



CONSEIL DE L'ENFANCE
ET DE L'ADOLESCENCE

LA TRAVERSEE ADOLESCENTE DES ANNEES COLLEGE

ANNEXE 3

CONTRIBUTIONS

**Annexe au rapport adopté par
le Conseil de l'enfance et de l'adolescence
le 28 mai 2021**

SOMMAIRE

Annexe 3.1 : Santé mentale, aperçu de la situation, de la pédopsychiatrie en France : rapport Moro-Brison.....	3
Annexe 3.2 : Revue de littérature, l'impact du système scolaire sur le bien-être et la santé mentale des collégiens	11
Annexe 3.3 : Contribution commune ANMDA, SFPEADA, SFSA.....	39
Annexe 3.4 : Éléments concernant les crimes et délits sur mineurs.....	48
Annexe 3.5 : Nutrition et adolescence	55
Annexe 3.6 : Le collège, un espace-temps scolaire irrésolu.....	60
Annexe 3.7 : Pour une prise en compte des besoins universels et spécifiques à l'adolescence.....	63
Annexe 3.8 : Les Débats d'adolescents.....	70
Annexe 3.9 : SOS Villages d'Enfants	71
Annexe 3.10 : Handicap et années collège.....	81

ANNEXE 3.1 : SANTÉ MENTALE, APERÇU DE LA SITUATION DE LA PÉDOPSYCHIATRIE EN FRANCE : RAPPORT MORO-BRISON¹

¹ HCFEA, extraits choisis du rapport Moro M.-R., Brison J.-L., 2016, Mission bien-être et santé des Jeunes, <https://www.education.gouv.fr/mission-bien-etre-et-sante-des-jeunes-6518>, p. 22 à 34.

A. UNE FORTE CROISSANCE DE L'ACTIVITE EN PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Sur la période pré-covid, un peu moins d'un million de jeunes ont consulté au moins une fois dans l'année en psychiatrie infanto-juvénile sans pour autant que tous soient ensuite suivis : dans les inter-secteurs (système public gratuit), la file active des enfants et adolescents (jusqu' 15 ans), vus au moins une fois dans l'année, a connu une augmentation structurelle pendant plusieurs décennies (+ 80 % entre 1991 et 2003, + 200 % entre 1986 et 2000), s'est poursuivie (+ 22 % entre 2007 et 2014), s'atténuée depuis 2012 (+ 3 % entre 2012 et 2014)².

Il faut ajouter les jeunes souffrants reçus dans le cadre de la psychiatrie associative (CMPP et dispensaires), dans celui de la psychiatrie libérale, dans celui de la psychiatrie hospitalo-universitaire, par les Maisons départementales des adolescents et les structures d'écoute et d'accueil (évaluation empirique basée sur la file active cumulée). À ceux-là, il faut ajouter les jeunes de 15 à 21 ans pris en charge en psychiatrie adulte par défaut de place en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (le nombre de jeunes âgés de 10 à 20 ans vivant en France avoisine les 8 millions³).

On estime ainsi à 1,5 million le nombre de jeunes qui auraient besoin d'avoir un projet de suivi ou de soin approprié⁴. Enfin, on constate que tous les lieux de soins étant saturés, les adolescents qui ont besoin de psychothérapies ou de consultations psychologiques ne peuvent pas toujours en bénéficier car ils ne sont pas prioritaires par rapport à ceux qui souffrent de pathologies psychiatriques avérées. Ainsi les jeunes qui présentent des signes de mal-être ou qui auraient besoin de soins précoces n'étant pas prioritaires, ne bénéficient pas des soins qui éviteraient à leur santé de se dégrader.

B. UNE OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE EN LEGERE PROGRESSION MAIS DES DELAIS D'ATTENTE IMPORTANTS

Face à une activité en forte hausse, l'offre de soins ambulatoires en pédopsychiatrie a augmenté, même si son évolution a été contrastée. Le nombre de CMP a légèrement progressé entre 2011 et 2014, passant de 1 453 à 1 467 structures (+ 1 %). Le nombre d'actes dans les CMP a lui aussi légèrement progressé entre 2011 et 2014 (+ 1 %).

Le nombre des autres structures dévolues à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, qu'elles soient associatives, privées, hospitalières, hospitalo-universitaires ou médicosociales n'a pas augmenté ces dernières années ; toutefois, le nombre d'actes réalisés dans l'ensemble de ces structures a augmenté sous la pression des demandes parentales. Des besoins ne sont pas assez couverts, notamment dans le champ de l'autisme, du suicide ou des troubles du comportement alimentaire. Pour d'autres, la population fait face à des dispositifs saturés (exemple des centres référents pour les troubles du langage et des apprentissages)⁵.

² Source : Drees, SAE (statistique annuelle des établissements de santé).

³ Chiffres clés de la jeunesse. Champ : France, territoire au 31 décembre 2009. Source : Insee, état civil.

⁴ Inserm, 2009, *Santé des enfants et des adolescents, Propositions pour la préserver*, rapport, Paris, Les éditions Inserm.

⁵ Sources : données des états généraux de la pédopsychiatrie qui se sont tenus à Paris le 4 avril 2014.

L'accès aux soins ambulatoires en psychiatrie infanto-juvénile souffre aussi de délais d'attente importants dans un grand nombre de CMP.

En 2008, une première consultation avec un médecin nécessitait une attente d'une semaine à un mois dans 42 % des cas et de plus de trois mois dans 14 % des cas. 60 % des structures de psychiatrie infanto-juvénile déclaraient avoir une liste d'attente pour un premier rendez-vous (contre 30 % en psychiatrie générale).

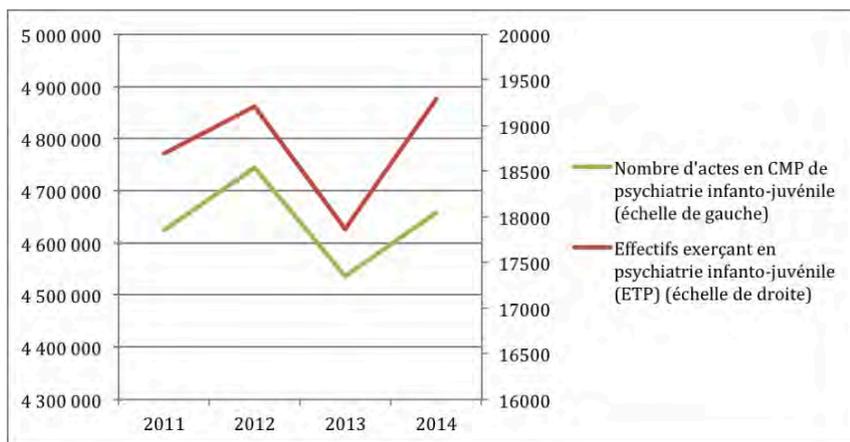
En 2014, la durée d'attente déjà importante, a été **multipliée par deux dans tous les lieux de soins psychiatriques pour les enfants et les adolescents**. À cet âge de la vie, cette contrainte est extrêmement difficile à admettre étant donné le caractère inquiétant des symptômes (idées suicidaires, troubles du comportement etc.) et leurs conséquences éventuelles pour le développement.

De plus, ces lieux de soins étant déjà saturés, la prise en charge des situations de mal-être, moins urgentes, passe au second plan. **Cet état de fait a pour conséquence, à terme, d'aggraver la situation et de requérir des soins beaucoup plus lourds et d'entraîner des conséquences plus importantes**. Dans cette conjoncture, les interventions rapides des MDA sont efficaces, mais cette efficacité peut parfois être compromise par l'absence de relais pris par les services de psychiatrie au demeurant saturés.

C. UNE OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS EN PEDOPSYCHIATRIE QUI PROGRESSE DEPUIS 2001 APRES DES DECENNIES DE BAISSSE.

Après une baisse importante du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie infanto-juvénile (- 70 % entre 1986 et 2000), celui-ci augmente à nouveau depuis 2001 et, de manière plus prononcée encore depuis 2012 (+ 5 % entre 2012 et 2014, contre + 4 % entre 2001 et 2012). Cette évolution est spécifique à la psychiatrie infanto-juvénile, puisque dans le même temps, les lits d'hospitalisation en psychiatrie ont poursuivi la forte diminution entamée dans les années 1970 (- 6,6 % entre 2001 et 2014), se stabilisant toutefois entre 2012 et 2014 (- 0,6 %)⁶.

Données RAPSY 2008 exploitées par la DREES- aucune donnée plus récente jusqu'en 2016.



Si le nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile a significativement progressé entre 2012 et 2014, le nombre de journées d'hospitalisation d'enfants et d'adolescents à temps

⁶ Source : Drees, SAE.

complet a connu une augmentation encore plus soutenue (10 % entre 2012 et 2014, tandis que le nombre de lits a augmenté de 5 %). On arrive à 20 % d'augmentation si on prend en compte toutes les autres structures d'hospitalisation de jour dédiées aux enfants et aux adolescents.

Par ailleurs, l'offre de soins en hospitalisation complète est très inégalement répartie sur le territoire français. Le nombre de lits moyen pour 100 000 jeunes de 0 à 19 ans est de 13,8 en France, avec des variations importantes.

D. N.B. D'AUTRES FORMATS PLUS INTEGRES A DES SERVICES GENERALISTES RENFORCENT LEUR VISIBILITE POUR LES FAMILLES, POUR L'ECOLE, AINSI QUE LEUR ACCEPTABILITE.

À côté des inter-secteurs et des CMP rattachés majoritairement à des établissements de santé psychiatriques, certains services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont rattachés ou intégrés dans des hôpitaux généraux ou dans des services hospitalo-universitaires. Ils le sont par le biais des pôles de psychiatrie ou de pédiatrie par exemple, ce qui rapproche ces services de l'offre de soins générale aux adolescents et, de fait, renforce leur visibilité pour les familles, pour l'école ainsi que leur acceptabilité. Cette tendance intéressante est à soutenir car elle permet un meilleur accès aux soins des jeunes et des familles.

Depuis ces dernières années, des équipes de liaison de plus en plus nombreuses se déplacent à domicile ou près des lieux de vie des adolescents et des jeunes pour leur faciliter l'accès aux soins. Des consultations mobiles de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent existent par exemple à Lille, à Rennes et en région parisienne. Il serait intéressant de les développer en zone rurale.

E. « UNE OFFRE DE SOINS HOSPITALO-UNIVERSITAIRE EN PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT SCANDALEUSEMENT INSUFFISANTE » (M.-R. MORO)

Quelques services hospitalo-universitaires en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ont pour mission de délivrer des soins le plus souvent spécialisés, avec une vocation régionale et nationale, mais aussi d'assurer la recherche et l'enseignement dans ce champ spécifique.

En 2015, le centre national de gestion de la fonction publique hospitalière recense 32 professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) en psychiatrie infanto-juvénile, et (83 en psychiatrie adulte) ce qui représente 0,73 % de professeurs en pédopsychiatrie parmi l'ensemble des professeurs de médecine. C'est encore pire pour les maîtres de conférences des universités – praticien hospitaliers (MCU-PH) : un seul emploi en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour 1 635 MCU-PH en médecine (soit 0,06 %). Il en va de même pour les chefs de clinique-assistants (CCA) qui sont 3 830 dans l'ensemble des disciplines médicales et moins de 25 en pédopsychiatrie (0,65 %). Plusieurs facultés sont ainsi dépourvues de professeurs en pédopsychiatrie. Il existe donc des régions sans professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent susceptible de former les internes et donc les futurs psychiatres qui voudraient choisir cette spécialisation.

On est très précisément là dans un cercle vicieux qui ne permet pas une formation suffisante de psychiatres d'enfants et d'adolescents, qui renforce la pénurie alors que la demande de la société ne fait, quant à elle, qu'augmenter ! On aura garde d'oublier, de surcroît, que parmi les PU-PH de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, certains sont des spécialistes des bébés, d'autres des

enfants, d'autres sont des spécialistes de pathologie comme l'autisme ; il en reste bien peu pour se consacrer à la période de l'adolescence qui nous intéresse ici.

La pédopsychiatrie a sa propre sous-section de Collège national universitaire (CNU) (49-04) différente de celle de la psychiatrie adulte (49-03), instance qui nomme les universitaires chargés de l'enseignement et de la recherche.

F. DES SOINS EN PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT ASSUREE PAR D'AUTRES TYPES DE STRUCTURES

L'offre est globalement insuffisante, multiple, en « mille feuilles ». Il faut reconnaître que pour des non spécialistes, pour les enseignants, les parents, et surtout les jeunes eux-mêmes, il est parfois difficile de se repérer et de savoir à quelle structure on peut se référer et dans quelles conditions. Les inter-secteurs de psychiatrie auxquels les jeunes peuvent s'adresser en fonction de leur domicile, sont gratuits. Les services en hôpitaux généraux ou en hôpitaux universitaires peuvent être sectorisés ou non selon les endroits. Et, dans ces lieux, les consultations peuvent être gratuites ou payantes et remboursées comme pour n'importe quelle autre spécialité.

À côté de ces services de soins, d'autres types d'institutions ou de dispositifs ont été créés pour répondre à ces besoins médicosociaux. Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), dont les premiers ont été créés dans les années 1945-1950, sont aujourd'hui au nombre d'environ 400 en France. Nés de la volonté conjointe d'éducateurs et de psychiatres, ils gardent vivante la logique qui a fondé leur création : des enfants et des adolescents sont en difficulté à l'école en raison de problèmes psychiques auxquels personne ne répond. En 2015, quelques 175 000 jeunes avaient ainsi bénéficié d'une intervention gratuite de professionnels d'un CMPP qui reste une structure médicosociale. Dans les CMPP, travaillent des enseignants, des psychiatres et des psychologues. Des liens anciens et importants ont pu ainsi se nouer entre les CMPP et l'école, et dans une part moindre le collège et le lycée. Cela s'explique légitimement par le fait que les CMPP ont été créés pour la prise en charge des troubles précoces des apprentissages. Ceux des CMPP ou des Centres d'aide psychopédagogiques (Capp) qui se sont tournés vers les collégiens sont aujourd'hui saturés.

Les centres municipaux de santé, comprenant aussi des professionnels du domaine social et médicosocial, interviennent en complémentarité avec les CMPP.

Enfin, les Maisons des adolescents (MDA) sont des dispositifs essentiellement sanitaires, associatifs ou départementaux. Créés depuis 1999, elles ont obligatoirement pour mission depuis 2005, l'accueil, l'écoute, l'évaluation, le conseil aux jeunes, à leurs parents et aux professionnels, ainsi que la mise en place de soins quand cela est nécessaire. Actuellement, des prises en charge médicales, psychologiques et pédopsychiatriques sont assurées au sein des MDA ou organisées en partenariat formalisé avec des services de soins. Par ailleurs, elles sont habilitées à conduire des actions d'information, de formation et de prévention au sein de toutes les institutions qui ont à voir avec les jeunes, au premier rang desquelles les établissements scolaires. L'étude européenne Milestone menée dans huit pays dont la France, analyse la sortie de la pédopsychiatrie et la transition avec le système de soins adultes qui doit être améliorée (www.milestone-transitionstudy.eu/fr). À Paris, quelques Capp, de statut municipal, jouent un rôle de CMPP et ce, aux côtés de quelques CMPP associatifs.

G. PSYCHIATRIE ET PEDOPSYCHIATRIE FACE A UNE EFFET DE LEURRE

Une démographie des pédopsychiatres préoccupante malgré la hausse récente du nombre de psychiatres formés (il faut former davantage de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent).

Une étude publiée par le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom) en juin 2016 répertorie le nombre de spécialistes inscrits au 1^{er} janvier 2016 et met en évidence **une baisse de 48,2 % entre 2007 et 2016 soit près de 50 % des effectifs de pédopsychiatres**. Il s'agit de déclaration des psychiatres eux-mêmes dans la mesure où, à ce jour, **la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent n'est pas une spécialité médicale distincte de la psychiatrie**.

La Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des disciplines associées (SFPEADA)⁷ attire l'attention sur l'impact négatif de la démographie médicale concernant les acteurs de soin en pédopsychiatrie. **Le nombre de pédopsychiatres en exercice a chuté dramatiquement : entre 2006 et 2016 la discipline a perdu 50 % de ses effectifs. De plus la moyenne d'âge actuelle des pédopsychiatres en exercice est légèrement supérieure à 60 ans.**

De même, il n'est pas possible d'identifier de manière exacte le nombre de pédopsychiatres en formation. Les données commentées ci-dessous portent donc sur la démographie des psychiatres en général.

En 2015, les psychiatres représentent 12,6 % des médecins spécialistes (hors médecins généralistes), avec un effectif de 15 048 (données ASIP-santé RPPS, traitement Drees). La psychiatrie représente ainsi la première spécialité médicale en termes d'effectifs. Les dernières comparaisons internationales (OCDE, 2011) montrent que la France est bien dotée en psychiatres) Pour la pédopsychiatrie en France en revanche, les comparaisons avec d'autres pays sont défavorables (données de l'Ordre des médecins).

Dans le cadre de l'augmentation forte du *numerus clausus* depuis le début des années 2000, le nombre de postes ouverts en psychiatrie aux épreuves classantes nationales (ECN) a été très fortement relevé de sorte que **la part des postes en psychiatrie tend à augmenter** (de 9 à 12 %). Cependant, on notera que depuis 2012, les postes ouverts en psychiatrie à l'issue des ECN ne sont pas tous pourvus. En 2014, 4 % des postes ouverts n'ont pas été choisis par les étudiants en médecine. Ceci pose avec acuité la question de l'attractivité de la profession de psychiatre, même si la psychiatrie n'est pas la seule discipline médicale touchée (médecine générale, médecine du travail et médecine de santé publique). Mais **dans le même temps, on relève une évolution démographique des psychiatres de l'enfant et de l'adolescent préoccupante** et une répartition territoriale très inégalitaire

Les pédopsychiatres exerçant la psychiatrie infanto-juvénile ne sont pas identifiés en tant que tels dans les systèmes d'information des administrations de santé. L'analyse des médecins déclarant un savoir-faire « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » dans le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), permet d'approcher le nombre de pédopsychiatres, sans que l'on sache si ces médecins exercent la psychiatrie adulte ou la psychiatrie pour enfants et adolescents à temps plein. On ignore quelle est la part des enfants et adolescents dans leur activité. Seuls 15 à 30 % des psychiatres assureraient des consultations pour les enfants et les adolescents

⁷ 2018 : projet pour un CMP de demain, <https://sfpeada.fr/projet-pour-le-cmp-de-demain/>.

selon les estimations actuelles faites dans le cadre du Collège national universitaire (CNU). Pour couvrir les besoins estimés, il en faudrait 30 à 40 %.

Une proportion importante des pédopsychiatres exerce en libéral, mais en forte baisse depuis 2012, toutes formes d'exercice confondues : moins 48 % du nombre de pédopsychiatres depuis 2007 dont (– 14 % selon la Drees entre 2012 et 2015).

La répartition du mode d'exercice des 2 475 psychiatres infanto-juvéniles recensés en 2015 est la suivante : 48 % sont salariés, 38 % sont libéraux et 14 % ont un exercice mixte. La proportion des pédopsychiatres en exercice libéral est plus élevée que pour les psychiatres (33 % d'exercice libéral, 11 % d'exercice mixte). Si le nombre de psychiatres tend à s'accroître dans la période récente (+ 4 % entre 2012 et 2015), en raison d'un effort de formation accentué, il en va différemment du nombre de pédopsychiatres (– 7 % entre 2012 et 2015) et selon le Conseil nationale de l'ordre des médecins (Cnom⁸) (– 48,2 % entre 2007 et 2016).

Ce sont les pédopsychiatres libéraux qui connaissent l'évolution la plus défavorable notamment parce que l'exercice de la pédopsychiatrie en ville est rendu plus difficile par le temps long nécessaire pour bien évaluer un adolescent, sa situation familiale, scolaire et sociale si besoin. Les consultations de pédopsychiatrie demandent une sur-spécialisation ; elles sont beaucoup plus longues que celles des adultes ; elles ne sont pas reconnues comme telles dans la nomenclature de la Sécurité sociale. Dans d'autres pays, au contraire, comme la Suisse ou la Belgique, cette sur-spécialisation est valorisée.

À l'inverse de la psychiatrie qui fait l'objet d'ouvertures de postes dédiés, l'absence de spécialité médicale reconnue à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent rend difficile la maîtrise de l'évolution du nombre de pédopsychiatres, puisque ce sont les étudiants qui choisissent (ou non) de suivre la formation complémentaire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (DESC).

Dans ce contexte, la société et les familles se tournent des médecins « ayant un savoir-faire psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ». Ce qui évoque une forme de résignation collective, à une perte de compétence envers les enfants et les adolescents en souffrance psychique⁹.

H. PROPOSITION HCFEA

Reprise du rapport Moro-Brison (2016, p. 33) ci-dessous, recentrée sur la prise en charge des pré-adolescents, et complétée par les éléments d'actualités issus de l'audition du professeur Chambry et les délibérations du Conseil du 6 avril :

« En conclusion, on peut dire que l'offre de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est saturée. Elle doit donc être développée de manière spécifique, tant pour assurer des soins de qualité, que pour le développement de la recherche et de l'enseignement. Une augmentation de 25 % des pédopsychiatres, des universitaires en pédopsychiatrie et un moratoire sur tous les postes des équipes de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent s'imposent. Cette offre doit être mise en

⁸ Le Breton-Lerouvillois G., Rault J.-R. (dir.), 2016, *Atlas de la démographie médicale en France*, 10ème Atlas National ; Cnom.

⁹ Source : données RPPS, traitement Drees, pour le nombre de psychiatres déclarant un savoir-faire « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », données Insee pour la population, traitement mission Moro-Buisson : portant sur les 10 à 21 ans.

réseau avec la psychiatrie "adultes" pour mieux assurer la transition. Elle doit aussi renforcer ses liens avec la pédiatrie et maintenir sa tradition de travail pluridisciplinaire avec tous ceux qui s'occupent des adolescents (psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, infirmiers, éducateurs, assistants sociaux, etc.). Enfin, cette offre doit s'articuler davantage aux besoins tels qu'ils s'expriment à l'école, à l'université, dans les missions locales ou dans les centres de formation pour apprentis, en somme, dans tous les lieux où se forment les adolescents et les jeunes adultes. Cette offre de soins doit renforcer sa capacité à se laisser interpeller par toutes les problématiques des jeunes telles qu'elles s'expriment dans leurs lieux de vie et d'étude ».



ANNEXE 3.2 :
REVUE DE LITTERATURE
L'IMPACT DU SYSTEME SCOLAIRE
SUR LE BIEN-ETRE ET LA SANTE MENTALE
DES COLLEGIENS¹⁰

¹⁰ Note, par Lidia Panico, Ined, collaboratrice scientifique HCFEA.

INTRODUCTION

La santé mentale et le bien-être sont **des composantes essentielles de la définition de la santé** donnée dans la Constitution de l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Une bonne santé mentale permet aux individus de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et de contribuer à la vie de leur communauté. Les déterminants de la santé mentale et des troubles mentaux comprennent des facteurs individuels tels que la capacité de maîtriser ses pensées, ses émotions, ses comportements et ses relations avec autrui, et des facteurs sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux, au nombre desquels figurent les politiques nationales, la protection sociale, le niveau de vie et le soutien social offert par la communauté.

Il y a encore **relativement peu d'investissements publics** consacrés au soutien de la santé mentale et du bien-être des enfants et des adolescents, malgré le fait que l'objectif 3 du programme de développement durable de l'ONU vise explicitement à « promouvoir la santé mentale et le bien-être », tandis que le plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale pour 2013-2020 souligne l'importance pour les enfants « d'avoir un sentiment d'identité positif, la capacité de gérer leurs émotions et de nouer des relations sociales... ce qui leur permet de participer pleinement et activement à la société »¹¹. En France, le rapport récent de la mission « Bien-être et santé des jeunes » met en avant les « besoin psychiques » et le « mal-être » des jeunes de 11 à 21 ans, que le rapport estime d'être moins bien pris en charge que la santé physique par les politiques publiques¹².

L'adolescence (entre 10 et 19 ans) est une période de la vie unique et formatrice. Plusieurs études ont montré que la santé mentale se bâtit tôt ; ainsi, les troubles de santé mentale qui apparaissent avant l'âge adulte peuvent imposer un coût de santé jusqu'à dix fois plus élevé que ceux qui apparaissent plus tard dans la vie¹³. Les multiples changements de l'adolescence (physiques, émotionnels et sociaux) peuvent rendre les adolescents vulnérables sur le plan de leur santé mentale. Si les investissements publics sont encore faibles, la santé et le bien-être mental occupent une place de plus en plus importante dans les médias et le discours public dans les pays industrialisés. Le problème n'est pas nouveau mais grâce à des discussions plus ouvertes et à **l'atténuation de la stigmatisation**, le bien-être mental devient l'une des préoccupations les plus importantes dans le discours public d'aujourd'hui.

Après la famille, l'école est l'un des milieux les plus importants dans la vie des enfants. Quand on parle de la santé mentale des adolescents, un angle intéressant est donc d'explorer **comment le système scolaire soutient (ou non) la santé mentale des élèves**. Plusieurs études montrent des liens entre la santé et le bien-être mental des adolescents et leur expérience scolaire. Dans ces

¹¹ WHO, 2013, Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. 66th World Health Assembly, Agenda item 13.3, 27 May 2013. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf?ua=1.

¹² Moro, M.-R., Brison, J.-L., 2016, Mission Bien Etre et Santé des Jeunes. <https://www.education.gouv.fr/mission-bien-etre-et-sante-des-jeunes-6518>

¹³ Suhrcke, M., Pillas, D., Selai, C., 2007, Economic Aspects of Mental Health in Children and Adolescents, Background paper, World Health Organization. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/76485/Hpsc_Forum_2007_economic_aspects.pdf?ua=1.

travaux, des thématiques spécifiques sont parfois mises en avant, par exemple, le **harcèlement**¹⁴, la connectivité scolaire, c'est-à-dire l'inclusion et le respect perçus dans le milieu scolaire¹⁵, ou encore le rendement scolaire¹⁶. Ces questions prennent souvent une **dimension « genrée »** : les années collège comportent des différences entre filles et garçons en termes de santé mentale¹⁷. Comment les écoles peuvent-elles soutenir la santé mentale des élèves et en particulier des filles ? Quelles interventions ont déjà été déployées à ce sujet ?

Cette note présente la littérature sur le bien-être mental des adolescents dans les pays industrialisés, en se concentrant sur la manière dont l'expérience scolaire peut, pendant l'adolescence, soutenir ou nuire à la santé mentale des élèves, avec un focus sur les différences filles-garçon.

¹⁴ Due P., Holstein B.E., Lynch J., Diderichsen F., Gabhain S.N., Scheidt P., Currie C., the Health Behaviour, 2005, In School-Aged Children Bullying Working Group, Bullying and Symptoms among School-aged Children : International comparative cross-sectional study in 28 countries, *European Journal of Public Health*, 15(5 :), p. 128-132.

Juvonen J., Graham S., Schuster M., 2003, Bullying among Young Adolescents : The strong, the weak, and the troubled, *Pediatrics*, 112,(6), p. 1231-1237.

Perren S., Dooley J., Shaw T., Cross D., 2010, Bullying in School and Cyberspace : Associations with depressive symptoms in Swiss and Australian adolescents, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4 :, p. 28.

¹⁵ Shochet I.M., Dadds M.R., Ham D., Montague R., 2006, School Connectedness Is an Underemphasised Parameter in Adolescent Mental Health : Results of a community prediction study, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, vol. 35m, n° 2, p. 170-179.

¹⁶ Sznitman S.R., Reisel L., Romer D., 2011, The Neglected Role of Adolescent Emotional Well-being in National Educational Achievement : Bridging the gap between education and mental health policies, *Journal of Adolescent Health*, 48(2) :135-1.

Wagner M., Cameto R., 2004, *The Characteristics, Experiences, and Outcomes of Youth with Emotional Disturbances. A Report from the National Longitudinal Transition Study-2*, vol 3, n° 2, National Center on Secondary Education and Transition, University of Minnesota.

¹⁷ Bruckauf Z., 2017, Adolescents' Mental Health : Out of the shadows. Evidence on psychological well-being of 11-15-year-olds from 31 industrialized countries, *Innocenti Research Briefs*, n° 2017-12, Unicef Office of Research - Innocenti, Florence.

I. LE BIEN-ETRE ET LA SANTE MENTALE DES COLLEGIENS : POURQUOI S'EN OCCUPER ?

L'une des raisons essentielles, et primordiales, d'investir dans la santé et le bien-être mentale des jeunes tient au fait que les enfants et les adolescents ont, comme tous les êtres humains, **un droit fondamental au développement, au meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre et à l'accès aux services de santé**. Ces droits sont soutenus par plusieurs instruments mondiaux relatifs (voir prochaine section), dont presque tous les pays sont signataires. Dans les prochaines sections, on verra qu'améliorer le bien-être et la santé mentale des adolescents peut aussi avoir des impacts de court et long terme sur son devenir, la promotion et la protection de leur santé et bien-être mentale mèneront donc à d'importants bienfaits au niveau individuel et au niveau sociétale, en matière de santé publique, économiques et sociétaux¹⁸.

A. LA SANTE ET LE BIEN-ETRE MENTAL COMME PRIORITE DES PROGRAMMES INTERNATIONAUX

L'identification des facteurs de risque et des facteurs protecteurs de la santé et du bien-être mental des enfants et des adolescents, et les interventions dans ce domaine, sont une priorité de plusieurs programmes internationaux.

La **Convention internationale des droits de l'enfant** (Cide) de 1989 a été l'un des premiers traités internationaux à réunir un ensemble de droits reconnus spécifiquement aux enfants. La santé et le bien-être font partie de ces droits tels qu'ils sont définis dans la convention. Si la notion de bien-être des enfants est ancrée dans la Cide, d'autres initiatives internationales lui ont donnée de nouvelles dimensions et aidé à concrétiser le concept du bien-être chez les enfants.

