

Ecole Nationale de la Santé Publique

Médecin de l'Education Nationale

Cycle court 1999/2000

Etude professionnelle

A PROPOS DE LA PHOBIE SCOLAIRE

Annie-Claire Boudot

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p 1
SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE	p 3
Evolution du concept	p 3
Approche nosographique	p 4
Epidémiologie	p 4
Description clinique	p 5
Psychopathologie	p 6
Evolution et pronostic	p 7
Prise en charge thérapeutique	p 8
ETUDE DE CAS	p 10
DISCUSSION	p 13
CONCLUSION	p 15
BIBLIOGRAPHIE	p 17
SIGLES	p 20

introduction

Sur le plan du développement de l'enfant, la scolarisation repose toujours sur deux principes :

- ◆ la séparation du milieu familial
- ◆ l'acquisition d'apprentissages non immédiatement utilisables, essentiellement véhiculés par le langage et donc la représentation mentale. Pour Winnicott " réussir à l'école c'est être capable de s'intéresser à ce qui ne nous concerne en rien ".

Lorsque l'enfant ou l'adolescent ne peut supporter les exigences développementales imposées par l'école qui devient un milieu de souffrance, un des moyens de s'en protéger sera de ne plus y aller. On parlera alors de phobie scolaire (terme plutôt utilisé dans la terminologie française), même si ce n'est pas la scolarité qui est crainte et que l'angoisse est déclenchée par la séparation d'avec la mère et la maison. D'où la terminologie anglo-saxonne qui décrit la même pathologie sous le terme d'anxiété de séparation ou refus scolaire anxieux.

L'attitude la plus normale, semble t-il, serait de s'occuper du problème scolaire en le résolvant par une scolarité dans le cadre familial, le C.N.E.D. (Centre National d'Enseignement à Distance) ou l'A.P.A.D. (Assistance Pédagogique A Domicile).

Cela ne résout pas le vrai problème qui est d'ordre médical et psychiatrique, et de prise en charge complexe.

Si malgré tout l'accompagnement scolaire à domicile est retenu par le thérapeute, il me semble poser plusieurs questions :

- La faisabilité d'un travail scolaire par le C.N.E.D ?

Cela demande une organisation assez compliquée. Pourrait-il être géré par un enfant ou un jeune adolescent dans une famille où la charge anxieuse est entièrement portée sur la scolarité (la leur et celle de leur enfant) ?

- Les cours par correspondance ne vont-ils pas renforcer les troubles anxieux ?
- L'A.P.A.D. nécessite la présence au domicile d'un parent ou d'un adulte les représentant, pendant la durée du cours. Que faire lorsque les deux parents travaillent ?
- Le changement de lieu de la scolarité - de l'espace phobogène (l'école) au domicile - ne risque-t-il pas de déplacer aussi, le symptôme phobique de l'école au domicile ?
- L'A.P.A.D. peut-elle renforcer les troubles anxieux ?
- Vaudrait-il mieux éviter tout travail scolaire ?

Pour proposer des réponses à ces questions, je m'aiderais d'une synthèse bibliographique et de l'étude d'un cas qui s'est présenté cette année sur mon secteur de travail. Le suivi de ce cas fut facilité par les entretiens avec des pédo-psychiatres et une psychothérapeute.

synthèse bibliographique

EVOLUTION DU CONCEPT

La naissance du concept de phobie scolaire est relativement récente. Elle est née dans les années 30 par l'isolement du cadre de l'école buissonnière d'une forme d'absentéisme scolaire, dite "névrotique".

C'est Adélaïde JOHNSON et coll. (8), qui en 1941, utilisèrent pour la première fois le terme de **phobie scolaire**, syndrome qui consistait en tendances phobiques imbriquées dans d'autres organisations obsessionnelles, hystériques ou névrotiques. Ils décrivirent :

" des enfants qui, pour des raisons irrationnelles, refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer "

Quelques années plus tard, le noeud de la pathologie fut situé non pas dans la peur de l'école mais dans l'angoisse de quitter la mère et on y introduisit le concept d'angoisse de séparation, "**névrose mutuelle**", liant mère et enfant, le refus scolaire n'en étant qu'une des expressions manifestes.

Cette conception fut retenue aux Etats-Unis où la psychopathologie de l'interaction mère-enfant était située au premier plan.

