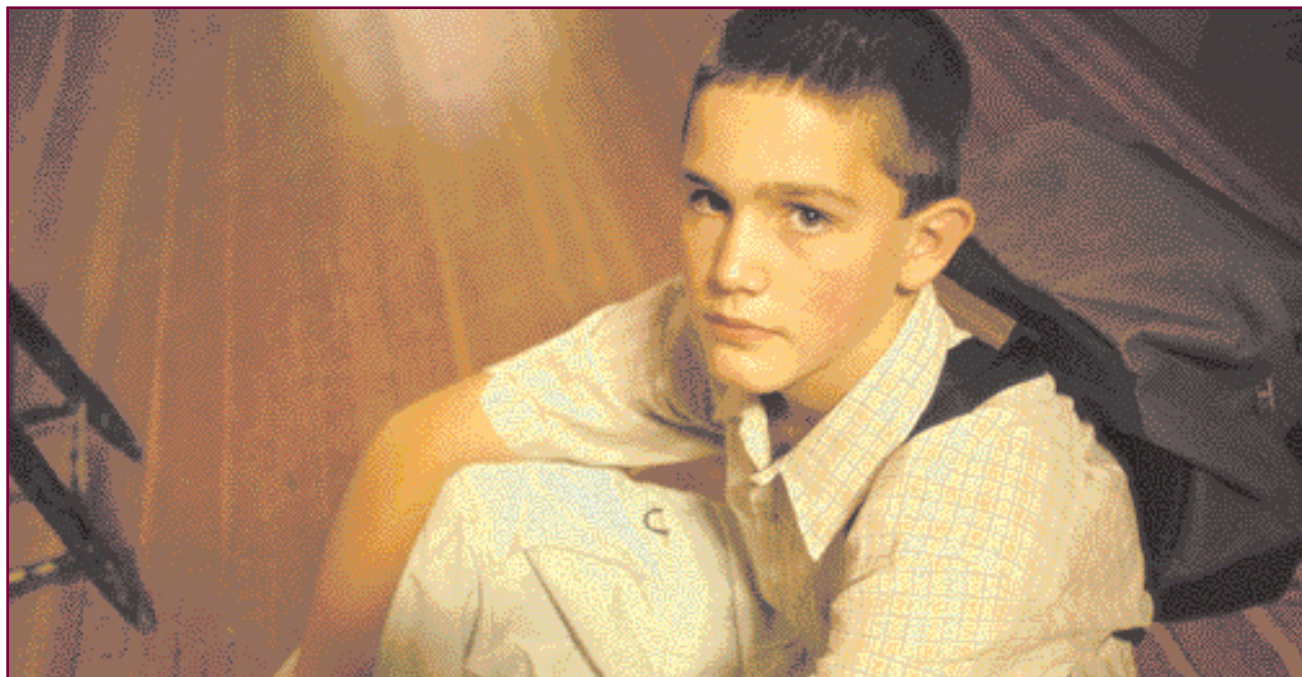


La phobie scolaire...



ou quand l'école devient un enfer

Votre clinique déborde et voilà qu'une mère vous consulte pour un problème qui ne vous apparaît pas d'emblée médical : son fils, que vous avez soigneusement examiné la semaine passée pour des douleurs abdominales, refuse de retourner à l'école après quelques jours d'absence... Vous évoquez un problème de phobie scolaire. Cette situation relève-t-elle de votre savoir-faire?

par Martin Gignac, M.D., et Patricia Garel, M.D.

Dans les cas de phobie scolaire, le médecin omnipraticien est bien souvent sollicité le premier en raison de la fréquence des symptômes physiques. Son rôle dans l'évaluation initiale et

l'intervention à court terme est donc essentiel. Rappelons que le terme « phobie scolaire » ou « évitement scolaire » ne constitue pas un diagnostic; il qualifie plutôt une situation clinique

Le **Dr Gignac** est résident en pédopsychiatrie, Hôpital Sainte-Justine.

Le **Dre Garel** est pédopsychiatre, Hôpital Sainte-Justine.

La phobie scolaire

qui réfère à l'incapacité d'un enfant ou d'un adolescent de se rendre à l'école malgré une volonté sincère. Nous allons tenter de tracer les grandes lignes de l'évaluation et de la prise en charge de ces patients, en insistant sur les risques de chronicité lorsque la situation d'évitement se prolonge.

Un bref rappel historique

C'est avec le développement des sociétés industrialisées et de « l'école obligatoire » qu'apparaît le concept du « refus névrotique » d'aller à l'école.¹ En 1932, Broadwin évoque la possibilité que l'enfant fasse l'école buissonnière parce qu'il est inquiet que

En bref :