Ainsi, l'objectif 3 du **programme de développement durable de l'ONU**, adopté par la communauté internationale en 2015, s'intitule « *Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* » et pose explicitement que la « santé » va au-delà de la santé physique. À la différence des objectifs du « Millénaire pour le développement », qui visaient en premier lieu les pays à revenu faible et intermédiaire, les objectifs de développement durable ciblent des notions universelles ; ils s'appliquent donc autant aux pays riches qu'aux pays pauvres. La santé et le bien-être mentale de l'adolescent font désormais également partie intégrante de **la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent** (2016–2030) des Nations unies car, pour reprendre la formule du Secrétaire général de l'Organisation des Nations unies, « [les

¹⁸ Patton G.C., Sawyer S.M., Santelli J.S., Ross D.A., Afifi R., Allen N.B., *et al.*, 2016, Our future : a Lancet commission on adolescent health and wellbeing, *Lancet*, 387(10036) :2423-78. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736\(16\)00579-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736(16)00579-1/fulltext).

Stenberg K., Axelson H., Sheehan P., Anderson I., Gülmezoglu A.M., Temmerman M., *et al.*, 2014, Advancing social and economic development by investing in women's and children's health : a new global investment framework. *Lancet*. 2014 ;383(9925) :1333-54. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361362231X>.

Fnuap, 2010, Les raisons d'investir sur les jeunes dans le cadre de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté. New York, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Case%20for%20Investing-FINAL_FR_v1.pdf

Banque mondiale, 2007, Rapport sur le développement dans le monde 2007 : le développement et la prochaine génération, Washington D. C., <http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/327111468158073370/pdf/449630WDR0FREN1070overview01PUBLIC1.pdf>.

adolescents sont] au cœur de tous nos objectifs et jouent un rôle déterminant dans la réalisation du Programme de développement à l'horizon 2030 ».

L'**Organisation mondiale de la santé** (OMS) a déclaré que le bien-être mental est fondamental pour une bonne qualité de vie chez les jeunes¹⁹. L'OMS a mis sur pied plusieurs stratégies, programmes et outils afin d'aider les gouvernements à répondre aux besoins des adolescents sur le plan de leur santé mentale. Ainsi, l'Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HAI)²⁰ comporte un volet dédié à la santé mentale – le Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020²¹ met en avant l'importance du bien-être et de la santé mentale à tous les âges de la vie, y compris l'adolescence – et la Stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020 de l'OMS Europe²².

Encadré 1 : La santé mentale et le bien-être mental : quelles définitions ?

Une grande partie des recherches récentes sur le bien-être à l'école s'inscrit dans le cadre d'une conception multidimensionnelle et subjective du bien-être et de la qualité de vie. Il existe moins de recherches spécifiquement centrées sur la santé mentale des élèves.

La santé mentale et le bien-être mental sont des concepts similaires mais distincts. Le bien-être est souvent formulé d'une manière positive et se focalise sur des aspects holistiques de la satisfaction des jeunes par rapport à leur vie, tandis que les définitions de santé mentale se focalisent sur la présence ou non de troubles ou maladies²³. Néanmoins, le bien-être est souvent fortement lié à la santé mentale et *vice-versa*, avec par exemple de fortes corrélations entre bien-être (mesuré de façon positive) et symptômes dépressifs²⁴.

B. UN IMPACT SUR LA QUALITE DE VIE DE L'ELEVE

Les « années collège » sont une période particulièrement critique pour la santé et le bien-être mental, qui sont à leur tour associés à des difficultés psychologiques tout au long de la vie²⁵. Comment vont les collégiens aujourd'hui ? La littérature montre qu'il existe des **contradictions dans les tendances en fonction des domaines étudiés**. Bien que, dans les pays développés, la satisfaction globale des jeunes envers leurs vie s'améliore, et que les différences socioéconomiques

¹⁹ OMS, 2012, *Adolescent mental health : mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations*.

²⁰ https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/framework-accelerated-action/fr.

²¹ https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr.

²² OMS, 2014, *Investing in children: The European child and adolescent health strategy 2015-2020*, Copenhagen, Regional Committee for Europe.

²³ Keyes C., 2006, Subjective well-being in mental health and human development research worldwide. *Social Indicators Research*, 77(1), p. 1-10.

Greenspoon P.J., Saklofske D.H., 2001, Towards an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54(1), p. 81-108.

²⁴ Mukuria C., Rowen D., Peasgood T., Brazier J.E., 2016, An empirical comparison of well-being measures used in the UK. Policy Research Unit in *Economic Evaluation of Health and Care Interventions*.

²⁵ Park N., 2004, The role of subjective well-being in positive youth development, *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Sciences*, 591(1), p. 25-39.

en termes de satisfaction avec leur vie semblent diminuer au fil du temps²⁶, des estimations suggèrent qu'aujourd'hui un quart des jeunes de moins de 18 ans ont des problèmes de santé mentale²⁷, et que la moitié de ces problèmes commencent avant l'âge de 14 ans²⁸. Le bien-être et la santé mentale des élèves est **un vaste enjeu** qui implique plusieurs autres domaines de la vie de l'individu concerné (avec des impacts sur sa santé physique, ses capacités d'apprentissage, sa capacité d'intégration, etc.) et pour la société plus largement, sur le court et le long terme (conséquences économiques, en termes de besoins de services sociaux, de santé, et d'éducation, pour les politiques publiques, etc.)²⁹.

C. UN IMPACT SUR SON DEVENIR

Quel est l'impact de la santé et du bien-être mental sur le bien-être et la santé physique à l'âge adulte, sur la réussite scolaire, la carrière, etc. ?

Plusieurs études sur le sujet montrent que les difficultés socioémotionnelles, les troubles psychiques et le mal-être pendant l'enfance et l'adolescence conduisent à **des effets négatifs sur la santé mentale des jeunes toute au long de leur vie**³⁰. Parce que les facteurs de risque en termes de santé mentale sont souvent structurels, plutôt qu'aléatoires³¹, les enfants et **les adolescents issus des familles et des communautés les plus défavorisées** sont disproportionnellement exposés à des expériences de vie stressantes, qui ont une incidence sur leur bien-être émotionnel³². Dans ces groupes, l'impact de la santé et du bien-être mental sur le devenir des élèves sera donc plus important, surtout du fait que ces jeunes cumulent d'autres risques qui ne les placent pas dans les meilleures conditions pour réussir au mieux leur scolarité.

Les recherches visant à établir des liens entre le bien-être perçu à l'école et **la réussite scolaire** sont plutôt contrastées. D'anciens travaux³³, suggèrent que la satisfaction de vie globale des enfants

²⁶ Elgar F., Pfoner T.K., Moor I., De Clercq B., Stevens G.W.J.M., Currie C., 2015, Socio-economic inequalities in adolescent health: a time-series analysis of 34 countries participating in the HBSC study, 2002 to 2010. *The Lancet*.

²⁷ Merikangas K.R., Nakamura E.F., Kessler R.C., 2009, Epidemiology of mental health disorders in children and adolescents Dialogues, *Clinical Neuroscience*, 11(1), 7-20.

²⁸ Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Walters E.E., 2005, Lifetime prevalence and age of onset distributions of SDM-IV disorders in the national comorbidity survey replication, *Archives in General Psychiatry*, 62(6), p. 593-602.

²⁹ Suhrcke M., Pillas D., Selai C., 2007, Economic aspects of mental health in children and adolescents. WHO European Office for Investment for Health and Development Background Papers, WHO Regional Office for Europe.

³⁰ Green J.G., McLaughlin K.A., Berglund P.A., *et al.*, 2010, Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I, Associations with first onset of DSM-IV disorders, *Archives of General Psychiatry*; 67 :113–23.

³¹ Aneshensel C.S., Rutter C.M., Lachenbruch P., 1991, Social structure, stress, and mental health: Competing conceptual and analytic models. *American Sociological Review*; 56 :166–78.

³² Schilling EA, Aseltine RH, Gore S., 2008, The impact of cumulative childhood adversity on young adult mental health: Measures, models, and interpretations, *Social Science and Medicine*, 66 :1140–51.

³³ Huebner E. S., Alderman G. L., 1993., Convergent and discriminant validation of a children's life satisfaction scale: Its relationship to self-and teacher-reported psychological problems and school functioning, *Social indicators research*, 30(1), 71-82.

Huebner E.S., Laughlin J.E., Ash C., Gilman R., 1998, Further validation of the multidimensional students' life satisfaction scale, *Journal of Psychoeducational Assessment*, 16(2), p. 118-134.

Huebner E.S., 1991, Correlates of life satisfaction in children, *School psychology quarterly*, 6(2), 103.

n'est pas liée à leurs performances scolaires, mais des études plus récentes trouvent des corrélations faibles à modérées entre la satisfaction scolaire et les performances scolaires au collège³⁴. Plusieurs études montrent également des corrélations entre la santé et le bien-être mental d'une part, et les résultats scolaires³⁵. Ces travaux sont principalement menés aux États-Unis ou au Royaume-Uni. En France, cette question a été moins étudiée. Toutefois, Fenouillet *et al.* (2014) et Guimard *et al.* (2015) rapportent des corrélations positives et significatives entre la satisfaction scolaire et les résultats aux épreuves de contrôle continu et au brevet des collèges, même après contrôle de diverses variables sociodémographiques et scolaires (âge, sexe, type d'établissement, parcours scolaire antérieur, etc.). Utilisant les données des panels des élèves du secondaire de la DEPP, Archambault *et al.* trouvent des corrélations entre bien-être perçu par les élèves et le décrochage scolaire³⁶.

L'amélioration de la santé des adolescents peut donc apporter des effets positifs significatifs au niveau individuel sur le long et le court terme, qui peuvent à leur tour se traduire par **des avantages importants au niveau sociétal**, grâce, par exemple, à une productivité accrue, des coûts de santé réduits et un capital social amélioré³⁷. En particulier, l'investissement dans la santé et le bien-être mental des adolescents les plus défavorisés, qui sont plus exposés aux facteurs de risque de mauvaise santé physique et mentale, peut éviter que la pauvreté et la précarité continuent de se transmettre de génération en génération³⁸.

³⁴ Cheng H., Furnham A., 2002, Personality, peer relations, and self-confidence as predictors of happiness and loneliness, *Journal of adolescence*, 25(3), 327-340.

Crede J., Wirthwein L., Mc Elvany N., Steinmayr R., 2015, Adolescents' academic achievement and life satisfaction: the role of parents' education, *Frontiers in psychology*, 6, 52.

Lyons M.D., Huebner E.S., 2016, Academic characteristics of early adolescents with higher levels of life satisfaction, *Applied Research in Quality of Life*, 11(3), 757-771.

Suldo S.M., Riley K.N., Shaffer E.J., 2006, Academic correlates of children and adolescents' life satisfaction, *School Psychology International*, 27(5), 567-582.

³⁵ Austin M.P., Mitchell P., Goodwin G.M., 2001, Cognitive deficits in depression: Possible implications for functional neuropathology, *British Journal of Psychiatry*, 178: 200-6.

Fergusson D.M., Woodward L.J., 2002, Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression, *Archives of General Psychiatry*, 59 : 225-31.

Bradshaw J., Keung A., 2011, Trends in child subjective well being in the UK, *Journal of Children's Services*.

³⁶ Archambault I *et al.*, 2009, Adolescent behavioural, affective, and cognitive engagement in school: Relationship to dropout, *The Journal of School Health*.

³⁷ Fnuap, 2010, Les raisons d'investir sur les jeunes dans le cadre de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté, New York, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Case%20for%20Investing-FINAL_FR_v1.pdf.

³⁸ Bird K., 2007, The intergenerational transmission of poverty: an overview, Overseas Development Institute working paper 286, Chronic Poverty Research Centre Working paper 99, London: ODI/CPRC, 2007, <https://pdfs.semanticscholar.org/b845/f2b2e157e341a8f4b9fde9d1477ef4ac1fca.pdf>

II. LE BIEN-ETRE, LA SANTE MENTALE ET L'ECOLE

Le bien-être des adolescents repose sur une santé et un développement physiques, sexuels, neurologiques et psychosociaux positifs³⁹.

Le développement neurologique positif à l'adolescence est facilité par la prise de risques dans un cadre constructif, ainsi que par l'apprentissage et l'expérience de sorte à stimuler des connexions cérébrales positives. La santé psychosociale positive à l'adolescence passe notamment par un sens positif de l'identité et de l'estime de soi, des relations saines avec sa famille et ses pairs, une protection contre la violence et la discrimination, la possibilité d'apprendre et d'être productif, des occasions de prendre des décisions, de développer des valeurs et de cultiver des compétences sociales et le souci de la justice à travers des activités de groupe. **Différentes sphères peuvent donc influencer la santé et le bien-être des adolescents à différents niveaux d'un modèle écologique** : individuel, interpersonnel, communautaire, organisationnel, environnemental, structurel et macroscopiques.

L'école – entendue au sens large du système scolaire qui renvoie, selon les études et les pays, à l'école élémentaire ou qui englobe école élémentaire et collège – constitue, avec la famille et les relations avec les pairs, **une dimension centrale de la qualité de vie des jeunes**⁴⁰. À un moment où les jeunes cherchent à s'éloigner de l'influence parentale, l'école est un des lieux où les adolescents peuvent développer de nouvelles aptitudes et compétences sociales, définir leurs propres valeurs et critères de moralité, et chercher à tester les limites⁴¹.

Les établissements (écoles primaires, secondaires, tertiaires ou professionnelles) peuvent donc jouer un rôle essentiel dans la promotion et la protection de la santé mentale des adolescents. Par conséquent, aujourd'hui, pour différents acteurs du domaine de la jeunesse (académiques, de politiques publiques, etc.) **la formation des jeunes à l'école ne devrait pas se réduire à la performances académiques des élèves**, mais devrait s'intéresser plus largement à leur bien-être (qui inclut leur santé mentale, physique, etc.)⁴², en considérant les enfants comme acteurs de leur développement. En France, la loi d'orientation sur l'éducation de 1989 place d'ailleurs l'élève au centre du système scolaire en affirmant que l'éducation doit permettre à chacun « de développer sa

³⁹ UNFPA; 2016, How our future depends on a girl at this decisive age: 10. The state of world population 2016. New York, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/the_state_of_world_population_2016_-_english.pdf. WHO, 2014, Health for the world's adolescents a second chance in the second decade: Summary, Geneva, http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_mncah_hwa_executive_summary.pdf. Unicef, 2001, Adolescence : l'âge de tous les possibles. La situation des enfants dans le monde 2011, New York, <https://www.unicef.org/french/sowc2011>.

⁴⁰ Coudronnière C., Bacro F., Guimard G., Florin A., 2015, Quelle conception de la qualité de vie et du bien-être des enfants de 5 à 11 ans ?, *Enfance*, 2, p. 225-243.

Moore G.F et al., 2018, School, peer and family relationships and adolescent substance abuse, subjective well-being and mental health symptoms in Wales, *British Educational Research Journal*, 11(6), 1951-65.

⁴¹ Unicef, 2011, The state of the world's children 2011. Adolescence— an age of opportunity, New York, <https://www.unicef.org/sowc2011>.

WHO, 2014, Health for the world's adolescents a second chance in the second decade: Summary, Geneva, (http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_mncah_hwa_executive_summary.pdf).

⁴² Guimard P., Bacro F., Ferriere S., Florin A., Gaudonville T., 2017, *Evaluation du bien-être perçu des élèves : étude longitudinale à l'école élémentaire et au collège*, rapport terminal de recherche pour la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance.

personnalité, de s'insérer dans la vie sociale, d'exercer sa citoyenneté ». L'école⁴³ peut aussi représenter un contexte privilégié pour livrer des interventions visant les enfants et les adolescents, grâce à sa capacité de toucher un public très large⁴⁴.

Cet objectif est d'autant plus important que, selon plusieurs enquêtes, **une proportion significative d'élèves en France aime peu ou pas du tout l'école**, et ce pourcentage augmente au cours de la traversée des années collège⁴⁵. Des enquêtes internationales comparatives montrent que la France est plutôt mal classée par rapport à d'autres pays de l'OCDE sur plusieurs indicateurs de bien-être à l'école comme le stress ressenti pour le travail scolaire ou le soutien social perçu à l'école⁴⁶. Par exemple, les données Pisa montrent que les élèves français ont relativement moins confiance en eux, ils sont plus anxieux face à l'apprentissage des mathématiques et leur sentiment d'appartenance à leur établissement est en dessous de la moyenne des pays de l'OCDE⁴⁷. D'autres travaux montrent qu'en France, l'avis des élèves sur les apprentissages, les enseignants et les ressources de leur école est peu sollicité comparativement à d'autres pays⁴⁸, ce qui pourrait porter à plus de mal-être chez les élèves⁴⁹.

A. LA LITTÉRATURE SUR LE BIEN-ÊTRE MENTAL DES COLLEGIENS A L'ÉCOLE

Pour la plus part, les travaux sur le bien-être mental des élèves à l'école ne visent pas à améliorer directement la réussite académique, mais à **comprendre comment l'école impacte la qualité de vie des élèves**, leurs relations sociales, leur investissement dans les activités scolaires etc., ce qui pourrait avoir un impact indirect sur les trajectoires académiques⁵⁰. Pour avoir une vue d'ensemble de tous ces mécanismes, le rapport du Cnesco sur la qualité de vie à l'école⁵¹ valorise le modèle sociologique du bien-être de Konu et Rimpelä⁵² (voir Figure 1) appliqué à l'école. Il souligne d'une part l'intérêt d'envisager le bien-être à l'école comme la satisfaction de larges besoins fondamentaux des jeunes, et, d'autre part, montre la relation entre les apprentissages, l'éducation et le bien-être des élèves.

⁴³ Dans cette note, le terme « école » renvoie à la période qui englobe l'école élémentaire et le collège.

⁴⁴ Moore, 2018.

⁴⁵ Debarbieux E., 2011, *À l'école des enfants heureux... enfin presque...*, rapport de recherche réalisé pour Unicef France.

Bavoux, P., Pugin, V., 2012, *Le Baromètre annuel du rapport à l'école des enfants de quartiers populaires*, rapport pour l'Afev.

⁴⁶ Currie, C., Gabhainn S. N., Godeau E., Roberts C., Smith R., Currie D., Pickett W., Richter M., Morgan A., Barnekow V., 2008, Inequalities in Young people's health. Health behaviour in school-aged children international report from the 2005/2006 survey, *Health policy for children and adolescents*, n° 5.

OCDE, 2009, *Assurer le bien-être des enfants*, Paris, OCDE.

⁴⁷ OCDE, 2013, *Résultats du Pisa 2012. Note par pays. France*, édition de l'OCDE.

⁴⁸ Centre d'Analyse Stratégique, 2013, Favoriser le bien-être des élèves, condition de la réussite éducative, *Note d'analyse 313*, janvier 2013.

⁴⁹ Guimard *et al.*, 2017.

⁵⁰ Gibbons S., Silva, O., 2011, School quality, child wellbeing and parents' satisfaction, *Economics of Education Review*, 30, p. 312–331.

Florin A., Vrignaud P., 2007, *Réussir à l'école : les effets des dimensions conatives en éducation*, Rennes : PUR.

⁵¹ Cnesco, 2017, La qualité de vie à l'école : l'école française propose-t-elle un cadre de vie favorable aux apprentissages et au bien-être des élèves ?, octobre 2017.

⁵² Konu A., Rimpelä M., 2002, Well-being in schools: A conceptual model, *Health Promotion International*, n° 17-1, p. 79-87.

Figure 1

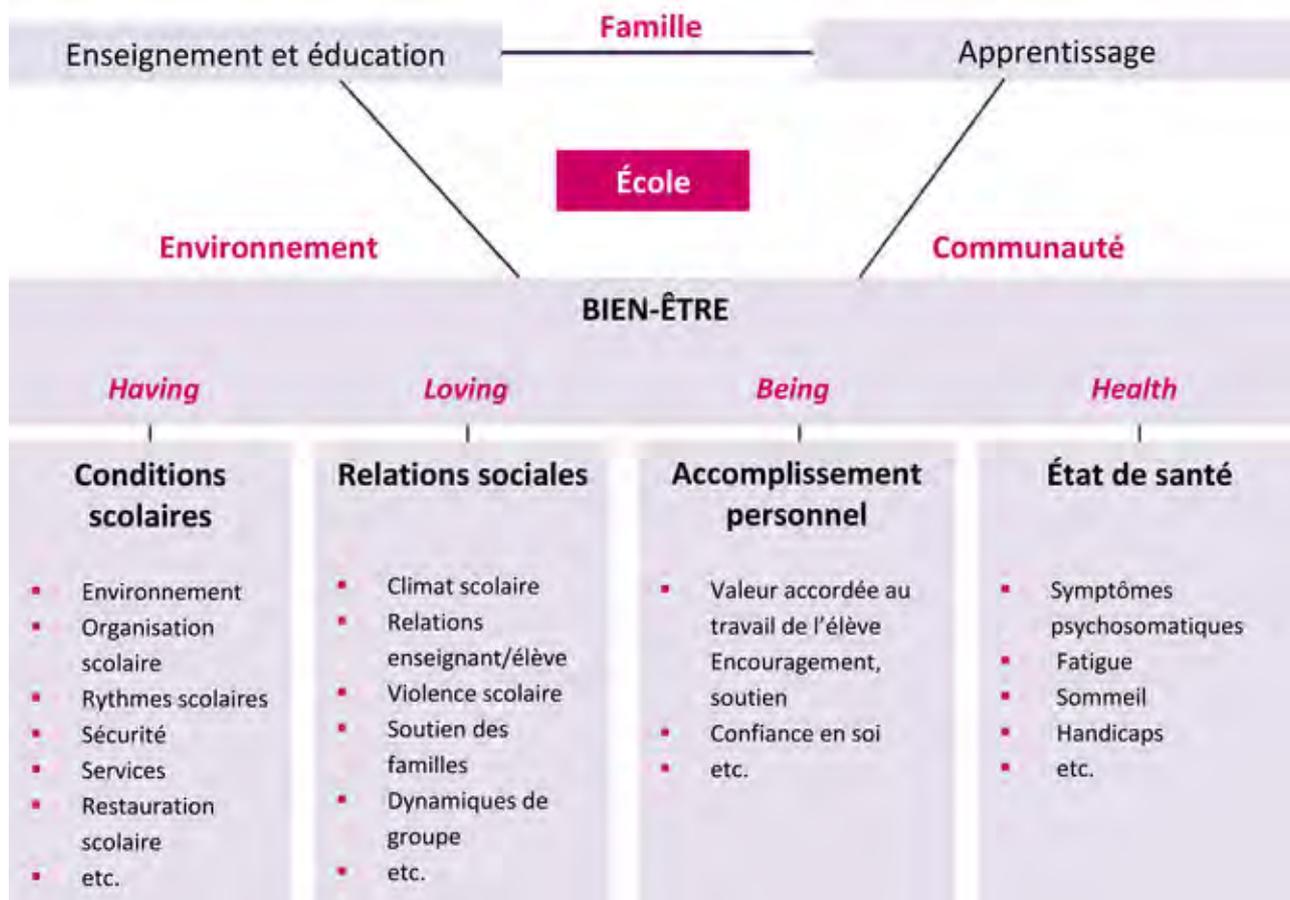


Figure 1 : Le modèle du bien-être, Konu et Rimpelä (2002).

Source de l'image : dossier du Cnesco (2017), d'après de Konu et Rimpelä (2002).

Plusieurs études sur la santé et le bien-être à l'école existent. Cette littérature est très diverse en termes des notions de « sante » ou « bien-être » mobilisées, ainsi qu'en termes des populations étudiées (tranches d'âges, pays étudié etc.). Notamment, les facteurs en jeu dans les mécanismes de la santé et le bien-être mentale à l'école restent encore complexes à appréhender, difficiles de hiérarchiser, et d'objectiver. Les grands résultats de cette littérature sont repris par la suite dans cette section.

1. Des collégiens qui affichent plutôt un bon niveau de bien-être perçu à l'école...

Premièrement, globalement, **la plupart des collégiens en France semble avoir un bon bien-être perçu à l'école**. A partir d'une étude longitudinale d'environ 1000 élèves par Guimard *et al.* (2017), trois profils d'enfants sont identifiés, et près de la moitié des enfants se retrouvent dans le profil « élèves satisfaits et sereins ». Ce groupe déclare être plutôt satisfait de ses relations avec les enseignants, de sa classe et des activités proposées à l'école, est bien intégré dans son groupe de pairs, se sent plutôt en sécurité, et ne manifeste pas un niveau d'anxiété élevé dans ses rapports aux évaluations scolaires. Ces élèves ont aussi des meilleures performances académiques, un sentiment d'efficacité scolaire élevé et ils évaluent plus positivement leur qualité de vie scolaire. Un deuxième groupe (un tiers des élèves), majoritairement des collégiens en établissements publics,

sont désignés comme « peu satisfaits mais sereins ». Ce groupe est critique concernant ses relations avec les enseignants, sa classe et les activités proposées à l'école, tout en se sentant bien intégré, en sécurité et sans problème concernant les évaluations. Le troisième groupe réunit près d'un quart des élèves, en majorité des garçons, « peu satisfaits et inquiets ». Ils ont une perception négative de la plupart des dimensions de la vie scolaire, se sentent assez peu en sécurité et sont anxieux par rapport aux évaluations. Ce profil est plus fréquent en REP (réseau d'éducation prioritaire). Ils se distinguent peu du profil précédent au niveau de leurs performances scolaires⁵³.

2. ... mais un bien-être qui semble se dégrader au cours des années collège

Deuxièmement, plusieurs études (en France et à l'international) montrent **une baisse progressive de la satisfaction de vie des élèves et de leur satisfaction scolaire au cours de la scolarité**. Par exemple, la 4ème Consultation nationale des 6/18 ans par Unicef France, qui a interrogé plus de 45000 élèves dans 132 villes et inter-communautés, montre que 67 % des répondants déclarent **être angoissés de ne pas réussir à l'école**⁵⁴, et cette angoisse augmente de façon régulière pendant les années collège.

Pour expliquer cette diminution de la satisfaction scolaire, plusieurs hypothèses ont été avancées, telles que la moindre capacité des établissements scolaires accueillant les élèves plus âgés (collèges) à répondre à leurs besoins, l'augmentation des exigences scolaires et individuelles⁵⁵, ou encore la diminution de leur intérêt pour l'école avec l'âge⁵⁶. Selon une autre hypothèse, avec le développement des capacités cognitives, les adolescents sont en mesure de mieux évaluer si leurs besoins sont satisfaits par l'école⁵⁷. Ces résultats ont aussi été mis en relation avec le constat que le système scolaire français assigne des impératifs de réussite et de concurrence les élèves pour avoir accès aux meilleures classes et aux meilleures chances de promotion⁵⁸, concurrence qui devient de plus en plus importante au fil des années collégiennes.

3. Les transitions : des moments clés des évolutions du bien-être des enfants

Si les changements du bien-être des élèves pendant leur scolarité semblent être plus liés à l'âge qu'au type d'établissement (écoles vs collèges). Par exemple, Guimard *et al.* (2015) constatent une baisse de la satisfaction scolaire globale entre le CE2 et le CM2, ainsi qu'entre la sixième et la quatrième⁵⁹. Néanmoins, **le passage entre école et collège** a été étudié, pour comprendre cette

⁵³ Guimard P., *et al.* 2017.

⁵⁴ Unicef France, 2018, Consultation Nationale des 6/18 ans. Quel genre de vie ? Filles et garçons inégalités, harcèlements, relations, Paris, Unicef France.

⁵⁵ Karatzias A., Power K., Flemming J., Lennan F., Swanson V., 2002, The role of demographics, personality variables and school stress on predicting school satisfaction/dissatisfaction: Review of the literature and research findings, *Educational Psychology*, 1(22), p. 33–50.

⁵⁶ Eccles J.S., Wigfield A., Harold R., Blumenfeld P.B., 1993, Age and gender differences in children's self- and task perceptions during elementary school, *Child Development*, 64, p. 830-847.

⁵⁷ Liu W., Mei J., Tian L., Huebner E.S., 2015, Age and Gender Differences in the Relation between School-Related Social Support and Subjective Well-Being in School among Students, *Social Indicators Research*, 125(3), 1065–1083. 125, p. 1065–1083.

⁵⁸ Cayoutte-Remblière J., 2016, *L'école qui classe, 530 élèves du primaire au bac*, Paris, PUF.

⁵⁹ Guimard P., Bacro F., Florin A., Ferriere S., Gaudonville T., Thanh Ngo H., 2015, Le bien-être des élèves à l'école et au collège. Validation d'une échelle multidimensionnelle, analyses descriptives et différentielles. *Education & formations*, p. 88-89, p. 163-184.

transition après laquelle le bien-être des élèves commence nettement à décliner⁶⁰. Cette transition est un moment important dans la vie d'un élève⁶¹ : l'arrivée au collège demande plus d'autonomie, de se faire de nouveaux amis et de redéfinir sa place dans une nouvelle hiérarchie sociale où il est le plus jeune. Plus largement, cette transition coïncide avec une période développementale importante pendant laquelle des symptômes de trouble mentaux émergent⁶², et marque un passage entre enfance et adolescence⁶³. Waters, Lester et Cross (2014) indiquent que la capacité à se faire des amis, le nombre de camarades et la qualité de ces relations, le soutien des pairs, le fait d'aimer l'école, le sentiment d'appartenance à l'école et le fait de s'y sentir en sécurité seraient des facteurs protecteurs pour s'adapter pendant cette transition⁶⁴. En particulier, une étude auprès de 1 800 élèves australiens montre que les facteurs protecteurs les plus influents pour le bien-être pendant la transition école-collège sont le support des pairs et le sentiment de sécurité⁶⁵. De même, la qualité des relations avec les instituteurs et les pairs à l'école primaire favoriseraient une transition positive au collège, indiquant l'importance de comprendre le bien-être des élèves pendant toute la trajectoire académique. En France, Guimard *et al.* (2017) observent une diminution de la satisfaction scolaire des élèves et de leur satisfaction à l'égard des relations avec les enseignants, de leur classe et des activités scolaires entre CM2 et sixième. En revanche, leur appréciation des relations paritaires s'améliore. Les analyses différentielles indiquent globalement que les caractéristiques des établissements, des familles et des élèves expliquent peu les évolutions du bien-être autour de la transition entre le CM2 et la sixième.

