CHAPITRE 8

Phobie scolaire ou refus scolaire anxieux

L.-P. Vera

Description clinique et diagnostic

Décrire la phobie scolaire est un exercice délicat, le terme même de phobie scolaire est sujet à controverse et on préfère parler de refus scolaire anxieux que de phobie scolaire. Comme nous l'avons déjà mentionné (*cf. chapitre 3*), la peur est une émotion intense pouvant être associée à des manifestations anxieuses comportementales, cognitives et physiologiques. Lorsque la peur n'est pas une réaction normale liée à l'âge (Jersild, 1968), elle est excessive, durable et source de difficultés d'adaptation pour l'enfant, elle constitue une phobie. Celle-ci n'est pas provoquée par des stimuli objectivement dangereux, elle est irrationnelle et ne cède pas à des mesures éducatives ou de réassurance affective. De plus, elle peut être renforcée par l'adoption de comportements d'évitement et/ou de fuite.

Historiquement, le terme phobie scolaire a été introduit par Johnson en 1941 pour décrire un syndrome dans lequel l'enfant éprouve une intense angoisse à l'idée d'aller à l'école, il refuse d'y aller et s'il est forcé à aller ou à rester à son école, son angoisse peut prendre la forme d'une crise de panique. L'étude clinique de ces enfants a fait penser à Johnson et à d'autres auteurs (Bowlby, 1973) que le refus d'aller à l'école était provoqué par l'anxiété de séparation. Les comportementalistes Eysenck et Rachman (1965) réservent le terme de phobie scolaire à l'anxiété directement en rapport avec la situation scolaire : l'analyse cognitivo-comportementale selon cette définition cherchera à mettre en évidence les stimuli anxiogènes tels que paniquer à un devoir, peur d'avoir une

mauvaise note, peur de certaines matières scolaires, etc. Ross (1974) considère, dans la perspective des théories de l'apprentissage, que la phobie scolaire est un trouble émotionnel (excès d'anxiété) acquis suite à des événements « traumatisants » pour l'enfant dans la situation scolaire : l'anxiété perturbe son comportement qui prend la forme d'évitement et atténue la peur. Le DSM-III-R privilégie l'une des causes du refus scolaire : l'anxiété de séparation. Cependant, certains enfants qui refusent d'aller à l'école ne présentent pas d'anxiété de séparation suivant les critères DSM-III-R. Last et al. (1987) insistent sur le besoin de différencier le refus scolaire sous-tendu par l'anxiété de séparation de celui sous-tendu par une phobie de la situation scolaire sans angoisse de séparation. Pour eux, le terme phobie scolaire devrait être réservé uniquement à ce dernier type d'enfants. La révision de la littérature sur la phobie scolaire montre que les auteurs incluent dans leurs études les deux types d'enfants sans les différencier : l'anxiété de séparation étant pour beaucoup un symptôme associé. Malgré la particularité du refus scolaire, le DSM-III-R ne lui accorde pas une individualité clinique.

L'autre aspect entretenant la difficulté à reconnaître le syndrome est le caractère fortement irrationnel et peu compréhensible de cette angoisse dont on peut apprécier diversement la dangerosité. La peur d'un serpent semble plus compréhensible que la peur d'aller à l'école (le père d'un enfant phobique disait à son fils : « Les cahiers ne vont pas t'éclater à la figure »). Plus que pour d'autres phobiques, on suppose une certaine dose de mauvaise foi, de simulation, de paresse. Cependant, suivant notre expérience clinique et les observations que nous menons depuis une dizaine d'années, le refus d'aller ou de rester à l'école est d'origine phobique.

L'analyse cognitivo-comportementale et l'observation de ces enfants montrent une réaction d'angoisse intense associée aux moments phobiques : lors du départ en classe, il s'agite, pleure, supplie, s'enfuit, a des nausées, promet qu'il ira à l'école le lendemain. Certains vont prendre refuge en haut d'une mezzanine et à la faveur de la panique asséner de coups de pieds le parent tentant de le déloger, d'autres encore s'enfermeront dans la salle de bains et n'en sortiront qu'une fois les parents, à bout de force, partis travailler. Si l'enfant accepte de se laisser conduire, il sera pris de panique et se débattrra pour rentrer chez lui. Les plaintes somatiques, expression de son angoisse, sont souvent des douleurs abdominales et des céphalées. Nous avons remarqué parmi les enfants que nous avons traités que les céphalées plus que les douleurs abdominales constituent des signes précurseurs précoces de la phobie scolaire : l'enfant dit ne pas pouvoir se concentrer sur son travail scolaire à cause des maux de tête, a peur d'avoir des mauvaises notes et le fonctionnement par évitement phobique s'installe sournoisement.

Une anxiété anticipatoire intense accompagne cette symptomatologie et classiquement céphalées et douleurs abdominales débutent le soir qui précède le retour à l'école. Le week-end et les vacances scolaires sont des moments de libération pour ces enfants dont les parents disent qu'ils revivent durant ces périodes. Le dimanche soir précédant le retour en classe est, par contre, synonyme de recrudescence anxieuse avec réapparition de la symptomatologie. L'incompréhension des parents est alors totale. Ces symptômes vont soit empêcher l'enfant de se rendre à l'école, soit s'il parvient à s'y rendre, l'empêcher de s'y maintenir et c'est alors bien souvent l'infirmière scolaire qui appellera les parents pour leur demander de venir chercher leur enfant. Les parents d'adolescents découvrent parfois que leur enfant ne se rend plus au collège ou au lycée depuis plusieurs jours ou semaines lorsqu'ils reçoivent une lettre de l'établissement leur demandant de justifier les nombreuses absences. Certains adolescents vont, en effet, faire croire à leurs parents qu'ils se rendent en cours mais pratiquer l'école buissonnière et passer la journée au café ou même dans un parc avant de rentrer au domicile parental. Le fait de rester en dehors de l'école les tranquillise et permet d'apaiser l'anxiété liée au fait de se rendre à l'école. Une partie de ces patients admettra cependant ne pas être apaisés lorsqu'ils restent à la maison durant la journée avec persistance des douleurs abdominales ou des céphalées, alors que le fait de se rendre à l'école les apaise.

Classiquement, le début est progressif chez l'adolescent où vont alterner des périodes de refus scolaire avec des tentatives de retour à l'école qui échoueront au bout d'un temps variable puis à la faveur de vacances scolaires, l'adolescent ne retournera plus en classe. Chez le jeune enfant, le début est plus souvent brutal à la faveur d'un facteur précipitant tel que des moqueries de ses camarades, une brouille avec un ami ou bien encore la remontrance du maître ou d'un surveillant.

