

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
ARIANE DOUCET

LES DIFFÉRENTS VISAGES DE LA PHOBIE SCOLAIRE CHEZ L'ENFANT

SEPTEMBRE 2011

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

Programme offert par l'Université du QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LES DIFFÉRENTS VISAGES DE LA PHOBIE SCOLAIRE CHEZ L'ENFANT

PAR
ARIANE DOUCET

Michel Bossé, directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Gilles Côté, évaluateur

Université du Québec à Trois-Rivières

Patrick Bissonnette, évaluateur externe

Commission scolaire Chemin-du-Roy

Sommaire

Le présent essai vise à enrichir la compréhension clinique de la phobie scolaire en illustrant la diversité des conflictualités recouvertes par ce syndrome. Cette préoccupation fait suite à la tendance observée en Amérique du Nord, grandement influencée par la position de l'Association psychiatrique américaine (APA) (1994), à voir une équivalence entre ce syndrome et une banale anxiété de séparation. La revue de la documentation clinique sur le sujet de cette phobie démontre toutefois que plusieurs auteurs européens soutiennent l'hypothèse d'une diversité des conflictualités présentes derrière les symptômes de phobie scolaire. Cette revue permet de présenter les données établies à date pour ce syndrome, notamment les symptômes comportementaux, les âges où se manifeste habituellement le syndrome, certains traits de caractère typiques tant chez le père que chez la mère ainsi que les théories et explications du sens des symptômes proposés par les auteurs clés ayant travaillé sur le sujet. Une illustration de la diversité des niveaux de fonctionnement dynamique sous-jacents aux symptômes est proposée; elle fait appel à trois cas cliniques. La discussion fait ressortir les principaux liens entre les aspects théoriques soulevés dans le premier chapitre et l'analyse des cas présentés dans le deuxième. La prise en compte de ces liens dans le chapitre troisième permet de dégager une perspective prometteuse pour la réalisation d'études de plus grande ampleur sur le sujet de la phobie scolaire.

Table des matières

Sommaire	iii
Remerciements	vi
Introduction	1
Chapitre I. Contexte théorique	4
Historique et évolution du concept de phobie scolaire et de sa définition	5
Tableau clinique de la phobie scolaire	7
Prévalence, épidémiologie et facteurs de risque de la phobie scolaire	10
Organisation familiale typique observée chez les phobiques scolaires	12
Pronostic/évolution des cas de phobie scolaire	14
Revue des propositions nosologiques et nosographiques de certains auteurs clés sur le sujet de la phobie scolaire	16
Synthèse et présentation de l'hypothèse de recherche	23
Hypothèse de recherche	24
Chapitre II. Illustration par des vignettes cliniques	26
Cas de Mégane, 6½ ans	28
Données anamnestiques, raison de la référence et résultats de l'évaluation	28
Analyse de la dynamique	31
Cas de Juliette, 7 ans	34
Données anamnestiques, raison de la référence et résultats de l'évaluation	34
Analyse de la dynamique	37
Cas de Sarah, 6 ans	41
Données anamnestiques, raison de la référence et résultats de l'évaluation	41

Analyse de la dynamique	44
Commentaire d'ensemble	46
Chapitre III. Discussion	47
Conclusion	51
Références	54

Remerciements

L'auteure tient à exprimer sa gratitude à son directeur, monsieur Michel Bossé, professeur retraité du département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour sa patience, son soutien et sa contribution dans la réalisation de cet essai.

Des remerciements sont également adressés à madame Danielle Brûlé, psychologue, qui a accepté de nous donner accès à ses dossiers pour que soit réalisé le deuxième chapitre de cet ouvrage.

Introduction

L'angoisse est un sentiment inné et universel. Chacun l'a déjà expérimentée à différents moments de sa vie, à différentes fréquences. Elle est majoritairement vécue, dans nos sociétés modernes, sous des formes atténuées comme le stress ou l'anxiété mais elle se présente également parfois sous des formes extrêmes, comme les phobies. Les phobies forment le groupe de troubles anxieux les plus fréquents, tant dans la population infantile que dans la population en général. Dans le présent travail, nous traiterons d'une forme particulière de phobie, forme qui se distingue des phobies classiquement observées comme les phobies spécifiques ou d'objet, les phobies sociales ou encore l'agoraphobie. Il s'agit de la phobie scolaire chez l'enfant de 5 à 10 ans.

En Amérique du Nord, nous pouvons observer, dans les milieux psychologiques et psychiatriques publics, une tendance marquée à adopter une ligne de conduite stricte, basée sur des indications fournies par la classification de l'Association psychiatrique américaine (APA), le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV, 1994). Cette orientation stipule que la phobie scolaire chez l'enfant doit être associée au niveau du diagnostic au trouble d'angoisse de séparation. Certains auteurs affirment que la phobie scolaire chez le jeune enfant est la traduction comportementale de l'angoisse de séparation (Marra, Garel, & Legendre, 1997). Toutefois, plusieurs auteurs contestent cette position en affirmant que différents tableaux correspondant à des conflits intrapsychiques distincts sont recouverts par l'appellation « phobie scolaire »

(Ajuriaguerra, 1974; Birraux, 1994; Quéré, 1984). L'objectif de cet essai est de faire un inventaire détaillé de ces positions et d'apporter une contribution au débat par la présentation de trois cas qui illustrent la présence de tableaux cliniques fort contrastés présents sous le symptôme de phobie scolaire. Celle-ci semble en effet complexe, plurifactorielle et reliée à des dynamiques distinctes, à tout le moins chez les enfants qui ont entre 5 et 10 ans.

Le présent essai est divisé en trois chapitres. Le premier propose une revue des connaissances actuelles sur le sujet de la phobie scolaire, détaillant tour à tour l'historique et l'évolution de la notion, le tableau clinique, les statistiques et facteurs de risque associés, le pronostic et l'évolution des cas, une revue des propositions nosologiques et nosographiques de certains auteurs clés dans le domaine. Au terme de cette revue, l'hypothèse de recherche est présentée. Dans le deuxième chapitre, en guise d'illustrations, sont proposés trois cas cliniques ainsi que l'analyse de leur dynamique. Le troisième chapitre présente une discussion au sujet des liens entre les informations théoriques et cliniques abordées dans le premier chapitre et les cas cliniques proposés dans le second.

Chapitre I
Contexte théorique

Historique et évolution du concept de phobie scolaire et de sa définition

Il semble que la phobie scolaire soit apparue suite à la mise en place de l'obligation de scolarité dans les grands pays occidentaux, soit vers la fin de 19^e siècle. Elle a tardé à être reconnue comme une entité clinique distincte des troubles du comportement et de la délinquance. Jung, en 1913, fut le premier à l'évoquer dans ses écrits en faisant référence à un « refus névrotique d'aller à l'école ». Dans son étude sur l'école buissonnière, Broadwin identifie en 1932 une forme particulière d'écoliers des buissons : l'enfant, pris d'une vive angoisse, revient rapidement à la maison par crainte qu'il n'arrive du mal à sa mère. Ajuriaguerra (1974), des années plus tard, raffine cette distinction en mentionnant que l'enfant aux prises avec une phobie scolaire désire aller en classe et a des ambitions scolaires, alors que celui qui fait l'école buissonnière n'aime pas l'école et préfère errer dans les rues.

En 1941, Johnson (citée dans Brandibas, & Fourasté, 2005) propose pour la première fois le terme de « phobie scolaire ». Elle souligne, par cette appellation, l'importance centrale de l'anxiété dans cette problématique. S'intéressant à la signification des symptômes observés, Estes et son équipe (cités dans Sudres, Brandibas, & Fourasté, 2004) postulent, en 1956, que l'enfant phobique scolaire ne serait pas victime de la peur de l'école mais bien de la peur de quitter sa mère, contrairement à ce qu'indiquent parfois les manifestations physiques et les verbalisations du jeune. Cet

auteur et ses collègues proposent que le cœur du conflit se situe donc au niveau de l'angoisse de séparation. À partir de cette époque, il devient de plus en plus clair pour les chercheurs et les cliniciens que la phobie scolaire ressemble davantage à un ensemble de symptômes formant un syndrome plutôt qu'à une entité clinique précise. D'ailleurs, dans plusieurs classifications des troubles mentaux, dont le DSM-IV de l'Association psychiatrique américaine (1994), on ne retrouve pas le diagnostic de phobie scolaire.

Ajuriaguerra (1974) compile, compare et analyse les travaux publiés jusqu'alors sur la phobie scolaire dans son manuel de psychiatrie de l'enfant. Il y propose sa propre définition de la phobie scolaire : « Enfants qui, pour des raisons irrationnelles, refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vive ou de panique quand on essaie de les y forcer » (Ajuriaguerra, 1974, p. 916). Cette définition reste à ce jour la plus utilisée pour définir ce syndrome. Le manuel de cet auteur, en particulier la section « L'enfant et l'école », demeure une référence incontournable, citée par plusieurs de ses contemporains étudiant la phobie scolaire, entre autres Denis (2005), Le Heuzey et Mouren (2008), Marcelli (1996) et Marra, Garel et Legendre (1997).

Plus récemment, nous observons une tendance à remplacer l'expression phobie scolaire par « refus anxieux de l'école », car cette dénomination est considérée comme plus athéorique et plus descriptive. De plus, on considère que la phobie scolaire n'est pas une phobie à proprement parler et qu'il faut éviter toute confusion avec les phobies d'objets que l'on retrouve classiquement en clinique de l'enfant. Marcelli (1996) fait

remarquer que la « classification américaine DSM (version III-R et IV (1989, 1994)) situe la phobie scolaire ou le refus anxieux de l'école soit du côté du trouble angoisse de séparation soit comme expression symptomatique d'une phobie sociale, classification qui semble surtout dépendante de l'âge. » (Marcelli, 1996, p. 466).