Les publications françaises (LAUMAY - 1957) proposent une distinction en fonction de l'âge :

- ◆ aux environs de six ans il s'agirait de crises d'anxiété liées à la crainte de la séparation d'avec la mère
- ◆ après huit ans, l'anxiété présenterait, alors, un caractère phobique. On propose la terminologie de **refus scolaire anxieux**.

De même, BOWLBY (1978) rejette la terminologie "phobie de l'école", estimant qu'il s'agissait plutôt d'une "pseudo-phobie" mais critique aussi la formulation "angoisse de séparation", comme ne convenant pas à un syndrome clinique. Il propose l'expression "**refus de l'école**".

LIDA - PULIK et coll. 1996 (10) dénoncent les dérives générées par l'excessive focalisation sur l'angoisse de séparation délaissant la nature phobique du syndrome.

L'absence d'accord sur l'étiquette diagnostic, témoigne de la divergence des vues en ce qui concerne les mécanismes responsables du comportement phobique.

APPROCHE NOSOGRAPHIQUE

Dans la classification américaine **DSM - IV** (diagnostic and statistical manual of mental disorder 4^{ème} édition), la phobie scolaire est incluse dans le cadre global : **trouble anxiété de séparation**.

Dans la **CIM - 10** (classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement - 10^{ème} révision), les critères requis sont presque identiques à ceux du DMS - IV.

Quant à la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent -**CFTMEA**- (MISES - 1990), elle ne fait aucune mention spécifique des phobies scolaires.

Nous pouvons donc constater que les classifications n'accordent qu'une place très restrictive à la phobie scolaire.

EPIDEMIOLOGIE

*0 HERSOV et coll.(5) en 1991 ont évalué la fréquence de la phobie scolaire autour de 5% de la population consultante en psychiatrie. Elle concernerait 0.3 à 1.7% de la population.

◆ Il existe trois pics de fréquence , à l'âge de 5 ou 6 ans ,à 11 ans et 15 ans

- ◆ Le sex-ratio oscille autour de trois garçons pour deux filles. Au plan social, il semble exister un parallélisme entre la valorisation des études au plan individuel et familial et la fréquence des phobies scolaires. Le cas du Japon est exemplaire où les "refus scolaires anxieux" représentent 60 à 70% des cas dans certains centres de consultation SUZUKI - 1991 (16)
- ◆ Les différents auteurs mettent en évidence une dynamique familiale particulière :

La mère présente souvent des troubles anxieux et dépressifs, un souci excessif de protéger son enfant par rapport au monde extérieur vécu comme dangereux ; elle le maintient dans une relation de dépendance étroite. L'enfant est souvent dépendant de sa mère avec une note d'agressivité ambivalente.

Le père très souvent soit absent soit inaccessible soit dévalorisé, présente une anxiété chronique et assez souvent des traits dépressifs. L'absence de possibilités identificatoires auprès du père ne permet pas à l'enfant de se défendre de l'emprise de la relation maternelle.

DESCRIPTION CLINIQUE

Chez l'enfant

Le début est brutal, l'enfant s'agite, crie, pleure, refuse d'aller à l'école, supplie ses parents et promet d'y aller le lendemain. Si on essaie de l'obliger, cette réaction d'angoisse peut prendre des tournures dramatiques. Elle s'accompagne souvent de somatisations diverses. Si l'enfant se laisse convaincre d'aller à l'école, il peut s'enfuir de la classe afin de rentrer chez lui.

Parmi les symptômes associés, on peut retrouver une phobie sociale, des éléments de la série obsessionnelle, symptômes de la série dépressive, troubles du sommeil, trouble du comportement intra-familial (relation type sadomasochiste vis à vis de la mère).

On retrouve des facteurs déclenchants, souvent présents dans la vie courante : un déménagement, une naissance, une reprise de travail ou une maladie d'un parent.

L'intérêt pour la scolarité est conservé.

Chez l'adolescent

L'installation est le plus souvent insidieuse. Le symptôme de phobie scolaire est noyé dans l'ensemble d'expressions pathologiques polymorphes.

