiété) (Maric et al., 2012). Ces patients présentent également un biais cognitif de sur-généralisation des expériences négatives. La présence d'un refus scolaire peut être alors prédite par des pensées d'échec personnel et par des biais cognitifs de sur-généralisation. Les liens causaux entre ces cognitions et le refus scolaire ne sont pas encore établis, néanmoins il est très probable qu'elles contribuent au maintien du refus scolaire (Maric et al., 2012).

De plus, les adolescents avec refus scolaire anxieux rapportent des stratégies de régulation émotionnelle moins adaptatives que les adolescents en population générale (Hughes et al., 2010). Pour réguler leurs émotions, ils ont moins recours à la stratégie de réévaluation cognitive de la situation (stratégie permettant de changer la façon dont une situation est pensée de manière à modifier son impact émotionnel) et utilisent davantage la stratégie de suppression des émotions (supprimer ou cacher ses émotions aux autres face à une situation). La difficulté de ces adolescents à utiliser la réévaluation cognitive est à mettre en lien avec leur tendance à avoir une interprétation biaisée et rigide des situations (notamment scolaires), ce qui est exacerbé par le peu d'exposition aux situations dans le refus scolaire. L'utilisation de la suppression des émotions peut s'expliquer par leur tendance à percevoir leurs émotions comme inacceptables et par la peur du jugement des autres. Les auteurs posent l'hypothèse que les patients fuient ces situations car l'expression émotionnelle est difficile pour eux. Ces résultats indiquent qu'il est important de mettre l'accent sur le développement de stratégies de régulation des émotions plus adaptées dans la prise en charge du refus scolaire anxieux (Hughes et al., 2010).

Ces spécificités dans le fonctionnement cognitif et émotionnel des patients avec refus scolaire apportent des pistes de cibles thérapeutiques, particulièrement dans le cadre de thérapies cognitives et comportementales. Ces éléments posent la question du développement de programmes ou de modules spécifiques pour la prise en charge de patients avec refus scolaire. Les recherches doivent encore se poursuivre afin de confirmer ces résultats. Il serait également nécessaire de comparer ces particularités de fonctionnement avec d'autres groupes cliniques de patients anxieux.

4.6.2. *Prise en charge*

Les récentes études sur la prise en charge du refus scolaire anxieux portent quasi exclusivement sur les thérapies cognitives et comportementales (TCC). Une diminution significative des symptômes anxieux, dépressifs et une augmentation de la fréquentation scolaire sont constatés après traitement (Gutierrez-Maldonado et al., 2009 ; Heyne et al., 2011 ; Maric et al., 2013 ; Prabhswamy et al., 2007 ; Wu et al., 2013). Néanmoins, ces résultats semblent encore insuffisants. D'une part, selon les études et les techniques utilisées, entre 30 et 50 % des patients présentent encore un refus scolaire après traitement avec 56 à 66 % de retour à l'école (Beidas et al., 2010 ; Maric et al., 2013 ; Prabhswamy et al., 2007). D'autre part, même dans les cas d'amélioration ou de rémission du refus scolaire, la présence de troubles psychiatriques et en premier lieu de trouble anxieux est constatée chez la moitié voir la majorité des cas (Beidas et al., 2010 ; Heyne et al., 2011 ; Prabhswamy et al., 2007). Enfin, les taux d'abandon semblent élevés dans cette population. Dans leur étude, Beidas et al. (2010), observent jusqu'à 41 % d'abandon en cours de prise en charge. Ils font le constat que les patients qui abandonnent se distinguent de ceux qui ont poursuivi la prise en charge sur les symptômes physiques ce qui peut indiquer un arousal physiologique intense. Ils en concluent que les patients avec des symptômes physiques importants sont plus susceptibles d'abandonner la prise en charge avant la fin.