4. La multidimensionnalité pour comprendre des résultats parfois contradictoires

Les études utilisant des échelles multidimensionnelles du bien-être nuancent néanmoins ces résultats. Par exemple, une étude longitudinale de 1 000 enfants en France sur les trois premières années de collège⁶⁶ indique effectivement une diminution sensible de la satisfaction globale des élèves vis-à-vis de l'école pendant les trois premières années de collège, notamment en raison d'une diminution de leur satisfaction à l'égard des relations avec les enseignants. Mais l'étude montre aussi une augmentation du sentiment de sécurité et une amélioration des relations avec les pairs, ainsi qu'une stabilité de leur satisfaction par rapport à leur classe. Par ailleurs, **leur sentiment d'appartenance à l'école augmente mais leur sentiment d'être respectés dans leurs droits diminue**. Cette étude démontre donc que tous les aspects du bien-être perçu à l'école ne se dégradent pas au cours de la traversée des années collège et elle souligne l'importance de

⁶⁰ Gonzalez-Carrasco M., Casas F., Malo S., Vinas, F., Dinisman T., 2016, Changes with Age in Subjective Well-Being through the Adolescent Years: Differences by Gender, *Journal of Happiness Studies*, 1-26. DOI 10.1007/s10902-016-9717-1.

⁶¹ Lester L., Cross D., 2015, The Relationship between School Climate and Mental and Emotional Wellbeing over the Transition from Primary to Secondary School, *Psychological Well-Being*, 5(9), p. 1-15.

⁶² Viner R.M *et al.* 2015, Lifecourse epidemiology: recognizing the importance of adolescence, *Journal of Epidemiology and Community Health*. 69(8), p. 719-720.

⁶³ Coffey A., 2013, The key to successful transition from primary to secondary school, *Improving Schools*. 16(3), p. 261-271.

Virtanen T *et al.*, 2019, Changes in students' psychological well-being during transition from primary school to lower secondary school. *Learning and Individual Differences*, 69(8), p. 138-149.

⁶⁴ Waters, S., Lester, L., Cross, D., 2014, How does support from peers compare with support from adults as students transition to secondary school?, *Journal of Adolescent Health*, 54(5), p. 543-549.

⁶⁵ Lester L., Cross D., 2015, The relationship between school climate and mental and emotional wellbeing over the transition from primary to secondary school, *Psychology of Well-Being*, 5(1), 9.

⁶⁶ Guimard P. *et al.*, 2017.

conceptualiser le bien-être des élèves à l'école de façon multidimensionnelle pour nuancer les résultats sur le lien entre école et bien-être des élèves.

5. Quels facteurs pour expliquer les différences de bien-être entre élèves ?

Au-delà de l'âge de l'élève et du passage entre l'élémentaire et le secondaire, quelles autres catégories de facteurs peuvent expliquer les différences de satisfaction scolaire entre groupes ? La littérature s'articule autour de trois facteurs⁶⁷ : des facteurs liés à la classe ou à l'établissement fréquenté ; des facteurs sociaux ; et des facteurs individuels. Pour **les facteurs liés à la classe**, les **expériences d'apprentissage positives** perçues par les élèves (écoliers et collégiens) prédisent fortement la qualité de vie à l'école⁶⁸, et le **soutien des enseignants** (perçu par les élèves) est un fort indice de la satisfaction des élèves⁶⁹. Le poids des relations enseignants-élèves dans les apprentissages et le bien-être social et affectif des élèves a été particulièrement mis en avant comme un facteur important dans la scolarité des élèves⁷⁰, une relation enseignant-élève de mauvaise qualité ou perçue comme telle pouvant conduire à un risque de décrochage scolaire⁷¹. Les méthodes d'enseignement et le type d'échanges entre enseignant et élève est aussi mis en avant : par exemple, selon une méta-analyse de 800 méta-analyses, les *feed-back* positifs entre enseignant et élève sont le facteur le plus important pour comprendre la motivation de l'élève et sa réussite scolaire⁷². Le rôle de soutien des enseignants en France est souligné par l'enquête Pisa : tandis que plus des trois quarts des élèves français de 15 ans déclarent bien s'entendre avec leurs enseignants, seul un élève français sur deux déclare que ses enseignants s'intéressent à son bien-être, soit 13 points de moins que la moyenne OCDE.

Les facteurs liés à l'établissement font moins consensus. Par exemple, au Royaume-Uni, la satisfaction scolaire des élèves du primaire est légèrement plus élevée dans les établissements privés que dans les établissements publics⁷³ et que les élèves issus d'écoles plus favorisées affichent un meilleur niveau de bien-être mental pendant la transition école-collège que ceux issus d'écoles moins favorisées⁷⁴ ; tandis qu'en France, Hubert (2015) montre que le climat scolaire perçu

⁶⁷ Randolph J., Kangas M.M., Ruokamo H., 2009, The Preliminary Development of the Children's Overall Satisfaction with Schooling Scale (COSSS), *Child Indicator Research*, 2, p. 79-93.

⁶⁸ Kong C.K., 2008, Classroom learning experiences and students' perceptions of quality of school life, *Learning Environment Research*, 11, p. 111-129.

⁶⁹ Kong, 2008.

Danielsen A.G., Samdal O., Hetland J., Wold B., 2009, School-Related Social Support and Students' Perceived Life Satisfaction, *The Journal of educational research*, 102, p. 303-318.

Hui E., Sun R., 2010, Chinese children's perceived school satisfaction: the role of contextual and intrapersonal factor, *Educational Psychology: An International Journal of Experimental Educational Psychology*, 30(2), p. 155-172.

⁷⁰ OCDE, 2015, Relations enseignants-élèves : quelle incidence sur le bien-être des élèves à l'école ? Pisa à la loupe, n° 50, édition de l'OCDE.

⁷¹ Poirier M., Lessard A., Fortin L., Yergeau E., 2013, La perception différenciée de la relation élève-enseignant par les élèves à risque et non à risque de décrochage scolaire, *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 16(1), p. 1-23.

⁷² Hattie J., 2009, Visible learning: A synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement, www.visible-learning.com.

⁷³ Gutman L.M., Feinstein L., 2008, *Children's well-being in primary school: pupil and school effects*, Centre for Research on the Wider Benefits of Learning Institute of Education, 25, London.

⁷⁴ Moore, G et al., 2020, Socio-economic status, mental well-being and the transition to secondary school, *British Educational Research Journal*.

par les collégiens varie relativement peu d'un établissement à un autre⁷⁵. On constate toutefois que la satisfaction des élèves du public et du privé à l'égard des relations avec leurs enseignants diminue au cours des premières années du collège, alors que celle des élèves de REP est stable⁷⁶.

Pour **les facteurs sociaux**, le soutien par les pairs est un indice de la satisfaction à l'école⁷⁷, mais joue plus à l'école primaire qu'au collège⁷⁸. En termes d'origines sociales, Guimard *et al.* (2017) montrent que les enfants vivant avec leurs deux parents ont une satisfaction scolaire et un bien-être plus élevés que les enfants dans d'autres structures familiales, ce qui va dans le sens des travaux issus des pays anglophones⁷⁹. Les enfants de quartiers périphériques ou prioritaires ont plus de risque de ressentir un sentiment d'angoisse de ne pas réussir à l'école, ce qui relativise l'image stéréotype des enfants issus de quartier défavorisés qui seraient peu sensible à l'autorité que représentent l'école et les enseignants.

Enfin, les études relatives à l'impact **des facteurs individuels**, montrent que les filles sont plus satisfaites de l'école que les garçons (néanmoins, le sentiment de sécurité à l'école des filles reste stable alors qu'il augmente chez les garçons pendant les années collège⁸⁰). Pour Samdal *et al.* (1998), les filles développent généralement une attitude plus positive à l'égard de l'école que les garçons du fait de comportements et d'expressions verbales qui seraient plus en adéquation avec la demande scolaire⁸¹. La plus grande satisfaction scolaire des filles, comparées aux garçons, est définie depuis longtemps (Duru-Bellat, 1995 et 2014) comme une meilleure acceptation des normes scolaires par les premières que par les seconds, qui peut se traduire aussi par de meilleures performances scolaires. Néanmoins, cette attitude plus positive des filles face à l'école peut engendrer d'autres types de difficultés. Par exemple, les filles sont nettement plus angoissées que les garçons de ne pas réussir à l'école⁸², et internalisent plus souvent que les garçons⁸³. Certaines études montrent aussi que, même si les filles peuvent avoir une meilleure satisfaction vis-à-vis de l'école, leur satisfaction globale est souvent moins bonne que chez les garçons⁸⁴.

Dans les facteurs individuels, **le parcours scolaire antérieur des élèves** est aussi susceptible d'avoir un impact sur leur bien-être. Par exemple, les appréciations des élèves qui ont déjà eu des difficultés (et donc ont bénéficié d'une aide personnalisée à l'école primaire), concernant les relations entre pairs, les activités scolaires et la restauration scolaire sont moins positives que celles des élèves n'ayant pas bénéficié d'accompagnement individuel scolaire dans le primaire. Ils se sentent également moins respectés dans leurs droits et leur sentiment d'efficacité personnelle est plus

⁷⁵ Hubert T., 2015, Le climat scolaire perçu par les collégiens. *Education & Formations*.

⁷⁶ Guimard *et al.*, 2017.

⁷⁷ Kong, 2008.

⁷⁸ Liu, Mei, Tian, Huebner, 2015.

⁷⁹ Langton C.E., Berger L. M., 2011, Family structure and adolescent physical health, behavior, and emotional well-being, *Social Service Review*, 85(3), p. 323-357.

Magnuson K., Berger L.M., 2009, Family structure states and transitions: associations with children's well-being during middle childhood, *Journal of Marriage and Family*, 71(3), p. 575-591.

⁸⁰ Guimard *et al.*, 2017.

⁸¹ Samdal O., Nutbeam D., Wold B., Kannas L., 1998, Achieving health and educational goals through schools—a study of the importance of the school climate and the students' satisfaction with school, *Health Education Research*, 13(3), p. 383-397.

⁸² Unicef France, 2018.

⁸³ Freeman, J *et al.*, 2011, La santé des jeunes Canadiens, un accent sur la santé mentale, Agence de la santé publique du Canada.

⁸⁴ Freeman, 2011.

faible⁸⁵. Ces résultats pourraient relever de facteurs individuels de l'élève, mais aussi de facteurs sociaux, les enfants issus des foyers les plus défavorisés ayant plus souvent recours à ce type de dispositifs.

Encadré 2 : Définition des outils d'évaluation du bien-être perçu à l'école

Les outils qui évaluent le bien-être perçu permettent aux élèves de décrire leur vécu scolaire pour appréhender la qualité de vie à l'école sous l'angle de la perception qu'ont les élèves de leur bien-être dans ce contexte⁸⁶. Bien que ces notions posent toujours de nombreux problèmes de définition⁸⁷, un accord semble se dégager pour considérer le bien-être comme renvoyant à la dimension subjective de la qualité de vie. Le bien-être subjectif correspond à l'évaluation faite par l'enfant de son niveau de satisfaction dans les différents domaines de sa vie, y compris le contexte scolaire⁸⁸.

Deux types d'outils permettent de mesurer le bien-être en contexte scolaire : des échelles unidimensionnelles, qui évaluent la satisfaction scolaire des élèves, et des échelles multidimensionnelles, qui permettent d'appréhender plusieurs aspects de leur vie scolaire⁸⁹. La satisfaction scolaire est généralement évaluée à l'aide d'échelles comportant des items du type : « J'aime l'école ». Les échelles multidimensionnelles permettent d'évaluer le degré de satisfaction des élèves dans différents domaines, comme les relations avec les enseignants, les relations avec les pairs, etc.

B. FOCUS SUR LE HARCELEMENT, LES MOQUERIES ET LES VIOLENCES A L'ECOLE

L'existence de « harcèlement scolaire », défini par la répétition de propos ou d'actes violents, a longtemps été négligée par les pouvoirs publics. Dans les années 1980, un rapport de la chambre des lords en Grande-Bretagne s'intéresse pour la première fois à la thématique du harcèlement scolaire (« *school bullying* »). En France, les états généraux de la sécurité à l'école en 2010 ont constitué un tournant dans la prise de conscience du phénomène et dans la volonté de l'objectiver. L'enquête nationale de « victimation », menée par la Depp, qui s'adresse à un échantillon représentatif d'élèves, permet pour la première fois en France un regard chiffré sur ce phénomène. Lors de la première vague de cette enquête réalisée en collège en 2011, 6 % des élèves ont déclaré

⁸⁵ Guimard *et al.*, 2017

⁸⁶ Elmore G.M., Huebner E.S., 2010, Adolescents' satisfaction with school experiences: relationships with demographics, attachment relationships, and school engagement behavior, *Psychology in the Schools*, 47(6), p. 525-537.

⁸⁷ Garcia-Bacete F.J., Marande Perrin G., Schneider B.H., Blanchard C., 2014, Effects of schools on Well-being of children and Adolescents, in Ben-Arieh A., Casas F., Frones I., Corbien J.E. (eds), *Handbook of Child Well-being. Theories, methods and policies in Global perspectives*, Springer, Dordrecht, Heidelberg, New York, London.

⁸⁸ Huebner E.S., Ash C., Laughlin J.E., 2001, Life experiences, locus of control, and school satisfaction in adolescence, *Social indicators research*, 55(2), p. 167-183, doi :10.1023/A :1010939912548.

⁸⁹ Huebner E.S., Kimberly J.H., Jang X., Long R.F., Kelly R., Lyons M.D., 2014, Schooling and children's subjective Well-being, in Ben Arieh A., Casa F., Frones I., Corbin J.E. (editors), *Handbook of Child Well Being*. Springer reference, vol. 2, p. 797-819.

une situation de harcèlement sévère, 10 % de harcèlement modéré. Ces cas concernaient davantage les élèves de sixième que de troisième⁹⁰.

La littérature suggère que le harcèlement peut être **précurseur d'un nombre important de problèmes de santé physique et mentale** chez les enfants et les adolescents. Par exemple, une étude longitudinale montre que le harcèlement prédit l'incidence de problèmes émotionnels, tandis que, à l'inverse, les problèmes émotionnels ne prédisent pas qui sera victime de harcèlement⁹¹. L'étude HBSC montre qu'il existe de fortes variations au niveau international concernant l'expérience du harcèlement entre les jeunes de 11 à 13 ans : 5,1 % des filles suédoises répondent d'avoir été victimes de harcèlement, contre 41,4 % chez les garçons en Lituanie. En France, 17,5 % des garçons et 16,2 % des filles disent avoir été victimes de harcèlement⁹². Une vaste littérature a démontré que les victimes de harcèlement subissent des séquelles importantes de ces comportements : par exemple, les jeunes victimes de harcèlement déclarent plus souvent un mauvais bien-être mental, un moindre sentiment de sécurité à l'école, plus de solitude, et une marginalisation accrue par leurs camarades⁹³.

Les attaques et les moqueries subies à l'école constituent une dimension importante du harcèlement à l'école. Dans la consultation nationale des 6/18 ans de Unicef France, un tiers des enfants et adolescents ont répondu qu'ils subissaient souvent des attaques et des moqueries blessantes à l'école. Même si cette proportion est plus importante à l'école primaire, elle reste relativement élevée pendant les années collège : environ 20 % des collégiens rapportent subir des attaques ou moqueries blessantes à l'école. Qui sont le plus concernés ? Les garçons sont un peu plus touchés que les filles, ainsi ceux qui ne vivent pas avec leurs deux parents, qui habitent un quartier prioritaire, ou dont un des deux parents est au chômage. Ces résultats montrent donc que ces agressions touchent surtout les enfants les plus défavorisés, conduisant Unicef France à conclure que « *l'école reproduit en son sein la rudesse des rapports sociaux qui caractérisent la vie en société* »⁹⁴.

Si la plupart des études se focalise sur les victimes du harcèlement, les **auteurs de harcèlement** ont aussi été étudiés. Une large étude représentative auprès de 15 000 élèves de 11 à 16 ans menée aux États-Unis a par ailleurs montré que la proportion d'élèves qui sont victimes de harcèlement (11 %) est similaire à la proportion d'élèves auteurs de harcèlement (13 %), et qu'une proportion d'élève (6 %) a été à la fois victime et auteur de comportements harceleurs⁹⁵. Ces

⁹⁰ Depp, 2011, Résultats de la première enquête nationale de victimation au sein des collèges publics au printemps 2011, Note d'information.

⁹¹ Bond L., Carlin J.B., Thomas L., Rubin K., Patton G., 2001, Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers, *British Medical Journal*, 323: 480–4.

⁹² Due P., Holstein B.E., Lynch J., Diderichsen F., Gabhain S.N., Scheidt P., Currie C., 2005, Bullying and symptoms among school aged children: international comparative cross-sectional study in 28 countries, *European Journal of Public Health*, 15(2), p. 128-132.

⁹³ Forero R., McLellan L., Rissel C., Bauman A., 1999, Bullying behaviour and psychosocial health among school students in New South Wales, Australia: cross sectional survey, *British Medical Journal*, 319, p. 344–348.

Bond *et al.*, 2001, Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers, *British Medical Journal*, 323 : 480–4.

Juvonen J., Graham S., Schuster M., 2003, Bullying among young adolescents: the strong, the weak, and the troubled, *Pediatrics*, 112, p. 1231-1237.

⁹⁴ Unicef France, 2018.

⁹⁵ Nasel *et al.*, 2001, Bullying behaviours among US youth: prevalence and associations with psychosocial adjustment, *JAMA*, 285, p. 2094-2100.

groupes d'enfants sont tous les trois importants à étudier. En effet, si les auteurs de comportement harceleurs sont souvent considérés par leurs pairs comme les élèves qui se situent le plus haut dans la hiérarchie sociale de l'école⁹⁶, ils déclarent une moindre satisfaction de leur vie scolaire, utilisent plus souvent des drogues et déclarent plus de problèmes de comportement⁹⁷. Si le groupe d'élèves qui est à la fois victime et auteur du harcèlement est moins étudié, et plus petit, des études suggèrent que c'est le groupe qui semble être le plus problématique : ils constituent le groupe le plus marginalisé par leurs camarades, ils montrent des hauts niveaux de troubles du comportement et de symptômes dépressifs, et sont moins impliqués dans leur vie scolaire⁹⁸.

Finalement, des études indiquent que le harcèlement peut avoir **un impact sur l'ensemble de la communauté scolaire**. Une étude aux États-Unis montre ainsi que 68 % des élèves de 12 à 15 ans déclarent que le harcèlement est un problème pour les enfants de leur âge⁹⁹. Une recherche finlandaise démontre que les enfants témoins de harcèlement ont une vision plus négative de l'école et que les enseignants perdent l'estime des jeunes en se montrant incapables de protéger les élèves¹⁰⁰.

Les violences à l'école sont une réalité. Le système d'information et de vigilance sur la sécurité scolaire (SIVIS), qui permet la remontée des événements graves *via* l'administration des établissements scolaires, les estime à 13 incidents par an pour 1 000 élèves pendant les années du secondaire (collège et lycée confondus). Cette moyenne recouvre des situations variables, les faits de violence étant beaucoup plus fréquents dans les lycées professionnels. L'étude victimation de la Depp montre que beaucoup plus d'élèves ont aussi vécu des épisodes de violences « légères » : 46 % des élèves de collège avaient vécu un vol de fournitures scolaires, 36 % une bousculade intentionnelle¹⁰¹. Si la grande majorité (87 %) des élèves rapporte se sentir en sécurité à l'école¹⁰², ce sentiment décroît fortement avec l'âge et l'origine sociale, les enfants issus des familles les plus défavorisées ayant une moindre probabilité de se sentir en sécurité à l'école.

D'une manière beaucoup plus exceptionnelle, le collège et le lycée ne sont pas des lieux de vie isolés du monde, et **un événement traumatique majeur** peut venir bouleverser la vie scolaire. Ces événements, par leur soudaineté, leur violence et leur intensité peuvent avoir des conséquences immédiates sur le bien-être de chaque élève : réactions de stress aigu et dépassé, une souffrance qui s'exprime à travers une intense culpabilité, une altération du sentiment d'appartenance. Au-delà

⁹⁶ Juvonen, Graham, Schuster, 2003.

⁹⁷ Forero *et al.*, 1999.

Kumpulainen K., Rasanen E., 2000, Children involved in bullying at elementary school age: their psychiatric symptoms and deviance in adolescence. An epidemiological sample, *Child Abuse and Neglect*, 24, p. 1567–1577.
Nansel T.R., Overpeck M., Pilla R.S., Ruan W.J., Simons-Morton B., Scheidt P., 2001, Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment, *JAMA*, 285, p. 2094–2100.

⁹⁸ Forero *et al.*, 1999.

Kumpulainen, Rasanen, 2000.

Nansel *et al.*, 2001.

Juvonen, Graham, Schuster, 2003.

⁹⁹ Kaiser Family Foundation, Children Now, Nickelodeon. Talking with kids about tough issues: a national survey of parents and kids, 2001, Available at : <http://www.kff.org/content/2001/3105/summary.pdf>.

¹⁰⁰ Salmivalli C., Voeten M., 2004, Connections between attitudes, group norms, and behaviors associates with bullying in schools, *International Journal of Behavioral Development*.

¹⁰¹ Depp, 2011, Résultats de la première enquête nationale de victimation au sein des collèges publics au printemps 2011, Note d'information.

¹⁰² Unicef France, 2018.

de ces répercussions individuelles, il peut y avoir des répercussions sur les dynamiques des groupes et de l'établissement même. Des protocoles de crise sont déjà disponibles pour sécuriser dans l'immédiat les élèves, les professionnels et les familles. En outre, certaines académies ont aussi mis en place des protocoles de plus long terme, pour repérer d'éventuels troubles post-traumatiques tant pour les élèves, leurs parents et les professionnels, notamment en s'appuyant au réseau PAS (Prévention-aide-suivi), en partenariat avec la mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN). Une réflexion sur ce type de démarche et la manière dont elle pourrait être généralisée a été recommandée¹⁰³ ainsi que sur la mise en place d'une formation des professionnels à l'école sur les manifestations post-traumatiques éventuelles chez leurs élèves¹⁰⁴.

C. FOCUS SUR LE CLIMAT SCOLAIRE

Les études ont établi un lien très étroit entre le « climat scolaire », la qualité des apprentissages, la réussite scolaire et la victimation à l'école. En France, deux enquêtes d'ampleur nationale dites « de victimation et climat scolaire » peuvent porter plusieurs éléments à ce sujet. La première a été conduite auprès d'un échantillon randomisé de 12 326 élèves du cycle 3 par l'Observatoire international de la violence à l'école, la seconde auprès de 14 212 collégiens, conduite par la Depp. Ces deux enquêtes montrent que **la grande majorité des élèves (environs 90 %) disent se sentir bien ou plutôt bien dans leur établissement**, que ce soit en général ou dans la classe, ne pas avoir peur à l'école, et s'entendre plutôt bien avec les enseignants. Cependant, les mêmes enquêtes ont mis en évidence combien les **problèmes se concentrent sur une minorité d'élèves**, souvent soumis à un harcèlement douloureux (1 élève sur 10 était victime de harcèlement en milieu scolaire, dont la moitié, soit 5 à 6 % des élèves, de manière sévère)¹⁰⁵. D'autres études ont révélé qu'entre 20 et 25 % des élèves absentéistes chroniques ne vont plus à l'école par peur de ce harcèlement¹⁰⁶.

Les recherches montrent qu'**un climat scolaire positif est un facteur de bien-être chez les élèves**. Un climat scolaire positif agit de manière favorable sur les états dépressifs et les idées suicidaires¹⁰⁷ ; il est associé à la réduction des agressions et de la violence¹⁰⁸ ; du harcèlement¹⁰⁹ ; du harcèlement sexuel¹¹⁰.

¹⁰³ Moro M.R. et Brison J.-L., 2016, Mission Bien Etre et Santé des Jeunes. <https://www.education.gouv.fr/mission-bien-etre-et-sante-des-jeunes-6518>.

¹⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵ Debarbieux E., Anton N., Astor R.A., Benbenishty R., Bisson-Vaivre C., Cohen J., Giordan A., Hugonnier B., Neulat N., Ortega Ruiz R., Saltet J., Veltcheff C., Vrand R., 2012, *Le « Climat scolaire » : définition, effets et conditions d'amélioration*, rapport au comité scientifique de la direction de l'enseignement scolaire, ministère de l'Éducation nationale, MEN-DGESCO/observatoire International de la violence à l'école.

¹⁰⁶ Blaya C., 2010, *Décrochages scolaires : l'école en difficulté*, Bruxelles, De Boeck.

¹⁰⁷ De Pedro K., 2012, *School Climate Improvement in Schools: A Comprehensive Theoretical and Methodological Approach, Review of the Literature*, Rossier School of Education, University of Southern California.

¹⁰⁸ Karcher M.J., 2002, Connectedness and school violence: A framework for developmental interventions, in E. Gerler (Ed.), *Handbook of school violence*, Binghamton, NY, Haworth, p. 7- 40.

Gregory A., Cornell D., Fan X., Sheras P., Shih T., Huang F., 2010, Authoritative school discipline: High school practices associated with lower student bullying and victimization, *Journal of Educational Psychology*, 102, p. 483-496.

¹⁰⁹ Blaya C., 2006, *Harcèlement et maltraitance en milieu scolaire*, Paris, Armand Colin.

¹¹⁰ Shalhevet A.S, 2009, Peer sexual harassment victimization at school: The roles of student characteristics, cultural affiliation, and school factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79 (3), p. 407-420.

Le favoritisme et les traitements inégaux sont ainsi associés à des sentiments d'insécurité et à du harcèlement. Le climat scolaire est très lié à la clarté des règles et à un sentiment de « **justice scolaire** ». Une enquête sur la victimation et le climat scolaire dans un échantillon de 234 écoles¹¹¹ montre que les facteurs les plus explicatifs de l'augmentation de la victimation sont l'instabilité de l'équipe enseignante, puis le manque de clarté et l'injustice dans l'application des règles.

Les relations chaleureuses et encourageantes de la part du personnel, un autre élément clé du « climat scolaire », semblent augmenter l'estime de soi, entraînent moins de problèmes psychosomatiques, et moins de victimation¹¹². À l'inverse, des politiques répressives trop dures entraînent des sentiments de crainte, et augmente les conduites à risque (ex. : consommation de drogue), tandis que la perception d'un manque de soutien de la part des pairs et des enseignants entraîne une baisse de l'estime de soi, une augmentation des dépressions et des problèmes de comportements¹¹³.

La fréquence de **l'expérience de la discrimination** peut également constituer un indicateur du climat scolaire. La consultation Unicef France des 6/18 ans permet d'appréhender ce domaine à travers une question sur les discriminations à l'école : « *les autres élèves (ou adultes) me respectent quels que soient ma couleur, religion, culture ou mon physique* »¹¹⁴. Si seulement 9 % des élèves rapportent subir des discriminations à l'école, ces taux sont plus élevés chez les collégiens scolarisés dans un quartier populaire (30 % de risque supplémentaire de rapporter être discriminé), en Île-de-France, s'ils ne vivent pas avec leurs deux parents, ou si l'un des parents est au chômage (30 % de risque supplémentaire si un parent est au chômage, et 50 % si deux parents sont au chômage). Les enfants vivant dans le Nord-Ouest ont significativement moins de risque de connaître ce type de discrimination. L'étude n'a pas retrouvé de différences selon le sexe ou l'âge de l'enfant.

Finalement, des **facteurs reliés au système scolaire** peuvent aussi contribuer au climat scolaire. En France, les élèves se démarquent par une représentation de l'avenir professionnel très conditionnée par le niveau et le domaine d'études. Ce présupposé est à la base d'un double phénomène : il existe, d'une part, une **forte concurrence** entre les meilleurs élèves ou les plus favorisés sur le plan socioéconomique et, d'autre part, un sentiment de démotivation chez les autres¹¹⁵. Les relations entre les élèves sont alors marquées par un climat peu coopératif, tendu, voire parfois violent.

¹¹¹ Soule D.A., Gottfredson D.C., 2003, When and Where are Our Children Safe? An exploratory study on Juvenile Victimization and Delinquency, *The American society of criminology*. Denver, Colorado.

¹¹² De Pedro, 2012.

¹¹³ Espinoza G., Juvonen J., 2011, Perceptions of the School Social Context Across the Transition to Middle School: Heightened Sensitivity Among Latino Students ?, *Journal of Educational Psychology*, 103(3), p. 749-758.

Wang M.T., 2009, School climate support for behavioral and psychological adjustment: Testing the mediating effect of social competence, *School Psychology Quarterly*, 24(4), p. 240-251.

Way N., Reddy R., Rhodes J., 2007, Students' perceptions of school climate during the middle school years: Association with trajectories of psychological and behavioral adjustment, *American Journal of Community Psychology*, 40, p. 194-213.

¹¹⁴ Unicef France, 2018, *Consultation Nationale des 6/18 ans. Quel genre de vie ? Filles et garçons inégalités, harcèlements, relations*, Paris, Unicef France.

¹¹⁵ Van de Velde C., 2008, *Devenir adulte. Sociologie comparée de la jeunesse en Europe*, Paris, PUF.

III. QUELLES INTERVENTIONS POUR PROMOUVOIR LA SANTE MENTALE A L'ECOLE

Aujourd'hui, nous avons la chance de disposer d'un nombre **d'interventions fondées sur des bases factuelles**, pour lesquelles il a été démontré qu'elles apportent une solution efficace aux principaux problèmes de santé mentale des adolescents.