D'après LIDA - PULIK et coll. (10), il existe deux types de tableaux cliniques:

- ◆ le premier dominé par une symptomatologie dépressive : l'adolescent reste au domicile familial, enfermé dans la passivité, l'angoisse, les ruminations et la honte plus que la culpabilité
- ◆ le second est caractérisé par la prédominance des agirs : opposition ouverte au milieu familial, errances angoissées, conduites addictives, comportements auto-agressifs.

PSYCHOPATHOLOGIE

Chez l'enfant

Le refus scolaire anxieux est un symptôme de caractère névrotique " *La phobie transforme l'angoisse simple en une peur, peur d'une situation ou de l'évocation d'une situation. Le passage de l'angoisse à la peur est le témoignage du déplacement qui caractérise l'élaboration phobique* "LEBOVICI (9)

La phobie scolaire rend compte de l'échec du refoulement (la phase de latence étant caractérisée par un refoulement massif) et ouvre la voie aux projections de la situation familiale sur le milieu scolaire.

LEBOVICI estime que la phobie scolaire à tous les caractères d'un symptôme phobique et qu'elle est " *nécessairement et suffisamment définie par l'angoisse de séparation* " (9) . L'objet ou l'espace phobogène étant alors bien délimité : l'école ou la classe.

Pour SPERLING (11), les phobies scolaires sont liées à une phase psycho - affective précoce, sadique-anale, pré-oedipienne du développement. Elle serait le témoin de conflits autour de la séparation et de l'autonomisation et donc le témoin de la défaillance de l'organisation narcissique.

Chez l'adolescent

La plupart des auteurs voient dans la phobie scolaire, l'expression d'une **pathologie du narcissisme**, que l'on rattache aux pathologies de l'agir - JEAMMET (7) - ayant une double polarité :

- ◆ conduites agies spécifiques et patentes
- ◆ conduites de retrait et de désinvestissement caractérisées par un non-agir activement soutenu

" *La pathologie du narcissisme ne peut se dissocier des avatars de l'angoisse de séparation dans l'histoire du sujet* " - LIDA-PULIK et coll. - (10)

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Chez l'enfant,

Chez l'enfant, d'après MARCELLI :

- * 1/3 à 1/2 des enfants ont une évolution favorable sur le plan scolaire et social
- * 1/3 ont une évolution marquée par la persistance des symptômes névrotiques avec un refus scolaire anxieux plus ou moins persistants mais l'insertion sociale reste satisfaisante
- * 1/5 à 1/3 ont une évolution défavorable avec une persistance du refus scolaire anxieux et des symptômes invalidants aux niveau de l'adaptation sociale.

Chez l'adolescent

Les retours en classe oscillent entre 40 et 60%. Les facteurs favorables sont les suivants :

- * être un garçon, plutôt un pré-adolescent (11-13 ans)
- * ne pas être le dernier de la fratrie
- * avoir eu l'expérience de la séparation dans l'enfance
- * ne pas avoir éprouvé des difficultés de séparation à l'école maternelle ou en primaire

Les facteurs de résistance sont inverses :

- * être une fille
- * adolescent de 16 ans ou plus
- * être dernier de la fratrie
- * ne pas avoir vécu de séparation dans l'enfance
- * avoir éprouvé des difficultés de séparation à l'école maternelle ou en primaire

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Le traitement est difficile, complexe, plurifocal et souvent décevant. Une psychothérapie individuelle et une prise en charge familiale, sera instituée **chez l'enfant**.

La durée de la prise en charge ambulatoire ne dépassera pas six mois sans retour à l'école. Après ce délai, une prise en charge institutionnelle sera réalisée. L'utilisation d'anti-dépresseurs tricycliques sera justifiée quand les affects dépressifs entravent le travail psychothérapique.

Chez l'adolescent, une psychothérapie individuelle associée à des aménagements du cadre de vie (internat thérapeutique) représente les meilleures possibilités de changement.

On propose parfois une thérapie cognitivo-comportementale ou une thérapie familiale associée. Des anti-dépresseurs seront prescrits avec prudence en cas de symptomatologie dépressive associée.

On note qu'une hospitalisation est plus fréquente dans la prise en charge à l'adolescence.

A long terme, le refus scolaire anxieux semble prédisposer à des troubles anxieux névrotiques dépressifs à l'âge adulte, d'autant plus si le trouble est survenu à l'adolescence.