Face à ces limites les études sélectionnées testent et suggèrent des pistes d'amélioration des traitements par TCC. Certaines associent les parents et/ou les enseignants à la prise en charge de l'adolescent (Beidas et al., 2010 ; Heyne et al., 2011 ; Wu et al., 2013) afin de développer la compréhension du phénomène et de favoriser le retour à l'école avec un projet commun porté par le jeune, les parents et l'école. Certains auteurs déplorent l'absence de programme de TCC spécifique au refus scolaire et soulignent le besoin d'ajouter des modules propres à ce phénomène (Beidas et al., 2010 ; Maric et al., 2013 ; Prabhswamy et al., 2007). Ils soulignent également l'importance de commencer la prise en charge le plus tôt possible pour un meilleur résultat (avant chronicisation) et de débiter les phases d'exposition assez tôt (Beidas et al., 2010 ; Prabhswamy et al., 2007). Dans ce sens et pour favoriser l'adhésion des adolescents à cette forme de prise en charge, Gutierrez-Maldonado et al. (2009) ont développé un module de classe virtuelle. Les peurs spécifiquement liées à l'école sont alors diminuées. Maric et al. (2013) ont développé des modules ayant pour but de favoriser l'auto-efficacité des patients avec refus scolaire. Les résultats supportent l'idée que l'auto-efficacité (« *self-efficacy* ») a un effet médiateur sur l'effet post-traitement de la TCC avec une augmentation de la fréquentation scolaire et une diminution des peurs liées à l'école. Néanmoins, ils ne constatent pas de résultat sur le rôle de l'auto-efficacité à deux mois. Enfin, dans leur étude, Wu et al. (2013) ne concluent pas une augmentation de l'efficacité de la TCC dans le refus scolaire lorsqu'elle est couplée avec un traitement médicamenteux par antidépresseur (fluoxétine).

Des progrès sont nécessaires dans la prise en charge du refus scolaire. Alors que l'efficacité des TCC pour ce trouble a été démontrée (Kearney, 2008), il n'existe toujours pas de programmes spécifiques (Gutierrez-Maldonado et al., 2009 ; Maric et al., 2013). Les études doivent s'interroger sur les modalités et les leviers de ces accompagnements (ex. stratégies de régulation des émotions, rescolarisation progressive, croyances dysfonctionnelles. . .). La phase de rescolarisation graduelle doit être accompagnée de manière rapprochée et en contexte. Dans ce sens, il est souvent pertinent qu'un professionnel fasse un temps les accompagnements scolaires plutôt que les parents. À ce jour, il n'existe pas d'étude française portant sur l'efficacité des TCC dans le refus scolaire anxieux.

Par ailleurs, nous manquons encore de données sur l'efficacité d'autres types de prise en charge (ex. thérapies familiales, hospitalisation, thérapie de groupe, traitement médicamenteux,

relaxation. . .). Au-delà du développement de modules spécifiques dans les TCC, il est fondamental de penser des prises en charges plurimodales et pluridisciplinaires dans le refus scolaire. Il serait intéressant d'associer les parents et/ou les enseignants à la prise en charge afin de développer la compréhension du phénomène et de favoriser le retour à l'école avec un projet commun porté par le jeune, les parents et l'école. Il faudra tester l'efficacité de ces programmes qui considèrent l'accompagnement familial, scolaire, médical. . . du refus scolaire. La connaissance de ce phénomène nous oblige à ne plus le penser uniquement du point de vue de la symptomatologie du patient, mais de considérer également des facteurs de déclenchement et de maintien plus larges. Par ailleurs, des études sur les formes précoces du refus scolaire seraient nécessaires pour une meilleure prévention. Ce travail est du ressort de tous les professionnels travaillant avec l'adolescent et sa famille et pour se faire, le travail en réseau est à privilégier. Il est indispensable d'étudier des modes d'accompagnements précoces au point qu'il serait possible demain de travailler davantage sur le maintien dans la scolarité que sur la rescolarisation. Enfin, pour l'heure, nous manquons cruellement de données sur les effets à long terme des prises en charge engagées.