Tableau clinique de la phobie scolaire

Les enfants touchés par la phobie scolaire ont, en général, une intelligence normale, voire même un bon niveau intellectuel (Marra et al., 1997; Mille, 1993). Marra et al. (1997) rapportent que les fillettes et les garçons sont touchés par ce syndrome environ dans les mêmes proportions. Ils ajoutent qu'on n'observe également aucune particularité liée au niveau socio-économique ou au nombre de frères et de sœurs. Mille (1993) précise qu'à l'évaluation, les résultats des épreuves projectives ne fournissent que très peu d'éléments sur la personnalité du jeune. Il précise que les verbalisations sont en général caractérisées par la rareté des réponses affectives par rapport aux réponses formelles données.

Selon King et Berstein (cités dans Marcelli, 2009), certains âges constituent des moments clés où sont classiquement observées les manifestations de phobies scolaires. Ces moments correspondent aux phases de transition dans la vie scolaire du jeune : entrée à l'école maternelle puis au primaire (cinq à sept ans) et ensuite, aux 1^{er} et 2^e cycles du secondaire (10-11 ans et 13-15 ans). Certains auteurs, notamment Gaspard, Brandibas et Fourasté (2007), mentionnent l'existence, chez les adolescents, d'un autre

pic de fréquence des phobies scolaires qui coïncide avec l'entrée au cégep (15-17 ans). Mille (1993) affirme que la plupart des phobies scolaires surviennent dans la tranche d'âge de 8 à 13 ans, avec une fréquence maximale vers 11 ans, c'est-à-dire l'âge correspondant au passage du primaire au secondaire.

Marcelli (2009) affirme que la phobie scolaire chez l'enfant se déclenche subitement la plupart du temps. Chez les enfants, le refus anxieux de l'école survient généralement après une absence, comme, par exemple, suite à une période de vacances ou une maladie soignée à la maison. Un événement significatif particulier, comme un déménagement, le départ d'un ami, un changement d'école, de classe ou d'enseignant, la maladie ou le décès d'un proche ou du taxage dans le milieu scolaire peut tout aussi bien être un facteur déclenchant une phobie scolaire.

Marcelli (2009) ajoute qu'on observe parfois des rituels et des symptômes d'ordre obsessionnel en rapport avec la sphère scolaire (par exemple : rangement et classement des manuels scolaires, perfectionnisme dans les travaux...). Il souligne également l'occurrence importante de signes d'impulsivité, de comportements auto et hétéro-agressifs, voire même d'une relation d'emprise sadomasochique entre le jeune et le parent, habituellement la mère.

Bernstein, Hektner, Borchardt et McMillan (cités dans Denis, 2005) affirment que les trois symptômes physiologiques que l'on retrouve le plus souvent dans les cas de

phobie scolaire sont des troubles neuro-végétatifs (maux de tête, sueurs, vertiges...), gastro-intestinaux et musculaires. Gaspard et al. (2007) estiment de leur côté que les symptômes comportementaux et physiques les plus fréquemment rapportés dans les cas de phobies scolaires, en plus de l'anxiété, sont les plaintes somatiques (maux de ventre, maux de tête, nausées, vomissement, fièvre...), l'agressivité et les pleurs. Selon ces auteurs, on retrouve également, chez certains jeunes, des symptômes dépressifs et des troubles du sommeil. À cause de la variété de ses expressions et de la diversité des facteurs qui la déclenchent, la phobie scolaire n'est pas toujours aisée à diagnostiquer. Quéré (1984) propose certains critères de référence dans le but de faciliter le diagnostic : « L'angoisse, le désir impérieux de rester à la maison et l'intérêt conservé pour la scolarité constituent une triade très évocatrice de phobie scolaire devant rapidement conduire au diagnostic » (Quéré, 1984, p. 611).

Concrètement, soutient Marcelli (2009), les moments de crises ne surviennent que lorsque l'enfant est mis devant l'obligation d'aller à l'école. À ce moment, celui-ci panique, pleure, tente de se sauver, crie, implore ses parents de le laisser rester à la maison, parfois même avec agressivité. Il manifeste fréquemment les malaises physiques détaillés ci-haut. Durant ces crises, l'enfant est dans un tel état de d'anxiété qu'on ne peut le raisonner. Denis (2005) ajoute que l'on peut assister à de véritables crises de panique de la part de l'enfant. Les tentatives de persuasion, les promesses, les menaces, les punitions, la violence ou la détresse des parents sont sans effet. Tout autant que les pressions exercées pas un tiers (Mille, 1993, p. 226).

Desombre, Fournernet, Revol et De Villard (cités dans Denis, 2005) rappellent que certains symptômes peuvent apparaître également en anticipation de la situation scolaire, le dimanche soir, par exemple. Par contre, dès qu'on laisse tomber la contrainte d'aller en classe, l'enfant se calme, promet d'aller à l'école plus tard, investit ses devoirs et leçons et souvent, rattrape son retard scolaire à la maison. Il se montre coopératif, calme et raisonnable. Il tente de justifier son refus par des arguments rationnels, par exemple, ses camarades de classe se moquent de lui ou sont méchants avec lui, mais la disproportion entre ses justifications et son angoisse demeure flagrante.

Prévalence, épidémiologie et facteurs de risque de la phobie scolaire

La prévalence de ce trouble chez l'enfant est difficile à évaluer avec exactitude, entre autres pour deux raisons. Premièrement, comme le rapporte Marcelli (2009), la majorité des études s'intéressant à la phobie scolaire incluent autant les adolescents que les enfants. D'ailleurs, cet auteur souligne que cette pathologie semble plus fréquente chez les adolescents. Il estime que ce trouble représente environ 5 % des consultations en psychiatrie, enfants et adolescents confondus.

Deuxièmement, comme l'affirment Marra et al. (1997), la majorité des phobies scolaires sont de faible intensité et les jeunes qui en sont affectés ne se retrouvent pas dans les bureaux de pédopsychiatres et ne sont pas comptabilisés dans les statistiques de pédopsychiatrie. Ces cas seraient plutôt traités en médecine générale, en pédiatrie ou en psychologie. Dans leur article, ces chercheurs disent estimer que ces cas pourraient

représenter environ 80 % de tous les cas de phobie scolaire. La prévalence de ce trouble serait donc beaucoup plus élevée que l'on pense, mais sous des formes atténuées. Par ailleurs, les mêmes auteurs rapportent que la prévalence de ce trouble est estimée à 1 % dans la population des jeunes d'âge scolaire. Selon King, Ollendick et Tonge (cités dans Gaspard et al., 2007), la prévalence du trouble serait située entre 1 et 2 % de la population.

Plusieurs auteurs font remarquer l'augmentation de la fréquence des cas de refus de l'école, catégorie dont le refus anxieux de l'école fait évidemment partie (Denis, 2005; Gaspard et al., 2007; Quéré, 1984). De nos jours, l'importance que représente la réussite scolaire pour la future carrière et l'allongement de la scolarité que cette réussite implique seraient deux facteurs en jeu dans l'augmentation observée. Certains auteurs, dont Gaspard et al. (2007), proposent également que l'amélioration du dépistage de la phobie scolaire, ainsi que le rétrécissement du cercle de soutien social, doivent également être pris en compte dans l'explication de ce phénomène.

La sévérité d'expression et la gravité de la phobie scolaire sont influencées par trois facteurs principaux, soit l'âge d'apparition des symptômes, les événements entourant le déclenchement du trouble ainsi que la durée des symptômes avant qu'une aide ne soit apportée. On insiste également grandement dans la littérature clinique sur le rôle majeur des relations familiales dans le développement de ce syndrome, ainsi que sur certaines

caractéristiques de la personnalité du jeune. Ces deux derniers points seront explicités dans la prochaine section.

Étant donné l'obligation d'aller à l'école, la relation à l'objet phobique est particulièrement intense car inévitable, comparativement à plusieurs autres phobies (ex. : arachnophobie, claustrophobie...) où l'évitement est toujours possible. Selon Birraux (1994), plus on insistera (que se soit de la part des parents, du médecin, etc.) auprès de l'enfant pour qu'il se rende à l'école sans qu'on lui donne la possibilité d'élaborer psychiquement son conflit, plus grands sont les risques d'aggravation des symptômes et de passages à l'acte (somatisation, idéations suicidaires...) dans le but de faire baisser la tension psychique. Bref, la contrainte de rester en contact avec l'objet phobique et l'absence de mentalisation du conflit constituent également des facteurs de risque influents.

Organisation familiale typique observée chez les phobiques scolaires

La plupart des auteurs insistent sur le fait que les mères des enfants phobiques scolaires sont elles-mêmes la plupart du temps gravement phobiques (Ajuriaguerra, 1974; Catheline, 2007; King, & Berstein, 2001; Lebovici, 1990; Marcelli, 2009; Marra et al., 1997). S'observent chez elles, la plupart du temps, une agoraphobie et très fréquemment, une phobie sociale. Berg, Butler et Hall (cités dans Lebovici, 1990) ont démontré que le syndrome de phobie scolaire chez la fillette se transformerait ou laisserait place à une agoraphobie à l'âge adulte. Ils soulignent eux aussi la présence très

fréquente de troubles phobiques graves chez les mères d'enfants présentant une phobie scolaire.

La majorité des auteurs insistent également sur la relation de très grande dépendance pathologique entretenue inconsciemment par la mère, ainsi que sur les peurs de celle-ci qui semblent envahir et contaminer l'enfant (Ferrari, & Epelbaum, 1993; Marcelli, 2009; Quéré, 1984). Quéré (1984) insiste particulièrement sur l'existence de fantasmes agressifs inconscients, tant chez la mère que chez l'enfant, qui alimentent la relation de dépendance mutuelle en induisant des élans de soin et de prise en charge culpabilisés. D'ailleurs, ce conflit sous-jacent rendrait compte des verbalisations des jeunes phobiques scolaires concernant leur crainte qu'il n'arrive du mal à leur mère pendant leur temps passé à l'école.