Les interventions pour la santé mentale des adolescents qui sont fondées sur des bases factuelles **revêtent de nombreuses formes**, en fonction des déterminants ou des conditions d'intérêt, de la population cible, des circonstances et du contexte particulier. Certaines interventions se concentrent principalement sur la prévention ou le traitement d'un traumatisme particulier, d'autres sur les facteurs de risque des adolescents. Parmi ces facteurs de risque, on trouve les attributs, les caractéristiques ou les expositions qui accroissent la probabilité qu'un individu souffre d'un problème ou d'une dégradation de sa santé mentale, immédiatement ou ultérieurement¹¹⁶. D'autres initiatives peuvent être qualifiées d'interventions de développement positif, car elles favorisent principalement le développement des adolescents plutôt que cibler des problématiques déjà existantes. Les interventions de développement positif ciblent principalement les facteurs de protection. Ce sont des facteurs qui encouragent et soutiennent les comportements positifs, réduisent le risque de comportements et de résultats négatifs en matière de santé mentale¹¹⁷. En pratique, de nombreux programmes d'interventions axés sur la santé des adolescents combinent ces deux approches générales.

Encadré 3. L'approche du développement positif appliquée aux interventions en faveur de la santé et le bien-être mentale des adolescents

L'approche du développement positif s'attache à appuyer des transitions et une croissance saines à l'adolescence. Les adolescents sont encouragés à avoir une large palette de compétences, de comportements et de qualités personnelles pour pouvoir évoluer de manière efficace dans leur environnement, bien se comporter avec les autres, obtenir de bons résultats et atteindre leurs objectifs¹¹⁸. Cette approche *vise à accroître la résilience et les facteurs de protection* des adolescents (par exemple, un environnement scolaire positif), plutôt qu'à chercher principalement à réduire les facteurs de risque (consommation de tabac et d'alcool, par exemple). Elle marque un changement important par rapport aux interventions qui considèrent principalement l'adolescence comme une période problématique où les risques sont accrus par des comportements à risque ou inadaptés (consommation de drogues ou d'alcool, rapports sexuels non protégés, délinquance ou violence, par exemple)¹¹⁹.

¹¹⁶ World Health Organization (WHO) and Calouste Gulbenkian Foundation, 2014, Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization. <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/social-determinants-of-mental-health>.

¹¹⁷ WHO, 2002, Broadening the horizon: Balancing protection and risk for adolescents, Geneva, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_01_20/en.

¹¹⁸ USAID, PEPFAR, 2016, Youthpower. Positive youth development measure toolkit: a practical guide for implementers of youth programs. Washington DC, https://static.globalinnovationexchange.org/s3fs-public/asset/document/pyd_%20measurement_%20toolkit_%20final.pdf?metopj.28pxhwjfwdxarknamnbnvg_r.

¹¹⁹ Catalano R.F., Berglund M.L., Ryan J.A.M., Lonczak H.S., Hawkins J.D., 2004, Positive youth development in the United States: research findings on evaluations of positive youth development programs, *The Annals of*

Certains auteurs axent les interventions visant le développement positif de l'adolescent sur le bien-être social et affectif. C'est le cas des programmes qui cherchent à renforcer les compétences, la confiance, les liens sociaux, le caractère¹²⁰. Parmi les exemples figurent la promotion de la santé mentale et le bien-être en milieu scolaire (y compris l'accès aux services de santé).

Une approche du développement positif considère les adolescents comme un atout pour la société, et non comme un problème¹²¹. Elle cherche à *leur donner les moyens de jouer un rôle actif au sein de leur communauté*, par exemple, dans leur école ou collège. En effet, la participation est l'un des principes clés d'une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme, notamment si cette participation se fait d'une manière adaptée à leur âge. En outre, lorsque les adolescents participent à la définition, à l'évaluation des besoins, à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation d'un programme de santé, cela renforce leur sentiment d'appropriation et leur volonté de s'engager envers ce programme, mais aussi la pertinence et l'efficacité de ce dernier.

A. QUELLES INTERVENTIONS ONT DEJA ETE DEPLOYEES ? COMMENT ONT-ELLES ETE EVALUEES ?

1. Les interventions dites « globales » et universelles

Dans les pays anglo-saxons, des stratégies de prévention construites autour du bien-être de l'enfant, nommées « approche globale des établissements scolaires » (*whole-school approach*) visent à agir sur l'environnement scolaire dans son intégralité. Il s'agit de fixer comme objectif prioritaire la promotion du bien-être des élèves, de le décliner dans le projet d'établissement et de l'intégrer dans la formation des personnels. Des études suggèrent que ces **interventions « globales »** et multidomaines dans les écoles, incluant la participation des parents et créant un sens d'appartenance à une communauté chez les élèves, peuvent améliorer le bien-être des élèves¹²².

Les interventions « globales » sont souvent **universelles**, ces interventions sont particulièrement appréciées en milieu scolaire car moins intrusives et souvent peu moins coûteuses. En outre, les écoles peuvent préférer ces approches parce qu'elles sont plus faciles à intégrer dans la structure de l'école que d'autres approches et qu'elles n'excluent pas les élèves¹²³. Cependant, parce que les approches universelles sont globales, elles peuvent également être difficiles à mettre en œuvre et nécessitent un effort concerté de la part de la direction administrative et de l'ensemble du personnel scolaire. Les approches universelles ont été étudiées pour un large éventail de présentations, y

the American Academy of Political and Social Science., 591(1), p. 98-124, <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0002716203260102>.

WHO, 2004, Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries, Geneva, [http://158.132.116.146/adh/2_AD_sexual_reproductiveH/WHO %20 %20Risk %20and %20protective %20factors %20affecting %20ASRH %20in %20developopi.pdf](http://158.132.116.146/adh/2_AD_sexual_reproductiveH/WHO%20%20Risk%20and%20protective%20factors%20affecting%20ASRH%20in%20developopi.pdf).

¹²⁰ WHO, 2004, *ibid*.

National Registry of Evidence-Based Programs and Practices (NREPP), Learning Center literature review : positive youth development. Rockville: Substance Abuse and mental Health Services Administration (SAMHSA), 2015, [http://www.nrepp.samhsa.gov/docs/literatures/nrepp %20lit %20review_positive %20youth %20development.pdf](http://www.nrepp.samhsa.gov/docs/literatures/nrepp%20lit%20review_positive%20youth%20development.pdf).

¹²¹ Unicef, 2014, Accelerating programming for and with adolescents, Unicef 2014-2017 strategic plan, New York, <https://www.ungm.org/unuser/documents/downloadpublicdocument?docid=314191>.

¹²² Anderson L.W *et al.*, 2000, School transitions : Beginning of the end or a new beginning?, *International Journal of Educational Research*, 33(4), p. 325-339.

¹²³ Manassis K., 2014, Anxiety prevention in schools, *Lancet Psychiatry*. 2014 (1), p. 164–65.

compris la gestion du comportement, les comportements à risque et les troubles de l'humeur et de l'anxiété¹²⁴.

Plusieurs exemples d'interventions « globales », dans différents domaines, ont été décrites. Un large éventail d'interventions universelles ont été expérimentées dans les écoles auprès d'enfants de différentes tranches d'âge, avec diverses modalités thérapeutiques telles que les approches cognitivo-comportementales et les techniques de réduction du stress. Plusieurs revues systématiques des interventions basées sur la TCC en milieu scolaire ont été réalisées¹²⁵, l'accent étant mis sur la prévention des **troubles anxieux** et de la dépression. Par exemple, une revue systématique des troubles anxieux¹²⁶ a évalué douze essais contrôlés randomisés et a constaté que les programmes universels avaient des effets plus importants par rapport à des programmes plus sélectifs. Cependant, l'effet de ces programmes sur la prévention de l'anxiété était léger. En ce qui concerne la prévention de la **dépression**, vingt essais contrôlés randomisés, comprenant plus de 10 000 participants, ont montré que les interventions universelles étaient moins efficaces que les programmes sélectifs¹²⁷, ce qui a conduit à un débat sur la question de savoir si ces programmes devraient être largement diffusés avant de recueillir davantage de preuves¹²⁸. Le programme « *Resourceful Adolescent Program* » est une autre intervention universelle qui vise à **développer l'estime de soi** des adolescents, la résolution des conflits et les compétences de gestion du stress¹²⁹.

Des publications récentes soulignent que la dégradation du bien-être mental chez les collégiens¹³⁰ peut être réduite. Certaines interventions sont mises en œuvre dès l'école primaire afin de **préparer l'entrée au collège**, une transition considérée comme une vraie charnière du parcours scolaire. L'objectif de ces mesures est de bâtir une trajectoire plus positive pendant les années collège. Dans cette optique, les **interventions universelles, qui ciblent tous les élèves et pas uniquement ceux considérés « à risque »**, sont surtout préconisées¹³¹.

¹²⁴ Johnson M.H., George P., Armstrong M.I., *et al.*, 2014, Behavioral management for children and adolescents: assessing the evidence, *Psychiatric Services*. 2014 ; 65 :580–90.

¹²⁵ Neil A.L., Christensen H., 2009 Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety, *Clinical Psychology Review*, 2009 ; 29 :208–15.

Calear A.L., Christensen H., 2010, Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression, *Journal of Adolescence*, 2010 ; 33 :429–38.

Kavanagh J., Oliver S., Lorenc T., *et al.*, 2009, School-based cognitive-behavioural interventions: a systematic review of effects and inequalities, *Health Sociology Review*, 2009 ; 18 :61–78.

¹²⁶ Neil A.L., Christensen H., 2009, Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety, *Clinical Psychology Review*, 2009 ; 29 :208–15.

¹²⁷ Calear AL, Christensen H. Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *Journal of Adolescence*. 2010 ; 33 :429–38.

¹²⁸ Kavanagh J, Oliver S, Lorenc T, *et al.* School-based cognitive-behavioural interventions: a systematic review of effects and inequalities. *Health Sociology Review*. 2009 ;18 :61–78.

¹²⁹ Shochet I.M., Dadds M.R., Holland D., Whitefield K., Harnett P.H., Osgarby S.M., 2001, The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression, *Journal of Clinical Child Psychology*, 2001 ; 30 :303-15.

¹³⁰ Bonnel *et al.*, 2018, Initiating change in the school environment to reduce bullying and aggressions, *The Lancet*, 392, p. 2452-2464.

¹³¹ Stallard P. *et al.*, 2014, Classroom based cognitive behaviour therapy: A cluster randomised controlled trial to prevent anxiety in children through education in schools, *The Lancet Psychiatry*, 1(3), p. 185-192.

Dans une publication récente, Jané-Llopis et Anderson¹³² ont mis en lumière, à côté des interventions ciblant les troubles spécifiques, l'impact de certaines interventions globales conduites dans des écoles sur **l'amélioration du climat scolaire** pour avoir un impact positif sur le bien-être général des élèves et, *in fine*, la prévention et la promotion de la santé mentale des élèves. Ces interventions favorisent notamment le développement des « *life skills* » (i.e. les socialités de l'enfant, les modalités sociales de l'enfant et les compétences sociales).

2. Des interventions qui ciblent la santé mentale et les troubles psychiques.

À l'opposé, d'autres interventions peuvent être très ciblées et viser des problèmes spécifiques. Les **services de santé mentale intégrés dans les systèmes scolaires** peuvent créer un *continuum* de soins intégrés qui améliore à la fois la santé mentale des élèves ainsi que leur réussite scolaire. Pour renforcer ce *continuum*, et pour un développement optimal de l'enfant, une reconfiguration des systèmes d'éducation et de santé mentale peut s'avérer nécessaire. Les stratégies intégratives qui combinent des interventions au niveau de la classe et de l'élève ont un grand potentiel¹³³.

Dans de nombreux pays à revenu élevé, les écoles dispensent depuis longtemps des services de santé, tels que des programmes de vaccination ou l'accès à des services de santé sexuelle¹³⁴. La mise en place de services de santé mentale dans les écoles est plus récente et vise principalement à éviter des échecs scolaires chez des élèves avec des difficultés de santé mentale qui ne sont pas prises en charge ailleurs. L'objectif ultime des nombreuses interventions à ce sujet est de promouvoir le bien-être des élèves, de prévenir le développement ou l'aggravation des problèmes de santé mentale et d'améliorer l'efficacité de l'enseignement¹³⁵. Des interventions plus centrées sur certaines méthodes, notamment sur les techniques de gestion du stress et les programmes de « *cognitive behaviour* », ont également démontré leur efficacité sur la santé mentale¹³⁶.

3. Des interventions qui se focalisent sur la prévention du harcèlement

Plusieurs pays ont mis en œuvre des plans nationaux ambitieux contre le harcèlement, basés sur des interventions reposant sur des évaluations scientifiques rigoureuses (voir encadré 4 pour l'exemple de la Finlande).

Des analyses ont permis d'identifier les principaux facteurs conditionnant la réussite des programmes de prévention du harcèlement¹³⁷. Les interventions qui apparaissent comme les plus sont celles qui visent à **développer les compétences sociales** (en particulier l'empathie), grâce par exemple à des programmes d'entraînement à la résolution des problèmes sociaux ; qui **s'inscrivent dans la durée** (les résultats ne sont souvent observables qu'après plusieurs années,

¹³² Jané-Llopis E., Anderson P.A., 2007, A policy framework for the promotion of mental health and the prevention of mental health disorders, in Knapp M. et al. (eds), *Mental health and policy and practice across Europe*, New York, NY, Open University Press.

¹³³ Fazel M., Hoagwood K., Stephan S., Ford T., 2014, Mental health interventions in schools 1: Mental health interventions in schools in high-income countries, *The Lancet. Psychiatry*, 1(5), p. 377-387. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70312-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70312-8).

¹³⁴ Hale D.R., Fitzgerald-Yau N., Viner R.M., 2014, A systematic review of effective interventions for reducing multiple health risk behaviors in adolescence, *American Journal of Public Health*, 2014 ;104 :e19–e41.

¹³⁵ Lean D., Colucci V., 2013, *School-based mental health: a framework for intervention*, Rowman & Littlefield Education, Plymouth, UK.

¹³⁶ Jané-Llopis, Anderson, 2007.

¹³⁷ Debarbieux E., Blaya C., 2009, Le contexte et la raison : agir contre la violence à l'école par « l'évidence » ?, *Criminologie*

car ils apparaissent que une fois que la culture scolaire a changé) ; qui **impliquent l'ensemble de la communauté scolaire**. Parmi les interventions les plus efficaces pour prévenir le harcèlement à l'école, on relève celles s'adressant aux « spectateurs » des violences. Ces dispositifs impliquant toute l'école visent à transformer les dynamiques sociales en permettant une prise de conscience des « témoins passifs » qui peuvent avoir un impact sur le harcèlement¹³⁸.

Encadré 4 : Kiva, programme finlandais de lutte contre les violences scolaires

Le but ultime du programme Kiva est d'inciter les observateurs des violences scolaires à ne plus être passifs. Le programme cible un public vaste : les élèves, mais aussi leurs parents et le personnel scolaire. L'intervention se déroule à travers des séances de sensibilisation, avec des débats, des vidéos et des jeux de rôle. Un guide de bonnes pratiques est mis à disposition des parents, et le personnel scolaire a accès à des séances de formation et l'e-learning. Dans chaque établissement, des personnes de référence sont désignées pour repérer des actes d'harcèlement. Si des comportements considérés comme du harcèlement sont repérés, un dispositif de confrontations entre l'agresseur et la victime est mis en place, tandis que leurs camarades sont accompagnés afin de réfléchir sur leur manque de réaction.

L'évaluation du programme, sur un vaste échantillon de 30 000 élèves, a montré une diminution significative de harcèlement, une augmentation des élèves intervenant lorsqu'ils sont témoins de harcèlement, et une élévation du niveau de bien-être des élèves¹³⁹.

4. Évaluer les élèves de manière juste mais encourageante

Comment rénover l'évaluation à l'école de manière juste, mais encourageante et bienveillante pour promouvoir le bien-être des élèves qui connaissent des difficultés et des échecs.

La question de la **notation** est régulièrement débattue. Des études ont démontré que des évaluations plus accessibles et des notes encourageantes favorisent les apprentissages des élèves, et que des modalités d'évaluation tel que donner le droit de se reprendre à la suite d'une évaluation insatisfaisante permettent de diminuer le sentiment d'incapacité en reconnaissant que les difficultés et les erreurs font partie du processus d'apprentissage¹⁴⁰. Par exemple, en Finlande, les élèves peuvent repasser leurs évaluations s'ils ne s'estiment pas satisfaits du niveau obtenu.

En France, aujourd'hui encore, **les notes ont un poids très fort dans le système scolaire** et le devenir professionnel des élèves. Ce système d'évaluation est intériorisé par les élèves. Les premiers résultats d'une étude du CNRS et du lycée Blaise Pascal de Clermont-Ferrand, non encore publiée et donc difficile à bien évaluer, montrent que la suppression partielle des notes et le recours à une évaluation par niveaux de compétences dans 70 collèges et lycées de l'Académie d'Orléans-

¹³⁸ Salmivalli C., 2001, Group view on victimization—empirical findings and their implications, in Juvonen J., Graham S. (eds), 2001, Peer Harassment in School: The Plight of the Vulnerable and Victimized, New York, NY : Guilford, 2001 :398–419.

¹³⁹ Karna A., Voeten M *et al.*, 2011, A large scale evaluation of the Kiva anti-bullying program, Child Development.

¹⁴⁰ Ames C., 1992, Achievement goals and the classroom motivational climate, in Schunk D., Meece J.L. (dir.), Student Perceptions in the Classroom.

Tours améliore la qualité des apprentissages et diminuent les inégalités sociales en terme d'apprentissages¹⁴¹.

Un autre facteur qui peut affecter la relation de l'élève à l'école est **la fréquence élevée du redoublement** au sein du système éducatif français. Si le taux de redoublement a baissé de manière importante en France depuis 2000, le redoublement touchait encore un quart des élèves en 2015 selon l'enquête Pisa, un des taux les plus élevés en Europe (pour comparaison, le taux de redoublement était moins de 4 % au Royaume-Uni, Danemark et Suède, et la moyenne OCDE s'élevait à 11 %).

Même si des expérimentations formelles n'ont pas été faites, certains systèmes scolaires ont fait le choix de diminuer le nombre de redoublements pour mettre en place un accompagnement très personnalisé des élèves en difficulté scolaire, les données Pisa montrent que ceci pourrait avoir des avantages. Les enquêtes Pisa indiquent que les systèmes scolaires avec un taux de redoublement élevé affichent souvent des performances scolaires inférieures et des inégalités sociales plus marquées en termes de compétences cognitives¹⁴². Une revue récente des études indique des effets positifs du redoublement à court terme sur les résultats scolaires, mais des effets négatifs sur la déscolarisation¹⁴³, et, sur le long terme, des effets négatifs sur l'insertion professionnelle¹⁴⁴. Le redoublement semble aussi avoir un impact négatif sur les compétences socioémotionnelles des élèves : les enquêtes Pisa démontrent un lien entre redoublement et une moindre satisfaction scolaire chez les élèves de 15 ans¹⁴⁵.

5. Des méthodes d'enseignement qui encouragent la coopération entre élèves

Plusieurs études montrent que le travail en groupe se traduit par une meilleure satisfaction scolaire¹⁴⁶. Les **méthodes d'enseignement dites « horizontales »** (projets collectifs, etc.) favorisent ainsi l'entraide, tandis que les enseignements « verticaux » ont pour conséquence une moindre coopération entre élèves, et de moins bonnes relations élèves-enseignants. Or le système français est rythmé par les évaluations individuelles, et la réalisation de travaux collectifs est plus rare.

En outre, **le développement d'activités extracurriculaires** après les cours pourrait aider à fédérer les élèves et la communauté éducative autour de projets collectifs. Ces activités semblent être bénéfiques pour l'épanouissement et l'estime personnels des enfants, le développement de leur créativité, de leurs compétences sociales¹⁴⁷ (voir encadré 5).

Par ailleurs, sont apparus depuis une dizaine d'années, surtout aux États-Unis, **des interventions centrées sur les « compétences sociales et émotionnelles »** (voir le rapport HCFEA sur les

¹⁴¹ Étude piloté par Céline Darnon et Pascal Huguet (CNRS). Pour des premiers résultats, pas encore évalués, voir : https://www.lapsco.fr/IMG/pdf/comment_mieux_evaluer_le_travail_des_eleves.pdf.

¹⁴² Miyako I., García E., 2014, Grade repetition: A comparative study of academic and non-academic consequences, *OECD Journal, Economic Studies*, vol. 2013/1.

¹⁴³ Gary-Bobo R., Robin J.-M., 2012, La querelle des redoublements : l'apport de l'économétrie, <https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-00972953>.

¹⁴⁴ Brodaty T., Gary-Bobo R., Prieto A., 2010, Does speed signal ability: the impact of grade retention on wages, *document de travail*, Crest-Insee.

¹⁴⁵ Miyako I., García E., 2014, *op. cit.*

¹⁴⁶ Algan Y., Cahuc P., Zylberberg A., 2012, *La fabrique de la défiance*, Paris, Albin Michel.

¹⁴⁷ HCFEA, rapport les temps et les lieux tiers des enfants et des adolescents hors maison et hors scolarité, https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/rapport_temps_et_lieux_tiers_des_enfants.pdf.

temps et lieux tiers), souvent réalisées dans le milieu scolaire. Leur objectif est de promouvoir des compétences telles que l'estime de soi, la gestion des émotions ou encore l'empathie, grâce notamment à des méthodes comme les jeux de mise en situation. Globalement, plusieurs études indiquent que, lorsqu'ils sont de bonne qualité, ces programmes peuvent avoir des effets positifs en termes de réussite scolaire et de bien-être des élèves¹⁴⁸.

Encadré 5 : Le programme "Orchestre à l'école"

Le programme « Orchestre à l'école » permet à des élèves de collège en zone d'éducation prioritaire (ZEP) d'apprendre un instrument pendant trois ans, à raison de deux heures hebdomadaires de cours dispensés par des enseignants de l'école de musique de la commune, financés par les collectivités locales. En juillet 2010, 573 de ces orchestres fonctionnaient dans les écoles primaires et les collèges. L'évaluation de ce programme dans six collèges, sur 470 élèves, révèle de nombreux bénéfices : une augmentation de la moyenne globale des élèves, une amélioration de la note de vie scolaire, une meilleure appréciation de l'école, ainsi qu'une ambition accrue¹⁴⁹.

6. Le soutien scolaire pour développer l'estime de soi

Les programmes de **soutien scolaire publics** sont devenus incontournables dans les écoles françaises, du primaire au lycée¹⁵⁰. Même si les contours et les buts de ces programmes sont parfois flous et mal définis, et qu'ils changent d'un établissement à l'autre, beaucoup de ces programmes incluent, de manière explicite ou implicite, **l'amélioration de l'estime de soi** de l'élève, du plaisir à travailler, ainsi que d'objectifs plus classiques, comme l'aide à assimiler les contenus des cours ou l'acquisition de nouveaux savoirs et de méthodes de travail.

Les évaluations de ces programmes ne sont pas nombreuses. En outre, celles disponibles aujourd'hui ne permettent pas de savoir si les effets relevés sont dûs au soutien scolaire ou à d'autres facteurs. Néanmoins, les quelques évaluations disponibles sont plutôt positives. Le dispositif « Coup de pouce clé » a fait l'objet d'une évaluation positive : les programmes sont décrits comme bien cadrés sur le plan des contenus comme sur celui des compétences des intervenants, les clubs « Coup de pouce » permettent à l'élève de prendre confiance en lui/elle et de gagner en autonomie¹⁵¹. L'accompagnement scolaire a aussi fait l'objet d'une évaluation globalement positive selon plusieurs enquêtes locales de l'Igen : les programmes sont bien perçus par les élèves et par les enseignants ; les élèves évoquent notamment la dimension affective importante, grâce à des intervenants qui conseillent et rassurent¹⁵². La confiance en soi de l'élève est donc une dimension centrale dans ces évaluations.

¹⁴⁸ Besson L., Glasman D., 2004, *Le travail des élèves pour l'école en dehors de l'école*, rapport pour le Haut Conseil de l'évaluation de l'école, p. 8.

¹⁴⁹ Algan, Y., Cahuc, P., 2010, *Première évaluation de l'impact des orchestres à l'école*, rapport pour l'Institut Montaigne.

¹⁵⁰ Naves M.-C., 2012, « Quelle organisation pour le soutien scolaire ? », *La note d'analyse*, n° 315, Centre d'analyse stratégique, janvier.

¹⁵¹ Glasman D., 2001, *L'accompagnement scolaire. Sociologie d'une marge de l'école*, Paris, PUF.

¹⁵² Inspection générale de l'Éducation nationale, 2010, Observation et évaluation des dispositifs d'aide individualisée et d'accompagnement à l'école, au collège et au lycée, *Rapport n° 2012-114*, p. 7.

CONCLUSION

Dans une perspective écologique prenant en compte le milieu de vie, **l'expérience scolaire s'inscrit dans l'expérience globale de l'enfant**, en interaction avec sa vie familiale et extrascolaire. S'agissant du développement des jeunes, l'expérience scolaire ne peut pas être considérée à part et isolée des autres sphères de la vie de l'enfant. À titre d'exemple, une étude mobilisant les données HBSC pour le Pays de Galles a mis en évidence des interactions significatives entre le contexte familial et le contexte scolaire, qui permettent de comprendre certains comportements de santé chez les adolescents¹⁵³. Cette étude souligne par ailleurs que les relations entre école et bien-être des élèves varient selon le niveau socioéconomique des ménages¹⁵⁴. Les interventions à l'école sont ainsi des leviers importants pour améliorer la santé mentale et le bien-être des élèves, mais elles ne peuvent pas pallier complètement des inégalités structurelles qui produisent des inégalités en termes de santé et de bien-être mental chez les jeunes.

Enfin, il est important de rappeler **les limites des travaux scientifiques** présentés dans cette note : les études sur le collège, le bien-être et la santé mentale des élèves sont très majoritairement des études transversales qui ne peuvent pas rendre compte du sens des relations entre les différentes variables étudiées. La taille de ces études est également relativement petite, ce qui rend compliqué la généralisation de leurs résultats au-delà de l'échantillon d'élèves étudiés. Par ailleurs, ces études utilisent souvent des mesures unidimensionnelles du bien-être à l'école, or être globalement satisfait de l'école n'implique pas nécessairement que toutes les expériences vécues dans ce contexte soient perçues de manière positive¹⁵⁵. Il est donc important de promouvoir et faciliter des recherches qui permettent d'appréhender le bien-être au collège dans toutes ses dimensions.

RECOMMANDATIONS

Accompagner le passage de l'école au collège :

Les dimensions les plus affectées par la diminution du bien-être autour de cette transition sont la satisfaction concernant leurs relations avec les enseignants, leur classe et leurs activités scolaires, c'est-à-dire celles qui touchent directement le cœur de la vie de l'élève au collège.

La participation des adolescents à l'élaboration de nouvelles interventions et stratégies pour leur bien-être

Une véritable participation des jeunes aux décisions concernant tous les aspects de leur développement est souhaitable. Cette participation peut contribuer à améliorer les décisions et les politiques, notamment elle permet aux décideurs de mieux comprendre les besoins, les problèmes et les attentes des adolescents pour parvenir à de meilleures solutions. En outre, si l'on respecte leur avis sur les soins qui leur sont destinés, les adolescents seront plus nombreux à faire appel à des services et à continuer à les utiliser. De plus, du point de vue de l'éthique et des droits humains,

¹⁵³ Moore G.F., Littlecott H.J., 2015, School and family-level socio-economic status and health behaviours, *Journal of Social Health*, 85(4), p. 267-275.

¹⁵⁴ Moore G.F., Littlecott H.J., 2015, *op.cit.*

Moore G.F. *et al.*, 2017, School composition, school culture and socio-economic inequalities in young people's health, *British Educational Research Journal*, 43(2), p. 310-329.

¹⁵⁵ Guimard *et al.*, 2015.

le droit des adolescents à participer à la prise de décisions est consacré dans la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant.

Faciliter et promouvoir des liens entre les écoles et les services de santé adaptés aux adolescents

Faciliter et promouvoir les liens entre les écoles et les familles

Le bien-être et la santé mentale des jeunes doit être approché de manière « écologique » et ne peut pas exclure des acteurs clé de la vie des jeunes telles que leurs familles. La recherche comparative internationale montre que l'école peut être vécue comme un capital social au sein des communautés (voir Debarbieux, 2006 et 2008). Le bien-être des élèves en lien avec l'école passe aussi à travers sa famille, qui reste le facteur le plus prédictif du bien-être des élèves (Hawkins *et al.*, 2000). La recherche australienne (Rigby *et al.*, 1999 ; Murray-Harven, Slee, 2005 ; Slee, 2006) a montré un cercle vertueux lorsque l'enfant se sent soutenu tant par la famille que par les enseignants.

Le bien-être comme un élément du *curriculum* des adultes, des élèves

Introduire l'étude du bien-être et de la santé mentale des jeunes dans le *curriculum*, tant des adultes que des élèves. La formation initiale, la formation permanente et les carrières du personnel peuvent avoir une influence sur la qualité du travail et sur le moral des enseignants, donc sur le climat scolaire. La formation à la création d'un climat scolaire favorable est nécessaire pour tous les acteurs de l'école. Pour les élèves, il s'agit pas de proposer des leçons de civisme ou de citoyenneté, mais bien un véritable apprentissage des compétences « sociales ».

Justice scolaire et évaluation

Le sentiment de justice scolaire dépend de la clarté dans l'application du règlement, sans passer par une « échelle des sanctions », surtout vue sous l'angle de la punition. Les attitudes encourageantes sont plus efficaces que les punitions. Le sentiment de justice est imprégné par la dimension « évaluation », source d'angoisse et de stress pour les collégiens : modalités d'évaluation, surcharge de travail, annonce des objectifs, choix des mots sur les bulletins trimestriels, etc. Comme proposé par Bisson-Vaivre¹⁵⁶, il s'agit de promouvoir une culture de la sécurité du parcours de l'élève : l'évaluation devient positive, sans stigmatiser.

¹⁵⁶ Bisson-Vaivre, C., 2011, École et sécurité : d'une politique sécuritaire à une culture de la sécurité, *Cahiers de la sécurité*, n° 16, avril-juin 2011.