La phobie scolaire... ou quand l'école devient un enfer

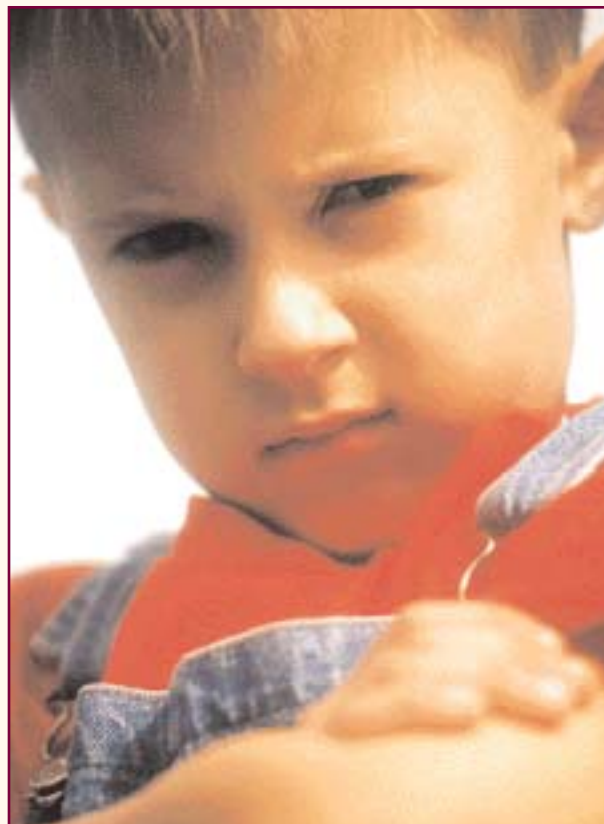
Qu'est-ce que la phobie scolaire?

Le terme « phobie scolaire » ou « évitement scolaire » ne constitue pas un diagnostic; il qualifie plutôt une situation clinique qui réfère à l'incapacité d'un enfant ou d'un adolescent de se rendre à l'école malgré une volonté sincère.

Quelles sont les manifestations cliniques?

Chez le jeune enfant, le début est intense et les manifestations somatiques sont souvent au premier plan (douleurs abdominales, vomissements et diarrhée). On observe parfois l'aggravation d'une maladie organique préexistante (diabète ou asthme, par exemple).

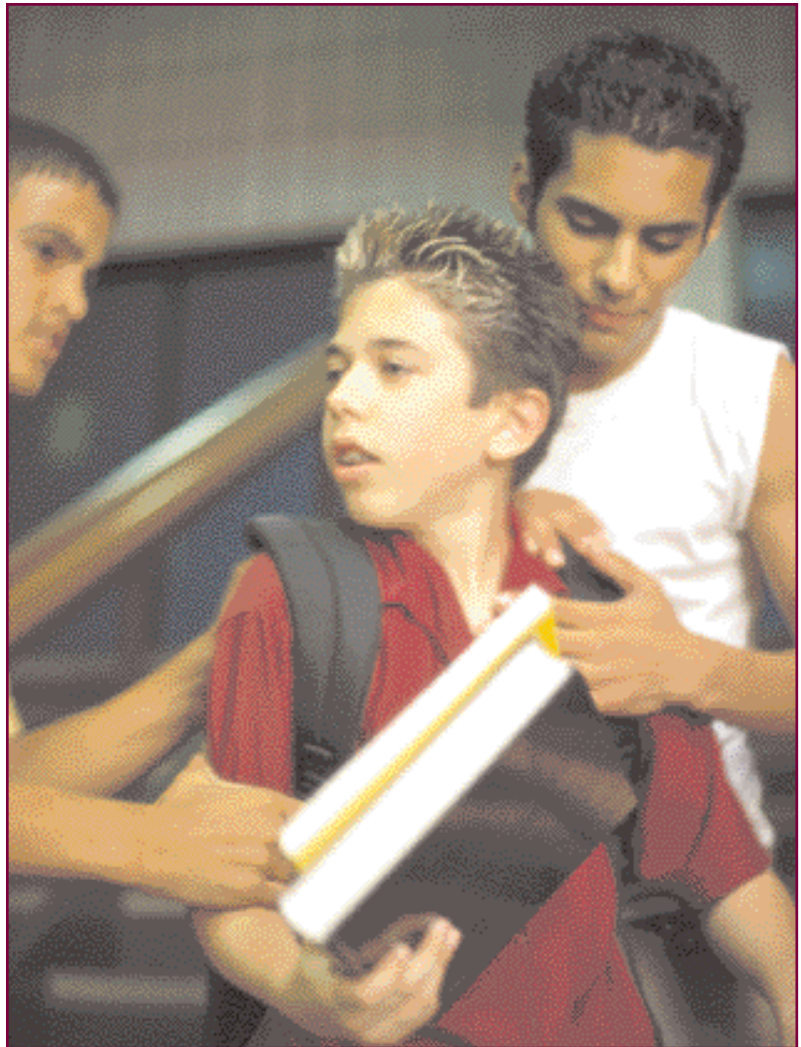
Chez les adolescents, le début est insidieux et progressif. Le jeune se retire peu à peu des activités de groupe, il sort moins et se montre plus dépendant de ses parents. On note fréquemment des changements dans l'environnement de l'adolescent et des troubles de comportement peuvent apparaître. L'investissement de la scolarité et le fait que les parents soient au courant des absences répétées sont des facteurs qui les différencient des jeunes faisant l'école buissonnière.