Dans notre pratique, on distingue différentes formes de refus scolaire anxieux :

- le refus scolaire anxieux avec anxiété de séparation survient classiquement chez un enfant ayant manifesté cette anxiété de séparation durant les premières années de scolarisation. La mise en maternelle aura été difficile chez ces enfants qui manifestaient également de l'anxiété lorsque leurs parents se rendaient à une invitation chez des amis ;
- le refus scolaire sous-tendu par une anxiété sociale survient le plus souvent chez l'adolescent mais pas seulement, ils peuvent consulter beaucoup plus tôt, parfois dès l'âge de 8 ans. Il s'agit souvent de jeunes que les parents décriront comme timides, ayant peu d'amis et en rébellion contre le système scolaire, disant des profs et des élèves qu'ils sont bêtes ou bien qu'ils s'ennuient à l'école ;

- le refus scolaire relevant d'une phobie spécifique dont l'objet peut être les interrogations, le trajet pour se rendre à l'école ou encore un lieu (salle de classe, cantine, etc.). Même si la présentation paraît plus simple, il s'agit d'enfant ayant soit anxiété de séparation soit phobie sociale associée ; il faudra donc les traiter comme les deux catégories précédentes.

Dans ce chapitre, nous nous intéresserons uniquement aux enfants présentant une vraie phobie scolaire (sans anxiété de séparation) : angoisse liée à l'école, désir impérieux de rester à la maison, intérêt conservé pour la scolarité. Chez ces enfants, la cause sous-jacente est dans la plupart des cas une anxiété sociale.

Le point de vue comportemental et cognitif

Comme nous l'avons dit, l'anxiété sociale est le facteur majeur du refus scolaire anxieux (*cf. chapitre 4*). Nous avons souvent constaté et ce, indépendamment de l'âge de l'enfant, que celui-ci manque d'assertivité et de compétences sociales. Dans l'autoquestionnaire ECAP que nous avons construit, plusieurs items montrent chez ces enfants une anxiété sociale.

Ils se décrivent comme ayant peur :

- de parler avec les adultes ;
- de parler avec les enfants de leur âge ;
- de parler dans un groupe ;
- de ce que les autres pensent d'eux ;
- d'avoir l'air bête ;
- de rougir ;
- d'être ridicule ;
- de ne pas plaire aux autres ;
- de demander quelque chose aux autres.

Cependant, nous avons trouvé que l'anxiété sociale est également importante dans le trouble anxieux de séparation. On peut s'interroger sur l'interférence de l'anxiété et des comportements d'évitement sur les apprentissages sociaux (Vera, 1988). Souvent, d'autres peurs non sociales accompagnent la peur de l'école.

Malgré l'anxiété sociale fréquente chez les enfants phobiques, les contacts que nous avons pris avec l'école de nombreux enfants que nous avons traités montrent qu'ils ne sont pas particulièrement rejetés par le groupe de pairs, la timidité n'est pas toujours une source objective de rejet. Nous faisons très attention aux interactions sociales lors de la reprise scolaire car ces enfants sont très angoissés à l'idée que l'on puisse leur poser des questions concernant leurs difficultés (Pourquoi tu viens de temps en temps seulement à l'école ? C'est vrai que tu es dans un hôpital de fous ?, etc.). Des jeux de rôles avec les thérapeutes

permettent de développer des réponses assertives pour faire face à ce type de situations.

Évaluation et traitement

L'analyse cognitivo-comportementale s'attachera à décrire :

- la durée de l'absentéisme, facteur pronostique majeur ;
- la réaction de la famille ;
- l'anxiété de l'enfant ou adolescent ;
- l'existence d'une dépression ;
- les troubles du comportement éventuels ;
- l'adaptation aux interactions et aux situations sociales ;
- les capacités d'autonomie de l'enfant ;
- les difficultés d'apprentissage éventuelles ;
- le milieu familial.

Le médecin traitant étant consulté pour des symptômes somatiques fonctionnels en lien avec l'école adresse souvent l'enfant à un pédopsychiatre. La tolérance et les justifications des parents sur l'absentéisme sont soulignées par Dugas et Gueriot (1973). La durée de l'absentéisme est un facteur de pronostic assez fiable : certaines phobies débutantes peuvent être traitées en ambulatoire à raison d'une ou deux séances de thérapie comportementale par semaine, les phobies évoluant depuis plusieurs mois nécessitent souvent une hospitalisation.

Milieu familial

Le milieu familial a fait l'objet d'étude de certains auteurs (Berg et al., 1972 ; Turner et al., 1987 ; Last et al., 1987). Les avis sont très partagés sur le rôle de l'environnement psychosocial. En effet, on trouve une diversité de situations familiales sans mettre en évidence de facteur commun au refus scolaire. De plus, le comportement de l'enfant influe souvent considérablement sur l'équilibre familial. Néanmoins, il a été signalé des relations de discorde dans la famille (entre les parents, entre l'un des parents et l'enfant), une perte de chaleur dans les relations familiales (comportements de répression et d'interdictions), l'implication familiale (intrusivité, surprotection). Nous avons constaté dans la pathologie des parents des antécédents de dépression, des troubles anxieux. Cependant, la fréquence des troubles reste significativement inférieure à celle de la pathologie déterminée chez les parents d'enfants présentant une anxiété de séparation (*cf.* chapitre 7).

Comorbidité

Le trouble anxieux est à évaluer chez ces enfants souffrant de refus scolaire anxieux.

La plupart des jeunes enfants et des adolescents présentant un refus scolaire ont des symptômes dépressifs. Certains enfants ayant un diagnostic d'état dépressif majeur refusent d'aller à l'école, mais ils réagissent différemment aux thérapies comportementales centrées sur le retour à l'école. En effet, chez eux le refus est moins dramatique et la reprise scolaire est plus rapide. L'anxiété n'est pas au premier plan : des sentiments d'impuissance, d'incapacité à travailler et à se concentrer sont invoqués. Au départ, le refus scolaire prenait cependant la même forme que chez les vrais phobiques. L'existence d'un état dépressif majeur est à évaluer rapidement chez ces patients afin de le traiter en priorité.

Des comportements assez dramatiques peuvent être observés chez ces enfants afin d'éviter de se rendre à l'école : agressivité, insolence, casser une bouteille et marcher pieds nus sur les morceaux de verres pour être dans l'incapacité de se déplacer, comportements de chantage, caprices. Certains enfants font tout pour se faire renvoyer de l'école. Cependant, dans certains cas, des troubles du comportement plus anciens ne sont pas forcément une réaction à la détresse scolaire.