ANNEXE 3.3 :

CONTRIBUTION COMMUNE

ANMDA¹⁵⁷, SFPEADA¹⁵⁸, SFSA¹⁵⁹

¹⁵⁷ L'association nationale des maisons des adolescents regroupe une majorité des MDA créées sur le territoire national depuis leur « fondation » par la circulaire et le cahier des charges de 2005 du ministère des Affaires sociales et de la Santé. Ces dispositifs innovants ont été préconisés par un rapport du Défenseur des enfants de 2002, « Les Maisons des adolescents, pourquoi ? comment ? » à partir de premières expériences du début des années 2000.

¹⁵⁸ La société française de pédopsychiatrie et de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées est une association professionnelle loi 1901 qui regroupe l'ensemble des professionnels intervenant dans le domaine de la psychiatrie des bébés, de l'enfance et de l'adolescence. Elle a pour but de « *promouvoir et coordonner des études, des recherches et des actions de formation concernant les troubles mentaux, affectifs et intellectuels des enfants et des adolescents ainsi que leur traitement et leur prévention* ».

¹⁵⁹ La société française pour la santé de l'adolescent un lieu d'échanges entre des professionnels d'horizons et de métiers différents concernés par la santé des adolescents.

INTRODUCTION

Si nous considérons que la petite enfance a fait et fait encore l'objet d'attentions particulières des politiques publiques dans le cadre de dispositions de soutien à la parentalité, incluant une part de soin (par la pédiatrie et les services de PMI notamment), il nous apparaît que les périodes de 6 à 11 ans (fin de la PMI) et de l'adolescence, à partir de 11 ans, sont les oubliés des politiques publiques.

Les aides à la petite enfance sont utiles et nécessaires et permettent de prévenir une dégradation d'un nombre important de situations ; lorsque la survenue de l'adolescence réactivera les « émotions » de la petite enfance, cette expérience d'aide extérieure, lorsqu'elles ont été vécues positivement par la famille, facilitera la « demande » faite aux services *ad hoc*.

Mais, il est à souligner que nombre de familles fréquentant nos services n'avaient pas eu recours à des aides antérieures. L'adolescence et ses remaniements, notamment concernant les relations aux parents peuvent mettre ces derniers en difficultés pour évoluer et s'adapter à cet adolescent.e qui vient interroger les positions d'autorité, aujourd'hui plus qu'hier. Les communautés éducatives sont à ce titre dans la même nécessité de repenser ses modes d'accueil aux collèges bien sûr mais aussi dans les tiers lieux.

La situation en santé des 11-15 ans apparaît plutôt satisfaisante comme en atteste les éléments du rapport et les différentes enquêtes qui leur sont adressées.

Mais pour les plus en difficultés, sur le plan psycho-social ou médical (somatique et psychique), à cette période de la vie l'accès à des propositions d'aide et d'accompagnement n'est pas simple en raison de la méconnaissance de leurs propres difficultés et aussi par méconnaissance des dispositifs existants.

Nous savons sur cette question, l'importance de l'entourage, des pairs, des animateur.trice.s, des membres de la communauté éducative... des parents, évidemment, même si le couple conjugal ou parental est souvent partie intégrante des difficultés de l'adolescent. À cet égard, il est aussi important de souligner combien les jeunes sont souvent protecteurs de leurs parents et ne souhaitent pas qu'ils soient informés de leurs soucis, voire de leur mal-être, compliquant ainsi la situation. Sachant, par ailleurs, le caractère délétère de tout retard d'évaluation ou diagnostic, à cet âge où les réactions s'exacerbent, la place de ces « repéreurs » précoces apparaît primordiale.

Pour renforcer le rôle de ces « repéreurs » précoces des possibles mal-être de l'adolescence, il nous semble nécessaire, comme le rapport le propose, de porter une attention particulière aux trois principales sphères de vie des jeunes de 11 à 15 ans : la vie familiale, la vie sociale/amicale et la vie scolaire.

PROPOSITIONS

1. En direction de la sphère familiale

Comme souligné plus haut, la sphère familiale est avec le milieu scolaire l'espace où s'initie et/ou s'exprime le plus fréquemment les difficultés rencontrées à l'adolescence.

Que ce soit par une réactivation des « troubles » des premières années de vie de l'enfant ou bien par une difficulté d'accommodement des parents à la survenue de ce nouvel être qu'est

l'adolescent.e, la vie familiale peut en être affectée, les conflits ou l'incompréhension réciproque peuvent devenir très délétères voire pathogènes.

Pour soutenir la parentalité au moment de l'adolescence, nous préconisons :

- le renforcement de la pédiatrie/médecine de l'adolescence ;
- la mise en œuvre aussi vite que possible des consultations de psychologues remboursées par l'assurance maladie ;
- le renforcement des moyens dédiés aux dispositifs de prévention des mal-être adolescent.e.s et de leurs familles.

a. Renforcer la pédiatrie/médecine de l'adolescence

De nombreuses difficultés à l'adolescence s'expriment de manière somato-psychique et le corps représente un lieu privilégié d'expression des conflits. Les consultations régulières chez le médecin voire aux urgences pédiatriques ou psychiatriques, nécessitent de prendre du temps pour tenter de discerner la souffrance psychique souvent cachée derrière la plainte somatique.

Il est utile de rappeler les travaux en cours pour renforcer les services de psychiatrie et de pédopsychiatrie notamment en ces temps de Covid.

Des assises de la psychiatrie sont en préparation et nous ne pouvons que soutenir cette nécessité.

Renforcer également l'amont des admissions en psychiatrie infanto-juvénile s'avère indispensable et la médecine de ville est l'une des propositions qui peut être proposée en soutien aux parents d'une part mais aussi en possibilité d'évaluation des mal-être à la prime adolescence.

Face au développement de filières spécialisées, il convient en parallèle de **renforcer l'accueil médical non orienté sur un trouble** avec une approche globale pour les adolescents d'une part, et les possibilités d'**hospitalisation** d'autre part, que ce soit en unité de pédiatrie de l'adolescent ou en pédopsychiatrie.

La majorité des adolescents a consulté un médecin dans l'année. Pour autant ces derniers se disent souvent mal à l'aise à la pratique de la médecine de l'adolescent, leurs premières raisons étant le manque de formation et le manque de temps malgré des recommandations concernant la pratique médicale auprès des adolescents (voir [ici](#)).

Participant de la santé mentale, la pratique de la médecine de l'adolescent joue un rôle de prévention, bien en amont de toute psychopathologie et en accord avec la triade traditionnelle repérage/dépistage/diagnostic lorsqu'un trouble mental est avéré. La médecine de l'adolescent a pour objectif général l'**empowerment** et l'amélioration du bien-être psychique, physique, social, et le développement de l'estime de soi pour tous les adolescents...

Nous préconisons :

- le développement d'un référentiel opposable de consultation de médecine de l'adolescent, élaboré sous l'égide de la HAS ;
- le développement de la formation à la médecine de l'adolescent dans le cadre de la formation médicale continue et des CPTS, en lien avec le maillage territorial des MDA.

Il est à rappeler que **les besoins hospitaliers en médecine de l'adolescent** restent insuffisamment couverts sur le territoire, avec d'importantes inégalités entre les régions. L'offre de soin reste

insuffisante en lits d'hospitalisation conventionnelle, en place d'hospitalisation de jour et en possibilités de consultation (PM) pour accueillir l'ensemble des demandes pertinentes.

Unités essentielles à l'approche bio-psycho-sociale, holistique, de l'adolescent, elles intègrent la prise en charge et l'apprentissage de l'intégration des dimensions familiales, scolaires, socio-éducatives. (voir Tournemire R., Examen clinique de l'adolescent, Encycl Med Chir, EMC [Elsevier Masson SAS, Paris], Pédiatrie, 4-001-C-15).

Une meilleure prise en charge des interactions entre maladie chronique et adolescence induit un gain en terme de santé publique quand la moitié des maladies chroniques de l'adulte débutent à l'enfance ou à l'adolescence (Rouget, *Enfances & psy*, Quand l'adolescence rencontre la maladie chronique).

Les unités de médecine de l'adolescent offrent un espace d'exploration du malaise psychique sans stigmatisation, sans caractérisation psychiatrique d'emblée et beaucoup des adolescents qui y passent n'auront pas besoin d'hospitalisation en service psychiatrique. Dès lors qu'elles sont en lien étroit avec les services de pédopsychiatrie, elles ont un rôle de **prévention et de prise en charge des adolescents suicidants**, présentant des **troubles du comportement alimentaire** et offrent une compétence particulière dans le domaine du **repérage et de la prise en charge de la maltraitance et des violences subies** (négligence, violences physiques, psychiques, sexuelles). De même pour les situations les plus délicates en **santé sexuelle et reproductive** (déli de grossesse, violences sexuelles subies...).

Nous préconisons :

- **la mise en place d'une commission de travail**, sous l'égide de la DGS afin de définir un cahier des charges (voir [ici](#)) permettant **la labellisation d'unités de médecine de l'adolescent** dans tous les territoires avec pour objectif une unité de référence par département, hors particularités locales. En dehors de ces unités, il s'agirait d'inciter au développement de compétences en médecine de l'adolescent dans les grands services de pédiatrie ne disposant pas d'UMA, identifiant un médecin formé et expérimenté en lien avec l'unité de référence ;
- l'universitarisation et l'enseignement de la médecine de l'adolescent doit se poursuivre.

Renforcer les moyens dédiés aux dispositifs de prévention des mal-être adolescent.e.s et de leurs familles

Le « plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes » (plan BESaJ, voir [ici](#)) de 2016 a fait des préconisations qui visaient à améliorer le repérage des jeunes en situation de souffrance somatique, psychique et scolaire notamment et à faciliter leur orientation vers les dispositifs dont leurs difficultés relevaient.

Constatant la représentation toujours compliquée, en population générale, de la psychiatrie perçue comme un invariant anthropologique de la folie du XIX^e siècle, constatant aussi les délais d'accueil en CMP notamment, le rapport et le plan qui s'est ensuivi ont préconisé, entre autres propositions, le renforcement des dispositifs d'accueil et d'accompagnement en amont des services de soins médico-psychologiques. Ces dispositifs peuvent être, selon les différents territoires, les MDA, les PAEJ (point accueil écoute jeunes), les ESJ (espace santé jeunes).

Il s'agit, d'une part, de ne pas sur médicaliser la période de l'adolescence et de prévenir l'aggravation des conduites considérés à risques en les repérant précocement et en les prenant en compte dans leur dimension globale, somatique, psychique, sociale, familiale, scolaire...

Ce repérage par tous acteurs de l'adolescence, de l'animation jeunesse aux communautés éducatives, doit pouvoir se réaliser « en toute sécurité » par la bonne connaissance du réseau des acteurs qui pourront accueillir très rapidement le jeune et sa famille et/ou les soutenir dans leur propre mission.

Le plan BESaJ préconise que les maisons des adolescents soient les « piliers du dispositif ». Il précise que « *depuis la création de la toute première il y a une quinzaine d'années, les maisons des adolescents (MDA), désormais implantées dans presque tous les départements, se sont imposées comme des lieux d'accueil inconditionnel, d'évaluation pluri-disciplinaire et d'orientation des jeunes et de leurs familles. Ayant développé cette culture pluri-disciplinaire, elles offrent également des possibilités de prise en charge de courte durée ou de coordination de parcours plus complexes. Elles ont donc vocation à animer et coordonner les acteurs de l'adolescence d'un territoire, à organiser les sensibilisations et partages d'expertises, à développer une veille partagée sur les problématiques de l'adolescence. Ces missions sont plus que jamais nécessaires au service du mieux-être de la jeunesse. Le positionnement des maisons des adolescents comme « têtes de réseau » des acteurs de l'adolescence est donc logique et attendu* » (p. 12).

À ce titre, les MDA, PAEJ ou ESJ sont donc des interfaces entre les repéreurs précoces et les services de soin pour accompagner les jeunes et les familles aux prises avec un mal-être psychique, en accessibilité physique par leur maillage territorial et en accessibilité psychique par la non-stigmatisation de leur proposition.

Nous préconisons :

- **la mise en œuvre d'une commission de travail** sous l'égide de la DGS, associant la DGCS et la CNAF pour améliorer les capacités d'accueil et de soutien des jeunes et des familles par ces dispositifs par une reconnaissance active de leur rôle en matière de soutien à la parentalité et par un renforcement de leur financement.

Mettre en œuvre aussi vite que possible des consultations de psychologues remboursées par l'assurance maladie

Le même « plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes » préconisait une expérimentation pour « *un accès facilité aux consultations de psychologues* » (Action 2, p. 7, voir [ici](#)).

Alors qu'un dispositif expérimental en ce sens est mis en œuvre dans trois régions depuis 2018 (*Écoute-moi*), la situation sanitaire récente a accéléré la nécessité d'une prise en compte rapide des situations de mal-être des jeunes en santé mentale.

Les premiers résultats de l'expérimentation amènent à penser utile de généraliser la proposition de cet accès facilité, notamment en simplifiant l'évaluation de ce besoin par les médecins de l'adolescence (généralistes, pédiatres, médecins scolaires...).

Nous préconisons :

- **la généralisation de cette expérimentation** au moment où la situation sanitaire a aggravé la dépressivité des adolescents et de tous celles et ceux qui entourent les adolescent.e.s et obère les perspectives d'avenir de cette génération qu'il conviendra de ne pas qualifier de « génération Covid »...

Soutenir une nouvelle position parentale à l'adolescence

Comme souligné plus haut, la survenue de l'adolescence et de ses remaniements oblige l'adolescent lui-même à une réappropriation de son corps et aussi de son « esprit » en pleine maturation. Elle oblige son entourage, notamment parental, à penser cette maturation et à réenvisager sa propre position, en la faisant évoluer progressivement d'une position éducative à une position d'accompagnement. Les conflits entre parents et adolescents, les fragilités des uns et des autres peuvent facilement générer des crises ou des blocages.

L'adolescent.e est en attente de ce nouveau rapport aux autres et à tou.te.s celles et ceux qui font œuvre d'éducation.

Il nous apparaît que la « **conférence de la famille** » qui s'annonce est l'occasion de faire un « état des lieux » de la parentalité au moment de l'adolescence, notamment comme en a attesté le secrétaire d'État Adrien Taquet, dans la mesure où cette période de la vie de l'enfant a été jusqu'aujourd'hui insuffisamment soutenue.

Il s'agirait en même temps de faire la « publicité » du livret « Parent d'ados » (voir [ici](#)) et de la mise en œuvre par la Cnaf des médiations familiales parents-adolescents (voir [ici](#)).

2. En direction de la sphère sociale/amicale

Nous ne reviendrons pas sur les propositions du HCFEA de 2018, « Les temps et les lieux tiers des enfants et des adolescents, hors maison et hors scolarité » sinon pour souligner la nécessité de **renforcer les mesures** qui visent à :

Accompagner la place des adolescents dans l'espace public et dans les lieux de socialisation que sont les structures d'animation jeunesse ;

Réguler les relations filles/garçons dans une visée d'égalité.

Nous insisterons sur la nécessité de renforcer la présence d'adultes bienveillants dans l'espace numérique des adolescent.e.s.

Nous savons aujourd'hui les effets bénéfiques du bon usage des réseaux sociaux, à la fois dans la dimension ludique, d'accès à des connaissances, de maintien des liens sociaux/amicaux. Mais nous en connaissons aussi les effets délétères quand de mauvaises rencontres se réalisent en dehors de toute médiation possible, dans l'isolement de ce rapport solitaire à un « écran » malveillant.

Il apparaît utile de promouvoir tout ce qui peut conduire à une présence d'accompagnement au sein de l'espace numérique des adolescent.e.s, en adaptation constante à l'usage qu'ils en font et aux « outils » qu'ils y utilisent.

À ce titre, deux dispositifs nous semblent utiles l'un à renforcer, l'autre à développer :

- les Promeneurs du Net (PDN)
- les Ambassadeurs des MDA

Portés par la Cnaf et localement par les dispositifs d'information jeunesse (CRIJ), **les PDN**, réalisent une présence dite éducative sur les réseaux sociaux. Le Promeneur est principalement animateur ou informateur jeunesse. Il écoute, informe, accompagne, conseille et prévient.

Voir <https://www.promeneursdunet.fr/projet>

Le dispositif **des Ambassadeurs des MDA** a été expérimenté lors du confinement par la maison des adolescents de Strasbourg.

Il s'est agi de répondre aux questions suivantes : Comment effectuer de la prévention autour de la santé et du bien-être des jeunes, à distance ? Comment « aller vers » des adolescents qui n'expriment pas de demande ? Comment les maintenir « connectés » et inclus dans une dynamique sociale visant à lutter contre leur enfermement physique ou psychique ?

Le réseau des Ambassadeurs.drices des MDA est constitué d'étudiants issus des filières psycho-médico-sociales afin d'accompagner les adolescents à partir des réseaux sociaux sur toutes les questions liées à l'information en santé et au repérage de situation de mal-être.

Formés au repérage des situations de mal-être de l'adolescence et accompagnés par les MDA, les Ambassadeurs des MDA sont une proposition complémentaire aux PDN. Elle doit pouvoir s'articuler par la présence déjà effective de personnels des MDA au sein des PDN et par la possible formation d'animateur en qualité d'Ambassadeur des MDA.

Voir [ici](#)

3. En direction de la sphère scolaire

Faire baisser la pression sur la réussite scolaire académique

Depuis trop longtemps, la survalorisation de la réussite scolaire académique pèse sur les investissements scolaires de tou.te.s celles et ceux qui ne s'y adaptent pas, ou ne s'y conforment pas.

La notion de « réussite » pèse aussi sur le corps enseignant par une « obligation de résultat » qui devient, par une sorte d'homologie, une obligation pour eux-mêmes.

Il n'est pas à négliger non plus l'effet de cette méritocratie à la française qui conduit rapidement à considérer que l'élève qui n'est pas en réussite n'a pas sa place dans cette école-là. L'« échec scolaire » est à risque d'utilisation comme un mode d'évaluation, de stigmatisation et d'intériorisation précoce de la trajectoire scolaire.

Il apparaît urgent de **mettre cette question à l'agenda des politiques publiques de la jeunesse**, mais surtout, nous semble-t-il, **dans les politiques de soutien aux parents d'adolescents** puisque l'on sait que les décrochages scolaires actifs ou « silencieux » débutent pendant les années collèges.

La « conférence de la famille » pourrait constituer un temps pour cela.

Soutenir la mise en œuvre d'un climat scolaire apaisé

La démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant¹⁶⁰ est « une synthèse des points de convergence fidèle à l'expression de nombreux points de vue, de nombreuses disciplines

¹⁶⁰ Rapport « Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance », remis par le Dr Marie-Paule Martin-Blachais à Laurence Rossignol, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes le 28 février 2017, 129 p.

représentées, ainsi qu'une prise en compte d'une pluralité des écoles de pensée d'appartenance et des savoirs expérientiels... » (Rapport, p. 5).

Le rapport vise à « appréhender la satisfaction des besoins de l'enfant dans une approche écosystémique prenant en compte l'environnement dans sa globalité » et dans un consensus des rédacteurs, d'un besoin considéré comme méta-besoin, le besoin de sécurité.

Le rapport indique qu'« il importe de pouvoir garantir à tout mineur un environnement bienveillant et soucieux de son bien-être favorable à son développement et à son épanouissement aux fins de son autonomie, et de son intégration sociale et professionnelle dans la communauté, et ce en conformité avec la convention internationale des droits de l'enfant » (id., p. 14).

Il est possible de rapidement considérer que ce méta-besoin de sécurité est mal pris en compte au sein des établissements scolaires tant les inquiétudes, les craintes, les appréhensions y sont nombreuses, du côté des élèves, des parents mais aussi du côté de la communauté éducative. Les attentes dans la scolarité sont immenses, comme dit précédemment, notamment parce que la réussite scolaire a été le vecteur de l'ascension sociale par une égalité des chances revendiquée fortement dans les discours politiques de l'éducation.

Considérant que ce méta-besoin « englobe la plupart (sinon l'ensemble) des autres besoins fondamentaux que peut avoir un enfant au cours de son développement. La satisfaction de ces derniers ne pouvant être atteinte que dans le contexte de la satisfaction suffisante du premier » (id. p. 11), et considérant l'établissement scolaire comme un écosystème, un travail d'amélioration du climat scolaire dans l'ensemble de ces composantes s'avère indispensable.

L'Éducation nationale ne s'y est pas trompée en promouvant depuis plusieurs années cette démarche auprès des chefs d'établissement et dans un texte¹⁶¹ aux rectrices et recteurs dès 2016 rappelle que « la loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République, dans son rapport annexé, fait de l'amélioration du climat scolaire une priorité « pour refonder une École sereine et citoyenne ».

Elle est un enjeu majeur. Un « bon » climat permet une amélioration des résultats scolaires, du bien-être des élèves et des adultes, une diminution des violences en milieu scolaire, des problèmes de discipline, d'absentéisme, de décrochage scolaire et une plus grande stabilité des équipes.

Si l'amélioration de ce climat repose sur la prévention et le traitement des problèmes de violence et d'insécurité, elle s'appuie également sur la redynamisation de la vie en milieu scolaire dans tous ses aspects, pédagogiques et éducatifs y compris.

Le climat scolaire reflète en effet le jugement qu'ont les parents, les personnels et les élèves de leur expérience, en partie subjective, de la vie et du travail au sein de l'école. La notion de « climat » peut cependant être mesurée par les enquêtes nationales de victimation et de climat scolaire qui permettent d'objectiver des données.

Des Groupes Académiques Climat Scolaire (GACS) ont été créés dans chaque académie.

¹⁶¹ Circulaire n° 2016-045 du 29-3-2016, MENESR, DGESCO.

Mais parce que le jeune de 11 à 15 ans est à la fois un adolescent dans sa famille et son environnement social/amical, un collégien dans son collège et un élève dans sa classe, la dimension systémique de cette triple appartenance oblige à des coopérations entre ses trois sphères de vie.

Nous préconisons :

- **la mise en œuvre de démarche d'accompagnement en appui des « enquêtes locales de climat scolaire »** (ELCS) réalisées à la demande des chefs d'établissements et qu'une part des crédits dédiés au soutien à la parentalité puissent apporter une contribution à ces démarches en lien avec la question de la place des familles au sein des établissements scolaires.
- **la mobilisation plus intensive des « associations partenaires de l'école »**, en développant notamment des actions de développement des compétences psychosociales des élèves. L'apport de ces actions dans l'apaisement des liens entre pairs mais aussi entre les adolescents et la communauté éducative n'est plus à démontrer (voir par exemple [ici](#)).

Des expérimentations en cours (par exemple [ici](#) Action 1 du PIA porté par la ville de Nantes) questionnent la transférabilité de ces actions dans le cadre de la classe comme un axe d'amélioration des relations élèves-enseignants susceptibles d'améliorer globalement le sentiment de reconnaissance que manifestent les élèves.

Pour l'ANMDA : Pr Guillaume Bronsard, président.

Pour la SFPEADA : Dr Jean Chambry, président.

Pour la SFSA : Dr Sébastien Rouget, président.



ANNEXE 3.4 : ÉLÉMENTS CONCERNANT LES CRIMES ET DELITS SUR MINEURS¹⁶²

¹⁶² Notes et éléments : mineurs, crimes et délits, prise en charge, prévention scolaire. Direction générale de la police nationale (DGPN).

A. LES INDEX DES CRIMES ET DELITS SPECIFIQUES AUX MINEURS :

La statistique institutionnelle des crimes et délits enregistrés par les services de police et unités de gendarmerie (« État 1001 ») présente 4 index spécifiques aux mineurs victimes.

Évolution 2010-2019 des faits enregistrés par les services de police

Faits constatés Police nationale	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Var 2010/2019
Homicides de mineur(e)s de moins de 15 ans	17	26	23	27	25	36	32	20	24	28	65 %
Viols sur mineur(e)s	3 079	2 956	2 973	3 074	3 238	3 303	3 595	3 960	4 516	5 260	71 %
Harcèlements sexuels et autres agressions sexuelles sur mineur(e)s	5 497	5 358	5 261	5 442	5 861	6 258	7 047	7 505	8 659	9 000	64 %
Violences, mauvais traitements et abandons d'enfants	13 754	14 339	14 005	15 047	21 564	25 888	27 599	29 657	31 986	34 534	151 %

B. LES BRIGADES DE PROTECTION DE LA FAMILLE :

Intégrées dans les circonscriptions de sécurité publique (CSP), les **276 brigades de protection de la famille** (BPF) sont chargées de la prise en compte des personnes vulnérables, victimes de violences ou de maltraitements dont celles à caractère sexuel dans la sphère familiale ou leur cadre de vie habituel.

Le recueil de la parole des mineurs, notamment victimes de violences sexuelles, s'effectue au sein de ces BPF.

Les policiers qui y sont affectés bénéficient d'une formation spécifique constituée de six modules dont quatre sont consacrés aux mineurs :

- **les mineurs victimes (environnement juridique, judiciaire et partenarial – 12 heures) ;**
- **audition de l'enfant victime**
- **(aspects psychologiques et techniques – 2 modules de 30 heures chacun) ;**
- violences sur ascendants (9 heures) ;
- **auteurs d'infractions sexuelles sur les mineurs (27 heures) ;**
- **le policier face à sa situation d'enquête dans le cadre d'affaires de mineurs (24 heures) ;**
- le témoignage du policier ou de l'expert en Cours d'assises (27 heures).

Des formations complémentaires sont également proposées insérées dans le cursus « violences intrafamiliales sur les violences sur mineurs », permettant aux policiers amenés à exercer leurs fonctions durablement d'approfondir leurs connaissances.

Dans le prolongement des plaintes, les enquêteurs des BPF assurent la mise en relation des mineurs victimes avec les partenaires présents dans les CSP pour assurer leur prise en charge complète.

Les policiers peuvent ainsi s'appuyer sur :

- **336 intervenants sociaux** en commissariat de police et en unité de gendarmerie qui accompagnent et orientent les victimes et les personnes en situation de détresse sociale

dans des créneaux horaires qui ne permettent pas la saisine des services sociaux traditionnellement compétents (la nuit et les fins de semaine) ;

- **84 psychologues** (15 recrutements supplémentaires sur la période 2021/2022) ;
- **198 permanences de professionnels des associations d'aide aux victimes présentes** au sein des commissariats, qui interviennent dans le cadre de conventions passées avec l'association « France victimes », la « Fédération nationale des centres d'information sur les droits des femmes et des familles » (FNCIDFF), la « Fédération nationale solidarité femmes » (FNSF) et d'autres associations locales.

Tous ces acteurs sont assistés par **256 correspondants départementaux « aide aux victimes »** et **175 référents violences conjugales** affectés dans les CSP.

Les salles « Mélanie »

La loi du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, dispose qu'il doit être procédé à un **enregistrement audiovisuel ou sonore de l'audition des mineurs victimes d'infraction à caractère sexuel**, sous réserve de l'assentiment de la victime ou de ses civilement responsables (article 706-52 du code de procédure pénale).

Dans ce cadre, chaque département dispose d'au moins un **site équipé pour l'audition vidéo** des mineurs victimes.

Pour favoriser la libération de la parole des très jeunes victimes et en raison des blocages liés au traumatisme subi, certaines CSP ont mis en place des dispositifs permettant de procéder à l'audition de jeunes enfants dans les meilleures conditions, en créant un environnement le plus sécurisant possible :

- aménagement de pièces avec du mobilier et une décoration adaptés (murs et mobilier de couleur douce, canapé...) ;
- utilisation de poupées ;
- système d'enregistrement vidéo et sonores dissimulés avec un déport dans une salle adjacente afin de permettre à d'autres enquêteurs de suivre l'entretien.

L'utilisation de l'enregistrement audiovisuel des propos permet d'éviter à l'enfant d'avoir à répéter à de multiples reprises une relation de faits traumatisants et de fixer par l'image des comportements révélateurs sur la véracité des propos, l'ampleur du traumatisme et de déceler les éléments non verbalisés par le mineur victime (attitude, silence, gestuelle) et de les mémoriser pour la suite de la procédure.

Ces salles aménagées pour faciliter la libération de la parole des enfants victimes sont hébergées au sein des locaux de police (32 et 6 en projet) ou de gendarmerie (15 salles mises à disposition des policiers au besoin), ou au sein des centres hospitaliers (63). Elles sont unanimement plébiscitées par les services utilisateurs.

Les unités d'accueil pédiatrique enfance en danger (Uaped)

En **novembre 2019**, Adrien Taquet, secrétaire d'État en charge de la protection de l'enfance a présenté à l'occasion des 30 ans de la Convention internationale des droits de l'enfant, les 22 mesures d'un **plan de lutte contre les violences faites aux enfants pour 2020-2022** mobilisant l'ensemble du gouvernement et des ministères.

L'une des mesures de ce plan concerne le déploiement des **unités d'accueil et d'écoute spécialisées** sur l'ensemble du territoire nommée « **Unités d'accueil pédiatriques enfance en danger** » (Uaped) qui ont pour objectif d'offrir, dans un lieu unique et adapté, un recueil de la parole et une prise en charge globale (judiciaire et médicale) du mineur victime.

En 2019, environ **70 unités** étaient déjà implantées grâce à des partenariats locaux, entre les parquets, les centres hospitaliers, les forces de sécurité intérieure et la structure associative « La voix de l'enfant ». **26 autres** étaient en projet.

À l'horizon 2022, le plan prévoit la généralisation de ces unités à l'ensemble du territoire.

Lors des dernières réunions interministérielles sur ce plan, le ministère de l'Intérieur a rappelé la plus-value indéniable de ces unités en matière d'audition de mineurs, mais s'est opposé à la systématisation des auditions de mineur victime ou témoin de violences intrafamiliales dans ces structures (risques de saturation de ces unités, contraintes liées aux déplacements...).

Le ministère de l'Intérieur préfère que soit laissé le choix au procureur de la République, en lien avec le service de police ou l'unité de gendarmerie, de recourir aux Uaped lorsqu'il en va de l'intérêt combiné du mineur et de l'enquête.

CORRESPONDANTS « POLICE – SECURITE DE L'ÉCOLE » (CPSE)

Protocole d'accord entre le ministère de l'Éducation nationale et le ministère de l'Intérieur du 4 octobre 2004 dit « de Dreux »

QUELLES SONT LES MISSIONS ?