Concernant le père, tous les auteurs qui l'évoquent s'accordent pour dire qu'il est fantasmatiquement absent pour l'enfant, qu'il soit mort, disparu, de personnalité effacée et introvertie ou encore discrédité par la mère. Bref, pour l'enfant, le père ne présente pas un modèle identificatoire suffisamment rassurant et solide pour servir d'étayage et contribuer au dénouement du conflit d'angoisse de séparation. Selon Marcelli (2009), la phobie scolaire « témoigne de l'effondrement de l'idéal du Moi et du narcissisme de l'enfant » (p. 528).

L'histoire de vie des jeunes phobiques scolaires est souvent banale et, dans la majorité des cas, ces enfants ne présentent aucun antécédent de problèmes psychologiques. Ils sont décrits en général comme anxieux, plutôt rigides, méfiants et présentant un besoin d'être rassurés fréquemment. On ajoute également qu'ils tiennent à leur routine, voire même à certains rituels, qu'ils sont hypersensibles, facilement blessés par une remarque, un commentaire et qu'ils ont une forte tendance à éviter les contacts sociaux ainsi que les situations inconnues et appréhendées comme menaçantes. Leur humeur et leur personnalité sont caractérisées par la présence d'affects dépressifs, une pauvre estime de soi ainsi qu'un manque de confiance en soi, ce qui est à mettre en relation avec l'individuation conflictuelle. Ferrari et Epelbaum (1993) font remarquer que toutes ces caractéristiques contribuent à accentuer ou à maintenir la dépendance du jeune à l'endroit de son environnement.

Pronostic/évolution des cas de phobie scolaire

Le principal écueil de la phobie scolaire pour le jeune est la déscolarisation; celle-ci entraîne plusieurs conséquences négatives qui contribuent à la gravité de ce syndrome. Denis (2005) souligne que l'absence de l'école provoque bien souvent chez le jeune un sentiment d'isolement social et affectif, ainsi qu'une réelle marginalisation, conduisant souvent à la perte de son réseau social. Cet appauvrissement social entraîne l'émergence d'affects dépressifs, une baisse de l'estime de soi, une aggravation des troubles anxieux, voire même une décompensation, des idéations ou un passage à l'acte suicidaire. De plus, l'équilibre de la famille s'en retrouve évidemment complètement bouleversé.

Le pronostic et l'évolution des cas de phobie scolaire dépendent d'abord et avant tout de deux facteurs majeurs : la structure de personnalité sous-jacente du jeune ainsi que la dynamique et les conflits familiaux (Marcelli, 2009). Cet auteur affirme qu'il y aurait trois types différents d'évolution, chacun regroupant environ un tiers des jeunes phobiques scolaires. Les sujets du premier groupe (30-50 % selon Marcelli, 2009) verraient leurs symptômes se résorber; ils auraient la capacité de surmonter cette crise, de réintégrer l'école et de reprendre une vie normale. Les sujets du deuxième tiers (environ 30 % selon Marcelli, 2009) conserveraient des traits de névroses (anxiété, méfiance, craintes, etc.) et pourraient voir ressurgir des symptômes atténués de phobie scolaire; leur insertion sociale serait cependant suffisante pour permettre le maintien d'un certain équilibre. Les sujets du dernier tiers (20-30 % selon Marcelli) ne parviendraient pas à surmonter le syndrome; ils resteraient dès lors en grande difficulté, tant au plan scolaire que social.

Dans les cas où la famille considère la poursuite de la scolarité du jeune à la maison comme une option satisfaisante, ces accommodements se révèlent souvent insatisfaisants pour tous après un temps, surtout en l'absence de travail d'élaboration et de mentalisation des conflits psychiques (Ferrari, & Epelbaum, 1993). Rester à la maison permet d'éviter au jeune de ressentir l'angoisse qui le torturait à l'école. Toutefois, ces derniers auteurs affirment que la culpabilité et l'angoisse du jeune, au lieu de disparaître, se manifesteront autrement, sous la forme d'une humeur labile, de comportements agressifs, de régression, de tentatives de contrôle de son environnement par des

revendications affectives, des symptômes d'hypocondrie, etc. Bref, il y aura déplacement des symptômes, non pas rétablissement et dénouement du conflit; l'équilibre du jeune restera donc fragile, voire même précaire.

Revue des propositions nosologiques et nosographiques de certains auteurs clés sur le sujet de la phobie scolaire

La classification DSM-IV de l'Association psychiatrique américaine (1994) associe la phobie scolaire soit au diagnostic de trouble d'anxiété de séparation (voir le DSM-IV section « Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence ») soit à celui d'agoraphobie (voir le DSM-IV section « Troubles anxieux »). Le diagnostic différentiel est basé sur l'âge du jeune, tout dépendant si l'enfant est âgé de moins de 9 ans (âge principalement associé à l'angoisse de séparation) ou en préadolescence (âge principalement associé à l'agoraphobie). La concordance des critères diagnostiques avec les comportements et verbalisations manifestés par celui-ci est aussi prise en compte. La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA-R 2000) définit, quant à elle, la phobie scolaire comme une entité diagnostique à part entière faisant partie de la section « Troubles des conduites et des comportements ».

Marra et al. (1997) affirment de leur côté que « l'anxiété de séparation correspond cliniquement à la description de la phobie scolaire chez le jeune enfant alors que, pour les plus âgés, il s'agit souvent d'agoraphobie » (p. 574). Ces auteurs précisent également

que si l'enfant souffrant de phobie scolaire ne correspond ni aux critères d'anxiété de séparation ni d'agoraphobie, on peut envisager le diagnostic d'un autre trouble anxieux qui s'approcherait davantage des comportements dysfonctionnels de l'enfant, comme le trouble de phobie sociale, d'anxiété généralisée, le trouble du type panique ou le trouble de l'évitement.

Marra et al. (1997) précisent qu'il est primordial, avant de débiter le traitement, de s'assurer que les symptômes observés ou rapportés sont la conséquence du refus scolaire anxieux et non pas d'un trouble organique. Pour cela, ils recommandent d'abord une évaluation médicale rigoureuse permettant d'éliminer toute pathologie organique comme cause des symptômes. Lorsque le diagnostic est confirmé, ils proposent, comme méthode d'intervention aux parents et à l'école, d'adopter une attitude ferme et rassurante. Ils assurent que cela suffit bien souvent à régler la situation. Si les difficultés persistent, ils affirment qu'une évaluation psychiatrique s'impose alors pour éviter la chronicisation du trouble. Habituellement, le traitement privilégié par les psychiatres nord-américains pour les troubles anxieux est la pharmacothérapie, dans le but de contrôler les symptômes d'anxiété et ainsi favoriser la réintégration scolaire.

Sperling (1972) propose dans ses travaux quatre types de phobie scolaire. Elle les regroupe en fonction de leur durée dans le temps, selon leur caractère aigu ou chronique ainsi qu'en tenant compte du facteur de déclenchement (traumatique ou induit). Elle croit que la phobie scolaire est toujours signe de névrose phobique chez l'enfant. Plus

exactement, il s'agirait selon elle d'une fixation au stade anal, liée aux enjeux de contrôle et de séparation, témoignant d'un narcissisme défaillant et alimentant une grande ambivalence chez l'enfant. Sperling précise qu'on observerait chez ces jeunes un recours aux fantasmes d'omnipotence comme tentative de compenser une pauvre estime de soi. Toutefois, ses travaux ne semblent pas garder leur caractère d'actualité puisqu'ils sont peu cités par les auteurs contemporains qui s'intéressent à la phobie scolaire.

Lebovici et Le Nestour (1977) affirment, quant à eux, que la phobie scolaire est le résultat d'une névrose trop peu élaborée. Ils expliquent que cette structure névrotique est trop fragile et trop peu mentalisée pour assurer une protection contre l'agir, incarné dans le refus scolaire. Ce syndrome se situerait, selon eux, aux frontières du passage à l'acte, d'une phobie de type claustrophobique et d'une angoisse de séparation mal résolue dont l'enfant se défend toujours malgré l'émergence névrotique.

Nous avons vu que des auteurs et institutions associent la phobie scolaire à certaines dynamiques ou conflits particuliers, que ce soit l'angoisse de séparation ou la névrose. Toutefois, d'autres auteurs décrivent depuis un certain temps déjà différents tableaux de phobie scolaire observés au cours de leurs recherches ou de leur expérience clinique. La plupart des auteurs français signalent qu'il est réducteur et possiblement erroné de conclure à une équivalence entre la phobie scolaire et l'angoisse de séparation (Ajuriaguerra, 1982; Birraux, 1994; Marcelli, 2009; Quéré, 1984; Sudres, Brandibas, &

Fourasté, 2004). Voyons plus en détails les différentes hypothèses explicatives avancées par ceux-ci.

Ajuriaguerra (1982) affirme que : « La plupart des (...) auteurs estiment que la phobie scolaire est un symptôme situé au carrefour d'organisations au potentiel évolutif variable » (p. 413). Il décrit plusieurs types de tableaux cliniques de phobiques scolaires recourant pour les uns à des défenses névrotiques, réactionnelles et dépressives, pour certains autres et à l'occasion, prépsychotiques. Nous pouvons déduire de ces explications qu'il fait référence respectivement aux niveaux de fonctionnement œdipien, limite de bas niveau (anaclitique) et psychotique.

Quéré (1984) souligne avec justesse que la scolarisation est symboliquement équivalente, de façon consciente ou inconsciente, à une démarche d'autonomisation, de renforcement de l'indépendance pour tout jeune. Parallèlement, l'auteur soutient que lors du séjour du jeune malade à la maison, une reviviscence du lien de dépendance mère-enfant, lien partiellement irrésolu chez les deux membres de la dyade, peut survenir et ainsi favoriser la réémergence de l'angoisse de séparation dans une telle situation.