Capacités d'autonomie

Berg (1969 ; 1974 ; 1980) s'est beaucoup intéressée aux comportements d'autonomie dans la situation scolaire : prise d'initiative, curiosité intellectuelle, difficulté à se mettre au travail. Malheureusement elle n'a pas fait la distinction entre les vraies phobies scolaires et l'anxiété de séparation dans certains de ses travaux. Elle trouve que la chronicité de la « phobie scolaire » dépend du degré de dépendance et de manque d'autonomie de l'enfant. Dans une étude comparative en préparation, nous n'avons pas trouvé de différences significatives entre des enfants phobiques et un groupe témoin. Cependant, un comportement autonome est un bon pronostic pour un traitement comportemental.

Difficultés d'apprentissage

Nous avons constaté que certains enfants refusant avec panique d'aller à l'école ont des difficultés réelles d'apprentissage : dyslexie, dyscalculie, dysorthographe. Pour la plupart, ce trouble n'était pas reconnu. Or, la possibilité et les modalités d'apprentissage dépendent du niveau cognitif du sujet, les savoirs et savoir-faire pouvant être mobilisés dans la situation scolaire sont, dans ce cas, limités. Les résultats de l'action de l'enfant pour surmonter ses difficultés seront inefficaces étant donnée la nature spécifique du trouble et la nécessité d'une rééducation spécialisée. L'enfant pourra développer une absence de contrôle ou de pouvoir sur les événements survenant en situation

scolaire, un déficit motivationnel associé au manque de contrôle peut survenir. En psychopathologie, certaines formes de dépression résultent d'une absence de pouvoir sur les événements de la vie quotidienne conformément aux hypothèses de Seligman (1975). Les échecs répétés d'un élève pour améliorer ses résultats scolaires peuvent favoriser un état de démobilisation assimilable à l'impuissance apprise : il pourra imputer ses échecs à des facteurs difficilement modifiables par la volonté tels que le manque d'intelligence, l'absence d'aptitudes. Ces attributions explicatives dissuadent l'élève de tenter de modifier la situation et favorisent de nouveaux échecs, un style « dépressif » d'attribution des réussites et des échecs se développe. Les comportements d'évitement vont « protéger » l'enfant de l'anxiété et de la dévalorisation de soi.

Réaction de la famille

La famille ayant ressenti l'angoisse de l'enfant est très inquiète, d'autant que, souvent, l'enfant réussissait bien à l'école. L'entourage a, au début, la certitude qu'il s'agit d'un problème ponctuel qui se résoudra rapidement. Les parents sont ensuite rapidement déroutés par le caractère intermittent, irrationnel du refus scolaire. Il faut analyser la réaction de la famille face au refus scolaire de l'enfant. Certaines familles, trop compréhensives, vont laisser l'enfant éviter l'école et croyant bien faire, font venir des professeurs à domicile, ne favorisant absolument pas le retour à l'école. Parfois elles consultent tard et le retour scolaire est très difficile. D'autres familles s'engagent dans une lutte psychique et physique avec l'enfant ou l'adolescent ne comprenant pas son refus de se rendre à l'école. Ils décrivent parfois des scènes épiques où ils traînent leur enfant jusqu'à la voiture, le conduisent vers l'école à travers un flot de cris mêlés de larmes puis luttent pour l'extirper de la voiture avant d'être appelés une heure plus tard par l'infirmière scolaire. Le mécanisme de l'angoisse et la fonction des comportements d'évitements doivent être expliqués à la famille. De plus, la forme et les buts de la thérapie cognitivo-comportementale devraient être expliqués aux parents dans ses détails ; parfois ils assistent aux premières séances de thérapie. Lorsque les parents sont peu informés sur la nature de la phobie scolaire et de la thérapie, ils sont très inquiets à l'écoute des plaintes des enfants concernant la prise en charge : « On me parle tout le temps d'école », « Je veux retourner à l'école tout de suite, sors-moi de cet hôpital », « Je ne veux plus aller consulter », etc. Parfois les familles arrivent avec un mot du médecin traitant pour demander d'une manière paradoxale de parler moins d'école alors que le but immédiat est l'aménagement d'un maximum de conditions, psychologiques et environnementales pour favoriser le retour rapide à l'école.

D'autre part, l'analyse cognitivo-comportementale, axée essentiellement sur les points énoncés précédemment, des enfants consultant pour divers problèmes nous a montré un certain type d'enfant qui n'évite pas l'école mais qui présente le même type d'anxiété que les vrais phobiques. En effet, à notre avis le critère évitement phobique des stimuli anxiogènes nous semble peu déterminant dans l'apparition de la phobie scolaire. Nous réservons le terme phobie scolaire à la peur persistante, intense, irrationnelle, avec ou sans évitement de l'école. Il existe un certain pourcentage d'enfants qui, malgré l'anxiété liée à l'école, persèverent et ne l'évitent pas. Dans notre pratique, l'évaluation clinique des enfants consultant pour difficultés scolaires montre que certains d'entre eux présentent les mêmes manifestations cognitives et physiologiques d'anxiété que ceux qui refusent ouvertement d'aller à l'école. Les facteurs qui favorisent le courage pour persister dans la situation anxiogène ont été peu étudiés ; une des raisons du manque de connaissance sur cet aspect est le fait que ce type d'enfants ne manifestant pas ouvertement leur angoisse ne consulte donc pas forcément dans un service de pédopsychiatrie.

Stratégies thérapeutiques

Les méthodes de thérapie comportementale et cognitive utilisées sont : l'affirmation de soi pour les enfants et adolescents souffrant d'anxiété sociale, la désensibilisation systématique et l'exposition *in vivo*. Classiquement, l'exposition *in vivo* se fait de manière progressive mais dans certains cas le retour à l'école pourra se faire de manière quasi complète. Une telle immersion est possible lorsque les parents consultent précocement et que l'enfant comprend la nécessité d'un retour rapide à l'école et accepte le principe du traitement cognitivo-comportemental. On prévoit alors un retour en immersion totale à l'école en permettant éventuellement à l'enfant de maintenir certains évitements comme la cantine, l'étude ou bien encore le sport. On établira alors un contrat avec l'enfant qui s'engagera à se rendre à l'école tous les jours, ayant compris que les symptômes anxieux disparaîtront progressivement. Une bonne collaboration parentale est indispensable à ce genre de retour brutal et l'enfant sera vu deux fois par semaine en ambulatoire. On pourra également le faire pour éviter l'hospitalisation chez certains jeunes ne présentant pas d'état dépressif majeur et acceptant l'idée d'un retour scolaire dans un autre établissement, on peut alors leur proposer d'intégrer un établissement en internat tout en maintenant un suivi ambulatoire rapproché en fin de semaine.