LEBOVICI montre la gravité particulière de la phobie scolaire chez l'adolescent de sexe masculin qui peut évoluer vers des tableaux psychopathiques voir des organisations sensibles.

La structuration progressive sur un mode d'**état-limite** serait assez fréquente lorsque le trouble apparaît à l'adolescence. Cette dernière correspond à une catégorie de refus anxieux regroupant les cas les plus graves.

ETUDE DE CAS

Jeanne a 10 ans, elle est entrée en sixième en septembre 1999 et sera présente au collège jusqu'au 10 octobre. Elle refusera ensuite de venir, expliquant à ses parents qu'elle a eu une mauvaise note en français et restera à la maison. Devant cette absence et à l'interrogation du principal, la famille expliquera que Jeanne a un problème avec l'école mais qu'elle va revenir.

Elle vivra alors cloîtrée dans sa chambre ne sortant que pour des trajets courts parfaitement connus, menant chez des camarades de classe. Après un épisode d'angoisse aiguë - les parents la menaçaient de l'emmener de force au collège - elle s'enfermera à clé dans sa chambre.

Elle sera, alors hospitalisée pendant un mois en service de pédiatrie.

A la sortie de l'hôpital, Jeanne ne reviendra pas en classe. Nous découvrons qu'elle était suivie l'année précédente en psychothérapie au C.M.P., une séance tous les quinze jours, la famille rencontrant la pédopsychiatre une fois par mois.

Des réunions avec les thérapeutes, puis avec Jeanne et sa famille, vont permettre de réfléchir à la forme de scolarité qui pourrait être mise en place, l'hôpital de jour ayant été exclu par la pédo-psychiatre et un internat thérapeutique n'ayant pu être trouvé.

Jeanne est la seconde d'une fratrie de trois. Elle a une sœur de 15 ans en classe de troisième, et un frère de 9 ans, malentendant (surdité moyenne de perception) en CE2. Son père est électromécanicien et sa mère travaille comme aide-ménagère chez des personnes âgées.

L'entrée à l'école maternelle fut difficile. La mère la gardait à la maison si l'enfant l'exigeait ou pleurait.

A partir du CP, la présence en classe sera régulière, elle sera considérée comme une bonne élève.

On note des difficultés importantes (crises d'angoisses), lors d'une classe de découverte en CM1 ce qui entraînera la prise en charge au Centre Médico-Psychologique.

Au cours de l'entretien avec Jeanne, elle restera immobile, silencieuse sans aucune agressivité. Elle ne pourra rien dire sur son absentéisme scolaire et parlera de ses journées à ne rien faire seule dans sa chambre, sans lecture ni musique attendant que la famille rentre.

Elle dira qu'elle mange peu et qu'elle dort mal, seulement quelques heures par nuit. Elle prenait alors des anti-dépresseurs (Anafranil[®] 10, 1 comprimé le soir) et un demi comprimé de Xanax[®]. Cette chimiothérapie ne sera pas convaincante, et sera arrêtée au bout de deux mois.

Les parents seront vus séparément. La mère de Jeanne exprimera ses propres difficultés de séparation d'avec sa mère, sa scolarité difficile et insatisfaisante qui la mènera à un BEP de comptabilité. Elle présentera une anorexie pendant la période d'internat que nécessitait ce BEP. Elle est très inquiète pour sa fille qui est " *exactement comme elle* ".

Le père ne dira presque rien.

La proposition d'une scolarité par le CNED sera considéré comme non souhaitable par la pédopsychiatre, car trop lourde et compliquée donc anxiogène pour l'enfant et la famille

L'assistance pédagogique à domicile fut proposée et acceptée par les thérapeutes et l'équipe éducative, et rapidement mise en place, en janvier 2000.

Tous les enseignants de l'école de Jeanne ont été sollicité pour participer à cette scolarité à domicile, une réunion a été organisée pour leur expliquer ce qu'était une phobie scolaire et répondre aux questions qu'ils se posaient et à leurs inquiétudes. Les professeurs d'anglais, de biologie et de mathématiques ont accepté ce travail selon le mode suivant : 2 heures d'anglais et 1 heure de biologie le mardi après midi ; 1heure de mathématiques le jeudi après midi.

Jeanne continuait de voir la psychothérapeute une fois par semaine. Le passage à deux fois par semaine, souhaité par la pédo-psychiatre fut long et difficile à accepter par la mère qui trouvait souvent des raisons de ne pas l'accompagner.