Quéré (1984), s'appuyant entre autres sur l'article de Coolidge, Hahn et Peck (cité dans Quéré, 1984), identifie deux groupes distincts de phobie scolaire. Le premier groupe est formé pratiquement exclusivement de jeunes filles âgées de 5 à 8 ans dont le

début de la phobie scolaire est aigu et dramatique. On observe chez ces sujets un changement marqué dans leur tempérament : celui-ci jadis coopérant, doux et joyeux, devient subitement anxieux, souffrant et déprimé. Le deuxième groupe inclut des garçons et des filles plus âgés, principalement des préadolescents et des adolescents. Dans leur cas, le début des symptômes est le plus souvent insidieux, pouvant être précédé de troubles phobiques ou d'autre nature. Pour eux, la phobie scolaire paraît être le point culminant de toutes les pathologies ou fixations antérieures accumulées selon l'auteur.

Birraux (1994) adopte une position qui va dans la même direction. Elle souligne que plusieurs types de conflits peuvent se cacher derrière les symptômes de phobie scolaire. Elle identifie trois conflits psychiques, de nature distincte, se manifestant sous la forme d'une phobie scolaire et correspondant à trois différents stades évolutifs de maturation du niveau de fonctionnement affectif du jeune soit l'anaclitique, le phallique-narcissique et l'œdipien. L'auteur détaille la dynamique et le vécu intrapsychique inhérent à chacun de ces conflits. Dans le cas des fonctionnements anaclitiques, la scolarisation est perçue par le jeune comme une séparation insoutenable de l'objet maternel, mettant en péril le lien d'attachement semi-fusionnel et faisant monter une angoisse d'abandon envahissante et ingérable. La relation à l'objet maternel est vécue de façon méfiante, non sécurisante, partielle et inconsistante. Dans le cas de fixations au stade phallique-narcissique, l'école représente une situation de performance de la pensée menaçant l'intégrité du Moi-idéal et entravant le déploiement narcissique. Toutefois, mentionnons

qu'une prédominance des aspects narcissiques et identitaires au cœur du conflit à l'origine des symptômes phobiques est observée majoritairement dans la population adolescente bien que ces éléments peuvent également être observés chez les enfants. Des éléments d'identité confuse, de faible estime de soi et de faible confiance en soi font fréquemment parti du tableau clinique chez les enfants de 6 à 10 ans, sans que ces aspects ne soient au premier plan.

Toujours selon Birraux, les conflictualités œdipiennes affectent majoritairement les fillettes, étant donné la configuration familiale typique. Dans ces cas, il y a déplacement symbolique du désir culpabilisé du père, objet de la pulsion conflictuelle, sur l'école. L'école devient donc l'objet désiré mais angoissant pour la jeune fille, qui craint un mouvement agressif et rejetant de sa mère et possiblement du père également (angoisse de castration) face à son désir de conquête. Mais la principale source du refus de l'école se situe au niveau du désir de contrôle de la vie et de la mort de l'objet maternel pour accéder à l'objet de sa pulsion, le père. Ces pulsions sont vécues par la fillette de façon très culpabilisée et la séparation d'avec la mère est donc hautement anxiogène, la fillette craignant que ses fantasmes agressifs inconscients ne se réalisent et qu'il n'arrive réellement quelque chose de malheureux à sa mère si elle n'est pas là pour veiller sur celle-ci. Selon Birraux, on observe fréquemment que c'est cette angoisse envahissante qui est à l'origine du refus scolaire dans ce type de conflictualité.

Birraux souligne, par ailleurs, que tous les enfants manifestant une phobie scolaire démontrent des difficultés plus ou moins graves d'accession à l'autonomie, à la capacité d'être seul, à l'indépendance, sans que ces caractéristiques ne soient liées à un niveau de fonctionnement ou une conflictualité précise. Elle souligne que la principale caractéristique du symptôme est l'incapacité ou l'interdit de représentation d'un contenu psychique menaçant l'intégrité du Moi. En bref, il s'agirait de l'évitement de la pensée par la mise en acte, ces agirs prenant la forme d'une anxiété débordante, de panique, de refus de se rendre sur le lieu scolaire, lieu où l'on exige de penser et de s'autonomiser. Cette explication implique donc que l'enfant ou l'adolescent phobique scolaire reçoive le message inconscient qu'il est interdit de s'autonomiser, de s'éloigner du milieu familial car quelqu'un risque d'en souffrir ou d'en mourir. Aussi décrit-elle la phobie scolaire comme une régression au service du Moi qui cherche une satisfaction, un soulagement de l'angoisse. Selon elle, le phobique scolaire ferait un « choix de fonctionnement autoérotique de la pensée, une mise à l'abri de ses contenus, hors confrontation » (Birraux, 1994, p.212).

Les données qui ont été présentées jusqu'ici plaident en faveur d'une position de prudence face aux différentes hypothèses nosologiques et nosographiques existantes ainsi que l'absence de consensus concernant le diagnostic. Sudres, Brandibas et Fourasté (2004) mettent en garde les cliniciens et chercheurs au sujet de glissements nosographiques et de confusion de diagnostics. Ils soutiennent que les troubles d'apprentissage et les difficultés de performance scolaire pouvant mener à un refus

scolaire par désintérêt et perte de motivation scolaire sont parfois confondus avec la phobie scolaire; dans le cas de celle-ci, on observe un refus scolaire certes, mais avec maintien de la motivation pour les études. Ces auteurs rappellent l'importance primordiale d'une bonne évaluation et d'un bon diagnostic pour bien établir les besoins du jeune, le projet thérapeutique ainsi que les perspectives pronostiques.

Bernardi (1998) recommande de s'assurer d'évaluer et de tenir compte des points suivants pour s'assurer d'une évaluation complète pour bien rendre compte de la nosographie du trouble : préciser le niveau d'anxiété (castration / séparation / morcellement), cerner les relations d'objet d'où émane le conflit psychique, évaluer la capacité d'individuation, d'autonomisation du jeune, sa capacité à s'approprier son milieu environnant, l'élaboration de sa pensée et de sa personnalité ainsi que son image de soi précédant et suivant le déclenchement du syndrome. De plus, il propose de replacer et de penser le trouble à l'intérieur de la dynamique, de l'histoire et des conflits familiaux tels que vécus et rapportés en séance par les membres de la famille. Il donne une importance primordiale au fait de tenir compte de la réalité psychique de chaque individu ainsi que de son impact sur la dynamique familiale et sa fonction au sein de celle-ci.

Synthèse et présentation de l'hypothèse de recherche

La phobie scolaire a tardé à être reconnue comme une entité clinique distincte des troubles du comportement et de la délinquance mais elle s'impose de plus en plus

comme un syndrome méritant l'attention. Bien que la prévalence de ce trouble soit faible, le nombre des études sur le sujet augmente peu à peu, tant du côté européen qu'américain. Les symptômes sont de mieux en mieux documentés; certains âges ont été identifiés comme des moments clés où sont classiquement observées les manifestations de phobies scolaires. Aussi souligne-t-on l'influence de certains traits typiques chez la mère et le père du jeune phobique scolaire. Par contre, le pronostic reste pourtant relativement réservé dans la plupart des cas, avec une prolongation de certains symptômes, sinon de tous pour les deux tiers d'entre eux. Cette donnée dresse un portrait plutôt préoccupant de la situation et de l'avenir des jeunes phobiques scolaire. Plusieurs auteurs à travers le monde ont tenté d'expliquer le sens des symptômes observés, dans le but de les traiter plus efficacement, mais il n'existe à date aucun consensus à ce sujet. Il est par contre évident qu'en Amérique du Nord, les lignes directrices de l'Association psychiatrique américaine (1994), sur lesquelles se basent la majorité des professionnels œuvrant dans les services publics, associent la phobie scolaire au diagnostic de trouble d'anxiété de séparation pour les enfants âgés de 6 à 10 ans. La présente recherche propose une vision plus élargie et plus précise de ce syndrome.

Hypothèse de recherche

Le symptôme de phobie scolaire ne correspond pas qu'à un seul type de dynamique psychique, que ce soit l'angoisse de séparation, caractéristique du niveau de fonctionnement anaclitique ou l'angoisse de castration, caractéristique d'un mode de

fonctionnement œdipien. La phobie scolaire peut découler aussi bien de fixations à l'anaclitisme que d'une exacerbation du conflit œdipien.

Chapitre II
Illustration par des vignettes cliniques

Nous avons tenté jusqu'ici de débusquer et d'expliciter le sens et la nature des symptômes manifestés par les jeunes souffrant de phobie scolaire en nous appuyant sur ce que propose la revue des auteurs principaux sur le sujet. Nous souhaitons maintenant illustrer, par quelques vignettes cliniques brèves, la relative diversité des dynamiques qui se cachent derrière ces symptômes. Il s'agira là d'une contribution de nature uniquement exploratoire, basée sur l'analyse de quelques cas de phobie scolaire rencontrés en clinique infantile. Nous n'entendons pas faire ici la preuve du bien-fondé de notre hypothèse mais plutôt, bien humblement, soutenir et expliciter davantage notre position par ces observations cliniques. Toutes les informations nominatives concernant ces cas ont été modifiées afin de préserver la confidentialité des personnes impliquées. Le diagnostic proposé dans l'analyse de la dynamique a été posé de manière consensuelle par une équipe de deux cliniciens d'expérience madame Danielle Brûlé, psychologue, et monsieur Michel Bossé, formateur et superviseur; ce diagnostic a, dans la plupart des cas, été confirmé par le contenu des séances subséquentes ainsi que par l'évolution des cas au cours de la thérapie qui a suivi.