- Les correspondants police-sécurité de l'école (CPSE) constituent des interlocuteurs privilégiés des chefs d'établissements.
- Ils facilitent et renforcent, le partenariat local avec l'Éducation nationale au sein des territoires relevant de la compétence de la sécurité publique.
- Ils réalisent les actions de sensibilisation au sein des établissements scolaires sur diverses thématiques (racket, recel, dégradations, agressions sexuelles, etc.).

MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF

- Afin d'adapter les actions de la sécurité publique aux demandes locales des chefs d'établissements scolaires, le chef de chaque circonscription de sécurité publique désigne parmi ses effectifs policiers un CPSE, qui sera l'interlocuteur privilégié des établissements scolaires de sa circonscription.
- Sur initiative des CPSE ou à la demande des chefs d'établissements scolaires, les CPSE organisent en classe des actions de prévention et de sensibilisation au bénéfice des jeunes scolarisés.

PLUS-VALUE

- Adapter les dispositifs de prévention de la délinquance (dispositifs opérationnels et actions de prévention), en fonction des constats réalisés sur le terrain par les unités de police, et les signalements d'incidents en milieu scolaire en provenance de l'Éducation nationale.
- Répondre de manière la plus appropriée aux besoins de sécurité des chefs d'établissements scolaires au travers d'un diagnostic commun et d'un partenariat dynamique.
- Proposer et réaliser des actions de prévention s'inscrivant parfaitement dans le cadre des programmes scolaires de l'Éducation nationale.
- Améliorer la perception de la police par les jeunes.

POLICIERS FORMATEURS ANTI-DROGUE (PFAD)

Protocole d'accord entre le ministère de l'Éducation nationale et le ministère de l'Intérieur du 4 octobre 2004 dit « de Dreux »

QUELLES SONT LES MISSIONS ?

- Assurer la formation de leurs collègues aux techniques spécifiques de la lutte contre le trafic de stupéfiants et la toxicomanie.
- Réaliser des actions de prévention auprès d'un public varié (jeunes et adultes) sur les thèmes des conduites addictives, dopage et conduites dopantes, dangers liés à l'usage de ces substances et les risques liés à certaines activités professionnelles (accident du travail consécutif à l'usage de stupéfiants).
- Participer au schéma des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), qui visent à associer « les représentants des services de l'État » à la politique de prévention des toxicomanies et des conduites à risques, menée auprès des jeunes scolarisés.

COMMENT BÉNÉFICIER DU DISPOSITIF ?

- Le chef de service concerné, en fonction de sa politique de prévention, doit appuyer la démarche d'un de ses policiers désireux de bénéficier de la formation nationale initiale spécifique de 4 semaines, et doit lui attribuer à l'issue de celle-ci le temps de service nécessaire à la réalisation de missions en sa qualité de PFAD.
- Chaque début d'année scolaire, les PFAD se font connaître des chefs d'établissements de leur ressort de compétence et conviennent avec eux d'un planning d'interventions en classe et des thématiques de prévention à aborder devant les élèves. Il en va de même pour toute demande ponctuelle de sensibilisation émise par un partenaire privé ou institutionnel.

PLUS-VALUE

- Lutter efficacement contre les infractions à la législation sur les stupéfiants en touchant le cœur de cible qu'est le public vulnérable des jeunes scolarisés au collège et au lycée.
- Répondre aux attentes des partenaires institutionnels, publics et privés, en leur proposant des actions de prévention ciblées en rapport avec la problématique spécifique rencontrée.
- Favoriser des actions de communication au niveau national.



Policiers formateurs anti-drogue			
Nombre PFAD	Nombre d'actions réalisées		Nombre de personnes sensibilisées
201	7 168		178 494
Correspondants police – sécurité de l'école			
Nombre CPSE	Nombre d'opérations réalisées aux abords des établissements	Nombre d'actions d'information et de prévention effectuées	Nombre de personnes sensibilisées
791	12 572	1 336	47 312



ANNEXE 3.5 : NUTRITION ET ADOLESCENCE¹⁶³

¹⁶³ Notes Nutri-Score et État nutritionnel des adolescents, par Santé publique France.

A. PEUT-ON ENVISAGER UN NUTRI-SCORE POUR LES PRODUITS DE CONSOMMATION PREFERES DES ADOLESCENTS ?

Pour améliorer l'accès à une alimentation équilibrée et favorable à la santé, l'article 14 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoit que les pouvoirs publics recommandent un système d'étiquetage nutritionnel synthétique, simple et accessible pour tous.

Le Nutri-Score est le dispositif recommandé par les pouvoirs publics depuis octobre 2017. L'apposition du Nutri-Score est une démarche volontaire des industriels.

Au mois de juillet 2020, 415 entreprises étaient engagées à adopter le Nutri-Score sur leurs produits, représentant, 50 % des parts de marché en volumes de ventes¹⁶⁴.

Par ailleurs, il est prévu que l'utilisation du Nutri-Score soit étendue à la restauration collective et commerciale d'ici la fin de l'année 2021. Cette extension devrait permettre une plus forte présence du logo sur les produits consommés par les adolescents que cela soit dans le cadre de la restauration scolaire ou des enseignes de restaurations rapides.

Santé publique France prévoit de faire une étude pour évaluer la notoriété Nutri-Score auprès des adolescents ainsi que l'utilisation qu'ils en font. Cette étude sera menée au dernier trimestre 2021.

B. QUELLES EVOLUTIONS RECENTES DES POLITIQUES PUBLIQUES EN LA MATIERE ET QUELLES SONT CELLES QUI SONT EN CHANTIER ?

Nous souhaiterions répondre plus particulièrement sur la question de l'encadrement du marketing pour les produits gras, sucrés, salés en direction des enfants et des adolescents.

Les stratégies promotionnelles de l'industrie alimentaire pour encourager l'augmentation des achats et de la consommation de produits gras, sucrés, salés ont été identifiées comme un facteur important de la consommation excessive de ces produits, en particulier par les enfants¹⁶⁵. Au niveau international, de nombreuses études et revues de littératures ont ainsi été menées depuis plusieurs décennies, fournissant un socle scientifique aux plaidoyers des instances internationales contre le marketing alimentaire en direction des enfants^{166,167,168}.

En France plusieurs instances recommandent également l'encadrement du marketing alimentaire en direction de enfants et des adolescents.

¹⁶⁴ <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/nutrition/nutri-score/article/nutri-score-un-etiquetage-nutritionnel-pour-favoriser-une-alimentation>.

¹⁶⁵ World Health Organization, 2018, Evaluating implementation of the WHO Set of Recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Progress, challenges and guidance for next steps in the WHO European Region.

¹⁶⁶ Garde A., Byrne S., Gokani N., Murphy B., 2018, A Child Rights-Based Approach to Food Marketing A Guide for Policy Makers.

¹⁶⁷ World Health organization, 2010, Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children.

¹⁶⁸ Institut national de santé publique du Québec, 2019, L'efficacité des stratégies de réglementation de la publicité et de la promotion alimentaires.

Santé publique France a publiée en juin 2020¹⁶⁹, une étude sur l'exposition des enfants et des adolescents à la publicité pour des produits gras, sucrés et salés et formulé des recommandations liées à la réduction de cette exposition.

Toutefois, malgré l'efficacité limitée des mesures d'autorégulation, la Charte du CSA visant à promouvoir une alimentation et des comportements favorables à la santé dans les programmes audiovisuels et les publicités a été retenue en décembre 2020, comme dispositif d'encadrement de la publicité dans le cadre de la transposition de directive européenne sur les services de médias audiovisuels de novembre 2018 (article 36 de la loi n° 2020-1508 du 3 décembre 2020).

ÉTAT NUTRITIONNEL DES ADOLESCENTS DE 11-14 ANS

Réponse de l'équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle de Santé publique France

En ce qui concerne la surveillance nutritionnelle des adolescents Santé publique France a mené deux études qui rentrent dans le cadre de l'évaluation du programme national nutrition santé (PNNS) mis en place en 2001 par le ministère de la Santé et reconduit tous les cinq ans dans le but d'améliorer la santé de la population en agissant sur la nutrition. Il s'agit de l'étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban, 2014-2016) et de l'étude nationale nutrition santé (ENNS) réalisée en 2006- 2007.

L'analyse des données issues de ces deux études permet dresser les constats suivants concernant les adolescents :

1. En termes de consommations alimentaires :

- o **de faibles apports en fibres couplée à une consommation de fruits et légumes encore trop faibles et une consommation des produits complets et de légumes secs très marginales**

Seulement 2 % des adolescents avaient des apports en fibres supérieurs à 25 g. par jour avec une proportion plus importante de faibles consommateurs chez les jeunes filles. Elles étaient deux tiers contre la moitié des garçons à en consommer moins de 15 g. par jour.

En 2015, seulement 17 % des 11-14 ans consommaient cinq fruits et légumes par jour et plus 6 adolescents sur 10 pouvaient être considérés comme des petits consommateurs.

En 2015, près de 70 % des enfants n'avaient pas consommé de produits complets ou de légumes secs sur les trois jours de recueil des consommations alimentaires.

- o **des consommations de poisson et produits de la pêche souvent en dessous des recommandations**

En 2015, seulement 1 adolescent sur 5 consommait deux fois par semaine des produits de la pêche (repère de consommation du PNNS), les autres n'atteignant pas le repère.

¹⁶⁹ Étude de Santé publique France sur l'exposition des enfants et des adolescents à la publicité pour des produits gras, sucrés, salés, juin 2020.

- **des niveaux d'apports en produits laitiers et en calcium à surveiller notamment chez les jeunes filles dont les consommations baissent avec l'âge**

Près d'un tiers des adolescents présentait des apports satisfaisants en produits laitiers. Chez les filles, 50 % des 11-14 ans se situaient en dessous des recommandations et ce chiffre atteignaient 80 % chez les 15- 17 ans.

- **une contribution des lipides à l'apport énergétique total souvent trop élevée**

Seulement un tiers des adolescents avait des apports en lipides totaux inférieurs à 36,5 % de l'AESA, correspondant à l'indicateur d'objectif du PNNS. Même constat en termes d'apport spécifique en acides gras saturés (AGS) ou moins d'un adolescent sur cinq présentaient des apports en accord avec l'indicateur du PNNS (moins de 37 % d'apports lipidiques en AGS).

- **une part des glucides simples issus des produits sucrés importante et des consommations de boissons sucrées à surveiller**

En 2015, seulement un tiers des adolescents consommait moins de 12,5 % de l'AESA (repère et indicateur d'objectif du PNNS), sans distinction selon le sexe.

Chez les 11-14 ans, 40 % des garçons et 25 % des filles consommaient plus d'un demi-verre de boissons sucrées (< 125 ml) par jour.

- **des apports en sel à surveiller, et plus particulièrement chez les garçons**

Chez les 11-14 ans, la moitié des filles et un quart des garçons consommait moins de 6 g. de sel par jour. Chez les garçons, 11 % pouvait être considéré comme des grands consommateurs de sel avec une consommation de 10 g. et plus par jour. Chez les garçons la proportion de grands consommateurs augmentait avec l'âge pour atteindre 27 % chez les 15-17 ans. De plus globalement cette consommation semble avoir augmenté sur ces dix dernières années.

2. En terme d'activité physique et de sédentarité :

- **une activité physique qui décroît fortement après 10 ans**

Chez les 11-14 ans, un tiers des garçons et un cinquième des filles pratiquaient une heure d'activité physique par jour comme recommandé alors que c'était le cas de 7 garçons sur 10 et 1 fille sur 2 chez les 6-10 ans. Les 11-14 ans représentent donc une tranche d'âge majeure en termes de vigilance tout particulièrement chez les filles dont la pratique continue à baisser après 14 ans. Ces constats n'ont pas évolué ces dix dernières années.

- **des temps passés devant les écrans qui augmentent avec l'âge et une aggravation de la situation en dix ans**

Globalement, le pourcentage d'enfants passant trois heures et plus devant un écran chaque jour augmente avec l'âge entre 3 et 17 ans. Ainsi, si cela concernait moins de la moitié des enfants de 6-10 ans, cette proportion atteignait 70 % des 11-14 ans. Si chez les filles ce pourcentage reste stable, chez les garçons ils s'élèvent à 87 % après 14 ans.

3. En termes d'état nutritionnel :

- **des niveaux de corpulence contrastés : avec des niveaux de prévalence de surpoids qui restent élevés mais aussi une part de jeunes filles minces à ne pas négliger**

Si 22,5 % des garçons et 19,8 % des filles étaient en surpoids (obésité incluse) au regard des courbes IOTF, 13,6 % des garçons et 19,5 % des filles pouvaient être considérés comme minces. Chez les filles la classe de 11-14 ans est celle qui présente la prévalence de la minceur la plus élevée (sachant qu'il ne s'agit qu'à 80 % de grade 1 ne présentant pas de danger immédiat). La prévalence de l'obésité était quant à elle de l'ordre de 4 %.

Si peu d'évolution est à noter en terme de surpoids et d'obésité ces dix dernières années, la minceur a, quant à elle, augmenté chez les filles de 11-14 ans, passant de 4,3 % en 2006 à 19,6 % en 2015.

o **des statuts en vitamines D et en fer sans carences importantes**

La prévalence de la carence en vitamine D (< 10,0 ng/ml) était de 4 %, 16 % présentait un déficit modéré (entre 10,0 et 20,0 ng/ml) et la moitié atteignaient un seuil adéquat (> 30,0 ng/ml). En termes de statut en fer, les cas d'anémie ferriprive étaient quasi inexistantes chez les garçons (0,1 %) mais concernaient 1 filles sur 10.

C. DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE QUI PERDURENT :

La lutte contre les inégalités sociales de santé est un enjeu important chez les adolescents au même titre que chez l'ensemble des enfants¹⁷⁰. En effet, en 2006 comme en 2015 des situations contrastées ont été mises en évidence en fonction du niveau de diplôme des référents des ménages enquêtés. Ainsi, les enfants issus des ménages les plus diplômés rendaient compte de comportements plus conformes aux recommandations en termes :

- de consommation alimentaires telles que les apports en fibres, les consommations de fruits et légumes, de poisson et produits de la pêche et également de boissons sucrées ;
- de niveau d'activité et de temps passé devant les écrans.

L'état nutritionnel des enfants issus des ménages les plus diplômés étaient également plus favorable que les enfants issus des ménages moins diplômés. C'était notamment le cas en terme de prévalence de surpoids (obésité incluse) et de statut en vitamine D. Par contre, la prévalence de la minceur ne variait pas selon le niveau de diplôme de la personne de référence du ménage.

¹⁷⁰ <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/articles/les-resultats-de-l-etude-esteban-2014-2015>.



ANNEXE 3.6 : LE COLLEGE, UN ESPACE-TEMPS SCOLAIRE IRRESOLU¹⁷¹

¹⁷¹ Note de Jean-Christophe Deberre – personnalité qualifiée.

Tous les 11-15 ans en France sont scolarisés au collège. Les « années collège » sont celles de la construction adolescente dans la partie de l'institution scolaire plus que toute autre interrogée, régulièrement réformée, révélatrice de la difficulté politique à concilier les ambitions d'un enseignement de masse et du principe d'égalité fondateur de la nation.

Plus de soixante ans après les débuts du collège qui devient en 1975 le « collège unique », l'équation semble toujours ouverte¹⁷². En n'optant pas pour le choix d'une école fondamentale qui, dans la continuité des âges, recoupe celle de l'ensemble de l'enseignement obligatoire, la France a fait celui d'une structure particulière qui concentre des objectifs difficilement conciliables : hériter de l'école primaire sans que les enseignants aient eu l'obligation de se pencher sur la particularité des premiers apprentissages ; consolider un socle commun de connaissances pour tous les jeunes et donc élever le niveau culturel et civique national ; préparer leur orientation tout en tentant de prévenir le risque de la ségrégation sociale, et finalement concilier un enseignement de masse avec une tranche d'âge qui plus que d'autres peut-être exige une personnalisation appropriée des apprentissages scolaires. Enfin, le collège reste une structure de proximité, un fort enjeu de carte scolaire et de choix notamment d'évitement pour les familles¹⁷³ ; il est le réceptacle et le révélateur de la sociologie nationale et de ses effets sur les jeunes, qui en intériorisent très tôt les enjeux et leurs conséquences pour eux-mêmes. C'est aussi le moment où leur passé rencontre leur avenir et donne sens au présent sans pourtant de finalité immédiate : il potentialise leur énergie, mais il peut aussi d'un mot, d'une remarque la flétrir dans un sentiment de fatalité qui alors engendre désengagement, agressivité, voire l'amertume d'une trahison.

Entre l'école qui éveille à la vie en société et le lycée qui façonne l'avenir, le collège est le lieu de l'éclosion adolescente et de l'appréhension souvent aiguë de la compétition et de la confiance en soi. Il est aussi celui où la construction du sens de la vie individuelle rencontre la fragilité d'une institution elle-même chargée d'une mission éducative qui ne cesse d'être lestée sans que les outils lui soient vraiment donnés pour l'assumer dans toutes ses dimensions : le corps enseignant, qui fut jadis bivalent, entre primaire et secondaire, est commun avec celui du lycée, et sa formation ne le prépare guère à une pédagogie qui sache prendre en compte les transformations propres à cette tranche d'âge et la gestion du groupe ; l'encadrement a souvent les yeux tournés vers son propre avenir en lycée ; l'école étant poreuse aux représentations sociales, le collège peine à révéler et traduire en « orientation positive » pour tous la variété des possibles qui s'offrent aux jeunes, quels que soient leurs appétences et leurs talents.

Dans tous les sens du terme, et malgré de nombreuses évolutions, le collège reste l'espace-temps du passage et de l'apprentissage des espoirs et des limites de la liberté.

Verser dans un déterminisme social qui inclinerait à la passivité, voire à la facilité, n'aiderait en rien la compréhension de cet âge. Il est en revanche plus utile d'interroger la capacité de l'institution dans laquelle ils passent la majeure partie de leurs journées à accompagner et fertiliser leurs questionnements, leurs tâtonnements vers un horizon qui associe réussite scolaire et image valorisante de soi. La nécessité d'apprentissages plus personnalisés et professionnellement

¹⁷² Cf. Dubet F., Duru-Belat, 2000, *L'hypocrisie scolaire, pour un collège enfin démocratique*, Paris, le Seuil.

¹⁷³ L'analyse des répartitions scolaires à Paris, et dans les métropoles de Clermont-Ferrand et Bordeaux montre que respectivement 58 %, 65 % et 68 % des élèves sont scolarisés dans le collège de secteur, et 30 %, 23 % et 21 % dans des collèges privés. À Paris, si 19 % des élèves de 6^e sont issus de milieux défavorisés dans le public, ils ne sont que 4 % dans les collèges privés. *Statistiques Insee, 2018*.

accompagnés, le dépassement, à défaut de l'effacement des disparités de condition devant les tâches scolaires qui, selon, laissent l'adolescent face à lui-même ou lui offrent le recours à l'accompagnement familial, le rôle de l'épanouissement par le sport et l'éveil de la sensibilité orientent vers deux pistes d'évolution : l'une est relative à l'espace-temps scolaire de sorte qu'il soit davantage responsabilisé dans la construction de la confiance en soi et de l'épanouissement personnel et collectif devant le défi de l'autonomie face aux apprentissages et aux tâches du « métier d'élève » ; l'autre guide vers un réinvestissement des itinéraires de développement professionnel des personnels dans les différents métiers de l'éducation, de sorte que la compréhension de ce qu'est l'éclosion de la personnalité dans son environnement et au sein d'un groupe trouve toute sa place dans la réévaluation des modes de transmission pédagogique, et équilibre ainsi la pression des enseignements disciplinaires.

Sans ignorer les obstacles statutaires, sociaux, spatiaux à une telle ambition, l'alternative est soit une prise en compte effective de la construction réussie de toute une classe d'âge, soit de nouvelles et incertaines corrections dont l'histoire du collège montre depuis des décennies les limites dans l'objectif assigné à l'école.

ANNEXE 3.7 :

POUR UNE PRISE EN COMPTE DES BESOINS UNIVERSELS ET SPECIFIQUES A L'ADOLESCENCE¹⁷⁴

¹⁷⁴ Contribution Convention nationale des associations de protection de l'enfant (Cnape).

INTRODUCTION

La préadolescence et l'adolescence, marquées symboliquement par le passage de l'école élémentaire au secondaire, conduisent à de profondes mutations. Préadolescents et adolescents partagent des préoccupations, des difficultés et des réalités propres à cette période de leur vie. Toutefois, les vulnérabilités auxquelles certains sont confrontés entraînent des questionnements particuliers et des besoins spécifiques. Leur histoire personnelle ou leur environnement peut induire des interrogations et des fragilités lors du passage à l'adolescence. Les violences, les négligences, les expositions à des situations adverses qu'ont subies la plupart des enfants accueillis en protection de l'enfance ont, pour la plupart, des conséquences sur leur développement et sur leur santé physique et psychique.

Se référant à l'expérience et à l'expertise de ses adhérents, la Cnape s'intéresse aux réalités des enfants accueillis en protection de l'enfance et à ceux accompagnés par la prévention spécialisée. Cette contribution n'aborde pas la situation des enfants bénéficiant d'une mesure de milieu ouvert et ne peut se prétendre exhaustive. Un travail les concernant serait à mener pour bénéficier d'une vision plus globale concernant l'ensemble des enfants de 11 à 15 ans relevant de la protection de l'enfance.

I/ DES BESOINS SPECIFIQUES INSUFFISAMMENT PRIS EN COMPTE

1.1/ Une réponse insuffisante aux besoins de santé

L'effet des maltraitances sur la santé physique et mentale des enfants n'est plus à démontrer. De nombreuses études ont mis en exergue un taux de prévalence des troubles psychiques chez les enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance bien au-dessus de la moyenne de la population générale. Pourtant, ces troubles sont insuffisamment pris en compte. Si un bilan de santé doit être réalisé en début d'accompagnement en protection de l'enfance, il est encore peu effectué ou incomplet tant sur le plan physique que psychique. Les difficultés auxquelles sont confrontés ces enfants impactent pourtant nombre de leurs activités. À titre d'exemple, un problème de vue non décelé aura une incidence sur les apprentissages.

Par ailleurs, les souffrances psychiques ne sont pas suffisamment prises en compte. Le soin à apporter à cet égard doit pourtant être considéré comme une priorité pour ces jeunes adolescents. Ils ne pourront s'inscrire pleinement dans leur scolarité, réaliser avec succès leur souhait d'orientation, développer des relations avec les autres, s'investir dans des temps tiers, etc., sans une réponse adaptée aux polytraumatismes auxquels ils doivent faire face.

Il convient d'ériger la santé globale des enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance en objectif prioritaire et de poser une obligation de suivi en santé dans le parcours des enfants de 11 à 15 ans.

Recommandation

- Reconnaître la santé globale des enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance comme un objectif prioritaire et leur assurer systématiquement un suivi complet.

1.2/ Une scolarité impactée

La scolarité des enfants accueillis en protection de l'enfance est souvent perturbée. Des études ont montré qu'à leur entrée au collège, ils ont souvent connu un ou plusieurs redoublements, certains sont même déjà déscolarisés.

Les premiers mois du placement sont souvent concomitants avec une déscolarisation, notamment lorsqu'ils sont accueillis en urgence au sein d'un foyer de l'enfance. La recherche d'un établissement scolaire est encore souvent engagée lorsque les enfants sont réorientés vers un lieu d'accueil pérenne.

Cette déscolarisation, même temporaire, peut avoir des conséquences à long terme sur les enfants et constitue une énième rupture, en plus de la rupture familiale et sociale. Il importe, à cet égard, d'interroger systématiquement, au regard de leur intérêt supérieur, la possibilité de poursuivre leur scolarité, *a minima* jusqu'à la fin de l'année scolaire, au sein du collège qu'ils fréquentaient avant la décision de protection. Il conviendra de s'assurer cependant qu'un éventuel éloignement géographique lié à leur protection ne s'y oppose pas.

Par ailleurs, certains enfants accueillis en protection de l'enfance ont besoin d'un accompagnement individualisé dans leur scolarisation, ce qui s'avère parfois difficilement possible au sein des structures d'accueil collectif. Durant le premier confinement, des expériences menées auprès d'adolescents accueillis en famille d'accueil, axées sur l'individualisation des apprentissages, ont eu des résultats positifs. Elles pourraient être inspirantes pour repenser les apprentissages et l'accompagnement scolaire des enfants protégés.

À partir de 11 ans, la mesure de protection de l'enfance peut entraîner des questionnements spécifiques pour l'enfant. Elle a des conséquences sur son comportement et peut engendrer des difficultés dans ses apprentissages. L'Éducation nationale n'est pas toujours en capacité de prendre en compte les besoins spécifiques de ces préadolescents et de les accepter, avec leurs difficultés, au sein des dispositifs classiques de scolarisation. À défaut, ils sont accueillis au sein de structures d'accueil de jour dans lesquelles ils bénéficient d'un accompagnement par un éducateur, quasi individualisé, par groupe de trois ou quatre. Ce contact étroit avec un adulte répond au besoin de relations duales, d'une attention soutenue et d'un regard bienveillant pour se construire. Le dispositif de scolarisation ordinaire, tel qu'organisé actuellement, ne le permet pas ou insuffisamment. Toutefois, l'objet n'est pas de retirer ces enfants du droit commun dans la durée mais de leur offrir, en fonction de leurs besoins, un cadre temporaire plus rassurant visant à terme leur accès à une scolarisation dans le droit commun.

Plateforme d'enseignement adapté et de prévention du décrochage scolaire

L'Apea¹ et l'ADPEP³⁴² interviennent dans le champ de la protection de l'enfance. Observant une augmentation du décrochage scolaire ou d'exclusion à répétition des enfants qu'elles accompagnent, elles ont construit la plateforme d'enseignement adapté et de prévention du décrochage scolaire. À destination des élèves de 6^e et de 5^e, âgés de moins de 14 ans, elle accueille jusqu'à 12 enfants sur les temps scolaires en alternance avec leur collège. Le jeune, sa famille et l'équipe de la plateforme élaborent un projet personnalisé assorti d'objectifs précis. Ils sont de double nature et s'inscrivent dans des périodes différentes (l'accompagnement et la fin de la prise en charge) mais doivent être poursuivis de manière concomitante. La participation du jeune dans le dispositif doit être pensée pour une à deux années scolaires maximum. C'est une des caractéristiques qui le différencie des classes relais.

Dès les premiers mois qui suivent l'admission au sein de la plateforme, la question de la sortie doit être évaluée par l'équipe. Le projet de chaque jeune sera affiné en fonction de l'orientation

visée. Cela implique une réelle expertise dans le repérage des compétences du jeune accueilli et dans l'évaluation de son besoin en termes de scolarité.

En plus des questions relatives à la scolarité, la plateforme propose un accompagnement éducatif à la famille. Il peut se concrétiser par des rendez-vous à leur domicile, au service ou au collège.

¹ Association pour la protection de l'enfance et de l'adolescence /

² Association départementale des pupilles de l'enseignement public 34.

Bien que le décrochage scolaire concerne de nombreux enfants accueillis en protection de l'enfance, ce phénomène est plus large. Il touche notamment de nombreux préadolescents accompagnés par la prévention spécialisée dont certains ont fait l'objet d'une exclusion.

Pour y pallier, des partenariats avec les services de prévention spécialisée peuvent être déployés pour proposer une solution alternative et des activités durant la période d'exclusion. Elles permettent de ne pas les laisser livrés à eux-mêmes et de découvrir leurs appétences et leurs compétences. L'absentéisme scolaire, accentué par la crise sanitaire, nécessite de déployer encore davantage ce type d'initiatives et d'apporter des moyens suffisants aux services de prévention spécialisée ou à tout autre acteur pertinent pour les développer.

Recommandations

- Envisager systématiquement, lors de l'accueil des préadolescents et adolescents, la poursuite de leur scolarité, *a minima* pour l'année en cours dans leur collège d'origine.
- Questionner davantage l'opportunité, pour les préadolescents et adolescents rencontrant des difficultés dans une scolarisation classique, d'un accompagnement au sein d'un dispositif d'accueil de jour leur permettant de bénéficier d'un accompagnement individualisé dans leur scolarité.
- Développer des partenariats avec la prévention spécialisée pour proposer des activités aux pré-adolescents et adolescents en décrochage scolaire ou à ceux exclus temporairement de l'établissement.

II/ UNE CONSTRUCTION DU PRÉADOLESCENT ET DE L'ADOLESCENT MISE À MAL

2.1/ Un accompagnement insuffisant de la construction identitaire

L'affirmation de l'enfant, la recherche de son identité, son adhésion à un système de valeurs dépend de plusieurs facteurs et l'ensemble de la société a une incidence sur sa construction identitaire.

Les retours d'expériences des adhérents de la Cnape et les travaux de Jean-Paul Gaillard, thérapeute systémicien de la famille et du couple, démontrent que les préadolescents ne se retrouvent plus dans le schéma sociétal actuel sur les plans religieux, régaliens, éducatif, de citoyenneté, etc. L'effondrement de ce cadre ne leur permet plus de s'inscrire dans un système de valeurs et peut entraîner une perte de repères. Le modèle compétitif, notamment en vigueur à l'école, ne répond pas ou mal à l'impératif de recherche de bien-être et de développement des enfants. Il convient de l'assouplir par une moindre exigence de la performance et d'ouvrir l'école à d'autres compétences professionnelles.

Les événements de violences, de phénomènes de bande et de rixes entre jeunes traduisent leur mal-être. Pour les services de prévention spécialisée cette problématique n'est pas spécifique aux

quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) mais à une classe d'âge. Une situation peut s'envenimer pour une futilité. Cette réalité démontre la nécessité de travailler avec ces préadolescents sur la verbalisation, le débat contradictoire, leur capacité à se positionner par le langage et non par la violence.

L'engagement citoyen des enfants, *a fortiori* lorsqu'ils sont accueillis en protection de l'enfance, est peu accompagné et n'est pas, ou peu, considéré comme un levier de construction identitaire. L'éveil à l'actualité et la construction de l'esprit critique sont à introduire dans tous les lieux de vie de l'enfant, au premier rang desquels le collège. Les adolescents accueillis en protection de l'enfance expriment pour la plupart ce besoin. Des ateliers de prise de parole, de gestion des émotions, de connaissance de ses propres capacités à penser et à se positionner en tant que sujet doivent être développés.