quelque chose arrive à sa mère en son absence.¹ C'est en 1941 que Johnson reprend l'idée de la peur de quitter la maison et propose le terme « phobie scolaire ».² En 1969, Berg insiste sur la gravité des difficultés qui accompagnent cette situation (absences prolongées, bouleversement émotionnel lorsque l'enfant se retrouve confronté à la perspective d'aller à l'école, peur excessive, colères injustifiées, tristesse et plaintes physiques sans cause organique).¹ Il n'y a cependant ni troubles antisociaux importants ni vagabondage. Berg précise que les parents savent que l'enfant devrait être à l'école alors qu'il est à la maison. En 1974, Ajuriaguerra utilise le terme « phobie scolaire » pour désigner l'enfant qui refuse d'aller à l'école pour des raisons irrationnelles et qui s'y oppose par des réactions très vives de panique quand on essaie de l'y forcer.³

L'épidémiologie et la prévalence

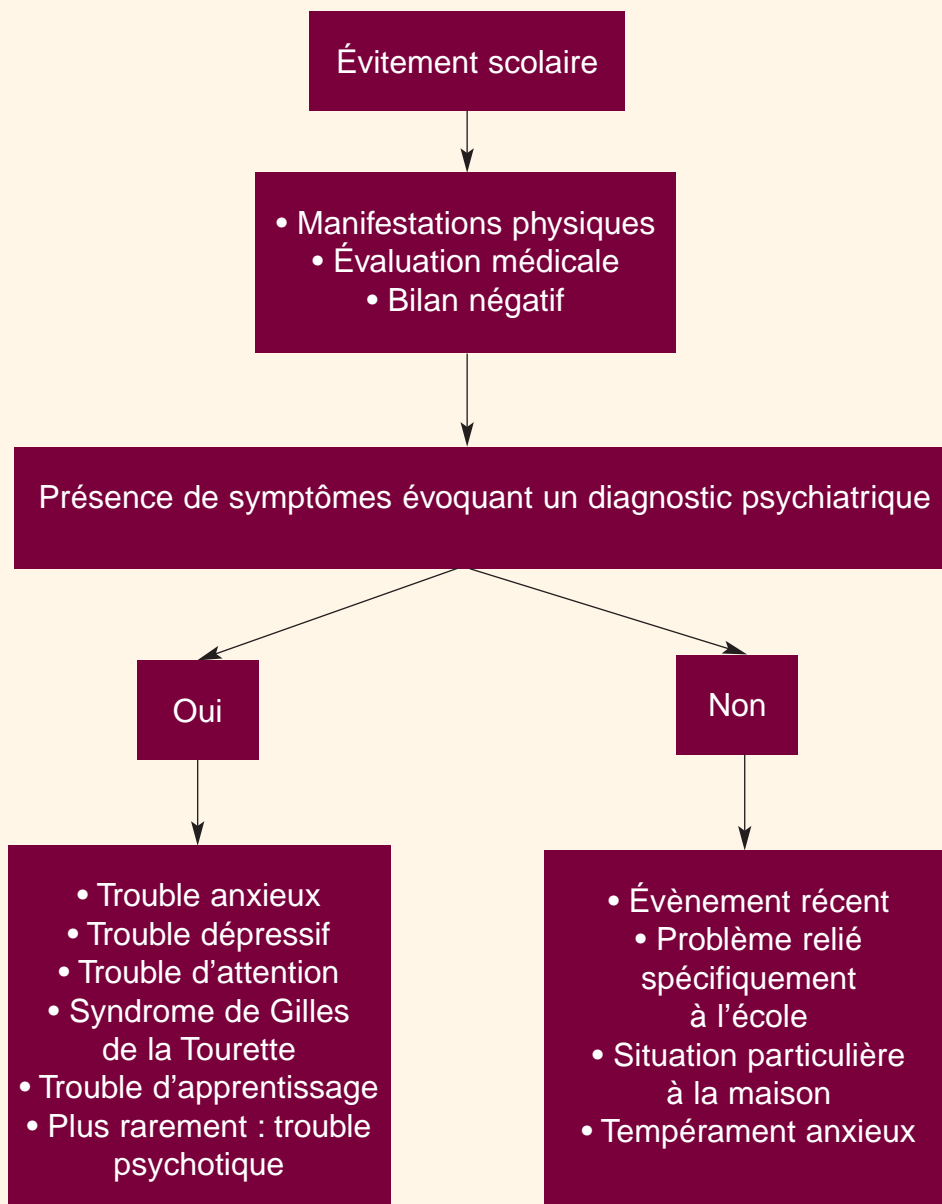
D'un point de vue épidémiologique, Hersov décrit 3 pics de fréquence : 5 à 7 ans (entrée au primaire), 11 ans (passage au secondaire) et 14 ans (deuxième cycle du secondaire).⁴ Tous les auteurs reconnaissent la gravité du problème à l'adolescence; les enjeux de développement rendent difficile la prise en charge à cet âge et le pronostic est plus réservé.



Certaines phobies scolaires peuvent être directement liées à des situations spécifiques mettant en cause un professeur ou des événements particuliers qui se produisent pendant la récréation (taxage ou harcèlement, par exemple).