Cas de Mégane, 6½ ans

Données anamnestiques, raison de la référence et résultats de l'évaluation

Mégane grandit dans une famille nucléaire; elle a un grand frère de neuf ans. Ses deux parents ont un emploi à temps plein. Le père est plutôt absent de la maison durant la semaine dû à son horaire de travail. Mégane étudie en première année à l'école de son quartier et elle serait première de classe. Elle est décrite comme une enfant douce, calme et d'intelligence vive. Elle a connu un développement banal, sans difficulté ni événement négatif d'importance. Jusqu'à tout récemment, tout se passait bien pour elle, tant à la maison qu'à l'école. L'entrée à la maternelle s'est bien déroulée; Mégane s'est bien intégrée, fonctionnant bien et aimant l'école.

Depuis un mois, la fillette poserait des questions récurrentes à propos de la mort, exprimerait la peur qu'elle-même ou que sa mère ne meure. Avant le déclenchement des symptômes, l'enseignante titulaire aurait parlé de la mort de Jésus en classe. Depuis ce temps, la fillette ne veut plus aller à l'école, dit ne plus aimer son enseignante, ne tolère pas d'être séparée de sa mère, même si elle continue de bien fonctionner lorsqu'elle est en classe. Lorsqu'une remplaçante assume la classe, Mégane accepte d'y aller sans problème. Chacun des parents viendrait d'une famille catholique pratiquante. Mégane poserait beaucoup de questions sur ce sujet à son père ; celui-ci refuserait de révéler à sa femme ce qu'il a dit à leur fille. Mégane dirait ne pas aimer les réponses de son père mais continuerait tout de même à lui poser des questions. La fillette confiera qu'elle n'a pas trouvé une activité qu'elle aime partager avec son père.

Tout éloignement de la mère entraîne de fortes réactions d'angoisse chez Mégane. Son grand frère souffrirait également de troubles anxieux et aurait encore plus de difficulté à se détacher de la mère. À chaque jour d'école, la fillette dit avoir des douleurs au ventre, argumente et pleure pour ne pas quitter la maison, de peur que l'enseignante ne réaborde le sujet de Jésus. Le refus de l'école est clairement lié au sujet de la mort de Jésus et semble aussi se généraliser car elle craint également de mourir comme Terry Fox et les gens qui n'ont pas écouté Noé durant le déluge. De plus, Mégane refuserait d'aller à l'église et d'entendre parler de Jésus à la maison, sauf lorsqu'elle questionne son père. La fillette rapporte avoir dans sa tête des mauvaises pensées à propos de Jésus. Selon les parents, il s'agirait de sa première confrontation à la réalité de la mort et de la perte.

La mère se décrit comme quelqu'un d'angoissée, préférant rester à la maison et ayant beaucoup de difficulté avec les séparations, entre autres celles avec ses propres parents. Elle manifeste, en séance et dans son discours, de forts traits d'évitement, d'accrochage anxieux à sa fille, de rigidité et de contrôle. La gestion de son niveau d'anxiété aurait par le passé nécessité des consultations psychiatriques et psychologiques ainsi que de la médication. Madame prendrait toujours en ce moment une médication anxiolytique. Elle rapporte se consacrer corps et âme à ses enfants et reconnaît avoir de la difficulté à se séparer d'eux, allant jusqu'à décrire comme fusionnelle la relation qu'elle a avec eux. Elle indique que ses enfants s'endorment dans le lit parental. Elle se couche entre les deux jusqu'à ce qu'ils s'endorment. Avant de s'endormir, elle leur ferait

une croix sur le front en leur disant que Jésus veille sur eux. Le père est décrit comme quelqu'un d'effacé, qui n'a pas su prendre sa place, qui reste en arrière plan par rapport à la mère, celle-ci se positionnant comme le chef de la famille. Dans sa relation à sa fille, il se comporterait plutôt comme un ami et n'imposerait pas de limite.

Les productions données dans les épreuves projectives livrent des indices tout à fait révélateurs de la dynamique psychique qui se profile derrière les symptômes. Par exemple, le dessin libre est composé d'un papillon, et d'une fleur. Le papillon est une jeune fille de 10 ans, expliquera Mégane; il s'agit de toute évidence de son support identitaire. Quant à la fleur, il s'agit d'un « garçon adulte », ce qui laisse penser qu'il pourrait s'agir du père. À la planche 6 du Children Apperception Test (CAT), la fillette décrit un ours (figure plus jeune devant la grotte) qui se couche avec son papa. Il se réveille car il a entendu un bruit. À la fin de l'histoire, elle mentionne que la maman (3^e personnage) s'endort aussi. Il est tout à fait logique de penser que Mégane se cache derrière le personnage de l'ours plus jeune. Dans le dessin de la famille, elle se dessine à gauche avec son frère et son chien, la mère étant dessinée complètement à droite. La fillette dessine finalement son père en train de ramasser des fleurs au centre de la feuille, une fleur dans chaque main, pointant pour l'une dans la direction du personnage figurant Mégane et pour l'autre, dans la direction de la mère. Finalement, les réponses aux planches 5, 8 et 9 du CAT, ainsi que les productions du jeu libre, représentent toutes une scène de partage d'une activité plaisante en famille, incluant bien sûr le père et Mégane elle-même. Le reste des réponses sont plutôt descriptives et succinctes ou évasives.

Analyse de la dynamique

Le refus scolaire manifesté par Mégane est incompatible avec une angoisse de séparation, contrairement à l'orientation présente de l'Association psychiatrique américaine (APA) et du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) qui proposent qu'en fonction de son jeune âge, il s'agirait d'une angoisse de séparation pathologique. Cette jeune fille est manifestement en plein conflit œdipien. Les renseignements sur le châtiment et la mort de Jésus ont exacerbé son angoisse de castration. Plus ou moins consciemment, Mégane a souhaité l'éloignement, voire la disparition de sa mère pour hériter de sa place auprès du père. Toutefois, ce désir suscite énormément de culpabilité car elle craint que cela n'arrive réellement. En effet, Mégane aime sa mère et envisager de vivre sans elle l'emplit d'une angoisse intolérable et ce, malgré son désir ardent d'avoir le père pour elle seule. La crainte que son désir ne soit découvert par la mère et que cette dernière la punisse exacerbe d'autant plus l'anxiété de Mégane.

La routine du coucher laisse présager que le sujet de Jésus est fortement associé à la mère, puisqu'en réalité, c'est celle-ci qui voit à la mise au lit des enfants et aux bonnes conditions de leur endormissement. Par l'imposition d'un signe, elle leur laisse même entendre que Jésus veille sur eux quand ils dorment. Ainsi, on peut entrevoir pourquoi l'histoire de la mort de Jésus a fortement stimulé la peur que son désir d'évincer sa mère n'arrive réellement. Il importe de noter par ailleurs que le fait d'autoriser Mégane et son frère à s'endormir dans le lit parental représente un acquiescement inconscient de la

mère au désir de conquête œdipienne de ses deux enfants (conquête du père pour la fille et conquête de la mère pour le garçon).

De plus, Mégane utilise le sujet de la vie et de la mort de Jésus pour avoir un rapport privilégié, un rapport de séduction avec le père. Elle vit vraisemblablement ces échanges avec lui sur le sujet de la mort de Jésus comme si, symboliquement, il s'agissait de la mort de la mère. Lorsqu'elle dit ne pas aimer les réponses que son père lui donne, elle manifeste la culpabilité ressentie face à la mère suite à ces échanges et elle tente de camoufler le plaisir que ceux-ci lui procurent. L'intensité de ses sentiments est accrue par le fait que le père semble répondre positivement à son désir de conquête, entre autres choses, en cachant à la mère le contenu des conversations qu'il a avec elle à propos de Jésus et en ne lui imposant pas d'autorité, se positionnant plutôt en égal à elle.

Le nombre restreint d'indices traduisant la présence du conflit œdipien dans les réponses de Mégane aux tests projectifs peut s'expliquer en partie par l'intensité de l'angoisse de castration. Il y a tout de même des indices particulièrement éloquentes : le désir d'écartier la mère et de conquérir le père est décelable dans certaines réponses malgré l'inhibition ou le refoulement dont la fillette fait preuve. Par exemple, dans le dessin libre (le papillon et la fleur), la fillette mentionnera que le papillon voulait voir la fleur et qu'il a réussi à mieux la voir parce que le soleil l'a éclairée. Cela traduit son grand désir romantique d'une relation tout à fait privilégiée avec le père. De plus, le

climat de bonheur émanant des verbalisations de la fillette témoigne de son désir d'un grand amour entre elle et le père.

Il faut se rappeler en outre qu'à la planche 6 du CAT, la présence du troisième personnage (la maman) n'est mentionnée que très brièvement, à la fin de l'histoire. On peut y voir une manifestation de la culpabilité de la part de Mégane : elle se rappelle à l'ordre après avoir manifesté son désir d'une relation privilégiée et exclusive avec le père en réinstallant la mère près de celui-ci. Par ailleurs, plusieurs autres réponses au CAT (planche 5, 8 et 9), ainsi que les productions du jeu libre, trahissent à leur manière le désir d'un rapproché libidinal intense avec le père par le partage d'une activité plaisante avec lui, ce désir étant masqué par la caractéristique familiale de l'activité. Dans le dessin de la famille, enfin, la fillette dessine son père en train de ramasser des fleurs au centre de la feuille; celui-ci tient une fleur dans chaque main; en vertu de leur orientation, ces fleurs semblent destinées à la mère, pour l'une, et à elle-même, pour l'autre. Mégane se bornera à dire que le père ramasse des fleurs pour lui-même, tentant de camoufler ainsi son désir que le père ne le fasse que pour elle.

Étant donné la convergence des indices venant de l'anamnèse et des résultats aux tests projectifs comme nous venons de l'illustrer ci-dessus, les cliniciens ont conclu que les symptômes manifestés par Mégane (i.e. notamment l'angoisse, le refus de l'école, le refus de quitter la mère, les préoccupations sur la mort et la crainte qu'elle ou sa mère ne

meure) étaient la traduction de la culpabilité envahissante, autrement dit d'une angoisse de castration très intense.