5. Conclusion

Le refus scolaire continue d'être un sujet d'étude international et constitue une préoccupation majeure dans les domaines de l'éducation et de la santé. Grand nombre de professionnels sont concernés par cette problématique (éducateurs comme professionnels du soin). Au-delà de l'acquisition de connaissances, l'école est un espace important d'expérimentations intra- et inter-subjectives pour les enfants et les adolescents. Le refus scolaire peut avoir des conséquences négatives, tant sur les sphères familiale, sociale et professionnelle que sur le fonctionnement psychique des enfants et adolescents (Kearney, 2008 ; McCune & Hynes, 2005 ; Mcshane, Walter, & Rey, 2001).

Les récentes études apportent des éléments indispensables à la compréhension de ce phénomène (évaluation, facteurs associés, fonctionnement cognitif, régulation des émotions et prise en charge). À la vue des résultats de cette revue de littérature, de futures recherches devraient se focaliser davantage sur les procédures permettant non seulement une identification plus fiable du refus scolaire, mais aussi (et surtout) un dépistage plus précoce de ce phénomène. Le travail d'évaluation et de repérage du refus scolaire doit pouvoir se poursuivre autour d'outils adaptés en population générale et clinique. Le repérage précoce du refus scolaire devrait aller plus loin, en utilisant notamment d'autres critères que l'absentéisme. La reconnaissance précoce du refus scolaire est d'autant plus importante que le pronostic dépend en partie de la rapidité de la prise en charge (Catheline, 2012 ; Okuyama, Okada, Kuribayashi, & Kaneko, 1999). Le travail sur les facteurs associés au refus scolaire doit également se poursuivre en prenant en compte certains aspects comme le « *bullying* », la dépression, la dynamique familiale et la réussite académique par exemple. Il est important de s'intéresser aux facteurs de risque et de protection associés à l'aide d'études en population générale. Enfin, la prise en charge du refus scolaire, bien qu'en développement, devrait aujourd'hui se pencher sur des programmes novateurs (nouvelles technologies, écoles hors les murs, approche plurimodales, réflexion sur les parcours de soin. . .).