Figure 1

L'évaluation de l'évitement scolaire



La phobie scolaire

La prévalence n'est pas connue avec exactitude. On rapporte qu'elle se situe autour de 1 % et on estime que la phobie scolaire représente 5 % des consultations en pédopsychiatrie.⁵ Sur 100 adolescents âgés entre 11 et 15 ans, on retrouve dans le tiers des cas le début du trouble lors du passage au deuxième cycle du secondaire.⁴

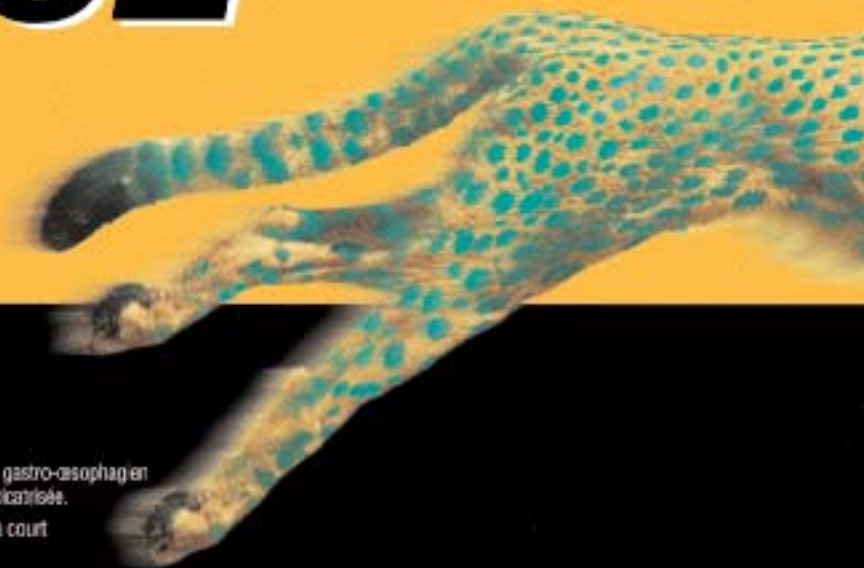
Cette problématique atteint autant les filles que les garçons avec une prédominance masculine à l'adolescence. Contrairement aux troubles associés comme la délinquance, la phobie scolaire n'est pas influencée par le niveau socio-économique des familles ou la taille de la fratrie. Dans les cas d'angoisse de séparation avec phobie scolaire, on note que les enfants cadets sont les plus souvent atteints. Comme les trou-

bles anxieux et dépressifs associés à l'évitement scolaire sont fréquents, on doit procéder à un examen attentif des symptômes et porter une attention particulière à leur chronologie d'apparition. En 1991, Bernstein démontrait que 25 % à 50 % des jeunes présentant un refus scolaire appartenaient au groupe diagnostique dépression et anxiété.⁶

Un portrait des parents

Un certain nombre d'études ont tenté de décrire les parents des enfants atteints de phobie scolaire. Les caractéristiques identifiées présentent un intérêt théorique plus que clinique. Les mères auraient un caractère hyperprotecteur; on retrouverait d'ailleurs chez elles une fréquence élevée de troubles anxieux

Pensez vite.*



Prevacid est indiqué dans le traitement à court terme de l'oesophagite par reflux gastro-oesophagien et dans le traitement d'entretien de l'oesophagite par reflux gastro-oesophagien cicatrisée.

Les effets secondaires le plus souvent signalés (> 3 %) dans le cadre d'études à court terme sont les céphalées et la diarrhée.

On ne doit pas administrer de doses supérieures à 30 mg par jour au patient atteint d'une insuffisance hépatique ni au sujet âgé.

* Après la première journée de traitement, un nombre significativement plus grand ($p < 0,05$) de patients ayant reçu Prevacid à 30 mg ($n = 402$) que de patients qui recevaient l'oméprazole à 20 mg ($n = 418$) ont signalé un soulagement des brûlures d'estomac diurnes (48,7 % contre 37,6 %) et nocturnes (62 % contre 52 %) au cours d'une étude à double insu, à répartition aléatoire, d'une durée de huit semaines portant sur des patients atteints d'une oesophagite par reflux gastro-oesophagien objectivée par endoscopie¹.

Consulter la monographie du produit pour en connaître la posologie.

GI PHOSPHATE GASTRO-ESOPHAGIEN D'ABBOTT

©Laboratoires Abbott, Limitée
Saint-Laurent, Québec H4S 1Z1
Monographie du produit offerte sur demande.



et dépressifs (en particulier de l'agoraphobie) et des antécédents de non-assiduité scolaire : l'enfant serait alors utilisé par la mère pour résoudre ses propres difficultés.¹ Les pères, quant à eux, se verraient attribuer un rôle subalterne soit en raison d'absences répétées ou en raison d'un rôle familial qui leur confère peu de support identificatoire.¹ Veniberg et Field ont élaboré une théorie mettant à l'avant-plan les concepts d'attachement et d'insécurité chez certains enfants qui souffrent de phobie scolaire ainsi que le caractère très protecteur et impliqué de certains parents anxieux.⁷

Les études qui se sont intéressées au devenir de ces jeunes ne sont pas optimistes. Un tiers des élèves retrouvent une scolarité satisfaisante tandis

que les autres manifestent des difficultés psychologiques chroniques.⁸ Selon certains, jusqu'au tiers de ces jeunes souffrent de troubles graves de la personnalité ou de troubles psychiatriques.⁸

Les manifestations cliniques

Selon l'âge de l'enfant, les modes de présentation diffèrent. Chez le jeune enfant, le début est intense et les manifestations somatiques sont souvent au premier plan (douleurs abdominales, vomissements et diarrhée). On observe parfois l'aggravation d'une maladie organique préexistante (diabète ou asthme, par exemple). La symptomatologie est classiquement concomitante des anticipations scolaires.