La psychothérapie de Mégane a pris en compte le niveau œdipien du conflit, ce qui a permis d'attaquer les conditions qui exacerbaient cette angoisse de castration, notamment la séduction inconsciente du père ainsi que l'acceptation inconsciente de la mère; le désir de conquête amoureuse de Mégane, le manque de limite et d'autorité manifesté par le père, le flou entourant la différenciation des générations entre le père et sa fille, l'équivalence symbolique de Jésus et de la mère pour Mégane ainsi que l'anxiété contagieuse de la mère sur Mégane ont également pu être abordés et neutralisés au niveau de leurs effets sur le conflit soit dans la psychothérapie elle-même, soit dans les rencontres avec les parents. Les symptômes ont donc pu être levés après une psychothérapie de quelques séances.

Cas de Juliette, 7 ans

Données anamnestiques, raison de la référence et résultats de l'évaluation

La mère de Juliette a quitté le père peu de temps après sa naissance car il était violent envers elle et ne supportait pas l'enfant. Lorsque Juliette a eu deux ans, le père a obtenu, à sa demande, une garde de trois fins de semaine sur quatre. Juliette refusait d'y aller et faisait des crises telles qu'elle se rendait au bord de l'évanouissement. Cela a duré plusieurs années. Le père est toujours colérique. Il a fait une crise de colère devant

Juliette quelques mois avant la présente consultation. Depuis cet événement, la fillette refuse à nouveau de retourner chez lui. Elle affirme avoir peur qu'il se remette en colère.

Notons que vers l'âge de 2-3 jusqu'à 5 ans, à quelques reprises, Juliette aurait pointé sa vulve à sa mère en affirmant que son père lui avait fait mal et qu'il aurait mis sa bouche dessus. Elle a commencé à faire des cauchemars à la même époque. Encore actuellement, elle dort avec sa mère ou va la rejoindre dans son lit pendant la nuit. Madame souffre elle-même de phobie sociale et de claustrophobie. Elle relie le déclenchement de ses peurs aux épisodes de violence du père à son égard.

Juliette a eu un développement normal au plan de l'acquisition du langage, de la marche et de la propreté. De 4 à 5 ans, madame l'a mise en garderie une journée par semaine; la séparation était toujours difficile : l'enfant désirait rester avec sa mère. L'entrée en maternelle a également été difficile sur ce plan; en fait, la fillette n'aurait jamais aimé l'école et aurait toujours réclamé de rester à la maison avec sa mère. La direction de l'école aurait fortement insisté auprès de madame pour qu'elle assure la fréquentation scolaire de Juliette ; selon madame, elle aurait menacé d'impliquer le Département de la Protection de la Jeunesse au dossier de sa fille pour cause de non-fréquentation scolaire et elle aurait voulu aller chercher l'enfant de force à la maison. On aurait également incité la fillette à réprimer ses émotions en classe.

Depuis mai dernier, la mère aurait retiré sa fille de l'école en raison d'une accentuation phénoménale de ses symptômes : maux de ventre importants, nausées, vomissements, étourdissements et saignements de nez avant d'aller ou en anticipation d'aller à l'école. Au cours de cette année, elle aurait eu un professeur sévère qui aurait frappé sur son bureau, ce qui l'aurait effrayée. Elle a commencé à développer des retards d'apprentissage et d'autres symptômes tels que pertes de mémoire, difficulté d'attention, dévalorisation et peur des évaluations.

Juliette aurait également des difficultés au niveau social; elle n'aurait pas d'amis à l'école et ses camarades lui diraient des mots méchants. Elle dit vouloir mourir lorsqu'elle pense à tous ses problèmes. Elle ajoute vouloir rester à la maison avec ses animaux et ne pas vouloir guérir et retourner à l'école. Depuis l'été, bien qu'elle soit maintenue en dehors du milieu scolaire, son refus scolaire a commencé à se généraliser et prendre la forme d'un refus social : elle refuse dorénavant de se rendre dans certains endroits où il y a des familles, comme la plage et le parc.

Au niveau des résultats aux tests projectifs, plusieurs indices laissent entrevoir une forte dépendance à la mère. Dans le dessin libre, une jument immense occupe presque tout l'espace avec, entre ses pattes, une pouliche. Elle propose à celle-ci d'aller trotter; elle la nourrit de son lait. Dans le dessin Maison-Arbre-Personnage(s), la maison est appuyée sur le bord inférieur de la page, vers le centre gauche; l'arbre est à gauche; puis il y a un personnage à droite, une figure maternelle, la grand-mère. Dans le dessin de la

famille, les personnages sont dessinés rapidement, sans visage, sans cheveux, sans détails, sans pieds ni mains. Dans le dessin des deux monstres, il y en a un à gauche plus grand et plus fort (une fille de 8 ans) et un à droite qui peut voler (un garçon de 5 ans). Dans ses verbalisations, elle introduit la mère du grand monstre et la décrit comme étant « la plus géante et puissante de toutes les mères ». Lorsqu'on la questionne à propos de ses cauchemars, elle évoque qu'on détourne sa mère d'elle ou qu'on la lui dérobe brutalement.

Analyse de la dynamique

Le refus scolaire manifesté par Juliette est compatible avec une angoisse de séparation pathologique, comme le propose l'APA et le DSM-IV. Effectivement, il est manifeste que Juliette craint de quitter le monde protecteur de sa mère. Elle vit à son égard une relation de dépendance et un refus d'éloignement auquel la mère semble l'inciter inconsciemment, entre autres choses en se montrant très tolérante face à son refus scolaire. Les comportements violents et possiblement abusifs du père compliquent sérieusement le désir de la fillette d'aller passer du temps avec lui et de s'éloigner ainsi de sa mère en toute sécurité. De plus, les propres difficultés d'interactions sociales de la mère, que Juliette ne manque pas de remarquer, raffermissent son idée que le fait de s'éloigner de la maison et de sa mère, c'est se mettre en danger et mettre cette dernière en danger.

Toutefois, Juliette semble également aux prises avec un désir ambivalent : devenir grande ou rester petite? Elle n'est pas sans ressentir inconsciemment que le fait de rester ainsi à la maison représente une grave entrave à son développement. Toutefois, elle semble pour l'instant se vivre comme une toute-petite qui a absolument besoin des conseils et de la protection de la mère et qui n'est pas en mesure de devenir grande.

Au niveau des productions projectives, les épreuves graphiques, nous l'avons vu, sont riches en informations. La prédominance de l'anaclitisme, caractérisée principalement par une relation de dépendance à l'objet maternel, se fait sentir dans l'ensemble des productions graphiques de la fillette. Les verbalisations de Juliette autour du dessin libre (la jument et son bébé) illustrent bien sa représentation idéalisée de son mode de relation, la jument autorisant et guidant chaque action de son bébé en même temps qu'elle le protège de tout son corps.

Dans le dessin Maison-Arbre-Personnage(s), le fait que la maison soit appuyée sur le bord inférieur de la page trahit la présence de sentiments d'insécurité en lien avec la mère car cet élément se situant dans la partie reconnue comme reliée au maternel (à gauche de la page). Les cauchemars rapportés traduisent également la dépendance qu'elle ressent envers la mère ainsi que l'angoisse d'en être privée voire même d'en être détachée brutalement, cette figure étant pour elle vitale et sécurisante. Le dessin des deux monstres traduit quant à lui le désir d'omnipotence de Juliette pour elle-même et pour sa mère. Effectivement, il ne fait aucun doute que son support identitaire est le

monstre de gauche, le plus grand et le plus fort et que la mère est représenté comme étant « la plus géante et puissante de toutes les mères ».

Le dessin de la famille est lui aussi très éloquent, particulièrement en ce qu'il laisse apparaître des lacunes affectives et relationnelles présentées par la jeune fille. L'absence de traits au niveau des visages, l'absence de cheveux et de détails sur les personnages du dessin de la famille traduit un problème important au niveau de l'identité et du processus de personnalisation de Juliette. Cela est sans doute en rapport avec son mode de relation anaclitique avec sa mère. Le processus de séparation-individuation n'est pas tout à fait complété comme le laissent voir un certain nombre d'indices fournis dans les productions graphiques indiquant une identité floue et mal définie chez la fillette. L'absence de pieds sur les personnages dénote une difficulté au niveau du développement de l'autonomie chez la fillette, ce qui s'accorde très bien avec l'histoire de cette dernière et l'angoisse de perte d'objet qu'elle présente. Finalement, l'absence de mains sur les personnages du dessin témoigne également de difficultés relationnelles avec son environnement. On peut penser que les comportements agressifs du père sont à la source de ces difficultés, mais il y a également l'incapacité de prendre de la distance dans le rapport à la mère qui fonde ce défaut d'adaptation au niveau des relations sociales.

Les élaborations données au CAT témoignent, elles aussi, d'un niveau de fonctionnement nettement en deçà de celui attendu chez une fillette de cet âge se développant normalement, c'est-à-dire l'œdipien.

La convergence des indices venant de l'anamnèse et des résultats aux tests projectifs comme nous venons de l'illustrer ci-dessus a conduit les cliniciens à conclure que les symptômes manifestés par Juliette (i.e. notamment l'angoisse très vive, le refus de l'école, le refus de quitter la mère, les difficultés relationnelles vécues avec son environnement, entre autres celles vécues avec le père, l'incapacité de prendre de la distance dans sa relation à la mère, le blocage dans le développement de son autonomie, les lacunes dans le développement de son identité et de sa personnalité propre) sont la traduction de l'angoisse d'abandon envahissante qu'elle vit. Autrement dit, son développement est tellement constellé de lacunes affectives et relationnelles qu'elle ne peut se séparer de son parent protecteur (la mère) sans avoir l'impression de perdre une partie d'elle-même, en l'occurrence la partie protectrice.