Si un état dépressif majeur est présent, le retour à l'école se fera après restauration de la normothymie ou bien après stabilisation de l'humeur. Les tendances suicidaires doivent impérativement être identifiées et mesurées.

Cas clinique

Nous allons exposer un cas qui nous semble représentatif de ce que nous définissons comme le véritable trouble phobie scolaire sans anxiété de séparation. Les techniques thérapeutiques utilisées sont en général l'exposition au stimulus anxiogène, l'affirmation de soi, la relaxation et les techniques cognitives (*cf. chapitre 2*). Il s'agit d'une phobie scolaire évoluant de façon intermittente depuis environ 2 ans et associée à des symptômes dépressifs.

Pierre, âgé de 12 ans, est le benjamin d'une fratrie de quatre : il a deux frères âgés respectivement de 20 et 18 ans et une sœur jumelle du frère cadet. La grossesse et l'accouchement se sont déroulés normalement ; il a marché à 13 mois ; le langage a été acquis dans les limites de la normale ; il a présenté une énurésie nocturne persistante jusqu'à l'âge de 10 ans et traitée avec succès par antidépresseurs tricycliques.

L'entrée à la maternelle s'est faite à 3 ans $\{1/2\}$ sans angoisse de séparation. L'entrée au cours préparatoire est survenue à 6 ans, la scolarité primaire a été bonne. En CM2, on note un épisode de phobie scolaire rapidement régressif après confrontation entre les parents et les enseignants. Actuellement, il est en classe de 5^e ; il est bon élève.

Pierre est au collège en 5^e et c'est surtout depuis le mois de novembre de l'année dernière que sont apparues les manifestations de phobie scolaire. À cette époque, il ne pouvait se rendre à l'école ni le lundi, ni le mardi matin. Depuis la rentrée de janvier, les troubles se sont aggravés et il ne se rend au collège que quelques rares jeudis après-midi et vendredis matins. En général, il se lève angoissé, avec des nausées et des douleurs abdominales, ces manifestations cédant dès que les parents l'autorisent à rester au domicile. Il explique ses troubles en disant qu'il a peur de ce qui pourrait lui arriver à l'école, peur d'y faire quelque chose qui pourrait entraîner une punition. Il craint également d'être humilié par ses copains qu'il trouve trop brutaux et chahuteurs. Par ailleurs, si les manifestations phobiques sont au premier plan, il semble exister une tonalité dépressive chez cet adolescent qui présente des difficultés de concentration, une perte de plaisir dans certaines activités bien investies auparavant, un manque de confiance en lui, une asthénie matinale, des troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement et réveils nocturnes, des idées de culpabilité. L'anamnèse permet de faire remonter le début des troubles à 2 ans auparavant. Il s'agissait alors de phobies sociales : Pierre refusait de rentrer avec sa famille au restaurant. Il éprouvait alors un malaise avec anxiété et nausées. Mais, ce n'est qu'un an plus tard que sa mère a consulté pour la première fois un médecin. Quelque temps plus tard, il présentait un épisode de phobie scolaire (CM2) rapidement régressif après confrontation entre les parents et les enseignants.

Lors de la première consultation, au mois de mars, devant la symptomatologie dépressive et l'intensité des manifestations anxieuses, on décide de l'hospitaliser. Les premiers jours d'hospitalisation ont été très difficiles. Pierre était très angoissé et cherchait à fuguer. Il demandait constamment à avoir des entretiens avec les médecins. D'emblée il fait part de ses craintes d'être avec les autres enfants : il avait peur que quelqu'un dorme dans la même chambre que lui, il était très anxieux à l'idée de manger avec les autres. Il nous apprend qu'il ne mange jamais à la cantine mais qu'il rentre déjeuner avec sa mère chaque midi. Quelque temps avant sa phobie scolaire, il avait passé un week-end avec les scouts et au moment des repas, il avait été pris d'une intense angoisse ; il parle également de son angoisse à l'école, dans les rangs il se met toujours à la fin car il a peur d'être bousculé et d'être violent. À certains moments, on perçoit en lui une toute puissance et une agressivité qu'il tente de contrôler par l'inhibition : « Mes parents me disent que je pourrais me battre et je me sens le plus fort » ; « Quand je m'énerve, je casse des choses ». Il est triste, et dit avoir des idées de mort depuis quelques mois surtout la nuit. Il a arrêté de jouer de la trompette qui était l'instrument qu'il pratiquait. Il a honte de ne pas pouvoir aller à l'école. Il est également très anxieux, s'inquiète facilement pour sa famille, rêve que son frère est coupé en deux. Il se sent facilement persécuté : « Quand on m'interroge, si je ne sais pas, les autres ricanent, si l'un d'eux se trompe, personne ne rit ». Il raconte également qu'il se dispute avec son frère avec lequel il semble en rivalité : celui-ci était en pensionnat l'an passé et est maintenant revenu au sein de la famille ; Pierre a un peu perdu la place qu'il occupait. Avant, en effet, il était très drôle à table, avait des réparties amusantes : « Maintenant, les discussions à la maison ne m'intéressent plus » et il quitte rapidement la table pour aller dans sa chambre.

La mère de Pierre travaille 2 à 3 demi-journées par semaine et passait la plupart du temps avec lui, elle semble avoir une relation étroite avec son fils. Elle raconte qu'il est très angoissé par la mort. Le père de Pierre est un homme assez renfermé, il raconte que lorsqu'il était lui-même enfant, il avait souvent envie de mourir. Il faisait partie d'une famille nombreuse.

L'étude de l'efficacité intellectuelle (WISC-R : QIV [Quotient intellectuel verbal] 114 ; QIP [Quotient intellectuel performance] 107) objective de bonnes aptitudes, un manque de confiance en soi se traduit durant les tests par des réactions d'affolement.

Les épreuves de personnalité (TAT [*Thematic Apperception Test*] ; Rorschach) témoignent d'une inhibition importante tant sur le plan de l'actualisation de son potentiel intellectuel que sur le plan affectif.

Aucune difficulté spécifique n'est mise en évidence sur le plan du langage oral et écrit.

Pierre est coté à 32 points sur l'échelle de dépression CDI lors de la première semaine d'hospitalisation (indicateur de dépression sévère).

Sur l'échelle de peur d'Ollendick (1983), l'analyse qualitative des réponses montre que les items concernant l'anxiété sociale et l'école sont très anxio-gènes.

Tel que le schéma d'analyse cognitivo-comportementale le montre, l'anticipation anxieuse (peurs sociales) la veille des rentrées scolaires déclenche des manifestations somatiques d'anxiété. Ses plaintes inquiètent les parents qui autorisent l'absentéisme. L'évitement de la situation scolaire réduit l'anxiété et renforce le refus d'aller à l'école.