Pensez
PREVACID[®]
LANSOPRAZOLE

Figure 2

L'intervention

médecin ou équipe traitante

famille

école

Chez les adolescents, le début est insidieux et progressif. Le jeune se retire peu à peu des activités de groupe, il sort moins et se montre plus dépendant de ses parents. On note fréquemment des changements dans l'environnement de l'adolescent et des troubles de comportement peuvent apparaître.

En général, les enfants ne sortent pas durant les heures de cours et tendent à s'isoler davantage à la maison. L'investissement de la scolarité et le fait que les parents soient au courant des absences répétées sont des facteurs qui les différencient des jeunes faisant l'école buissonnière.

L'importance d'une évaluation rapide

L'évaluation doit être rapide car le risque de chronicité a d'importantes répercussions sur la vie future de l'enfant. La reconnaissance des processus pathologiques sous-jacents permettra d'orienter la prise en charge afin de favoriser un retour rapide à l'école malgré les difficultés vécues par l'enfant, qui devront d'ailleurs faire l'objet d'une attention contemporaine. En d'autres termes, il ne faut pas attendre la résolution de ces difficultés avant d'envisager le retour à l'école. Ce point est important à souli-

gner, car il va à l'encontre de certaines tendances antérieures suggérant que le traitement des problèmes sous-jacents soit suivi d'une reprise logique de la fréquentation scolaire... Il n'en est rien, car l'évitement place l'enfant dans un cercle vicieux et ne fait qu'accentuer la peur du retour à l'école. L'évaluation considère donc schématiquement trois grands axes : l'enfant, les parents et l'école.

L'enfant

L'enfant doit être évalué selon son niveau de développement. On doit d'abord interroger la famille sur les antécédents de l'enfant, identifier ses habiletés cognitives et sociales et finalement relever d'éventuelles difficultés scolaires (trouble d'apprentissage ou trouble de l'attention) ou émotives (symptômes anxieux ou dépressifs) (figure 1).

Les parents

Les parents sont essentiels dans la compréhension de la situation. Leur perception de ce qui se passe, leurs réactions face aux comportements de l'enfant, leur soutien et la qualité des relations parent-enfant, leur tolérance ou au contraire leur exaspération vont influencer la prise en charge. Ils vont permettre de valider la symptomatologie et de compléter les antécédents familiaux. Leur propre vulnérabilité, en particulier anxieuse, doit être évaluée ainsi que leurs expériences personnelles concernant l'école.

L'école

L'évaluation doit aussi tenir compte du type de milieu scolaire fréquenté par l'enfant. D'une part, certaines phobies scolaires peuvent être direc-

Le cas de Samuel

Samuel est un adolescent âgé de 14 ans, fils aîné d'une famille de 2 garçons. Il ne va plus à l'école depuis un an malgré une thérapie individuelle commencée il y a plusieurs mois. Un médecin lui a prescrit des antidépresseurs, mais ils ont été cessés après quelques semaines à cause des effets secondaires. La mère de Samuel est professeure et aide son fils à ne pas prendre de retard dans sa scolarité. Toutes les tentatives antérieures de retour à l'école ont échoué. Les parents de Samuel vous consultent avec l'adolescent, car le fonctionnement de ce dernier se détériore malgré l'absence de fréquentation scolaire. Même à la maison, Samuel se montre de plus en plus anxieux quand ses parents s'absentent (aller chercher du lait au dépanneur entraîne des négociations) et le cinéma est devenu un loisir inenvisageable...

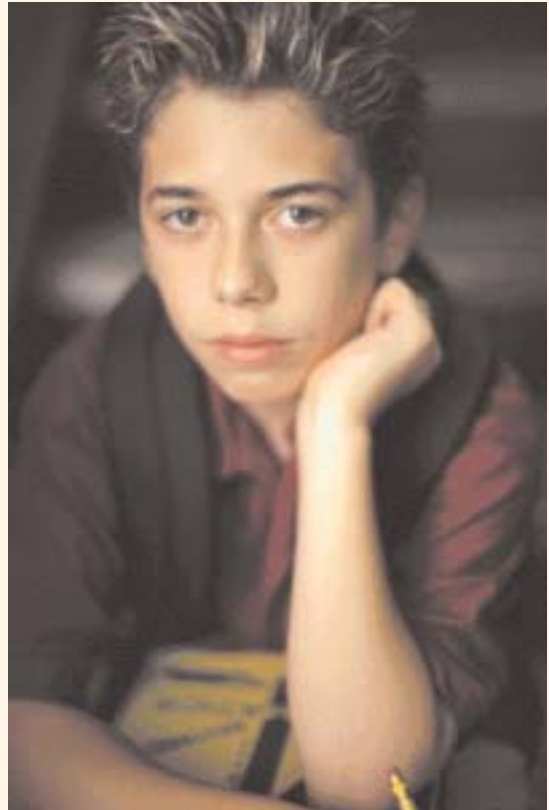
La vie de Samuel s'est progressivement restreinte, mettant son développement personnel en péril. De plus, les conséquences sur la vie familiale sont importantes. Le père de Samuel est particulièrement soucieux de voir son fils dans cet état, car lui même a vécu ce type de problème étant plus jeune. Que proposez-vous?