Les cours ne se firent pas au domicile, les parents travaillant la journée et les enseignants refusant de rester seuls dans la maison avec l'enfant. Une solution fut trouvée par la famille qui demanda et obtint une petite salle de réunion dans la mairie du village où ils habitent. L'enseignante d'anglais passait chercher l'enfant au domicile et elles se rendaient ensemble vers la salle municipale, à pied s'il faisait beau, en voiture s'il pleuvait.

L'enseignant de biologie la raccompagnait au retour, ou parfois l'enfant rentrait seule. De même pour les mathématiques.

Après huit mois d'évolution, Jeanne n'est pas retournée au collège mais elle va mieux. Les troubles dépressifs mais aussi les troubles du sommeil et de l'alimentation sont très améliorés, elle sort beaucoup plus facilement de chez elle.

Un lien permanent s'est institué entre les différents participants à cet accompagnement. Plusieurs réunions ont eu lieu

- trois réunions de synthèse au CMP (thérapeutes et médecin de l'éducation nationale)
- deux réunions au collège (principal du collège, enseignants, assistant social, médecin de l'éducation nationale)
- trois entretiens : professeurs d'anglais et médecin de l'éducation nationale
- un entretien au CMS (parents, médecin de l'éducation nationale)

Discussion

Jeanne présente une phobie scolaire grave, et son thérapeute n'a pas trouvé de structure institutionnelle (internat thérapeutique) qui puisse la suivre et la scolariser, ce qui aurait été la prise en charge souhaitée.

- L'enseignement par correspondance a été exclu par le thérapeute et la famille : trop compliqué, trop lourd, trop anxiogène.

Une équipe canadienne, MARRA D. et coll.(13), s'est exprimé dans ce sens, qui refuse tout enseignement par correspondance dans la prise en charge d'une phobie scolaire.

- Un entretien avec un pédo-psychiatre confirmait que l'hypothèse d'un déplacement phobique n'était pas à exclure. On peut craindre que la phobie de la situation scolaire ne se déplace du collège à la maison et que la présence des enseignants ne soit vécue comme intrusive par l'enfant et sa famille.

L'interrogation concernant cette hypothèse ne trouvera pas de réponse dans ce cas, les cours n'ayant pas eu lieu au domicile.

L'impossibilité pour les parents d'être présents au domicile pendant les cours, du fait de leur travail, les a amenés à faire une démarche auprès de la mairie qui s'est relevée très positive. Jeanne devait sortir de chez elle, effectuer un trajet court dans un lieu connu (donc non anxiogène) investir un espace nouveau dans un cadre neutre accompagnée par un adulte bienveillant.

- L'intérêt pour la scolarité étant conservé, Jeanne semblait toujours contente de voir ses professeurs et malgré sa fatigabilité, elle était attentive et motivée pendant les cours. Aucune manifestation anxieuse n'a été relevée par les enseignants, sauf peut-être le caractère soigné, impeccable, des devoirs rendus !

Le professeur d'anglais pense qu'elle a acquis des connaissances réelles pendant l'année, les professeurs de mathématiques et de biologie pensent avoir maintenu le niveau antérieur de CM2.

Ceci répond à notre questionnement de départ : L'assistance pédagogique à domicile peut-elle renforcer les troubles anxieux et vaudrait-il mieux éviter tout travail scolaire ?

conclusion

Le champ pathologique couvert par la phobie scolaire n'est pas facile à cerner. Pour commencer ,les différents auteurs ne sont pas d'accord sur la terminologie à employer ,ensuite les aspects cliniques varient en fonction de l'âge, et enfin l'origine de l'angoisse organisant le trouble se trouve dans les dynamiques aussi bien individuelles que familiales .

La phobie scolaire témoigne d'un blocage du processus de séparation-individuation . Elle est particulièrement grave après la phase de latence :symptomatologie d'apparence névrotique avec angoisse et dépressivité et souvent trouble du comportement et des conduites. Ces adolescents peuvent évoluer dans les cas les plus graves vers des états-limites .La prise en charge thérapeutique doit être la plus précoce possible et nécessite une adaptation à chaque cas .