Une psychothérapie prenant en compte l'urgence d'intervenir tout d'abord sur l'angoisse de séparation de la mère et de la fillette a été suggérée au terme de l'évaluation, dans le but de réduire la détresse liée à la séparation, spécialement celle qu'impliquait la scolarisation. Il a été également recommandé qu'à la maison, la mère fasse comprendre à Juliette l'importance absolue et non négociable de sa fréquentation scolaire et des autres milieux et contacts sociaux, que cela était mieux pour chacune

d'elle et que ni l'une ni l'autre ne serait en danger d'une quelconque façon à cause de ces séparations. Mais contrairement à ce qui était espéré, la mère de l'enfant n'a pas donné suite à la recommandation de thérapie pour sa fille qui lui avait été faite au terme de l'évaluation. Elle n'a pu surmonter sa résistance à la prise d'autonomie et au mouvement d'individuation de sa fille. La clinicienne n'est pas en mesure de préciser ce qui est advenu de la suite du cas. L'implication du père aurait également été un atout considérable pour la reprise et la saine évolution du développement de Juliette.

Cas de Sarah, 6 ans

Données anamnestiques, raison de la référence et résultats de l'évaluation

Sarah est enfant unique et habite avec ses deux parents. Elle a eu un développement banal. Elle a toujours été une enfant au tempérament facile. Par le passé, Sarah n'aurait pas manifesté de réticence à se séparer de ses parents. Elle a été introduite à la garderie à l'âge de 2 ans. Tout se serait bien déroulé et elle se serait adaptée rapidement. L'entrée à l'école s'est également réalisée sans problème.

Par contre, depuis presque trois mois (mars) au moment de la consultation, Sarah refuse d'aller à l'école. À la même période, sa mère a été mise en arrêt de travail par son médecin. Celle-ci avait drastiquement diminué sa diète avant son arrêt de travail parce qu'elle souffrait d'un problème digestif. Elle était alors devenue très faible et irritable avec son mari et sa fille. Au moment de la consultation, madame est retournée travailler depuis quelque temps.

Sarah irait très bien la fin de semaine mais dès le dimanche soir, elle commence à se plaindre de douleurs au ventre et demande à sa mère d'appeler son employeur pour lui dire qu'elle est malade et qu'elle ne pourra rentrer travailler le lendemain. Ses parents décrivent ses crises comme un grand chagrin, une réelle détresse. L'enseignante mentionne ne pas porter attention aux crises de la fillette en classe. Par contre, les éducatrices du service de garde mentionnent devoir consoler longuement Sarah, à tous les jours.

Monsieur explique qu'à une occasion, il aurait élevé le ton dans le but de faire cesser les plaintes de l'enfant. Sarah lui aurait alors demandé de ne pas se fâcher et elle aurait cessé de parler de maux de ventre une semaine durant. Par contre, elle refusait toujours de fréquenter l'école, en prétextant d'autres raisons, le fait qu'elle ait peur d'être malade, de faire de la fièvre, qu'un ami ne lui fasse du mal. Elle a maintenant peur des gens qui parlent fort, des bruits forts; elle a une humeur labile; elle a souvent refusé de manger à partir du mois de mars (début de l'arrêt de travail de la mère) jusqu'à mai, une semaine avant la consultation.

Les parents ont remarqué que Sarah tente de se mettre en valeur, de se montrer la meilleure et va jusqu'à utiliser le mensonge pour y arriver. Concernant la routine du coucher, la jeune fille s'endort toujours dans le lit des parents. Ceux-ci sont tous les deux d'accord avec cette façon de faire; ils n'insistent pas pour qu'elle s'endorme dans son lit. Nous n'avons pas d'autre information sur l'attitude du père et de la mère envers Sarah.

En évaluation, la fillette se sépare sans hésitation de ses parents pour se rendre dans la salle de thérapie. Elle manifeste le désir de séparer équitablement les jouets avec la thérapeute. Une fois mise en situation de jeu libre, elle produit plusieurs scénarios. Le premier met en scène une bande d'amis qui préparent une surprise pour un anniversaire. Deux marionnettes, un garçon et une fille, s'embrassent. Ensuite, sa marionnette saute sur celle de la thérapeute.

Comme deuxième jeu, Sarah met en scène une maman, trois filles et deux personnages masculins; l'un de ceux-ci est couché à l'écart et l'autre, avec la mère et les filles. Elle explique que la maman a perdu son « grand homme ». Une des filles veut donner un cadeau à son père, alors la mère dit que ce n'est pas son père mais plutôt son frère. Elle appellera ce personnage tour à tour père, frère, adulte, enfant tout au long du jeu.

Dans le troisième jeu, Sarah met en scène deux princesses et leur mère ainsi qu'un prince et son frère dit « le méchant ». La petite explique que le méchant voulait battre son frère le prince parce qu'il gagnait toujours puisqu'il était plus beau. Elle prend un bébé puis une fillette en disant que ce bébé fille va grandir et devenir la plus grande petite fille. Elle installe le lit du prince et se questionne sur quels lits choisir pour les bébés. Elle explique que les princesses sont enceintes et qu'elles et leur mère ont été enlevées par le méchant. Si le prince veut les ravoir, il doit promettre à son frère de toujours le laisser gagner. Elle précise que les princesses ne sont pas les amoureuses du

prince, qu'ils sont juste des amis. Elle ajoute que le prince va trouver son amoureuse et l'épouser mais sans qu'il ne le sache, elle est dans l'équipe des méchants. Mais ensuite, il va l'apprendre. Sarah ne sait pas comment terminer son histoire. Le jeu est arrêté à cause de la fin de la séance. Nous n'avons pas d'autres données significatives disponibles concernant l'évaluation.

Analyse de la dynamique

Au regard de toutes ces informations, il semble évident que les symptômes de Sarah ne proviennent pas d'une angoisse de séparation mais de castration. Son comportement avant le déclenchement des symptômes, comme les tentatives de se mettre en valeur mentionnées par les parents, ainsi que les données recueillies au jeu libre sont sans contredit signe que la fillette est de niveau de fonctionnement œdipien, donc incompatible avec l'angoisse de séparation. On dénote chez elle une préoccupation particulière au sujet de la maladie. Lorsqu'on met en relation les informations recueillies lors de l'évaluation à l'histoire de Sarah, il semble que tous ses symptômes indiquent qu'elle lutte contre un sentiment de culpabilité face à sa mère malade. Elle ressent plus ou moins inconsciemment avoir souhaité la disparition de celle-ci pour occuper sa place auprès du père. Ainsi le refus d'aller à l'école se comprend comme une préoccupation extrême face à l'état de santé de sa mère; elle désire rester à la maison pour s'assurer que son souhait ne se réalisera pas, que la mère ne meurt pas. Les maux de ventre rapportés par Sarah ainsi que le refus de s'alimenter semblent être des moyens qu'elle a trouvés

pour détourner sur elle l'affection de la mère pour ainsi protéger cette dernière, se montrer solidaire et soulager sa culpabilité.

Le conflit œdipien de Sarah semble être exacerbé inconsciemment par la complicité des parents quant à son endormissement dans leur lit chaque soir, comme dans le cas de Mégane vu précédemment. Car cela représente un acquiescement inconscient des parents au désir de conquête œdipienne de la jeune fille.

Dans les productions lors du jeu libre, on sent une préoccupation pour le rapprochement amoureux, la séduction. Dans le premier jeu, on peut penser qu'elle et le père se cachent derrière les deux marionnettes qui viennent de se marier et qui s'embrassent. Dans le deuxième jeu, son support identitaire est sans nul doute la jeune fille désirant donner un cadeau au père. Elle tente de camoufler son désir de rapprochement culpabilisé avec le père en brouillant l'identité du personnage, l'appelant tantôt grand homme, tantôt frère. Dans le troisième jeu, Sarah semble cachée sous les traits de la plus grande petite fille et elle énonce brièvement son désir d'une union amoureuse avec le prince (le père) en installant le prince dans son lit et abordant le thème des bébés. Ensuite, elle tente de cacher son désir en soulevant le fait que les princesses, non pas la plus grande petite fille, sont enceintes. Elle finit par laisser voir son jeu plus clairement en précisant que les princesses et le prince sont des amis et non des amoureux, et que le prince va se marier à son amoureuse, sous-entendant elle-même.

Commentaire d'ensemble

Il y a manifestement une réelle diversité entre les dynamiques sous-jacentes au syndrome de phobies scolaire, même pour les enfants d'un même groupe d'âge, comme le démontrent les vignettes présentées dans ce chapitre. La différence fondamentale entre les conflictualités œdipienne et anaclitique est mise en évidence d'abord par les anamnèses, les histoires de vie, comparables dans les deux cas œdipiens (Mégane et Sarah) et fort contrastées par rapport à celles de Juliette, cas incontestablement anaclitique, marqué par la violence et l'instabilité de son milieu. Les conflictualités se distinguent également de la même façon dans les productions graphiques et ludiques réalisées par les fillettes lors de l'évaluation. Dans les cas œdipiens, la préoccupation pour la séduction est marquée alors que dans les productions anaclitiques, ressort le désir d'une relation complètement différente : celle d'être pris en charge par l'adulte.

Nous avons à notre disposition deux cas supplémentaires, un de conflictualité œdipienne et l'autre, de niveau anaclitique. Toutefois, les similitudes entre ces cas et ceux que nous avons choisi de présenter étaient trop grandes pour qu'il ne soit pertinent de les exposer en détails. Il y aurait eu, selon nous, redondance. Il faut par ailleurs noter que dans les cas de la pratique de Mme Brûlé dont nous disposons pour cet essai, aucun ne pouvait être considéré comme présentant un fonctionnement prépsychotique ou psychotique. Notons que l'absence de ces dynamiques dans notre petit échantillon peut être indicatrice de leur rareté dans la population mais elle ne doit pas laisser croire à leur non-existence.

Chapitre III
Discussion

Ce chapitre a une vocation essentiellement discursive. Il offre une mise en relation des cas présentés avec les données cliniques et l'hypothèse de notre étude.

