



« J'en ai marre, j'arrête »
... Les décrocheurs

17^e Journées nationales
DIU Médecine et santé de l'adolescent
Société Française pour la Santé de l'Adolescent

université de BORDEAUX

S F
S A

UNIVERSITÉ DE ROUEN

BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE | PLACE DE LA VICTOIRE
4-5 DÉCEMBRE 2015

Cédric photo. iStock.com - Clément Maudel - Dephotour

Quand le sac paraît trop lourd
Quand le chemin paraît trop difficile
Quand le but paraît trop loin
Quand l'avenir paraît trop flou
Quand je veux être moi
Quand je ne sais plus qui je suis
Quand on ne me reconnaît pas
Quand l'appui manque

Je décroche ...

Où me réfugier ?
Vers qui vers où vers quoi aller ?
De qui accepter l'aide ?
Ai-je besoin d'aide ?
Je ne veux pas d'aide

Fragilité et blessures narcissiques,
Précarité des liens, réémergence des
angoisses d'abandon ...Exigences
familiales, sociétales, médicales et
nécessaire affirmation d'une identité

Comité Scientifique et d'organisation

François BRIDIER, Pédiopsychiatre Praticien Hospitalier

Cristina BUSTOS, Médecin de l'Education Nationale

Claire GUERIN, Directrice MDA

Thierry LAMIREAU, Professeur de Pédiatrie

Thierry LECHON, Educateur spécialisé

Brigitte LLANAS, Pédiatre Praticien Hospitalier

Jean-René NELSON, Pédiatre Praticien Hospitalier

Pascal PILLET, Pédiatre Praticien Hospitalier

Catherine SALINIER, Pédiatre ambulatoire

SOMMAIRE

Conférence Pr Daniel MARCELLI

Le décrochage, remaniement psychique

« Le poids du choix : un impossible renoncement » page 8 à 11

Conférence Pr Philippe MEIRIEU

Le décrochage, remaniement scolaire

« Prévenir le décrochage, raccrocher les décrocheurs :
que peut la pédagogie ? » page 12 à 13

Table ronde - Décrochage et psychopathologie

• Décrochage et troubles spécifiques des apprentissages page 14

Pr Manuel BOUVARD

• Décrochage et dépression page 15

Dr Patrick AYOUN

• Décrochage et troubles sévères page 16 à 18

Jean-Luc FABRE, Hôpital de jour du Parc – Bordeaux

Conférence Pr François DUBET

Le décrochage, remaniement social.

« Pourquoi le décrochage est devenu un problème » page 19 à 20

Table ronde - Tissu de soutien de l'adolescent

• Le conseiller principal d'éducation page 21 à 22

Sophie CARRERE, CPE ZEP +

• Le médecin auprès des élèves de l'Éducation nationale page 23 à 24

Dr Caroline GENET

• La Maison des adolescents page 25 à 26

Responsable MDA 33

• La famille page 27 à 28

Christian Gaudray UDAF 33

Atelier 1 : Le décrochage face à la maladie somatique :

o L' éducation thérapeutique à l'adolescence

Dr Stéphane BOULARD Pédiatre page 29 à 30

o Adolescence et cancer

Pr Yves PEREL Pédiatre page 31

o L'adolescent en crise aux urgences

Dr Olivier RICHER Pédiatre Matthieu LE MENTEC Infirmier Psy de liaison

Dr Carole BACHOLET psychiatre page 32

Atelier 2 : La Prévention et le repérage du décrochage

- o Un auto-questionnaire de dépistage du refus scolaire anxieux
Marie GALLE TESSONEAU Psychologue page 33 à 34
- o Le rôle du chef d'établissement
Olivier GREZES page 35
- o Le rôle du Médecin traitant
Pr Philippe BINDER Médecin Généraliste page 36 à 38

Atelier 3 : Apprendre autrement = les alternatives pédagogiques

- o Les nouveaux médias dans les apprentissages
Yann LEROUX Psychologue page 39 à 40
- o Une école différente
Jean Pierre MARTY, directeur du collège CLISTHENE page 41 à 43
- o Une expérience pédagogique : les dispositifs relais
Catherine THOMAS page 44