L'analyse comportementale ou fonctionnelle est schématisée dans le tableau 8.1.

Séance 1

Tout d'abord nous avons expliqué à l'enfant que certaines de ses réactions émotionnelles actuelles étaient largement influencées par les expériences passées : « Les réactions de peur, d'anxiété que tu éprouves actuellement à l'idée de retourner à l'école, nous pouvons les diminuer ici dans ce bureau en te faisant imaginer que tu retournes en classe. Nous pensons que tu as appris à avoir peur de l'école, comme nous pouvons apprendre à avoir peur de voyager en voiture après avoir observé un accident. De la même façon, comme nous apprenons à avoir peur de certaines choses, nous pouvons apprendre à les approcher progressivement et à répondre avec moins de tension et d'anxiété. Il existe une méthode qui provoque la disparition de la

TABLEAU 8.1. Analyse comportementale ou fonctionnelle : tableau récapitulatif

	Antécédents					Conséquents					Stratégie thérapeutique envisagée						
	Anxiété dès la prime enfance Premier épisode de phobie scolaire rapidement régressif à 8 ans					Scolarisation avec évitements (cantine, lire seul dans la cour au lieu de jouer avec les autres)					Désensibilisation systématique Exposition graduelle <i>in vivo</i>						
Symptômes											Refus scolaire anxieux						
											Anxiété sociale						
											Anxiété avec énurésie nocturne						
	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Âge (ans)

peur : l'exposition graduelle en imagination et dans la réalité. Nous allons t'apprendre à te relaxer, à devenir plus calme ; nous allons faire une liste de toutes les situations liées à l'école qui peuvent te rendre anxieux. Nous allons te faire imaginer d'abord celles qui provoquent un peu de peur, nous allons continuer à imaginer des situations tout en étant calme jusqu'au moment où tu pourras imaginer que tu retournes à l'école sans que cela te fasse peur. Nous allons également t'exposer aux situations imaginées, c'est-à-dire que nous allons te demander de *faire* ce que tu as imaginé. Nous allons approcher les situations de la liste d'une manière *graduelle*, en commençant par les situations qui provoquent peu de peur. *On ne te demandera jamais de faire quelque chose si tu n'es pas prêt à la faire : tu as le contrôle de la façon d'approcher les situations qui te font peur.* Ce traitement est la thérapie cognitivo-comportementale. »

Nous avons construit ensuite une hiérarchie de situations anxiogènes qui provoquaient la *peur* et l'*évitement*. Nous avons tenu compte, dans la construction de la liste, de certaines dimensions importantes dans le traitement par exposition graduelle pour des enfants présentant un refus scolaire (Last, 1987) :

- les modalités de la reprise scolaire (faire le trajet uniquement, se rendre à un rendez-vous avec le conseiller d'orientation ou un professeur, travailler ou lire dans la bibliothèque de l'établissement scolaire, etc.) ;
- la durée des moments de reprise (ex. 5 minutes, {1/2} heure, une demi-journée) ;
- la présence ou l'absence des parents, amis ou autres personnes (camarades de classe) lors de la reprise ;
- le nombre d'élèves dans la classe, éventuellement un changement de classe ;
- certaines matières spécifiques ou certains professeurs préférés ;
- un jour précis de la semaine, décidé par l'enfant en fonction de son désir d'assister soit à une activité, soit parce que le dernier jour de la semaine semble plus facile associé au week-end, etc.

Les items de la liste ont été construits d'après les informations données par les professeurs, les parents et l'enfant lui-même. Nous avons commencé par les situations anxiogènes dans l'hôpital. Au début de l'hospitalisation, S. restait dans sa chambre la porte fermée, il ne voulait pas rencontrer les autres patients et l'idée de manger avec eux l'angoissait terriblement. Durant les premiers jours, il prenait ses repas dans la chambre, nous avons évoqué cette situation pendant la première séance et nous avons encouragé Pierre à prendre ses repas avec les autres enfants. Quelques jours après la séance, et sa thymie s'améliorant, Pierre est allé vers les autres et a demandé à prendre ses repas dans la salle et avant l'évaluation suivante, il a demandé spontanément une thérapie d'affirmation de soi.

Séances 2 à 6

Au bout de 15 jours, il a pu aller à l'école de l'hôpital où son rendement était très bon, il allait même au tableau sans angoisse. Après déconditionnement de l'anxiété dans l'école de l'hôpital, nous avons suggéré à Pierre, d'après la liste de stimuli anxiogènes, d'aller à son école accompagné par l'éducateur de l'hôpital. Il a été décidé de modifier les conditions d'hospitalisation : il serait en hospitalisation de jour pour le temps nécessaire à sa réintégration progressive à l'école.

Séances 7 à 10

Ces trois séances ont été consacrées à l'affirmation de soi. Pierre a participé à un groupe d'affirmation de soi une fois par semaine. Ce groupe était constitué de 4-5 enfants présentant une anxiété sociale et manquant de compétences sociales. Les situations destinées à atténuer l'anxiété sociale de Pierre ont concerné surtout la situation scolaire (aller au tableau, répondre si l'on est interrogé par le professeur, réactions aux critiques, aux compliments, etc.).

Suivi et maintien des résultats thérapeutiques

Quatre ans après l'hospitalisation, Pierre se rend régulièrement au lycée, il est en première et doit passer son baccalauréat de français. Le suivi, une fois par an, était bien investi par Pierre. La dernière évaluation faite à l'aide de l'ECAP montre encore l'existence de l'anxiété sociale pour laquelle il demande une aide thérapeutique. Malgré une bonne adaptation sociale (il a des amis, fait du sport, a des loisirs), Pierre appréhende que les élèves se moquent de lui, a peur de se tromper, a peur de ce que les autres enfants pensent de lui, a peur d'avoir l'air bête, a peur de parler dans un groupe, a peur que les autres remarquent sa gêne. L'assiduité normale a été souvent signalée par les auteurs (Berg et al., 1976), mais pour la plupart des cas dans la littérature et ceux que nous avons suivis nous-mêmes, indépendamment de la fréquence scolaire satisfaisante, il persiste une certaine fragilité au niveau d'autres difficultés psychologiques. Dans le cas précis de Pierre, la thérapie d'affirmation de soi a été, lors de sa phobie scolaire, de courte durée, malgré l'anxiété sociale sous-jacente. L'arrêt de la prise en charge cognitivo-comportementale à cette période-là a été en grande partie motivée par la saturation qu'il éprouvait vis-à-vis des soins médicaux. Le suivi espacé a permis de garder un bon contact.