Comme nous l'avons vu, en Amérique du Nord on voit généralement une équivalence entre phobie scolaire de 5 et 10 ans et trouble d'angoisse de séparation. Nous estimions que cette vision pouvait être réductrice. L'objectif de cette étude était donc d'illustrer que le syndrome de phobie scolaire ne correspond pas qu'à un diagnostic particulier, que ce soit l'angoisse de séparation (anaclitisme) ou la névrose (œdipien), mais qu'elle peut recouvrir ces deux niveaux de fonctionnement et possiblement d'autres encore (par ex. prépsychotique, narcissique). Nous avons vu qu'en Europe, la plupart des auteurs ont tendance à adopter une position nettement plus nuancée en associant au syndrome différents tableaux dynamiques ou socio-familiaux, différentes histoires de vie, etc. Effectivement, la plupart des auteurs distinguent deux à trois tableaux impliquant majoritairement l'angoisse de séparation et l'angoisse de castration chez les jeunes de ces âges (Ajuriaguerra, 1974; Birraux, 1994; Quéré, 1984).

Les théories de ces auteurs ainsi que notre hypothèse de recherche sont corroborées par les résultats issus de l'analyse des cas cliniques. Nous avons bien établi l'existence d'une angoisse de séparation (ou de perte d'objet ou d'abandon) à la source du refus scolaire de Juliette. Nous avons également démontré que les symptômes de Mégane et

Sarah étaient dus à leur angoisse de castration et à leur culpabilité. Ces précisions ont été cruciales pour l'orientation et la réussite de la thérapie ainsi que pour la compréhension et l'ajustement des parents, facteurs importants dans l'évolution de chacun de ces cas.

Les cas de Mégane et Sarah correspondent bien à la description donnée par Birraux (1994) à propos de la dynamique des conflictualités œdipiennes présentant une phobie scolaire. En effet, nous avons décelé chez ces fillettes une importante angoisse de castration, source de l'anxiété et du refus scolaire, reliée au désir de protéger la mère suite à l'apparition chez elles du désir de conquérir la figure paternelle et du même coup de souhaiter inconsciemment un destin funeste à la figure maternelle rivale. Notons que dans les deux cas, la mère pouvait être perçue comme affaiblie. Dans le cas de Mégane, la mère a souffert et souffre toujours de sérieux problèmes d'anxiété, ayant dû consulter en psychiatrie et étant toujours sous médication. Dans le cas de Sarah, la mère avait une condition intestinale dramatique, avait subi une perte de poids très importante et avait été mise en arrêt de travail sur recommandation de son médecin.

Les cas de Mégane et Sarah pourraient aussi bien correspondre à la description que donne Quéré (1984) du groupe composé exclusivement de jeunes filles âgées de 5 à 8 ans dont le début de la phobie scolaire est aigu et dramatique. Il a effectivement été rapporté par les parents un changement d'attitude drastique chez leur fillette au déclenchement des symptômes, dans les deux cas. De nature calme, vive d'intelligence,

indépendante, elles sont devenues angoissées, portées à se plaindre, accrochées à leur mère, refusant de se séparer d'elle, argumentant fortement pour arriver à leur fin, etc.

Le cas de Juliette est apparu comme présentant une relation de dépendance à la protection fournie par l'objet maternel, comme le propose Birraux (1994). Le père a été vécu par l'enfant comme menaçant pour son intégrité physique et psychologique, suite possiblement à des événements laissant croire à une situation d'abus sexuels; les périodes de garde chez lui ont pu être ressenties par la fillette comme un abandon, voire une trahison de la part de la mère. Cela a certainement pu avoir pour Juliette un impact dans sa perception de sa relation à sa mère, d'un niveau comparable à la relation décrite par Birraux, c'est-à-dire une relation marquée par le manque de confiance, l'insécurité et le manque de cohérence.

Nous avons pu remarquer également la présence marquée d'angoisse de séparation et de phobie sociale chez les mères de Mégane et Juliette, comme alléguée dans la littérature. Dans les deux cas, le père est plutôt absent comme cela a été précisé par la plupart des auteurs. De même, comme le mentionnent King et Berstein (cités dans Marcelli, 2009) à propos du premier pic d'âge où sont observées les phobies scolaires, c'est-à-dire entre cinq à sept ans, nos cas étaient toutes âgées entre 6 et 7 ans. Toujours en accord avec la littérature clinique, le début de l'épisode s'est déclenché subitement, suite à un événement significatif particulier, dans les cas de Mégane et de Sarah.

Conclusion

Cet essai avait pour but de faire l'inventaire des positions adoptées par les différents auteurs qui se sont penchés sur la question de la phobie scolaire. Deux tendances principales ont été décelées : une dynamique unique derrière le syndrome, pour la première; plus d'une dynamique possible, pour la seconde. Cette seconde orientation nous a semblé plus féconde. C'est la raison pour laquelle nous l'avons retenue dans l'élaboration de notre hypothèse. Dans un deuxième temps, à titre d'illustrations, nous avons proposé trois études de cas pour étayer le bien-fondé de notre position. Ces trois cas démontrent que la phobie scolaire peut être provoquée par une culpabilité envahissante liée à l'angoisse de castration dans deux cas et par l'effet d'une angoisse de séparation chez un troisième cas. Distinguer ces deux tableaux, très contrastés de par la nature du conflit sous-jacent en jeu, est selon nous nécessaire pour une prise en charge plus spécifique dans les milieux de santé mentale pour enfant. Ces distinctions nous paraissent essentielles pour une meilleure compréhension de ces cas; elles pourraient à notre avis contribuer à l'amélioration de l'efficacité de l'intervention et donc, du pronostic associé à ce trouble.

Des auteurs comme Marra et al. (1997) indiquent que « le devenir de ces enfants est une préoccupation majeure mais il est encore actuellement peu connu » (p. 577). Effectivement, la revue de littérature présentée a fait ressortir comment le pronostic est particulièrement réservé dans le cas des enfants aux prises avec ce syndrome, avec un

maintien partiel ou total des symptômes dans le deux tiers des cas recensés (Marcelli, 2009). Cette situation est d'autant plus préoccupante que les enfants concernés figurent généralement parmi les meilleurs élèves.

Au terme de cette étude, de nature purement exploratoire, il nous paraît important de souhaiter la mise sur pied de recherches longitudinales dédiées à l'étude du parcours scolaire subséquent des jeunes phobiques scolaires ainsi qu'à l'évaluation de leur insertion dans le monde du travail. Ces recherches devraient se baser sur un échantillonnage suffisamment grand pour assurer aux résultats un caractère généralisable. Elles devraient également, selon nous, prendre en compte le regard et la participation de cliniciens capables de porter attention à la dynamique sous-jacente aux symptômes. Cette condition paraît incontournable si l'on veut que les résultats forment éventuellement une base de référence solide tant pour les théoriciens de la psychologie que pour les cliniciens et les thérapeutes.

Références

- Ajuriaguerra, J. de (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (5^e éd.). New York : Masson
- Ajuriaguerra, J. de (1982). *Psychopathologie de l'enfant*. Paris : Masson.
- Association psychiatrique américaine (1994). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV, 4^{éd.})*. Washington, DC: Auteur.
- Bernardi, M. (1998). Dépression et phobie scolaire à la préadolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 46 (10-11), 543-552.
- Birraux, A. (1994). *L'éloge de la phobie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Brandibas, G., & Fourasté, R. (2005). *Les accidentés de l'école*. Paris : L'Harmattan.
- Broadwin, I. T. (1932). A contribution to the study of truancy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2 (3), 253-259.
- Catheline, N. (2007). *Psychopathologie de la scolarité* (2^e éd.). Paris : Masson.
- Denis, H. (2005). Le refus scolaire anxieux. Prise en charge par une équipe multidisciplinaire. *Enfances et psy*, 28 (3), 98-106.
- Epelbaum, C. & Ferrari, P. (1993). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Flammarion Médecine-sciences.
- Gaspard, J.-L., Brandibas, G., & Fourasté, R. (2007). Refus de l'école : les stratégies thérapeutiques en médecine générale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 367-373.
- King, N. J., & Berstein, G. A. (2001). School refusal in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 144 (5), 197-205.
- Lebovici, S. (1990). Point de vue d'un psychanalyste sur les phobies scolaires. Dans C. Chiland, & J. C. Young (Éds), *Le refus de l'école, un aperçu transculturel* (pp. 47-59). Paris : Presses universitaires de France.

- Lebovici, S., & Le Nestour, A. (1977). À propos des phobies scolaires graves. *Psychiatrie de l'Enfant*, XX (2), 383-431.
- Le Heuzey, M.-F., & Mouren, M.-C. (2008). *Phobie scolaire. Comment aider les enfants et adolescents en mal d'école?* Paris : Éditions Josette Lyon.
- Marra, D., Garel, P., & Legendre, C. (1997). Phobie scolaire et troubles de l'anxiété en milieu scolaire. *P.R.I.S.M.E.* 7 (3-4), 570-579.
- Marcelli, D. (1996). *Enfance et psychopathologie* (5^e éd.). Paris : Masson.
- Marcelli, D. (2009). *Enfance et psychopathologie* (8^e éd.). Paris : Masson.
- Mille, C. (1993). Phobies scolaire. Dans P. Ferrari, & C. Epelbaum (Éds), *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 225-230). Paris : Flammarion.
- Quéré, J. P. (1984). À propos du traitement institutionnel des phobies scolaires graves. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 32 (12), 611-622.
- Sperling, M. (1972). Phobie scolaire. Classification, dynamiques et traitement. *Revue française de psychanalyse*, 36, 265-286.
- Sudres, J.-L., Brandibas, G., & Fourasté, R. (2004). La phobie scolaire : symptôme, entité spécifique, syncrétisme ou syndrome d'inadaptation? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 556-566.