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Bahali, K., Tahiroglu, A. Y., Avci, A., & Seydaoglu, G. (2011). Parental psychological symptoms and familial risk factors of children and adolescents who exhibit school refusal. *East Asian Archives of Psychiatry*, 21(4), 164–169.
- Bar-Haim, Y., Dan, O., Eshel, Y., & Sagi-Schwartz, A. (2007). Predicting children's anxiety from early attachment relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(8), 1061–1068.
- Beidas, R. S., Crawley, S. A., Mychailyszyn, M. P., Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2010). Cognitive-behavioral treatment of anxious youth with comorbid school refusal: Clinical presentation and treatment response. *Psihologijiske Teme*, 19(2), 255–271.
- Berg, I. (1992). Absence from school and mental health. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 161, 154–166.
- Berg, I. (1997). School refusal and truancy. *Archives of Disease in Childhood*, 76(2), 90–91.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): A replication study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230–1236.
- Broadwin, I. T. (1932). A contribution to the study of truancy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2(3), 253–259.
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010). Mother-child attachment patterns and different types of anxiety symptoms: Is there specificity of relations? *Child Psychiatry and Human Development*, 41(6), 663–674.
- Burke, A. E., & Silverman, W. K. (1987). The prescriptive treatment of school refusal. *Clinical Psychology Review*, 7(4), 353–362.
- Catheline, N. (2012). *Psychopathologie de la scolarité*. Elsevier Masson.
- Centre for Reviews and Dissemination. (2009). *Systematic review: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. York, UK: University of York.
- Dube, S. R., & Orpinas, P. (2009). Understanding excessive school absenteeism as school refusal behavior. *Children & Schools*, 31(2), 87–95.
- Egger, H. L., Costello, J. E., & Angold, A. (2003). School refusal and psychiatric disorders: A community study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(7), 797–807.
- Ferrari, P. (2012). *Traité européen de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Lavoisier.
- Fujita, M., Fujiwara, J., Maki, T., Shibasaki, K., Shigeta, M., & Nii, J. (2009). Pediatric chronic daily headache associated with school phobia. *Pediatrics International: Official Journal of the Japan Pediatric Society*, 51(5), 621–625.
- Gutierrez-Maldonado, J., Magallon-Neri, E., Rus-Calafell, M., & Penalzoza-Salazar, C. (2009). Virtual reality exposure therapy for school phobia. *Anuario de Psicología*, 40(2), 223–236.
- Haight, C., Kearney, C. A., Hendron, M., & Schafer, R. (2011). Confirmatory analyses of the School Refusal Assessment Scale-Revised: Replication and extension to a truancy sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(2), 196–204.
- Havik, T., Bru, E., & Ertesvåg, S. K. (2014). Parental perspectives of the role of school factors in school refusal. *Emotional & Behavioural Difficulties*, 19(2), 131–153.
- Hersov, L. (1972). School refusal. *British Medical Journal*, 3(5818), 102–104.
- Heyne, D., Sauter, F. M., Van Widenfelt, B. M., Vermeiren, R., & Westenberg, P. M. (2011). School refusal and anxiety in adolescence: Non-randomized trial of a developmentally sensitive cognitive behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(7), 870–878.
- Hochadel, J., Frölich, J., Wiater, A., Lehmkuhl, G., & Fricke-Oerkermann, L. (2014). Prevalence of sleep problems and relationship between sleep problems and school refusal behavior in school-aged children in children's and parents' ratings. *Psychopathology*, 47(2), 119–126.
- Hughes, E. K., Gullone, E., Dudley, A., & Tonge, B. (2010). A case-control study of emotion regulation and school refusal in children and adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 30(5), 691–706.
- Ingul, J. M., & Nordahl, H. M. (2013). Anxiety as a risk factor for school absenteeism: what differentiates anxious school attenders from non-attenders? *Annals of General Psychiatry*, 12(1), 25.
- Iwamitsu, Y., Ozeki, Y., Konishi, M., Murakami, J., Kimura, S., & Okawa, M. (2007). Psychological characteristics and the efficacy of hospitalization treatment on delayed sleep phase syndrome patients with school refusal. *Sleep and Biological Rhythms*, 5(1), 15–22.
- Johnson, A. M. (1957). School phobia: Workshop, 1955: Discussion. *American Journal of Orthopsychiatry*, 27(2), 307–309.
- Johnson, A. M., Falstein, E. I., A, S., & Svendsen, M. (1941). School phobia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 11(4), 702–711.