Cas clinique

Anne, 14 ans, est adressée dans le service pour une tentative de suicide et un refus scolaire évoluant depuis un mois. Depuis mi-août, elle

appréhendait sa rentrée scolaire en 4^e, redoutant un nouvel enseignant de biologie. C'est aussi à cette période qu'Anne a connu sa première déception sentimentale. Dès la rentrée scolaire, elle présente des crises d'angoisse avec des vomissements au moment du départ pour le collège, elle réussit néanmoins à aller en classe de façon quasi régulière, mais sans participation pendant les cours où elle s'assied au fond de la salle. Ses troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement se majorent. Elle fait même une tentative de « fugue » ne pouvant surmonter son angoisse. Elle avait décidé d'aller chez une tante en province mais, à la sortie du métro elle a rencontré son ancien professeur de français, cette jeune femme s'entendait bien avec Anne lors de l'année scolaire précédente, elle l'a donc emmenée avec elle au collège, Anne restant dans sa classe la journée entière. En quelques jours, l'angoisse montant, elle a absorbé de façon impulsive deux plaquettes de benzodiazépines « pour en finir » dit-elle. En fait, Anne présente depuis son entrée en 6^e une peur massive de l'échec. Depuis cette période, elle a des troubles du sommeil avec des difficultés d'endormissement et réveils fréquents, d'où la prescription par son médecin traitant de benzodiazépines. Elle présente surtout depuis quelques semaines des idées suicidaires. Elle sait, dit-elle, qu'elle se tuera un jour. Anne se présente comme une adolescente de 16 ou 17 ans, alors qu'elle n'en a que 14. Elle a un bon contact, souriante, mais est moins à l'aise qu'elle ne veut le faire paraître. Anne a de nombreux affects dépressifs, on note un relatif retrait social, elle n'a que peu d'amies, a un important sentiment d'autodévalorisation mais pas d'idées de culpabilité, ni de ralentissement psychomoteur. Les idées suicidaires sont toujours présentes et le risque de passage à l'acte paraît important. Elle ne présente pas d'autre phobie.

Anne n'a aucun loisir en dehors du milieu familial. Elle est partie une seule fois en colonie de vacances. La séparation a été difficile, aussi bien de la part des parents que de la sienne. Jamais elle n'a demandé à repartir seule ou avec sa sœur jumelle en vacances : « D'ailleurs ma mère s'y opposerait, comme elle s'oppose aux sorties avec mes quelques camarades ». Elle est en conflit avec ses parents depuis le début de son adolescence, contestant leur autorité. Son développement psychomoteur n'a pas présenté de problème particulier. Anne a toujours été une élève brillante, a beaucoup investi la scolarité, elle voudrait être ingénieur en informatique. Paradoxalement, elle explique qu'auparavant elle voulait être brillante pour satisfaire ses parents, mais que maintenant elle a compris que c'était pour elle qu'elle travaillait et que donc elle ne voulait plus faire d'efforts. Le milieu familial est conflictuel : il semble y avoir une problématique conjugale sévère. La mère se présente comme une femme déprimée se montrant très revendicatrice à l'égard des médecins, parlant de mourir si on la sépare de sa fille. Elle n'a pas de profession, et fait quelques heures de ménage, ce qui lui laisse une grande disponibilité pour ses enfants. Anne a un frère de vingt ans, actuellement étudiant, et surtout une sœur jumelle V.

Anne en parle très peu... si ce n'est en la dévalorisant, la trouvant « intéressée », « C'est moi qui lui fait ses devoirs depuis le primaire ».

« Je ne la supporte plus, on devrait nous changer de classe ». Anne la décrit comme plus superficielle et plus ouverte qu'elle... En fait, elles semblent toutes les deux très peu individualisées, elles ont toujours été dans la même classe. De plus V. présente une sorte de pathologie en miroir, elle aussi a fait une tentative de suicide à la rentrée... puis une seconde après celle d'Anne, alors que celle-ci était hospitalisée et qu'un projet d'internat pour Anne avait été évoqué. La mère a refusé que V. consulte : « une cela suffit », de plus elle n'avait pas de « problème vis-à-vis de l'école ». Le père est agent technique, il semble être tenu à distance, restant en retrait de la relation mère/fille qui apparaît très forte.

L'efficacité intellectuelle est bonne, située dans la zone normale forte (WISC-R : QIV 102, QIP 117), avec une différence significative en faveur de l'épreuve de performance. Il est à noter qu'aucun ralentissement n'est apparu lors de ces épreuves d'efficacité.

L'épreuve de Rorschach montre une très grande difficulté à s'adapter à la réalité quotidienne ; cette réalité est angoissante à l'extrême et Anne se réfugie parfois dans un monde infantile très régressif. Cette angoisse massive rend difficile l'organisation de sa pensée et de sa perception de la réalité ; elle éprouve parfois un sentiment d'anéantissement devant la force de l'angoisse qui explose de manière tout à fait inadaptée, incontrôlable et imprévisible. Ceci est tellement envahissant qu'un investissement affectif d'autrui est impossible. Tout est centré sur elle-même, la préoccupation de l'image féminine est intense. Cette angoisse semble réactivée par les problèmes de l'accès à la génitalité, toutes les pulsions profondes sont vécues sur un mode angoissant qu'elle ne domine pas. Elle a certes un désir de plaire mais les relations sont vécues sur un mode si conflictuel, voire destructeur, que ce désir s'efface devant son angoisse. En dehors d'une certaine lenteur de production, aucun affect dépressif n'est apparu au test de personnalité.

Le TAT montre des thèmes dépressifs (la tristesse, la mort, le passé). Elle a un grand sentiment d'abandon. Les parents semblent eux-mêmes en proie à la tristesse et au malheur.

Aucune difficulté du langage oral ou du langage écrit n'est mise en évidence chez Anne.

Dans les antécédents d'Anne, nous pouvons constater de nombreux traits de personnalité évitante, des affects dépressifs et une forte anticipation anxieuse. Le comportement problème est ainsi identifié : refus scolaire anxieux, rupture avec sa sœur jumelle, évitement anxieux qui renforce les affects dépressifs et d'importantes difficultés avec les parents.

Concernant la prise en charge médicamenteuse, les affects dépressifs étant au premier plan (conduite suicidaire), un traitement antidépresseur a été instauré dès le début de l'hospitalisation. L'antidépresseur de première intention a été l'*Anafranil* puis, devant les effets indésirables importants de ce médicament, le *Ludiomil* a été proposé.

Dès la seconde semaine d'hospitalisation, une thérapie comportementale a été proposée, celle-ci privilégiant l'affirmation de soi.

L'analyse comportementale ou fonctionnelle est schématisée dans le tableau 8.2.