Atelier 4 : Apprendre autre chose = les alternatives à l'école

- o DIMA (Dispositif Initiation aux métiers en alternance)
Didier VALDES page 45
- o La Fondation des apprentis d'Auteuil : dispositif internat relai
Christophe SAJHAU Pierre CHOUET page 46
- o Les Maisons Familiales et Rurales
Jean-Luc BLANCAND page 47

VENDREDI 4 décembre

14h : Conférence Pr Daniel MARCELLI :
Le décrochage, remaniement psychique
« Le poids du choix : un impossible renoncement

Modérateur Dr Catherine SALINIER

• 15h- 16h : Un atelier parmi les quatre simultanés

• 16-16h30 : Pause

• 16h30- 17h30 : Un atelier parmi les quatre simultanés

• 17h30 -18h30 : AG de la SFSA

SAMEDI 5 décembre

9h : Conférence Pr Philippe MEIRIEU :
Le décrochage, remaniement scolaire
“Prévenir le décrochage, raccrocher les décrocheurs : que peut la pédagogie ?

Modérateur Dr François BRIDIER

• 10H - 10h 30 Forum des Jeunes

• 10H30 - 11h : Pause

11h -12h : Table Ronde : Décrochage et Psychopathologie :

Modérateurs : Pr Priscille GERARDIN Pr Thierry LAMIREAU

- Décrochage et troubles spécifiques des apprentissages
Pr Manuel BOUVARD
- Décrochage et Dépression
Dr Patrick AYOUN
- Décrochage et troubles sévères
Dr Jean-Luc FABRE Hôpital de Jour du Parc Bordeaux

- 12h -14H : Pause déjeuner

14 h : Conférence Pr François DUBET

Le décrochage, remaniement social :

« Pourquoi le décrochage est devenu un problème »

Modérateur Dr François BRIDIER

- 15H -15h30 : Pause

15H30-16 h 30: Table ronde : Tissu de soutien de l'adolescent

Modérateurs : Dr Cristina BUSTOS Dr Paul JACQUIN

- Le Conseiller Principal d' Education
Sophie CARRERE réseau éducation prioritaire +
- Le médecin auprès des élèves de l'éducation nationale
Dr Caroline GENET
- La Maison des Adolescents
Claire GUERIN MDA 33
- La famille
Christian GAUDRAY UDAF 33

- 16h30 – 17H : Surprise

- 17H 17H30 Conclusions

ATELIERS : 2 choix par participant

- **Atelier 1 : Le décrochage face à la maladie somatique :**

Modérateurs Dr Jean-René NELSON Pr Bernard BOUDAILLIEZ

- L' éducation thérapeutique à l'adolescence
Dr Stéphane BOULARD Pédiatre
- Adolescence et cancer
Pr Yves PEREL Pédiatre
- L'adolescent en crise aux urgences
Dr Olivier RICHER Pédiatre Matthieu LE MENTEC Infirmier Psy de liaison Dr Carole BACHOLET psychiatre

- **Atelier 2 : La Prévention et le repérage du décrochage**
Modérateurs : Dr Catherine SALINIER Bruno BURBAN
 - Un auto-questionnaire de dépistage du refus scolaire anxieux
[Marie GALLE TESSONEAU](#) *Psychologue*
 - Le rôle du chef d'établissement
[Olivier GREZES](#)
 - Le rôle du Médecin traitant
[Pr Philippe BINDER](#) *Médecin Généraliste*

- **Atelier 3 : Apprendre autrement = les alternatives pédagogiques**
Modérateurs : Dr Brigitte LLANAS Dr Jean CHAMBRY
 - Les nouveaux médias dans les apprentissages
[Yann LEROUX](#) *Psychologue*
 - Une école différente
[Jean Pierre MARTY](#), *directeur du collège CLISTHENE*
 - Une expérience pédagogique : les dispositifs relais
[Catherine THOMAS](#)

- **Atelier 4 : Apprendre autre chose = les alternatives à l'école**
Modérateurs Dr Georges PICHEROT Thierry LECHON
 - DIMA (Dispositif Initiation aux métiers en alternance) [Didier VALDES](#)
 - La Fondation des apprentis d'Auteuil : dispositif internat relais
[Christophe SAJHAU](#) [Pierre CHOUET](#)
 - Les Maisons Familiales et Rurales [Jean-Luc BLANCAND](#)