- A. Recommencer l'antidépresseur
- B. Prendre contact avec l'école pour planifier un retour accompagné
- C. Rassurer les parents en insistant sur la scolarité à domicile

D. Adresser rapidement Samuel en pédopsychiatrie

Samuel est aux prises avec un trouble anxieux grave et une phobie scolaire devenue « chronique ». On peut noter l'existence d'un trouble anxieux chez le père (anxiété généralisée). La référence en pédopsychiatrie est ici nécessaire compte tenu des nombreux échecs antérieurs et de la détérioration de la situation. Vous devez expliquer le pourquoi de cette consultation et convaincre la famille que celle-ci est nécessaire.

Pour cet adolescent (il s'agit d'une histoire vraie même si elle est très simplifiée), une hospitalisation fut nécessaire afin de permettre à l'adolescent de sortir de chez lui, de retourner à l'école et de reprendre une vie normale. Le diagnostic retenu fut celui de phobie sociale avec attaques de panique. La médication ainsi que la thérapie familiale et individuelle ont finalement permis à Samuel de retourner à l'école après avoir fréquenté le centre de jour pendant plusieurs mois. Aujourd'hui, Samuel va à l'université et vit normalement, tout en demeurant un jeune homme anxieux.



tement liées à des situations spécifiques mettant en cause un professeur ou des événements particuliers qui se produisent pendant la récréation (taxage ou

harcèlement, par exemple). D'autre part, quelques intervenants devront être impliqués dans la prise en charge; il est donc important de connaître les

Le cas d'Éric

Éric est un garçon âgé de 12 ans. Ses parents consultent en urgence car Éric, depuis le début du secondaire I, passe son temps à l'infirmerie et appelle sa mère sans relâche jusqu'à ce qu'elle vienne le chercher. Il se plaint de maux de ventre, de nausées et dit ne pas se sentir bien à l'école. Les parents d'Éric le décrivent comme ayant toujours eu des difficultés au moment des rentrées scolaires, mais s'adaptant finalement après quelques jours. Réserve, il n'aime pas le changement. Il a quelques amis et s'intéresse à l'astronomie et aux animaux. Mise à part une certaine timidité, Éric est un enfant enjoué qui allait bien jusqu'à l'entrée au secondaire dans un nouvel établissement privé. En interrogeant les parents d'Éric, vous apprenez que son père vient de faire faillite et que le couple traverse une période difficile. L'examen médical est normal. Que conseillez-vous ?

- A. Insister pour un retour rapide à l'école après avoir souligné l'inquiétude vécue par l'enfant
- B. Prendre contact avec l'école pour obtenir des renseignements complémentaires
- C. Rassurer les parents en suggérant d'être tolérants avec l'enfant durant cette période difficile
- D. Adresser rapidement Éric en pédopsychiatrie

Vous êtes en présence d'un enfant au tempérament anxieux, mais qui fonctionnait bien auparavant. À cause du passage au secondaire et d'une situation familiale tendue, une phobie scolaire qui reflète l'inquiétude croissante de l'enfant se manifeste. Votre explication sur les mécanismes d'évitement et sur le risque de cercle vicieux si Éric reste à la maison permettra aux parents d'être plus fermes et de le soutenir dans l'obligation de retourner à l'école en refusant notamment d'aller le chercher au cours de la journée (la collaboration de l'école est bien sûr nécessaire). Parallèlement, la prise de conscience de leurs propres difficultés devrait les aider à comprendre les besoins de leur fils en terme de disponibilité et d'attention.



ressources disponibles. Enfin, la compréhension qu'à l'école des difficultés de l'enfant et le point de vue de celle-ci sur les solutions potentielles sont également des éléments à considérer.

Les troubles pathologiques

Si la phobie scolaire n'est pas un diagnostic, elle est dans bien des cas la conséquence d'un trouble psychopathologique sous-jacent qu'il faut savoir évo-

quer afin de le traiter ou d'adresser l'enfant en pédopsychiatrie en cas de doute ou de tableau clinique complexe.

Les troubles anxieux

Les diagnostics les plus souvent rencontrés lorsque l'enfant présente de l'évitement scolaire se regroupent sous la bannière des troubles anxieux. Les sensations d'angoisse se situent sur un conti-

num que chacun reconnaît avoir éprouvé dans diverses situations de la vie quotidienne. Le milieu scolaire, comme il constitue un endroit privilégié d'expression de l'anxiété, apparaît au centre de plusieurs troubles anxieux. L'angoisse de séparation a un caractère intense et durable, restreignant les activités de l'enfant en dehors de la maison. On retrouve souvent des éléments de stress dans l'environnement de l'enfant (maladie, décès, changement d'école ou déménagement). La phobie simple peut être liée à une peur excessive d'être agressé par des camarades. La phobie sociale mettra en évidence une peur irrationnelle des situations dans lesquelles l'enfant peut être observé attentivement par autrui (lors d'exposés oraux, par exemple). Un adolescent aux prises avec un trouble panique peut craindre de subir une attaque à l'école. La possibilité d'un trouble d'anxiété généralisée se pose lorsque l'enfant présente des peurs diverses et excessives touchant différents aspects de sa vie. Il existe une comorbidité importante au sein du groupe des troubles anxieux sans qu'on ne retrouve d'association spécifique d'un trouble avec un autre.