Thérapie d'affirmation de soi

Nous avons constaté chez Anne un défaut de gestion émotionnelle où la colère est l'émotion dominante pour qu'elle s'exprime. En effet, la colère a un effet désinhibiteur chez cette jeune fille lui permettant de s'exprimer par à-coups mais dont l'impact sur l'entourage est négatif. Nous avons donc établi une liste de messages qu'Anne aurait souhaité dire à sa famille et à ses amis proches. Une des situations qu'Anne a voulu travailler d'emblée a été en rapport avec sa sœur jumelle. Elle voulait lui dire de façon ferme et si possible sans colère qu'elle ne souhaitait plus partager leurs affaires, qu'elle ne voulait plus qu'elle lui demande les leçons. Nous avons fait des jeux de rôle où Anne a joué le rôle de sa sœur, elle a joué son propre rôle puis elle a observé des jeux de rôle menés par deux thérapeutes qui jouaient les deux sœurs. Anne, au début des jeux de rôle, était très véhémence, elle tenait des propos très critiques par rapport à sa sœur et se perdait dans un discours où l'agressivité

TABLEAU 8.2. Analyse comportementale ou fonctionnelle :
tableau récapitulatif

	Antécédents					Conséquents					Stratégie thérapeutique envisagée						
	Anxiété Personnalité évitante					Attaques de panique avant de se rendre en classe Retrait durant la période scolaire Tentative de suicide menant à l'hospitalisation					Affirmation de soi Désensibilisation systématique Exposition <i>in vivo</i>						
Symp- tômes											Refus scolaire anxieux						
	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Âge (ans)

dominait. On pouvait observer l'absence totale de demande qui était le premier objectif de la thérapie d'affirmation de soi (demander à sa sœur de ne plus réclamer ses affaires). Peu à peu, Anne s'est rendu compte que sa demande n'était pas clairement formulée et au bout de la septième situation de jeux de rôles, elle a pu dire d'emblée à sa sœur : « J'aimerais qu'à partir de maintenant, on ne partage plus nos affaires, cela me dérange beaucoup ». Elle restait très insatisfaite et insécure avec cette phrase qu'elle disait inefficace par rapport à la personnalité de sa sœur. Elle argumentait en disant que nous ne connaissions pas sa sœur dans son obstination et sa ténacité. Nous avons joué le rôle de la sœur obstinée et tenace comme elle la décrivait et nous avons insisté pour qu'Anne s'exerce dans la technique du « disque rayé » (répéter autant de fois qu'il le faut la même demande sans changer un mot quoi que l'interlocuteur développe comme nouvel argument). Ainsi les situations relationnelles répertoriées par Anne ont été jouées.

Le renforcement positif des progrès d'Anne a été accueilli favorablement par elle malgré ses affects dépressifs (il est souvent dit dans la littérature que les personnes déprimées ont une difficulté accrue à recevoir les renforcements positifs, nous ne l'avons pas constaté chez elle). Le façonnement de la réponse a été accepté avec difficulté par Anne, elle se mettait souvent en colère nous disant qu'à l'hôpital les choses paraissaient faciles mais qu'elle n'était pas sûre de pouvoir se comporter de façon affirmée à l'extérieur car si nous étions gentils, les gens de l'extérieur n'étaient pas forcément très compréhensifs. Nous avons également joué des situations relationnelles concernant des demandes formulées auprès des parents d'Anne. Nous avons joué le rôle de ses parents en utilisant toute la panoplie des réponses possibles : refus délicat, refus véhément, refus agressif, acceptation avec négociation, acceptation inconditionnelle, acceptation avec renforcement positif de la demande.

Désensibilisation systématique

La désensibilisation systématique a commencé par un traitement quotidien à la relaxation par la méthode de Jacobson. Anne a eu de fortes difficultés à se relaxer, se laisser aller, toutes les 3 minutes elle ouvrait les yeux et disait ne pas pouvoir se relaxer. Elle avait manifestement peur du laisser-aller musculaire et psychique. Nous avons commencé par la relaxation des bras, des épaules et du visage. Nous avons insisté tout particulièrement sur la relaxation du visage. À la troisième séance de relaxation, Anne a abandonné ses conduites de résistance et a pu se relaxer pendant 25 minutes. Un début de sensation de pesanteur vécu par elle comme agréable a été observé lors de cette troisième séance. Nous avons expliqué à Anne que le but de la désensibilisation systématique était la visualisation des situations scolaires qu'elle vivait comme

anxiogène. L'association entre la relaxation et la visualisation des situations évitées pourrait rendre possible la confrontation à ces situations sans angoisse. Nous avons expliqué qu'il s'agissait d'« apprivoiser » les situations anxiogènes.

Dans sa liste des situations scolaires anxiogènes, on pouvait noter les items suivants : aller au tableau en cours de mathématiques, lire un paragraphe en anglais, répondre faux et entendre la classe rire, poser une question considérée comme inadaptée, arriver à l'école et se sentir presque obligée de faire demi-tour, être à l'école sans pouvoir sortir et rentrer chez soi, être dans la salle de classe sans pouvoir sortir de la salle, avoir une montée d'angoisse sans pouvoir demander à aller à l'infirmerie. Nous avons travaillé item par item, Anne ayant du mal à visualiser les items suggérés par le thérapeute. Il a été convenu qu'Anne allait visualiser et décrire à voix basse mais audible ce qu'elle imaginait. Le thérapeute dans cette variante de désensibilisation systématique a pour rôle de stimuler et encourager le patient à décrire dans toute sa finesse la situation imaginée. Pour ceci, il pose des questions sur le contexte, les émotions, les réactions des autres et tous les items qui pourraient faire fluctuer l'anxiété.

Exposition in vivo (reprise progressive de la scolarité)

Anne a repris très progressivement la scolarité, elle a choisi les matières auxquelles elle voulait assister. Le principal du collège s'est montré très coopérant. Plus précisément, elle a choisi l'histoire et les sciences naturelles. Lors de la première semaine, au cours d'une première confrontation à l'école, il a été convenu avec Anne qu'une réunion avec le proviseur, le professeur principal et ses parents était nécessaire afin d'organiser son emploi du temps aménagé. Nous avons également assisté à cette réunion où nous avons insisté sur la progressivité de la reprise scolaire. Nous avons aussi défini les personnes référentes en cas de montée d'anxiété (le médecin scolaire et l'infirmière). Anne était d'abord accompagnée par l'éducatrice du service, les affects dépressifs ont régressé. L'éducatrice restait dans l'établissement pendant les heures de cours d'Anne. Nous avons discuté avec Anne sur le type de réponse qu'elle souhaitait donner aux questions des camarades concernant son hospitalisation et son retour progressif. Elle a préféré dire à ses camarades qu'elle souffrait d'une anémie, elle ne voulait pas que l'on sache qu'elle était hospitalisée dans un service de pédopsychiatrie. Ceci a été communiqué également au personnel de l'établissement scolaire. Ils ont tous été d'accord pour dire la même chose. Il a été demandé au professeur principal d'informer les professeurs sur les difficultés réelles d'Anne et de ne pas du tout les commenter. Toutes ces précautions sont nécessaires car les enfants présentant un

refus anxieux de l'école n'ont pas une source unique d'angoisse mais plusieurs inquiétudes qui sont essentiellement sociales et de performance.