Dans le cas de Jeanne la psychothérapie individuelle associée à une assistance pédagogique à domicile l'ont aidée à sortir de l'inhibition psychique qui l'envahissait .Cet accompagnement scolaire a permis une relation de bonne qualité avec des enseignants bienveillants , et l'investissement d'un espace extérieur à la maison . Les questions que je me posais sur l'accompagnement par la communauté scolaire d'un enfant ou d'un adolescent présentant une phobie me paraissent à posteriori avoir trouvé une réponse :

Le C.N.E.D me paraît une scolarisation possible mais pas forcément souhaitable, seul le thérapeute pourra la proposer.

L'A.P.A.D s'est révélée très positive dans notre cas grâce à une équipe éducative motivée, une mairie compréhensive et le lien créé puis maintenu entre tous les acteurs : thérapeutes, famille, principal du collège, enseignants, conseiller principal d'éducation, assistant social et médecin de l'éducation nationale.

BIBLIOGRAPHIE

1. AJURIAGUERRA J., MARCELLI D.

Psychopathologie de l'enfant

Coll. Abrégés, Masson, Paris, 1989, 3^{ème} édition

2. BRACONNIER A.

Emergences anxieuses à l'adolescence

Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1995, 43, 4-5 : 171-4

3. CHAAL S.

La phobie et ses spécificités à l'adolescence à propos de deux cas.

Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine, Université, Université de Rennes, 1997.

4. DIATKINE R.

Note sur le refus de l'école

In : CHILAND C. , YOUNG J.G, le refus de l'école, un aperçu transculturel.

Coll. Fil rouge, PUF, Paris, 1990 ; 255-68

5. HERSOV L.A.

Le refus d'aller à l'école. Une vue d'ensemble

In : CHILAND C. , YOUNG J.G, le refus de l'école, un aperçu transculturel.

Coll. Fil rouge, PUF, Paris, 1990 ; 13-45

6. HOUZEL D., CATOIRE G., HENRY A.

Troubles névrotiques chez l'enfant

Rev. Prat (Paris), 1990, 40 ;24 :2291-5

7. JEAMMET Ph.

Actualité de l'agir. A propos de l'adolescent.
Nouvelle Revue psychanal. 1985, 31, 202-222

8. JOHNSON A.

School phobia

Am. J. Orthopsychiatr., 1941, 11 ;4 :702-17

9. LEOVICI S.

Point de vue d'un psychanalyste sur les phobies scolaires

In : CHILAND C. , YOUNG J.G, le refus de l'école, un aperçu transculturel.

Coll. Fil rouge, PUF, Paris, 1990 ; 47-59

10. LIDA-PULIK H. , COLIN B, BASQUIN M.

La phobie scolaire à l'adolescence

Neuropsychiatrie. Enfance Adolescence, 1996, 44 ; (5) 211-14

11. MARCELLI D.

Enfance et psychopathologie

Masson, Paris, 1996

12. MARCELLI D., BRACONNIER A.

Adolescence et psychopathologie

Masson, Paris, 1999

13. MARRA D., GAREL P., LEGENDRE C.

Phobie scolaire et troubles de l'anxiété en milieu scolaire

PRISME, automne 97, vol. 7 n° 3-4

14. MOUREN-SIMEONI M.C., VERA L.

Trouble anxieux de l'enfant et de l'adolescent

Maloine, Paris, 1993

15. QUERE J.P.

A propos du traitement institutionnel des phobies scolaires graves

Neuropsychiatr. Enf. Adolesc., 1984, 32 ; 12 :611-22

16. SUZUKI K.

Le refus d'aller à l'école vu à travers la thérapie familiale

In : CHILAND C. , YOUNG J.G, le refus de l'école, un aperçu transgénérationnel

Coll. Fil rouge, PUF, Paris, 1991 ; 103-113

17. VERA L. LEVEAU J.

Thérapies cognitivo-comportementales en psychiatrie infanto-juvénile.

Masson, Paris, 1990

sigles

A.P.A.D.	Aide Pédagogique A Domicile
C.F.T.M.E.A.	Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
C.I.M. 10	Classification Internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement - 10 ^{ème} Révision
C.M.P.	Centre Médico-Psychologique
CMS	Centre Médico-Scolaire
C.N.E.D.	Centre National d'Enseignement à Distance
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder 4 ^{ème} édition