Les troubles de l'humeur

Les symptômes typiques de la dépression (tristesse, retrait, anxiété, ralentissement, dévalorisation, désinvestissement des activités scolaires et extrascolaires, fatigue persistante et inexplicée, rupture dans les résultats scolaires, trouble de concentration et de mémorisation) peuvent être secondaires aux

échecs scolaires et à l'isolement entraînés par un refus d'aller à l'école. Selon la chronologie d'apparition, le trouble psychiatrique principal sera diagnostiqué comme étant un trouble anxieux ou un trouble dépressif, en sachant qu'il s'agit d'une association complexe.

S'il s'agit d'un trouble affectif, des symptômes psychotiques ou maniaques évoquent une maladie bipolaire. Dans ce cas, une référence en pédopsychiatrie sera nécessaire.



Les autres diagnostics

L'hyperactivité avec trouble d'attention est souvent associée à l'anxiété surtout chez les plus jeunes et requiert un traitement spécifique. Des troubles d'apprentissage ou des difficultés cognitives peuvent être à l'origine d'un refus scolaire et doivent être con-

firmées ou invalidées par une évaluation psychologique ou orthopédagogique lorsque les antécédents scolaires le suggèrent. Certains syndromes de Gilles de la Tourette s'accompagnent de phobies scolaires graves et il faut penser à cette hypothèse si un enfant présente des tics ou des symptômes caractéristiques. Enfin, des symptômes d'ordre psychotique (bizarrerie ou discordance) mènent rarement à un diagnostic de schizophrénie.

L'intervention active

La prise en charge sera orientée par les trois axes de l'évaluation : individuel, familial et scolaire (figure 2). Il faut d'abord confirmer l'absence d'une maladie organique à l'origine des symptômes présentés afin de rassurer l'enfant, les parents et le

Le cas de Felicia

Felicia vient d'avoir huit ans. Elle est la cadette d'une famille de trois enfants que vous connaissez bien. Vous la recevez avec sa mère, car cette dernière vous dit ne plus reconnaître sa fille depuis environ un mois. Elle qui aimait tant l'école, pleurniche maintenant quand il est temps d'y aller et trouve toutes sortes de prétextes pour rester à la maison. La mère de Felicia précise que rien n'a changé dans l'environnement de l'enfant et que les fins de semaine se passent plutôt bien, tant qu'il n'est pas question d'école...

Que suggérez-vous?

- A. Commencer un antidépresseur devant ce qui semble être un tableau dépressif
- B. Conseiller à la mère de prendre contact avec l'école pour vérifier ce qui s'y passe**
- C. Rassurer la mère sur le fait qu'il s'agit d'une période transitoire
- D. Adresser rapidement Felicia en pédopsychiatrie

L'enquête menée auprès de l'école a permis à la mère et à la directrice de constater que Felicia était régulièrement menacée par une jeune fille de 6^e année qui exigeait divers objets de sa part et lui avait promis qu'elle ferait du mal à ses sœurs si elle parlait de ses exigences à ses parents.



milieu scolaire, ce qui n'est pas toujours facile, mais indispensable pour éviter la multiplication des examens complémentaires et l'acceptation des absences. Cette insistance sur l'aspect négatif du bilan médical doit s'accompagner d'une reconnaissance de la détresse réelle de l'enfant et des symptômes qu'on ne remet pas en question même s'ils ne relèvent pas d'un diagnostic physique.

En règle générale, la première étape est le retour à l'école. Il ne faut pas minimiser la difficulté de cette

première étape qui paraît insurmontable à l'enfant et bien souvent aux parents qui ont affronté un plus ou moins grand nombre d'échecs antérieurs malgré les promesses répétées et la bonne volonté de l'enfant. La reconnaissance de ce passage critique très angoissant mais inévitable et la mise en place de moyens de soutien pour le surmonter est indispensable. Cette phase préparatoire « avant l'épreuve » ne doit pas être négligée sous peine d'un nouvel échec venant confirmer l'incapacité de l'enfant. Les parents

font partie intégrante du dispositif de retour à l'école tout comme les intervenants scolaires. La moindre faille dans ce dispositif sera immédiatement identifiée par l'enfant qui s'engouffrera avec désespoir dans ce maillon faible pour tenter d'éviter à tout prix le processus désiré, mais tant redouté.

Notons que la législation peut s'avérer utile : l'obligation scolaire jusqu'à l'âge de 16 ans est un argument de poids pour des parents peu convaincus ou pour un jeune résistant.

Au plan individuel

Le type d'intervention dépend de la maladie identifiée et des habiletés de l'enfant. Certains enfants présentant un tempérament anxieux peuvent être soutenus dans leur retour à l'école par les parents, le médecin de famille et un éventuel thérapeute. Il s'agit essentiellement ici d'informer les parents et l'enfant sur les risques des comportements d'évitement ainsi que sur la nécessité d'aider leur enfant à s'exposer à la situation anxiogène et de mettre au point des stratégies pour mieux pallier les exigences du développement. Dans les cas plus graves où on évoque un trouble anxieux, la référence en pédopsychiatrie est nécessaire que ce soit en externe ou par le biais d'une hospitalisation brève lorsque la situation est complexe et/ou stagnante. On peut parfois envisager une thérapie de milieu, de type hôpital de jour, qui sera utilisée comme tremplin pour le retour à l'école régulière.