Par ailleurs, la construction de l'identité est étroitement liée au vécu et à l'environnement. Certains adolescents développent par exemple un fort sentiment d'appartenance à leur quartier. Pour les enfants relevant d'une mesure de protection de l'enfance, le dispositif d'accueil participe de fait à cette construction.

L'entrée dans l'adolescence constitue souvent un tournant pour les enfants protégés. Ils prennent connaissance et conscience des motifs ayant conduit à leur placement. Ils peuvent alors questionner leurs relations avec leurs parents, etc. Le regard que porteront les autres sur la protection de l'enfance aura des conséquences sur leur estime d'eux-mêmes. Par conséquent, la communication négative à propos de la protection de l'enfance véhiculée par certains reportages télévisés ces dernières années stigmatise les enfants et a un effet néfaste sur eux. Certains refusent de révéler à leurs pairs qu'ils sont protégés et de parler ouvertement de leur placement.

Recommandations

- Assouplir dans tous les lieux dans lesquels évoluent les préadolescents et les adolescents, notamment le collège, l'exigence de performance, et favoriser les approches pluriprofessionnelles.
- Proposer des actions d'éveil à l'actualité dans tous les lieux dans lesquels évoluent les enfants (lieu de placement, collège, etc.) afin de favoriser son engagement citoyen et son esprit critique.
- Mener une communication positive à destination du grand public sur la protection de l'enfance.

2.2/ Des freins à la construction de réseaux de socialisation

Souvent impactés par la mesure de protection de l'enfance, l'accès aux loisirs, à la culture, à un réseau de socialisation est pourtant essentiel pour répondre aux besoins des préadolescents parce qu'ils favorisent leur bien-être.

Lorsque les adolescents sont accueillis sur une période longue au sein d'une famille d'accueil, d'un lieu de vie ou d'un établissement, la continuité de l'accueil, et donc sa stabilité, favorise l'installation et le maintien d'un réseau de socialisation. Cette construction apparaît difficile à réaliser en cas de changements fréquents de lieu d'accueil, d'autant plus s'agissant d'enfants qui ont des difficultés dans les relations avec autrui.

Qu'ils soient accueillis en hébergement collectif ou au sein d'une famille d'accueil, l'exercice des droits parentaux lorsqu'ils sont maintenus, implique de solliciter l'autorisation parentale, ce qui peut freiner et complexifier les possibilités de développer des activités à l'extérieur en cas de désaccord. La spontanéité nécessaire au développement de ces préadolescents est compromise en raison des autorisations nécessaires pour toute activité. À titre d'exemple, dormir chez un ami, ce qui peut apparaître banal pour tout adolescent, peut devenir une source de complications pour obtenir l'accord parental en faveur d'un enfant protégé. L'organisation d'un voyage, l'adhésion à un club sportif, la visite à un ami, demandent une anticipation parfois non compatible avec le temps de l'adolescent. Pour y pallier, certaines maisons d'enfants à caractère social permettent désormais à des enfants confiés de convier leurs camarades au sein de l'établissement, évolution qui facilite la socialisation.

Recommandations

- Préciser, lors de la rédaction du projet pour l'enfant, les actes donnant lieu à une simple information des parents et ne nécessitant pas leur accord formel afin de favoriser la réponse au besoin de socialisation de l'adolescent.

2.3/ L'intimité et l'entrée dans la sexualité des enfants placés

Dès la préadolescence, le besoin d'intimité de l'enfant évolue et des questionnements liés à la sexualité peuvent apparaître.

Les établissements d'accueils collectifs de protection de l'enfance ont beaucoup réfléchi quant aux moyens permettant le respect de l'intimité des enfants. Même si les pratiques méritent encore d'être améliorées, les structures se dotent de plus en plus de chambres et de salles de bain individuelles. Des actions collectives sur le besoin d'intimité et l'entrée dans la sexualité y sont également menées. Les centres de planification et d'éducation familiale y concourent régulièrement.

Ce travail est particulièrement important pour les jeunes accueillis en protection de l'enfance qui peuvent avoir une sexualité précoce, un rapport à la sexualité et au corps biaisé ou un besoin d'intimité accru en raison de leur histoire personnelle.

La question de la sexualité apparaît plus délicate à travailler lorsque l'enfant est accueilli chez un assistant familial qui ne bénéficie pas d'échange collectif ou d'appui de structures extérieures. Il peut être mis en difficulté face à cette problématique.

Recommandations

- Proposer aux enfants bénéficiant d'un accueil familial des actions collectives menées par les centres de planification et d'éducation familiale, relatives à l'intimité, au rapport au corps et à l'éducation à la sexualité.
- Mettre en place des temps collectifs à destination des assistants familiaux afin de leur permettre d'échanger sur leurs pratiques.

Cette contribution a été réalisée avec l'appui des membres du groupe de travail prévention spécialisée de la Cnape et de certaines associations adhérentes :

- Association départementale pour la sauvegarde de l'enfant à l'adulte (ADSEA 28)
- Association foyers delta sud
- Association pour la protection de l'enfant et de l'adolescent (APEA 34)
- Association pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescent (ASEA 49)
- CITHéa
- Linkiaa
- Mezi Maore (Groupe SOS)

La Cnape les remercie pour leurs précieux apports.

ANNEXE 3.8 : LES DEBATS D'ADOLESCENTS¹⁷⁵

Les Débats d'adolescents (DA) sont destinés à des petits groupes ou à des classes de jeunes de 14 à 18 ans de tous horizons socioculturels et organisés dans plusieurs régions de France. L'objectif est de leur permettre d'échanger et de s'exprimer, conformément à l'article 13 de la Cide concernant le droit à la liberté d'expression. Écoutés par des élus et des experts, ces jeunes peuvent débattre, s'informer et participer à la vie sociale et politique.

À la suite des débats régionaux, en novembre une délégation de jeunes de chaque région vient présenter les propositions finales des DA aux EGDE à l'Assemblée nationale devant un parterre de politiques. En 2021, le thème des deux événements a été choisi en accord avec les résultats d'un sondage publié en octobre 2020 par les journaux *Mon Quotidien* et *Mon Petit Quotidien* pour le Cofrade sur la liberté d'expression. Selon ce dernier, l'environnement est le premier sujet sur lequel les jeunes aimeraient s'exprimer, à 62 %. La session 2021 des DA et des EGDE portera donc sur « Comment répondre aux enjeux climatiques de demain ».

Les jeunes ont déjà commencé à débattre autour d'axes précis liés à la grande thématique de l'environnement, du changement climatique et de notre résilience climatique. Ils pourront être force de propositions en réfléchissant à la place des jeunes dans le changement et à leurs actions, à la manière dont le lien entre la crise climatique et l'intérêt des enfants peut être pris en compte par les politiques, et intégrée à la Cide, avec un droit spécifique sur ce thème.

¹⁷⁵ Conseil français des associations pour les droits de l'enfant (Cofrade), <https://www.cofrade.org/debats-dadolescents/>.



ANNEXE 3.9 : SOS VILLAGES D'ENFANTS¹⁷⁶

¹⁷⁶ Dottoti S., 2019, *SOS Villages d'Enfants – La scolarité des enfants placés – Contribution à la concertation nationale sur la protection de l'enfance*, avril.

La scolarité des enfants en situation de placement

Plaidoyer pour une école inclusive

SOS Villages d'Enfants

Avertissement : Cet écrit s'appuie sur l'expérience et les travaux menés par SOS Villages d'Enfants France, et notamment :

- son programme « Pygmalion » en faveur de la réussite scolaire (guide du « Programme Pygmalion », juin 2014) ;
- la recherche portant sur ses effets, « Représentations et soutien de la scolarité en villages d'enfants SOS » (Denecheau B. ; Gasquet M., Join-Lambert H., Mackiewicz M.P., Robin P., Savard N., 2017) ;
- le cahier SOS n° 8 « Accrochage scolaire en situation de placement : croire au potentiel de tous les enfants, juin 2018 ».

Textes de référence en lien avec le droit à l'éducation

■ La Cide

L'article 28 de la Cide énonce que « *Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation et doivent : rendre l'enseignement primaire obligatoire et gratuit, encourager l'organisation de différentes formes d'enseignement secondaire accessibles à tout enfant, assurer à tous l'accès à l'enseignement supérieur, en fonction des capacités de chacun.* »

L'article 29 quant à lui énonce les finalités de l'éducation parmi lesquelles figure en tout premier rang celle de « *Favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités* »

■ L'éducation inclusive selon l'Unesco, en lien avec le droit à une éducation de qualité :

L'Unesco définit l'éducation inclusive comme une éducation « *fondée sur le droit de tous à une éducation de qualité qui réponde aux besoins d'apprentissage essentiels et enrichisse l'existence des apprenants. Axée en particulier sur les groupes vulnérables et défavorisés, elle s'efforce de développer pleinement le potentiel de chaque individu. Le but ultime de l'éducation de qualité inclusive est d'en finir avec toute forme de discrimination et de favoriser la cohésion sociale.* »

■ Le Code de l'Éducation

L'article L 111-1 du Code de l'éducation prévoit que « *le droit à l'éducation est garanti à chacun afin de lui permettre de développer sa personnalité, d'élever son niveau de formation initiale et continue, de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle, d'exercer sa citoyenneté* »

Il précise que le service public de l'éducation « *contribue à l'égalité des chances et à lutter contre les inégalités sociales et territoriales en matière de réussite scolaire et éducative. Il reconnaît que « tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser. Il veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction.* ».

L'article L122-2 du Code de l'éducation prévoit que « *Tout mineur non émancipé dispose du droit de poursuivre sa scolarité au-delà de l'âge de seize ans* ». Il ajoute qu'à la fin de la scolarité obligatoire, tout élève qui n'a pas atteint un niveau de formation reconnu au niveau V doit pouvoir poursuivre ses études afin d'atteindre un tel niveau. Il précise à cet égard que « *l'État prévoit les moyens nécessaires, dans l'exercice de ses compétences, à la prolongation de scolarité qui en découle* ».

■ **Défenseur des Droits, rapport droits de l'enfant 2016 « Droit fondamental à l'éducation »**

Recommandation n° 23 : Le Défenseur des droits recommande aux conseils départementaux de prendre en considération prioritairement la question de la scolarité à toutes les étapes de la prise en charge de l'enfant, notamment dans le choix du mode et du lieu de placement, et de veiller à la continuité des conditions de scolarisation dès l'entrée de l'enfant en protection de l'enfance.

Recommandation n° 24 : Le Défenseur des droits recommande aux directeurs des services académiques de s'assurer de la réelle mise en oeuvre des dispositions de l'article L 542-1 du code de l'éducation, qui prévoit une formation des personnels enseignants à la protection de l'enfance.

CONSTATS ET LEVIERS DU COTE DU SYSTEME SCOLAIRE

Préalablement à l'étude des constats et propositions concernant la scolarité des enfants placés, il est important de rappeler certaines caractéristiques de l'organisation et du fonctionnement du système scolaire qui compromettent la réussite scolaire en général dans la mesure où ils fragilisent encore un peu plus les enfants en situation de vulnérabilité, dont font partie les enfants placés.

Constats

➤ **Une vision exclusivement académique de la réussite scolaire et incomplète au regard des finalités de l'éducation**

Beaucoup d'ambiguïtés entourent généralement la notion de réussite scolaire. Celle-ci renvoie en effet à différents types de normes : norme scolaire (les savoirs), norme éducative (les valeurs) et norme sociale (la position dans la société). Les indicateurs standardisés mobilisés dans les études et enquêtes portent sur l'âge à la première scolarisation, l'âge à l'entrée au CP, le positionnement des enfants dans les évaluations nationales, le taux de redoublement, le taux de réussite aux examens, le taux de fréquentation des filières d'enseignement général, les scolarisations en classe spécialisée. Ces indicateurs ne laissent aucune place aux compétences sociales et à d'autres dimensions de réussite. Pourtant, au-delà de l'enjeu d'instruction, comme le rappellent les textes de référence sur le droit à l'éducation, l'école est bien aussi un lieu dans lequel les élèves développent des capacités de résilience, d'initiative, et où ils construisent au fil des années une image d'eux-mêmes et une relation aux autres déterminantes pour leur vie d'adulte.

Rappel de la mission de l'éducation dans les textes

- L'article L 111-1 al 5 du Code de l'éducation prévoit que « *le droit à l'éducation est garanti à chacun afin de lui permettre de développer sa personnalité, d'élever son **niveau de formation initiale et continue, de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle, d'exercer sa citoyenneté*** ».
- L'article 29 de la Cide quant à lui énonce les finalités de l'éducation parmi lesquelles figure au tout premier rang celle de « ***favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités*** ».
- L'Unesco définit l'éducation inclusive comme une éducation « ***fondée sur le droit de tous à une éducation de qualité qui réponde aux besoins d'apprentissage essentiels et enrichisse l'existence des apprenants. Axée en particulier sur les groupes vulnérables et défavorisés, elle s'efforce de développer pleinement le potentiel de chaque individu. Le but ultime de l'éducation de qualité inclusive est d'en finir avec toute forme de discrimination et de favoriser la cohésion sociale*** ».

L'enquête internationale Pisa, dont l'objectif est de mesurer tous les trois ans la performance des élèves dans le monde, sert régulièrement de boussole aux gouvernements pour espérer un meilleur placement dans le tableau de classement mondial. Ce classement est parfois contesté en raison de la place centrale qu'occupe la culture scientifique dans l'évaluation des performances des élèves et de la crainte de voir les apprentissages réduits à ce qui peut être évalué.

Or, dans son édition 2017 portant sur les données de 2015, l'enquête Pisa propose des volets inédits sur le bien-être des élèves et sur les conditions d'exercice des enseignants. Un signal pour inviter les systèmes éducatifs à ne pas viser la seule réussite académique. Le bien-être des élèves y est défini comme les « qualités psychologiques, cognitives, sociales et physiques dont les élèves ont besoin pour vivre une vie heureuse et épanouissante ».

L'accent est en effet mis sur l'épanouissement et la qualité de la vie des élèves de 15 ans et la capacité des systèmes éducatifs à développer leurs « compétences sociales et affectives » – et pas seulement leurs compétences scolaires ou académiques. Les résultats de l'enquête s'appuient sur un ensemble d'indicateurs à la fois « négatifs » (comme l'anxiété ou la faible performance) et « positifs » (l'intérêt, l'engagement ou la motivation à l'idée de réussir).

Une invitation à compléter cette lecture par d'autres critères en lien avec la socialisation, l'apprentissage de la citoyenneté, l'autonomisation progressive, le rapport au savoir, les enjeux affectifs et cognitifs, et qui suppose de regarder de près les processus à l'œuvre dans la relation pédagogique.

➤ **Des malentendus socio-cognitifs entre l'enseignant et l'élève : une source de l'échec scolaire**

Les contenus des savoirs enseignés à l'école ne vont pas toujours de soi. En effet, dans la relation éducative peuvent surgir certains « malentendus » quant à l'activité scolaire, les élèves devant répondre à des demandes tant explicites qu'implicites de l'école.

À ce sujet Stéphane Bonnéry dans une recherche portant sur la transition entre l'école primaire et le collège, met au jour l'existence de malentendus sociocognitifs entre l'enseignant et l'élève. L'enseignant peut présupposer la compréhension de l'élève là où celui-ci ne fait qu'exécuter des consignes : les attitudes d'appropriation du savoir, sont ainsi confondues avec des attitudes de conformité aux consignes données. **Le chercheur souligne que le processus d'abstraction attendu de la part de l'élève, n'est en fait pas inculqué par l'école. De ce fait, les élèves des milieux les plus favorisés, dont la socialisation a permis la transmission de ces procédures mentales, sont aussi plus favorisés face à l'enseignement en classe, reposant sur un cadre implicite qui échappe à toute une partie de la classe.**

➤ La posture des enseignants, un levier essentiel de la réussite scolaire

Certains mécanismes psychosociaux en jeu dans la relation d'apprentissage ont été mis en évidence depuis de nombreuses années par la recherche en psychopédagogie.

L'effet Pygmalion en pédagogie, aussi connu sous le nom de l'effet Rosenthal et Jacobson, décrit la relation qui existe entre les attentes, les préjugés et plus largement le potentiel qu'un enseignant prête à un élève et la capacité de ce dernier à le révéler effectivement. Pour Trouilloud et Sarrazin auteurs de *Connaissances actuelles sur l'effet Pygmalion : processus, poids et modulateurs* (*Revue française de pédagogie*, n° 145, 2003), il existe désormais « **suffisamment de preuves empiriques corroborant l'influence des attentes de l'enseignant**

– **en particulier celles portant sur les compétences scolaires des élèves – sur les choix pédagogiques de l'enseignant, ses interactions envers les élèves, et en retour, sur les comportements scolaires et la réussite de ces derniers** ».

Plus récemment, d'autres recherches en pédagogie ont mis en évidence le mécanisme « d'illusion d'incompétence » permettant d'entrevoir des postures d'adultes plus ou moins favorables à la construction d'un sentiment d'efficacité personnelle chez l'élève et, *in fine*, à la réussite : ainsi, Thérèse Bouffard note dans l'article *Illusion d'incompétence et sentiment d'impuissance*, in *Réussir à apprendre*, PUF, 2009, p. 87-89, que « **la conviction de son incompétence et de son incapacité à produire les effets recherchés, qu'elle soit ou non fondée, met en branle une dynamique complexe marquée par l'adoption d'attitudes et de comportements menant à de piètres résultats, qui à leur tour confirment et renforcent ainsi la conviction d'être inefficace. Ce phénomène "d'illusion d'incompétence scolaire" peut générer chez les élèves "un grand sentiment d'impuissance et une grave perte de motivation"** ».

Selon Boris Cyrulnik, (journée du refus de l'échec scolaire en 2011) « *le regard porté par les adultes peut avoir un effet stimulant alors que peu d'entre eux sont conscients de l'impact affectif qu'ils ont sur les enfants. C'est notamment le cas des professeurs. D'autant que ce qui va compter pour l'enfant est souvent considéré comme banal par l'adulte* ». **La prise de conscience de l'influence du regard porté sur l'enfant est donc indispensable pour envisager de soutenir un enfant dans sa scolarité.**

➤ L'orientation : un mécanisme qui entretient l'échec scolaire

Le parcours scolaire est orienté vers un objectif : sortir du système éducatif avec un diplôme. Or la trajectoire scolaire visant la validation d'un diplôme comporte diverses sources d'inégalités entre les enfants et les jeunes, qui perdureront à l'âge adulte : non seulement le diplôme protège du chômage, mais encore, le niveau de diplôme fait une différence significative quant aux conditions d'emploi.

Ces trajectoires sont également dépendantes des décisions d'orientation prises pour l'élève (moins souvent par l'élève) dans la poursuite de son parcours. Cette orientation scolaire repose sur plusieurs logiques et en premier lieu, sur les résultats scolaires. De ce fait, les inégalités dans les apprentissages se répercutent sur les orientations : les élèves les plus faibles se retrouvent alors souvent orientés par défaut dans les filières les moins demandées. **Mais au-delà des résultats scolaires, l'orientation est mise en œuvre par des leviers qui nécessitent une bonne connaissance du système. Comme l'ont montré de nombreux sociologues, la connaissance de « l'offre scolaire » dépend des positions sociales, de même que la connaissance des « bonnes » stratégies à mettre en place, comme le choix de tel ou tel établissement ou de telle option, qui favoriseront la trajectoire future, avec des destinées scolaires différentes pour des élèves de même niveau.**

En outre, les faibles ressources de la famille, pourront contraindre et limiter le choix en fonction des dépenses à engager, par exemple en transport. Or, l'offre scolaire est inégale du point de vue des territoires, avec « davantage d'options technologiques dans les zones populaires et davantage d'options académiques rares dans les zones plus favorisées ». **Donner les moyens de choisir son orientation suppose donc une politique publique de l'éducation qui prenne en compte l'ensemble des éléments qui la déterminent dès le début de la trajectoire scolaire des enfants, et pas seulement au sein de l'école.**



Recommandations concernant le système scolaire

➤ Pour une approche équilibrée de la réussite scolaire

- **Développer des indicateurs de mesure de la réussite scolaire** aux côtés des indicateurs de type académique traditionnellement utilisés pour évaluer la réussite (indicateurs négatifs et positifs de Pisa 2017, socialisation, autonomisation, apprentissage de la citoyenneté, rapport au savoir...)

➤ Pour une orientation choisie plus que subie

- Dans son rapport de 2016 sur le droit fondamental à l'éducation, le défenseur des droits recommandait « de **donner aux élèves et à leurs familles les moyens de faire des choix éclairés et informés, en luttant contre le défaut d'information, l'autocensure et les stéréotypes, dans le cadre des orientations scolaires** » (recommandation n° 21, p. 87).

➤ Pour une relation élève-enseignant renouvelée

Sans faire ingérence dans la vie privée des familles, il y a nécessité de sensibiliser davantage les équipes pédagogiques aux liens qui existent entre les contextes de vie des enfants en situation de vulnérabilité et les contextes d'apprentissage. **Une vision « globale » de l'enfant et pas seulement limitée au statut d'élève**) et centrée sur la notion de besoins fondamentaux de l'enfant **serait de nature à mieux prendre en compte les besoins particuliers des enfants.**

- **Développer et soutenir la formation des enseignants :**
 - **Faire une plus grande place à la pédagogie dans la formation des enseignants**
Développer la formation aux besoins fondamentaux de l'enfant, cadre d'analyse scientifiquement reconnu dans le champ des professionnels de l'enfance (voir le rapport *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*, remis au Premier ministre par Marie-Paule Martin-Blachais en février 2017). Cette approche n'est pas centrée sur les enfants en situation de vulnérabilité, mais permet, en partant des besoins fondamentaux de l'enfant, de prendre en compte la diversité des façons d'apprendre, qui elles-mêmes dépendent de beaucoup de facteurs personnels. Cette approche permet également de mieux comprendre l'impact des situations de vulnérabilité sur les apprentissages.
- **Développer la formation à l'approche par les droits de l'enfant.** Cette approche est une déclinaison de la convention des droits de l'homme pour les enfants, considérés non pas comme ayant plus de droits que les adultes (interprétation trop fréquente), mais comme un humain qui, du fait de sa dépendance aux adultes, ne peut exercer seul ses droits. Ce qui n'est pas le cas des adultes : on décide pour les enfants, il faut donc être vigilants au respect de leurs droits humains dans toutes les décisions qui les concernent.
- **Sensibiliser les enseignants aux problématiques des élèves en situation de vulnérabilité** sous l'angle de l'impact de ces situations sur les apprentissages.

CONSTATS ET LEVIERS DU COTE DES ACTEURS DU PLACEMENT

Le thème des inégalités scolaires a mobilisé de nombreux travaux sociologiques depuis 40 ans, d'abord en s'intéressant aux rapports entre l'école et les milieux familiaux et sociaux des élèves, puis en analysant la nature des savoirs enseignés et les relations sociales au sein de l'institution scolaire. Les contextes de vie et les contextes d'apprentissage vont donc de pair pour comprendre les trajectoires scolaires qui conditionnent en grande partie l'insertion future sur le marché de l'emploi. De ce point de vue, les enfants placés connaissent une situation fragile eu égard aux difficultés qui ont conduit à les confier à un système de suppléance parentale. La réalité statistique de leurs parcours scolaires, souvent chaotiques, ne doit pas masquer une réalité beaucoup plus complexe dans les liens qu'entretiennent ces deux aspects de la vie des enfants placés.

Constats

➤ Les enfants placés, une population à risque sur le plan scolaire

L'enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (Drees)¹⁷⁷ a mis en évidence des écarts scolaires importants chez les enfants placés par rapport à la population générale, largement corroborés par la littérature française et internationale : leurs parcours scolaires sont notamment marqués par un retard scolaire à l'entrée au collège très nettement supérieur aux jeunes de leur âge, une surreprésentation dans les classes adaptées, des fins de scolarité précoces et des orientations largement tournées vers l'enseignement professionnel court.

➤ Les facteurs de risque et de protection identifiés par la recherche

Les travaux sur la scolarité des enfants placés développés dans une approche dite « compréhensive » apportent des pistes de compréhension des particularités observées sur le plan statistique. Ils ont permis d'identifier de nombreux facteurs de risque et, en miroir, des facteurs de protection pour favoriser la réussite scolaire des enfants placés, qui prennent en compte leur expérience spécifique.

- **L'impact des expériences de l'enfant avant le placement** joue notamment un rôle important. Les enfants accompagnés dans le cadre d'un placement ont généralement grandi dans un climat familial caractérisé par un manque de soins et de soutien affectif, voire de maltraitance, des relations conflictuelles ou le manque d'interactions entre adulte et enfant, qui sont autant de freins à une entrée dans les apprentissages. Même lorsque le placement permet d'écarter le danger, ces expériences ont des conséquences durables sur le développement de l'enfant, sa santé physique et psychique, avec des troubles de l'attachement fréquemment observés ainsi que des troubles de l'anxiété. Ces troubles seront autant de facteurs de risque au regard de la scolarité.
- **L'expérience du placement : la continuité des lieux et des liens en question**
La stabilité du placement dans une continuité de lieu et de lien est identifiée par différents travaux de recherche comme favorable au développement de l'enfant, à son intégration sociale et professionnelle, ainsi qu'à son état de santé¹⁷⁸. L'instabilité des placements et son lot de ruptures est au contraire identifiée comme un facteur entretenant les difficultés rencontrées par les enfants, et notamment les difficultés scolaires.
- **La contrainte temporelle**
Cet enjeu de continuité doit également être replacé dans le contexte d'une prise en charge limitée à 21 ans maximum, et s'arrêtant le plus souvent à 18 ans, ce qui réduit les perspectives en termes de scolarité et d'études et conduit souvent à une forme d'autocensure.

¹⁷⁷ Mainaud T., 2013, Échec et retard scolaire des enfants hébergés par l'aide sociale à l'enfance, *Etudes et résultats*, n° 845, juillet.

¹⁷⁸ Dumaret A.C., Marthe Coppel-Batsch M., 1996, Évolution à l'âge adulte d'enfants placés en familles d'accueil, *La psychiatrie de l'enfant*, n° 39, p. 613-671.

➤ Le poids des représentations sur la scolarité des enfants placés

La recherche menée dans les villages d'enfants SOS, « Représentations et soutien de la scolarité en villages d'enfants SOS » (Denecheau B., Gasquet M., Join-Lambert H., Mackiewicz M.P., Robin P., Savard N., 2017), portant sur la réussite scolaire des enfants accueillis en villages d'enfants montre que **les représentations sur les enfants placés et sur la scolarité figurent parmi les éléments qui influencent le plus les pratiques professionnelles**. Selon les chercheurs, elle serait aussi tributaire des représentations et des trajectoires de chacun ainsi que des facteurs individuels de chaque enfant. Dans le discours des professionnels, il n'est pas rare d'entendre relativiser la priorité du scolaire en raison de causes externes à la prise en charge, notamment un retard scolaire préalable au placement, des altérations des capacités cognitives, une stigmatisation scolaire, ou encore des difficultés émotionnelles à certains moments du parcours. La question de l'intensité du soutien scolaire se pose aussi pour certains, craignant une trop forte pression scolaire sur un enfant qui pourrait ne pas y faire face.

Le rapport à l'école et notamment les distances au monde scolaire plus ou moins prononcées des professionnels de l'accueil, peuvent avoir des effets sur les trajectoires scolaires des enfants dont ils ont temporairement la charge. Comme on peut l'observer dans le milieu familial, les représentations qu'ont les suppléants familiaux de la scolarité des enfants dont ils s'occupent peuvent contribuer à la faiblesse des attentes et des aspirations pour eux. Cette représentation est liée au propre parcours des intervenants, à la prise en compte par les acteurs du contexte social (et aux statistiques de réussite), et à des effets d'anticipation de la sortie de placement. Prenant en compte cette forte incertitude, certains suppléants familiaux peuvent rationaliser les contraintes socio-économiques qui « pèseront » sur les jeunes, et privilégier une orientation par le moindre risque.

Agir sur les représentations des acteurs est un aspect essentiel pour ne pas transformer des inégalités en désavantages durables et entretenir des mécanismes d'intériorisation de l'échec.

➤ La question des alliances éducatives dans le cadre de la protection de l'enfance

En France, la difficulté de collaboration entre l'école et les interventions socioéducatives a été identifiée par Dominique Fablet et Michel Chauvière. Ce constat est partagé à l'international et souligne encore plus le besoin d'œuvrer à une meilleure collaboration entre les professionnels (Jackson et Cameron, 2012). Cette difficulté est d'autant plus importante en protection de l'enfance que l'efficacité de la prise en charge éducative et pédagogique appelle une collaboration pluridisciplinaire étroite entre les nombreux professionnels impliqués dans l'accompagnement des enfants accueillis en protection de l'enfance : éducatrices et aides familiales, éducateurs, psychologue, chef de service éducatif, référents socio-éducatifs de l'ASE, responsables légaux, intervenants extérieurs spécialisés (domaines médical, médicopsychologique et champ de la rééducation), etc. Il en résulte souvent une difficulté dans la mise en place d'une communication suivie et efficace avec l'école. Or, la réussite scolaire passe aussi par une communication et un partenariat de qualité avec les établissements.

Recommandations dans le contexte de la protection de l'enfance

➤ Développer et soutenir la formation des professionnels du placement

- Mettre les représentations au travail à propos de la réussite scolaire des enfants placés chez les professionnels du placement.
- Positionner la scolarité au premier rang des préoccupations de l'intervention en protection de l'enfance.
- Renforcer les professionnels du placement en matière d'accompagnement et de soutien scolaire.

➤ Développer la fonction d'éducateur scolaire dans les établissements de protection de l'enfance

Ces fonctions sont essentielles pour renforcer le lien entre les activités culturelles et le soutien aux apprentissages scolaires pour faire des établissements de placement des lieux privilégiés d'éducation privilégiée. Ils ont pour mission de développer des alliances éducatives entre les établissements scolaires et les lieux de placement. La connaissance et une reconnaissance mutuelles, renforce la coordination dans l'intérêt de l'enfant, et atténue les effets de stigmatisation.