« L'adolescent au risque du décrochage : le poids de l'engagement, du choix et d'un douloureux renoncement »

Pr Daniel Marcelli,

Professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
daniel.marcelli46@orange.fr

Le décrochage est au centre de l'adolescence ! Car tout adolescent doit se décrocher de son enfance ce qui nécessite entre autre de « se désengager de ses liens aux objets œdipiens » comme l'a énoncé P. Blos dès les années 70. Dit autrement, comme l'ont fait les auteurs européens, tels Anna Freud ou André Haim, il y a dans toute adolescence un deuil, une perte qu'il faut assumer, accepter. P. Gutton insiste beaucoup dans le travail psychique du pubertaire sur la nécessité pour l'adolescent de devoir **renoncer** à son objet adéquat et si, comme l'a suggéré S. Freud en son temps, le nouvel objet d'amour de l'adolescent consiste à retrouver son objet œdipien, encore faut-il pour que ces retrouvailles puissent avoir lieu que cet objet ait été au préalable perdu, que l'adolescent s'en soit « décroché ». Renversons la proposition : pourquoi les adolescents ne sont-ils pas tous des décrocheurs ?

Il importe auparavant de dire quelques mots de la façon dont on peut aujourd'hui percevoir l'adolescence : les enseignants se font un devoir de demander au jeune adolescent de monter son « projet de vie », de faire lui-même « ses choix » et il est invité à affirmer son individualité, ce qui d'ailleurs est devenu un modèle théorique puisque l'adolescence a été conceptualisée comme l'âge de la « séparation-individuation¹ » : l'adolescent doit se séparer (psychiquement) de ses parents pour « s'individuer », néologisme à succès quand on parle d'adolescent. Qui aujourd'hui prône l'obéissance si ce n'est la soumission au « commandement paternel » ? Cette individuation, la société l'exige de lui s'il veut être « à la hauteur » ! Qui aujourd'hui fait l'éloge de la dépendance ? Le terme est d'ailleurs stigmatisant et désigne un état pathologique : être dépendant d'un produit, d'une conduite jusqu'à l'addiction, ou encore avec le grand âge entrer dans la dépendance... Le modèle social de nos démocraties contemporaines est celui de l'individu autonome et gare à celui qui ne parvient pas à cet idéal ! Or, tout comme le bébé et le jeune enfant font chaque jour le constat de leur dépendance, l'adolescent, par les transformations pubertaires qu'il subit, fait lui aussi le constat de sa dépendance et du paradoxe de sa situation bien différente de ce que prétend le discours social, d'où le sentiment fréquent qu'il vit dans un monde de mensonges et d'hypocrisies. Mais disons quelques mots de cette tâche à laquelle tous les adolescents sont confrontés. Sans reprendre ici tout ce qui s'écrit et se dit sur l'adolescence², un livre entier n'y suffirait pas, résumons en quelques lignes les enjeux majeurs propres à cet âge. Ils sont de trois ordres, liés les uns aux autres, interdépendants.

Tout d'abord l'excitation : incontestablement la poussée pubertaire provoque une **excitation** envahissante aussi bien dans le corps que dans la tête de l'adolescent(e). Ce dernier devra y faire face et pouvoir la tolérer au moins pendant un temps minimum jusqu'à ce que les

¹ Peter Blos, *The adolescent passage*, Int. University Press, New-York, 1979..

² Voir sur ce point : Daniel Marcelli et Alain Braconnier, *Adolescence et psychopathologie*, 8^{ème} ed. Elsevier-Masson, Paris, 2013, 1 vol. Voir aussi : Daniel Marcelli, *L'état adolescent, miroir de la société*, Armand Colin, Paris, 2013, 1 vol.