Une thérapie de soutien pour les parents a été proposée pendant l'hospitalisation permettant une meilleure compréhension du désir d'autonomie naissant d'Anne.

Évolution

Anne est restée hospitalisée 2 mois {1/2}. Elle n'a repris sa scolarité à temps plein qu'un mois après sa sortie. Nous l'avons vue pour continuer le travail psychothérapeutique 2 fois par semaine. Nous avons au cours de ces séances élargi le temps de reprise scolaire. Nous n'avons pas pratiqué de relaxation. Nous avons surtout renforcé positivement les progrès et les efforts réalisés par Anne. L'estime de soi a été travaillée de façon hebdomadaire 4 mois après la reprise à temps complet de l'école. Le doute sur ses capacités lui a fait choisir des études en lycée d'enseignement professionnel alors qu'elle aurait pu faire des études longues. Elle n'a plus d'idées suicidaires, sort d'avantage, les relations avec ses parents se sont améliorées. Trois ans après, elle va régulièrement en classe.

Plan du traitement

Séances 1 à 3

Sur le plan comportemental et cognitif :

- Évaluation diagnostique.
- Évaluation de la présence d'un état dépressif majeur.
- Évaluation de la nécessité d'un traitement médicamenteux.
- Évaluation de l'anxiété sociale.
- Évaluation des habiletés sociales.
- Évaluation de l'anxiété (ECAP).
- Analyse fonctionnelle.
- Établissement de la liste de situations anxiogènes, hiérarchisation de ces situations.
- Identification du mode de déclenchement du refus scolaire, de la durée de l'absentéisme scolaire, de l'attitude des parents vis-à-vis du refus scolaire (compréhension, professeurs à domicile, tentatives de réintégration scolaire par la force, etc.).
- Explication à l'enfant et aux parents sur la pathologie, les mécanismes sous-jacents, les principes thérapeutiques.
- Élaboration du contrat thérapeutique.

Sur le plan familial :

- Explication aux parents du modèle psychopathologique et des principes thérapeutiques.
- Premières consultations en présence des parents.,

Séances 5 et 6

Sur le plan comportemental et cognitif :

- Désensibilisation systématique.
- Identification des facteurs facilitateurs et des obstacles dans l'application du traitement.

Séances 7 à 9

Sur le plan comportemental et cognitif :

- Exposition graduelle *in vivo*, durée et cours auxquels l'enfant participe choisis en fonction de la liste hiérarchisée établie avec lui. Pour les enfants hospitalisés, elle se fait à l'école au sein de l'hôpital.
- Identification des pensées anxiogènes pendant l'exposition.

Sur le plan familial :

- Si le traitement est ambulatoire, les parents accompagnent l'enfant à l'école, soit ils vont refaire le trajet de l'école, soit passer quelques minutes devant l'école, une demi-journée, etc.

Séances 10 à 12

Sur le plan comportemental et cognitif :

- Poursuite de l'exposition graduelle *in vivo*.
- Thérapie d'affirmation de soi, en groupe ou individuelle.
- Développement positif du sentiment d'estime de soi en s'appuyant sur les progrès accomplis.

Sur le plan familial :

- Une thérapie de soutien familiale est souvent proposée.

Séances 11 à 13

- Poursuite de la thérapie d'affirmation de soi.
- Réévaluation de l'anxiété de l'enfant avec d'autres outils que ceux utilisés lors de l'évaluation diagnostique.
- Discussion sur les changements constatés.
- Identification des points anxieux toujours présents.
- Programmation du suivi espacé.

Références

- American Psychiatric Association. (1987). (Ed.). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Third Edition-Revised)*. Washington.
- Berg, L., Butler, A., & McGuire, R. (1972). Birth order and family size of school phobia adolescents. *British Journal of Psychiatry*, *121*, 509–514.
- Berg, L., Nichols, K., & Pritchard, C. (1969). School phobia, its classification and relationship to dependency. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *10*, 123–141.
- Berg, L. (1974). A self-administered dependency questionnaire (S.AD.Q.) for use with mothers of school children. *British Journal of Psychiatry*, *124*, 1–9.
- Berg, L. (1980). School refusal in early adolescence. In L. Hersov & I. Berg (Eds.), *Out of school*. New York : John Wiley & Sons.
- Berg, L., Butler, A., & Hall, G. (1976). The outcome of adolescent school phobia. *British Journal of Psychiatry*, *128*, 80–85.
- Bowlby, J. (Ed.). (1973). *Attachment and loss. Vol. 11 Separation : anxiety and anger*. New York : Basic Books.
- Dugas, M., & Gueriot, C. (1973). Les phobies scolaires. *Cahiers de Médecine*, *14* (15), 1267–1272.
- Eysenck, H.J., & Rachman, S.J. (1965). The application of learning theory to child psychiatry. In J.G. Howels (Ed.), *Modern Perspectives in Child psychiatry*. Edinburgh : Oliver & Boyd.
- Jersild, A.T. (Ed.). (1968). *Child psychology*. Englewood Cliffs : N.J : Prentice Hall.
- Johnson, A.M., Falstein, E.I., Szurek, S.A., & Svendsen, M. (1941). School phobia. *American Journal of Orthopsychiatry*, *11*, 702–711.
- Last, C., & Francis, G. School Phobia. *Advances in Clinical Child Psychology*. *In Press*.
- Last, C.G., Francis, G., Hersen, M., Kazdin, A.E., & Strauss, C.C. (1987). Separation Anxiety and School Phobia: A Comparison Using DSM-III Criteria. *Am J. Psychiat.*, *144*, 653–657.
- Ollendick, T.H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behavior Research and Therapy*, *21*, 685–692.
- Ross, A.O. (Ed.). (1974). *Psychological disorders of children*. New York : McGraw-Hill Book Company.
- Seligman, M.E.P. (Ed.). (1975). *Helplessness : on depression, development and death*. San Francisco : Freedman.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., & Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*, 229–235.
- Vera, L. (1988). Anxiété sociale et troubles anxieux chez l'enfant : une étude comportementale. *Actualités Psychiatriques*, *1*, 121–124.