➤ Former les enseignants à la protection de l'enfance

Dans son rapport 2016, le Défenseur des droits recommandait déjà « aux directeurs des services académiques de s'assurer de la réelle mise en œuvre des dispositions de l'article L 542-1 du Code de l'éducation, qui prévoit une formation des personnels enseignants à la protection de l'enfance.



➤ Passer du décrochage à l'accrochage

Pistes pour l'accrochage scolaire des enfants placés

- > La réussite scolaire, c'est autant l'épanouissement dans un parcours formateur aboutissant à un diplôme choisi et à la confiance en soi et dans les autres, que le niveau de notes et de diplômes.
- > La situation des enfants placés appelle un changement de paradigme tant sur le plan des représentations que concernant les actions d'accompagnement.
- > Un accompagnement spécifique à la scolarité dans un contexte de protection de l'enfance permet de contrer les effets négatifs du placement et de participer à ses effets bénéfiques.
- > Les facteurs de protection du parcours scolaire pendant le placement reposent sur une continuité et une sécurité affective, et une posture favorable et attentive des professionnels (effet Pygmalion).
- > Il est possible d'agir positivement sur la scolarité des enfants placés, notamment par une meilleure communication entre les différents mondes de l'enfant : l'école, le lieu de vie et sa famille au sens large.
- > Elargir les horizons culturels des enfants est nécessaire pour leur permettre d'acquérir les codes indispensables pour naviguer dans d'autres environnements.
- > L'ambition d'amener les enfants placés vers un parcours réussi nécessite une mobilisation soutenue des acteurs sur le long cours.
- > La politique à l'égard de la jeunesse et des jeunes majeurs sortant de la protection de l'enfance représente un défi pour la cohérence des parcours des enfants et des adolescents si l'on veut se montrer ambitieux pour eux aussi.



LA CONVICTION ET L'EXPERIENCE DE SOS VILLAGES D'ENFANTS

La conviction de SOS Villages d'Enfants :

Pas de fatalité !

Placer la réussite scolaire des enfants qui nous sont confiés au cœur des priorités de notre intervention préfigure sans doute un changement de paradigme dans le secteur professionnel de la protection de l'enfance.

En effet, c'est à la fois :

- **accepter** l'idée que l'efficacité de l'intervention en protection de l'enfance se mesure aussi à l'aune de la scolarité et que la finalité avouée des mesures n'est plus seulement la protection de l'enfant, mais aussi son épanouissement personnel et son insertion sociale et professionnelle future ;
- **refuser** le discours encore dominant qui tend à établir un lien de causalité simple et linéaire entre le traumatisme du placement et la trajectoire scolaire de l'enfant ;
- c'est donc **postuler** qu'une partie des difficultés est évitable et accepter de revisiter nos pratiques professionnelles en matière d'accompagnement de la scolarité.

L'expérience de SOS Villages d'enfants :

Pygmalion, tout un programme pour la réussite scolaire

L'ambition de SOS Villages d'enfants est de permettre à chaque enfant qu'elle accueille de cheminer vers la réussite scolaire. Convaincue qu'une partie de leurs difficultés scolaires est liée à la situation de placement, l'association entend tout mettre en œuvre pour favoriser la réussite des enfants qu'elle accompagne. La durée des accueils en villages d'enfants (en moyenne 7 ans) constitue de ce point de vue, un atout certain pour infléchir les parcours scolaires.

Cette ambition s'est concrétisée dans un programme associatif baptisé « Programme Pygmalion » qui, au terme d'une phase d'expérimentation, a été déployé dans les 13 villages d'enfants SOS à la rentrée 2014.

L'originalité de ce programme réside dans son approche systémique puisqu'il ne s'adresse pas aux seuls élèves, mais convoque l'ensemble de leur environnement à l'atteinte de l'objectif de réussite dans une logique d'alliances éducatives : l'association, les équipes des villages d'enfants, l'institution scolaire, l'enfant, ses parents.

Contact : Sandrine DOTTORI, Responsable de projets « Etudes et innovation » SOS Villages d'Enfants sdottori@sosve.org

ANNEXE 3.10 : HANDICAP ET ANNEES COLLEGE¹⁷⁹

¹⁷⁹ Contributions du Conseil national consultatif des personnes handicapée (CNCPH) et note de la Fédération nationale des Pep.

I. CONTRIBUTION DU CNCPH, COMMISSION EDUCATION SCOLARITE

A. CONTEXTE GENERAL

Le passage en collège constitue une rupture pour nombre de jeunes en situation de handicap. Les chiffres l'attestent : alors qu'ils sont 185 000 dans le premier degré, ils ne sont plus que 152 000 dans le second degré et 30 000 dans le supérieur !

Plusieurs raisons peuvent être avancées :

- les enseignants du second degré sont souvent moins formés que leurs homologues de l'école primaire à la différence et à la différenciation pédagogique (très peu d'enseignants spécialisés du second degré) ;
- les exigences de résultats scolaires sont plus fortes : généralisation des notes, conseils de classes, appréciations trimestrielles...
- les dispositifs d'aide sont moins nombreux : moins de capacités d'accueil en Ulis (même si le différentiel tend à se réduire), pas de Rased, moins de psychologues...
- le fonctionnement même du collège peut se révéler perturbant : plus d'élèves, nombreux professeurs, nombreux déplacements à effectuer (interclasse), nombreux interlocuteurs avec des fonctions pas toujours bien identifiées pour les familles et pour l'élève : PP, CPE, Principal adjoint, Principal...

B. DESIR D'AUTONOMIE VS STIGMATISATION

Ce qui est rapporté dans un certain nombre de cas, c'est le désir de ne plus être perçu comme handicapé. Il n'est pas rare de voir des élèves refuser l'AESH pourtant réclamé dans le dossier MDPH, ou de demander à ce dernier une certaine distanciation. Ce phénomène s'accroît au cours de la scolarité. À l'inverse, certaines pratiques vont pouvoir se développer : utilisation de l'ordinateur (si préparé avant en primaire), utilisation d'autres outils numériques (écrans tactiles, plage braille, synthèse vocale...) qui vont faire gagner en autonomie le jeune.

C. STIGMATISATION VS RECONNAISSANCE DES PAIRS

Dans le domaine du sensoriel notamment, on remarque un désir d'appartenance à une communauté, de pouvoir se retrouver entre pairs (notamment pour la communication).

Problématique des TDAH : le déficit d'attention conduit à l'échec scolaire, 34 % des enfants, 64 % à la fin de la scolarité collégiale ont redoublé au moins une fois, et on sait que le redoublement est prédictif d'une sortie sans qualification.

Enfin, la sortie du collège constitue un nouveau palier discriminant pour nombre de jeunes en situation de handicap : difficulté d'accéder à certaines formations professionnelles (nécessité d'un avis médical), difficulté d'obtenir une qualification même de niveau V, et peut être source d'angoisse pour les élèves comme pour les parents.

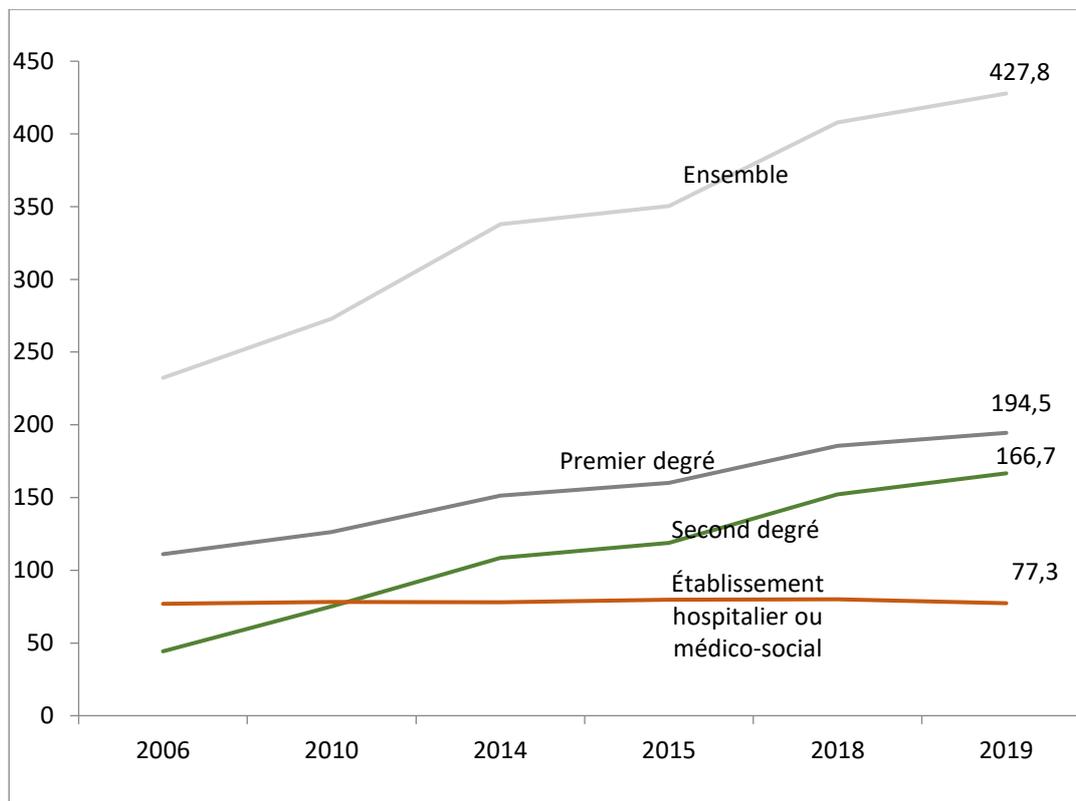
II. NOTE D'INFORMATION DU 20 AVRIL 2021¹⁸⁰

A. QUELQUES DONNEES : INCLUSION SCOLAIRE, CHIFFRES ET INFORMATIONS CLES

a. Éducation nationale

« L'action en faveur de l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap enregistre une hausse de **237 M€**, portant ainsi le financement de cette priorité à plus de **2,9 Md€**. Depuis 2005, l'école a accueilli 200 000 élèves de plus en situation de handicap. En 2019, 23 500 élèves supplémentaires ont été accueillis. »

Évolution des effectifs (élèves en situation de handicap)



Rentrée scolaire	2006	2010	2014	2015	2018	2019
Premier degré	111,1	126,3	151,4	160,0	185,6	194,5
Second degré	44,3	75,1	108,5	118,9	152,2	166,7
Scolarité dans un établissement hospitalier ou médico-social	77,0	78,1	78,0	79,7	80,1	77,3
Ensemble	232,3	272,9	337,9	350,3	408,0	427,8

Source : [l'état de l'École 2020](#), ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports (lien vers le fichier : [ici](#)).

¹⁸⁰ Par Les Pep.

Au cours de l'année scolaire 2018-2019, 152 200 élèves en situation de handicap fréquentent un établissement scolaire du second degré relevant du ministère en charge de l'éducation nationale, 70 % en classe ordinaire et 30 % en **Ulis (1)**. Quand ils intègrent un établissement scolaire du second degré « **à l'heure** » (11 ans), les élèves handicapés sont peu nombreux et pour la plupart scolarisés dans une classe ordinaire (87 % d'entre eux). Puis, la part de la scolarité en Ulis progresse : elle concerne un tiers des effectifs âgés de 13 à 15 ans, fin de la scolarité obligatoire, et décroît au-delà. Près d'un tiers des élèves en situation de handicap sont des filles (30 %). Ce taux est plus élevé en ULIS (37 %).

Un tiers des élèves bénéficie d'une **aide humaine, individuelle ou mutualisée**, soit 55 200 élèves **(2)**. Tous troubles confondus, la part des élèves accompagnés varie entre 45 % et 47 % à l'exception des élèves souffrant de troubles auditifs et de troubles intellectuels et cognitifs qui sont moins aidés (respectivement 25 % et 19 %) et des troubles de la sphère de l'autisme qui en bénéficient pour 62 % d'entre eux. L'attribution de matériel pédagogique adapté (clavier braille, périphériques adaptés, logiciels spécifiques, etc.) concerne 22 % des élèves : 64 % des élèves présentant des troubles visuels, 57 % des élèves handicapés moteur, 39 % des élèves présentant des troubles du langage ou de la parole et 37 % des déficients auditifs **(3)**.

- l'augmentation des crédits dédiés à l'aide humaine (dimension compensation du handicap), individuelle ou collective, aux élèves en situation de handicap permet de financer le recrutement de 4 000 nouveaux équivalents temps plein (ETP) d'AESH à la rentrée 2021 (ce qui est identique au budget 2020) : à la rentrée 2020, 8 000 ETP ont été notifiés aux académies. Les recrutements s'appuient sur le nouveau guide des ressources humaines des AESH qui précise leur cadre et conditions d'emploi ;
- la transformation, au cours de l'année scolaire 2019-2020, de 29 000 contrats aidés parcours emplois compétences (Pec) en activité sur la mission d'auxiliaires de vie scolaire (AVS) en 16 571 agents (en ETP), recrutés sous contrats d'AESH ;
- la généralisation du recrutement de ces personnels sur la base d'un contrat de droit public de trois ans, renouvelable une fois, avant la signature d'un contrat à durée indéterminée (CDI) pour ceux qui le souhaitent ;
- la mise en place des PIAL, expérimentée en 2018, est progressivement étendue, avec l'objectif d'organiser tout le territoire en PIAL pour la rentrée 2021 ;
- dans le cadre de l'organisation académique, un service de gestion dédié école inclusive a été créé dans chaque direction des services départementaux de l'Éducation nationale (DSDEN) ;
- **la création d'Ulis** (unité localisée pour l'inclusion scolaire) se poursuit : pour l'année scolaire 2020-2021, 350 Ulis sont créées dont 265 pour le second degré.

→ **Objectif dépassé avec 367 Ulis créées à la rentrée 2020, soit + 4 %**

- 385 000 élèves en situation de handicap sont attendus pour l'année scolaire 2020-2021, soit + 6,6 % par rapport à 2019.

L'ensemble des données ci-dessous sont disponibles au lien suivant : [ici](#)

- depuis 2019, le nombre d'élèves en situation de handicap accueillis à l'école a nettement progressé, passant de 361 200 à près de 385 000 en 2020, soit 7 % d'augmentation du nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire à la rentrée 2020 ;
- 220 000 élèves sont accompagnés par une aide humaine (AVS/AESH) à la rentrée 2020, soit une augmentation de 18 % en un an ;

- mise en place d'une cellule d'écoute (numéro « vert » unique) et de réponse est en place dans chaque département pour :
- informer les familles sur les dispositifs existants et le fonctionnement du service public de l'École inclusive,
- répondre aux familles sur la situation de leur(s) enfant(s) avec l'objectif d'un délai de 24 heures suivant l'appel.

Ce numéro unique permet de joindre, selon les choix des correspondants, soit la cellule d'écoute de leur département, soit la cellule nationale Aide Handicap École.

Les demandes des familles sont prises en compte et des réponses immédiates sont apportées. Si une recherche ou prise d'information plus précise auprès de personnes qui connaissent la situation de l'élève sont nécessaires, les familles seront alors rappelées.

Au 20 octobre 2020, les données suivantes étaient comptabilisées :

- cellule nationale Aide Handicap École : 5 300 saisines ;
- cellules départementales : plus de 20 000 saisines dont 6 000 reçues via le numéro unique ;
- 88 % des saisines traitées dans les délais impartis.

Constitution d'une banque de données pédagogiques adaptée libre d'accès :

- des outils spécifiques ont été mis à la disposition des familles et sont enrichis en permanence sur les sites de l'éducation nationale (Éduscol, education.gouv.fr).

Une rubrique spécifique pour les élèves à besoins éducatifs particuliers a été mise en ligne sur le site Éduscol et est actualisée régulièrement

[Lien vers le site Éduscol : ici](#)

À noter que toutes les ressources créées lors du confinement y sont répertoriées et mises à la disposition de tous. La page continue de s'enrichir des nombreuses ressources proposées par la communauté éducative.

- La plateforme CAP école inclusive

Ouverte à tous, la plateforme offre de nombreuses fiches pédagogiques, des films, des podcasts et des liens pour aider à adapter la pédagogie pour les élèves à besoins éducatifs particuliers.

CAP école inclusive (<https://www.reseau-canope.fr/cap-ecole-inclusive>)

Les nouveautés de la rentrée : de nouvelles ressources en cours de publication :

- 50 nouvelles fiches pédagogiques (au total 120 fiches) ;
- des films d'animation ;
- des ressources pour l'orientation et l'insertion professionnelle des jeunes.

Remarques FGPEP

Les chiffres indiquant une augmentation importante du nombre d'élèves en situation de handicap accueillis au sein de l'école, ne permettent pas d'appréhender la durée effective de la présence de ces élèves auprès de leurs camarades. En effet, la question des temporalités est à prendre en compte pour analyser les conditions d'une socialisation « réussie » de ces élèves.

Plusieurs facteurs peuvent de fait s'avérer limitant :

- le faible temps effectif « en inclusion » au sein du groupe classe ;
- la possibilité de l'accueil et de l'accompagnement sur les temps périscolaires (pauses méridiennes notamment, durant lesquelles l'accompagnement humain s'avère complexe à assurer (voir point spécifique « temps périscolaire ») ;
- la nature des dispositifs de scolarisation : en unité d'enseignement externalisée, en Ulis collège ou en inclusion individuelle avec ou sans accompagnement humain, qui conditionne largement la fréquence des interactions entre les élèves en situation de handicap et leurs camarades ;
- l'absence de réalisation des accompagnements éducatifs, paramédicaux, sanitaires... au sein de l'établissement scolaire ou son environnement (géographiquement) proche, qui permettrait d'éviter les période d'« absence » des élèves concernés.

B. COOPERATION ÉDUCATION NATIONALE / SECTEUR MEDICOSOCIAL

Outre l'indispensable effort financier consenti par le ministère de l'Éducation nationale relatif à la formation des professionnels de l'institution scolaire, au recrutement des accompagnants d'élèves en situation de handicap et à la constitution d'une banque de données pédagogiques adaptée, etc., précédemment cités, le déploiement de solution diversifiées de scolarisation et un renforcement de l'appui du médicosocial est annoncé :

- la poursuite du développement de l'offre de service pour l'accompagnement d'élèves en inclusion individuelle (mode « Sessad ») ;
 - la poursuite de l'externalisation des unités d'enseignement (dispositif de scolarisation des ESMS, externalisé au sein des établissements scolaires) ;
 - le développement de pôles de compétences et de prestations externalisées¹⁸¹ (PCPE) dont certains peuvent être dédiés à l'appui à la scolarisation ;
 - le développement des organisations en « dispositif intégré ». Un projet de décret d'extension du fonctionnement en dispositif (article 31 de la loi pour une école de la confiance) est en cours.
- ➔ Il s'agit ici de développer des dispositifs de type « IME-Sessad » intervenant en lien étroit avec les environnements scolaires, et permettant de proposer des solutions souples et modulaires, adaptées aux besoins individuels des élèves.

La poursuite du renforcement des mesures de coopération entre l'éducation nationale et le secteur médicosocial dans le cadre des PIAL renforcés et des dispositifs de scolarisation adaptée collective : Ulis, classes d'autorégulation, unités d'enseignement.

Un projet de décret relatif à la coopération (article 30 de la loi pour une école de la confiance) sera publié prochainement.

¹⁸¹ Il s'agit d'un dispositif souple, adaptable et innovant qui permet d'apporter une réponse ajustée aux besoins les plus complexes, en proposant aux personnes des plans d'interventions individualisées qui exigent la coordination d'une pluralité de professionnels dans une visée inclusive. (lien vers la présentation des PCPE : [ici](#)).

→ **Le déploiement de dispositifs nouveaux :**

- la création, à l'horizon 2021, **des premières plateformes de repérage des troubles du neurodéveloppement¹⁸² pour les élèves de 7 à 12 ans** (plateformes de coordination et d'orientation - mesure CNH 2020) ;
- le déploiement **des équipes mobiles d'appui médico-social** (Émas) à la scolarisation des élèves en situation de handicap d'ici la fin d'année scolaire 2020-2021.

Une soixantaine d'équipes mobiles préfiguratrices ont été créées dans certains territoires au cours de l'année scolaire 2019-2020. Leur constitution et installation rapides dans les territoires ont montré la capacité de mobilisation médico-sociale sur des fonctions d'appui auprès de la communauté éducative.

C. PROPOSITIONS

Au-delà des différentes mesures mise en œuvre dans le cadre du (nouveau) service public de l'école inclusive, la question de la sensibilisation des élèves eux-mêmes, au handicap semble primordiale.

En effet, si la formation des enseignants et la coopération entre le secteur médicosocial et l'école s'avère indispensable, la création des conditions d'un environnement accueillant, propice à l'accueil de la différence devrait constituer l'un des objectifs majeurs de la dynamique inclusive mise en œuvre.

Ainsi, la fédération générale des PEP propose :

→ **Pour faciliter la compréhension de la différence ;**

- que soit intégré au programme scolaire dès l'école maternelle / primaire, des cours orientés sur le développement de l'empathie, de sorte d'encourager les dispositions naturelles des enfants à prendre en compte les émotions d'autrui, à se mettre à la place de... et ainsi, de limiter les phénomènes de rejets des élèves présentant certaines particularités (dépasser la seule dimension du handicap) ;
Nb : le Danemark a décrété des cours d'empathie dès 1993. Aujourd'hui, la Russie, les Pays-Bas et la Belgique dispensent également ces cours singuliers.
- que soient systématisées les sessions de sensibilisation au handicap sous des formes ludiques adaptées à l'âge des élèves, prioritairement en mobilisant l'expertise des élèves (et/ou familles) directement concernés.

Le réseau PEP a développé des actions de sensibilisation au handicap pour les enseignants, les animateurs mais également les enfants et les jeunes, notamment au sein des pôles ressources handicap (voir ci-dessous), des malettes pédagogiques ont été créées et sont utilisées dans de nombreux départements (PEP 09, PEP 50, PEP 74...)

¹⁸² Les troubles du neurodéveloppement (TND) regroupent les handicaps intellectuels (trouble du développement intellectuel) ; les troubles de la communication ; le trouble du spectre de l'autisme ; le trouble spécifique des apprentissages (lecture, expression écrite et déficit du calcul) ; les troubles moteurs (trouble développemental de la coordination, mouvements stéréotypés, tics) ; le déficit de l'attention/hyperactivité ; les autres TND, spécifiés (par exemple TND associé à une exposition prénatale à l'alcool), ou non. (source : Haute Autorité de santé (HAS) ; [lien](#)).

Au sein de l'espace ressources handicap des PEP 28 :

« Afin de donner tout son sens au concept d'inclusion, l'ensemble des enfants présent dans le lieu d'accueil doit être sensibilisé, préparé à l'accueil de l'enfant en situation de handicap par :

- *une approche par des jeux spécifiques, des lectures, etc... (en s'appuyant par exemple de la malle sur le vivre ensemble qui sera disponible à l'ALSH Le Rigéard) ;*
- *sans que cela soit systématique et sur autorisation du représentant légal de l'enfant, du jeune lui-même, présentation du handicap concerné, échange avec le groupe d'enfants par les professionnels de l'accueil et/ou le responsable de l'espace ressources...*

Le but étant de mieux connaître pour comprendre, afin que l'inclusion s'opère au sein de la structure mais surtout parmi les pairs. »

D. DECISION DU CONSEIL D'ÉTAT¹⁸³

En 2018, la cour d'appel administrative de Nantes (CAA) avait eu l'occasion de se prononcer dans deux affaires. Il avait statué à chaque fois que la prise en charge d'un AESH par l'État, obligatoire sur le temps scolaire, s'étendait également au temps périscolaire. Dans un arrêt du 20 novembre 2020, le Conseil d'État casse l'une de ces décisions.

En l'espèce, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la MDPH d'Ille-et-Vilaine avait décidé que la scolarisation de l'enfant B.A. à l'école maternelle de Bruz nécessitait une aide individuelle tant pour le temps scolaire que pour le temps périscolaire. Les services départementaux de l'Éducation nationale ont donc recruté un auxiliaire de vie scolaire, puis, son contrat ayant pris fin, un AESH afin qu'il apporte une aide individuelle à cet enfant durant le temps scolaire et la pause méridienne. Le père a demandé que l'AESH assiste également sa fille durant le temps d'accueil que la commune organise dans l'école le matin ou l'après-midi avant ou après le temps scolaire ainsi que durant le temps des activités périscolaires. Le directeur académique des services de l'Éducation nationale (Dasen) avait opposé un refus à cette demande, au motif que le temps périscolaire relève de la responsabilité exclusive de la collectivité territoriale qui l'organise et qu'il lui appartient d'en supporter la charge financière. Le tribunal administratif de Rennes a annulé cette décision puis la CAA de Nantes a suivi, rejetant l'appel dirigé contre ce jugement par le ministre de l'Éducation nationale, lequel a demandé au Conseil d'État d'annuler l'arrêt de la CAA.

Le Conseil d'État rappelle d'abord que des AESH peuvent être recrutés pour exercer des fonctions d'aide à l'inclusion scolaire des élèves, y compris en dehors du temps scolaire. Ils sont recrutés par l'État ou par les établissements d'enseignement. De plus, lorsque l'inscription de l'enfant est prévue dans une école maternelle ou une école élémentaire relevant de l'enseignement public, il appartient à l'État de prendre en charge, pour le temps scolaire, l'organisation et le financement de cette aide.

La haute juridiction pointe par ailleurs que lorsqu'une collectivité territoriale organise un service de restauration scolaire ou des activités complémentaires aux activités d'enseignement et de formation pendant les heures d'ouverture des établissements scolaires ou encore des activités périscolaires, il lui incombe de veiller à assurer que les élèves en situation de handicap puissent, avec, le cas

¹⁸³ [lien.](#)

échéant, le concours des aides techniques et des aides humaines dont ces élèves bénéficient au titre de leur droit à compensation, y avoir effectivement accès. Temps scolaire d'un côté, temps périscolaire de l'autre. C'est sur cette distinction que va s'appuyer la décision du Conseil d'État.

En vertu de l'article L. 917-1 du code de l'éducation, les AESH recrutés par l'État sur le fondement d'une décision d'une CDAPH peuvent intervenir « *y compris en dehors du temps scolaire* ». Et à ce titre, ils peuvent être mis à la disposition de la collectivité territoriale sur le fondement d'une convention conclue entre la collectivité intéressée et l'employeur. Dans ce cas, il revient à la collectivité d'assurer la charge financière de cette mise à disposition. Les AESH peuvent également être directement employés par la collectivité territoriale pour ces heures accomplies « *en dehors du temps scolaire* », ou encore être recrutés conjointement par l'État et la collectivité ainsi que le prévoit la loi du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance, non applicable en l'espèce.

La subtilité intervient quand le Conseil d'État estime qu'il appartient à l'État de déterminer avec la collectivité territoriale qui organise des activités périscolaires si et, le cas échéant, comment ce même AESH peut intervenir auprès de l'enfant durant ces activités, de façon à assurer, dans l'intérêt de l'enfant, la continuité de l'aide qui lui est apportée.

En d'autres termes, la haute juridiction écarte toute obligation de prise en charge par l'État, et demande à la collectivité d'assumer la charge d'un AESH... tout en invitant l'un et l'autre à s'entendre sur les modalités d'intervention de l'AESH.

- Pour rappel, les collectivités territoriales ont la possibilité de mobiliser le fond « publics et territoires »¹⁸⁴ pour le financement des postes AESH intervenant sur les temps périscolaires :

Extrait du Bulletin officiel de l'éducation nationale n°18 du 4 mai 2017

Les activités périscolaires, même si elles n'ont pas un caractère obligatoire, ont vocation à être accessibles à tous les élèves sans exception. Les élèves en situation de handicap en bénéficient. Les activités périscolaires sont de la responsabilité des collectivités locales. L'article L.551-1 du code de l'éducation définit les conditions de leur mise en place dans le cadre d'un projet éducatif territorial (PEDT).

La circulaire n° 2013-036 du 20 mars 2013 précise les objectifs et les modalités d'élaboration d'un PEDT et facilite la coopération entre les collectivités territoriales engagées dans cette démarche de projet et les services de l'État chargés de l'accompagner en vue d'organiser des activités périscolaires prolongeant le service public d'éducation et en complémentarité avec lui.

Afin d'aider au mieux les territoires, un guide pratique « l'accessibilité des activités périscolaires pour les enfants en situation de handicap » est mis à disposition des collectivités sur le site <http://pedt.education.gouv.fr>.

La circulaire n° 2015-004 de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) relative à l'accompagnement des besoins spécifiques par la mise en œuvre du fonds « publics et territoires » décrit le dispositif de financement ouvert aux communes et intercommunalités qui souhaitent rendre leurs accueils de loisirs sans hébergement accessibles aux enfants en situation de handicap. Ces aides peuvent être mobilisées par les caisses d'allocations familiales à partir du fonds « publics et territoires ».

¹⁸⁴ Précédemment cité.

Lors des activités périscolaires et des temps de restauration, l'accompagnement spécifique de l'enfant en situation de handicap n'est pas systématique. La CDAPH notifie le besoin d'accompagnement au regard de la situation personnelle de l'enfant en situation de handicap et de la nature des activités proposées.

Par ailleurs, en application de l'article 1 du décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017 relatif à l'exercice d'activités privées par des agents publics et certains agents contractuels de droit privé ayant cessé leurs fonctions, aux cumuls d'activités et à la commission de déontologie de la fonction publique, les AESH peuvent être autorisés à cumuler une activité accessoire à leur activité principale. Ainsi les collectivités territoriales pourront se rapprocher utilement des services académiques pour avoir accès au vivier des AESH auxquels elles pourront proposer un contrat d'accompagnement des enfants en situation de handicap sur le temps périscolaire.



Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bienveillance, dans une approche intergénérationnelle.

RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :

www.hcfea.fr



Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie (www.strategie.gouv.fr)

Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