Au plan pharmacologique

Les benzodiazépines et les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) peuvent être efficaces afin de baisser le seuil d'anxiété et de faciliter le retour à l'école. Il est recommandé de prescrire

de petites doses de benzodiazépines en début de traitement, le temps qu'un ISRS puisse être efficace. Il est important de définir avant le début du traitement les symptômes ciblés et les objectifs visés afin de ne pas perdre le bénéfice potentiel d'un médicament prescrit trop rapidement. Il est important de se rappeler que plusieurs effets secondaires sont aussi des symptômes d'anxiété.

Au plan familial

Les parents qui vous consultent sont le plus souvent inquiets et à bout de souffle. Leur impuissance est perceptible et accentue parfois les difficultés. Sans le vouloir et sans s'en rendre compte, certains parents vont renforcer les comportements d'évitement, soit du fait de leur propre vulnérabilité à l'anxiété, soit du fait de leur incapacité à supporter la détresse ou les comportements manifestés par l'enfant ou pour toutes autres raisons qu'il faudra prendre le temps de rechercher. Il est donc indispensable d'explorer la dynamique familiale et d'informer les parents de la situation et des impératifs du traitement. Les parents doivent devenir des alliés et participer au processus thérapeutique. C'est avec eux que seront élaborés le dispositif de retour ainsi que les moyens de le rendre possible. Il n'existe pas ici de réponse unique, mais plutôt des solutions adaptées à chaque cas qui ne seront valables qu'en autant qu'elles obtiendront l'adhésion du milieu.

Au plan scolaire

Une personne ressource désignée dans le milieu facilitera le retour de l'enfant à l'école. Ce repère permettra à l'enfant de savoir à qui aller se confier et facilitera la communication entre les milieux médical, familial et scolaire. Un retour à l'école

La phobie scolaire

rapide est habituellement recommandé, mais la manière d'aider l'enfant est étroitement liée à sa symptomatologie. Le retour à l'école requiert habituellement des efforts et une collaboration de toutes les personnes impliquées, car l'exacerbation des symptômes est souvent inévitable en période intensive. Il faut minimiser le nombre d'échecs en informant les intervenants du milieu scolaire de l'exacerbation temporaire des symptômes et éviter de retourner l'élève à la maison sous prétexte que la situation semble s'aggraver.

Conclusion

L'implication du médecin omnipraticien est essentielle dans l'évaluation et le suivi d'une phobie scolaire débutante. En évitant le piège des certificats médicaux justificatifs, en résistant à la solution d'une scolarité à domicile pour « raison médicale » et en prenant le temps d'évaluer la situation de façon globale afin d'estimer la possibilité d'un retour à l'école rapide ou la nécessité d'une référence en pédopsychiatrie, le médecin pourra dans bien des cas éviter que la situation de non-fréquentation scolaire ne devienne chronique et entraîne une panoplie de conséquences négatives sur l'avenir de l'enfant. Obtenir la collaboration des parents et le soutien de l'école et accompagner l'enfant dans cette période critique facilitera un dénouement favorable et évitera souvent l'installation d'une problématique aux allures résistantes.



Références

1. Mara, D, Garel, P, Legendre, C : Phobie scolaire et troubles de l'anxiété en milieu scolaire. *Prisme* 7(3-4):570, 1997.
2. Johnson, Fastein, Szurek, et coll. : School phobia. *Am J Orthopsychiatry* 11(4):702, 1941.
3. Ajuriaguerra : *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris, Masson. 861-885, 1974.
4. Hersov, Berg (éds) : *Out of school*. New-York, Wiley and Sons, 231-249, 1980.
5. Burke, Silverman : The prescriptive treatment of school refusal. *Clin Psych Review* 7:353, 1987.
6. Bernstein, Borchardt : Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30(4):519, 1991.
7. Veniber, Field : Transitional stress in children and young adolescent moving to new environment. Dans : Fisher, Cooper (éds) : *The psychology of change and transition*. New York, Wiley, 127-151, 1990.
8. Bernstein, GA, Borchardt, CM, Perwein, AR, et coll. : Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39(3):276, 2000.

Lectures suggérées

1. American Psychiatric Association : Quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique (DSM-IV), p. 384, 1996.
2. Desombre, H, Fournieret, P, Revo, I et coll. : Le refus anxieux de l'école. *Arch Pediatr* 6:97, 1999.
3. Garel, P: Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent. *Prisme* 8(1):94, 1998.
4. Legendre, C, Gauthier, S : L'accompagnement d'adolescents dans des situations d'évitement scolaire. *Prisme* 7(3-4):580, 1997.

Formation médicale continue...

Vous trouverez à la page 175 le Médi-test, un test de formation médicale continue fait en collaboration avec l'Université Laval. En remplissant correctement ce test, vous pouvez obtenir une heure de crédit de catégorie 2.