- Karlovec, K., Yazdi, K., Rier, U., Marksteiner, J., & Aichhorn, W. (2008). Separation anxiety disorder and school refusal in childhood: Potential risk factors for developing distinct psychiatric disorders? *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, *10*(1), 72–73.
- Kearney, C. A. (2007). Forms and functions of school refusal behavior in youth: An empirical analysis of absenteeism severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*(1), 53–61.
- Kearney, C. A. (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, *28*(3), 451–471.
- Kearney, C. A., & Silverman, W. K. (1993). Measuring the function of school refusal behavior: The School Assessment Scale. *Journal of Clinical Child Psychology*, *22*(1), 85–96.
- Kearney, C. A., & Silverman, W. K. (1996). The evolution and reconciliation of taxonomic strategies for school refusal behavior. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *3*(4), 339–354.
- King, N. J., & Bernstein, G. A. (2001). School refusal in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *40*(2), 197–205.
- Last, C. G., Hansen, C., & Franco, N. (1998). Cognitive-behavioral treatment of school phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*(4), 404–411.
- Last, C. G., & Strauss, C. C. (1990). School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *29*(1), 31–35.
- Leikanger, E., Ingul, J. M., & Larsson, B. (2012). Sex and age-related anxiety in a community sample of Norwegian adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, *53*(2), 150–157.
- Lyon, A. R. (2009). Confirmatory factor analysis of the School Refusal Assessment Scale – Revised in an African American community sample. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *20*(10), 1–13.
- Maric, M., Heyne, D. A., de Heus, P., van Widenfelt, B. M., & Westenberg, P. M. (2012). The role of cognition in school refusal: An investigation of automatic thoughts and cognitive errors. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *40*(3), 255–269.
- Maric, M., Heyne, D. A., MacKinnon, D. P., van Widenfelt, B. M., & Westenberg, P. M. (2013). Cognitive mediation of cognitive-behavioural therapy outcomes for anxiety-based school refusal. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *41*(5), 549–564.
- McCune, N., & Hynes, J. (2005). Ten year follow-up of children with school refusal. *Irish Journal of Psychological Medicine*, *22*(2), 56–58.
- McShane, G., Walter, G., & Rey, J. M. (2001). Characteristics of adolescents with school refusal. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *35*(6), 822–826.
- Merikangas, K. R., He, J.-P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., et al. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *49*(10), 980–989.
- Miller, D. N., & Jome, L. M. (2008). School psychologists and the assessment of childhood internalizing disorders: Perceived knowledge, role preferences and training needs. *School Psychology International*, *29*(4), 500–510.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *339*, b2535.
- Nair, M. K. C., Russell, P. S. S., Subramaniam, V. S., Nazeema, S., Chembagam, N., Russell, S., et al. (2013). ADAD 8: School Phobia and Anxiety Disorders among adolescents in a rural community population in India. *Indian Journal of Pediatrics*, *80*(Suppl. 2), S171–S174.
- Okuyama, M., Okada, M., Kuribayashi, M., & Kaneko, S. (1999). Factors responsible for the prolongation of school refusal. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *53*(4), 461–469.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, *21*(6), 685–692.
- Pina, A. A., Zerr, A. A., Gonzales, N. A., & Ortiz, C. D. (2009). Psychosocial interventions for school refusal behavior in children and adolescents. *Child Development Perspectives*, *3*(1), 11–20.
- Prabhuswamy, M., Srinath, S., Girimaji, S., & Seshadri, S. (2007). Outcome of children with school refusal. *Indian Journal of Pediatrics*, *74*(4), 375–379.
- Richards, H. J., & Hadwin, J. A. (2011). An exploration of the relationship between trait anxiety and school attendance in young people. *School Mental Health*, *3*(4), 236–244.
- Suveg, C., Aschenbrand, S. G., & Kendall, P. C. (2005). Separation anxiety disorder, panic disorder, and school refusal. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *14*(4), 773–795.
- Suzuki, K. (1990). School refusal viewed through family therapy. In C. Chiland, & J. G. Young (Eds.), *Why children reject school: Views from seven countries* (pp. 98–105). New Haven, CT US: Yale University Press.

- Terada, S., Matsumoto, Y., Sato, T., Okabe, N., Kishimoto, Y., & Uchitomi, Y. (2012). School refusal by patients with gender identity disorder. *General Hospital Psychiatry, 34*(3), 299–303.
- Torrens Armstrong, A. M., McCormack Brown, K. R., Brindley, R., Coreil, J., & McDermott, R. J. (2011). Frequent fliers, school phobias, and the sick student: School health personnel's perceptions of students who refuse school. *Journal of School Health, 81*(9), 552–559.
- Uppal, P., Paul, P., & Sreenivas, V. (2010). School absenteeism among children and its correlates: A predictive model for identifying absentees. *Indian Pediatrics, 47*(11), 925–929.
- Wu, X., Liu, F., Cai, H., Huang, L., Li, Y., Mo, Z., et al. (2013). Cognitive behaviour therapy combined fluoxetine treatment superior to cognitive behaviour therapy alone for school refusal. *International Journal of Pharmacology, 9*(3), 197–203.