conditions de la satisfaction soient réunies. Tout adolescent, entre 12/13 ans, âge de début de la puberté, et 16/17 ans, âge moyen de l'engagement dans une vie amoureuse et sexuelle, doit traverser ce temps d'attente, ce temps « en souffrance » (comme on disait jadis d'une lettre « en souffrance » c'est-à-dire en attente ; mais il est vrai qu'aujourd'hui avec internet nul ne souffre d'avoir un mail en souffrance ! Dans une société qui prône l'autonomie, l'addiction à la vitesse, à l'urgence en représente la face obscure : être autonome oui, mais surtout ne pas attendre !). Les adolescents, sensibles à ces contradictions vivent donc en se réclamant de l'urgence (à obtenir satisfaction), ils sont impatients et intranquilles pour reprendre le titre du remarquable livre de G. Garouste³. Il n'y a pas d'adolescent qui, entre ces deux âges, puisse être régulièrement et durablement tranquille, serein, satisfait. L'insatisfaction, la frustration, quelle qu'en soit la forme, sont plutôt ses états familiers. Or la frustration met le narcissisme à nu avec le sentiment fréquent « de ne pas être compris », ce que clament souvent les adolescents, et par conséquent de se sentir isolés, dans un état de désespérante solitude (d'où le succès d'internet qui permet à tout un chacun de découvrir enfin, même aux antipodes, un être humain qui pense comme soi !).

Seconde ligne de tension : la transformation pubertaire. A l'adolescence le corps se transforme profondément y compris le visage qui perd ses caractéristiques enfantines pour qu'apparaisse progressivement le futur visage de l'adulte. La croissance, la musculature, l'élargissement du bassin chez les filles, des épaules chez les garçons, les caractéristiques sexuelles qui se développent et deviennent visibles, tout cela crée un bouleversement complet de l'image du corps avec laquelle l'enfant s'était jusque-là familiarisé. Or le corps reste le support du sentiment d'identité individuelle. Si la personne est reconnue au travers des valeurs humaines qui s'y rattachent, si le sujet est reconnu par ses idées et son discours, l'individu est d'abord reconnu au travers des marques de son corps. Concept social par essence, l'individu dépend du regard des autres avant même de dépendre du sien : quand l'individu se regarde c'est toujours en pensant au regard de l'autre posé sur lui... D'où l'extrême sensibilité de l'adolescent au regard⁴ ! C'est donc par le corps et ses attributs que chacun est reconnu et qu'il se reconnaît ! A l'adolescence, le paradoxe identitaire est le suivant : comment se sentir le même dans un corps qui ne cesse de changer ! Ce sentiment d'identité repose sur une illusion commune à chaque être humain : l'illusion de la continuité existentielle, celle d'être le même aujourd'hui qu'hier et d'être demain comme aujourd'hui. Cette illusion de continuité fonctionne comme une protection narcissique pour tout un chacun. La transformation pubertaire représente donc **une attaque en règle de la notion d'identité**. En son temps F. Dolto avait parlé du « complexe du homard » pour décrire ces adolescents au narcissisme à vif, vulnérable, tout comme ce homard qui en grandissant doit changer de carapace et qui se terre craintivement tant qu'il en est temporairement dépouillé, le temps que sa nouvelle carapace soit reconstituée. L'identité est une construction complexe, sociale d'abord, individuelle ensuite, qui mêle à la fois la composante visible du corps et de son image et la composante plus intime de ce sentiment de continuité existentielle qu'on pourrait nommer approximativement narcissisme. L'image de soi, en général teintée d'idéalisation, est une expression de ce narcissisme, image que chacun veut se donner à soi-même et de soi-même aux autres. Comme une statue qu'on admire sans

³ Gérard Garouste (avec Judith Perrignon), *L'intranquille, autoportrait d'un fils, d'un peintre, d'un fou*, L'Iconoclaste, Paris, 2009.

⁴ Daniel Marcelli, Regard, in : *Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse*, sous la direction de D. Le Breton et D. Marcelli, PUF, Paris, 2010, 693-696.

nécessairement regarder le socle, le corps, partie visible de l'identité repose sur ce socle narcissique qui en assure la stabilité et la solidité. Confronté à la transformation de son corps, l'adolescent ne peut plus compter que sur ce socle narcissique, mis à nu en quelque sorte, d'où cette sensibilité/susceptibilité épidermique ! L'adolescent a mal à son identité, il est en mal d'identité ! Aussi l'adolescence est-elle une quête éperdue de reconnaissance. L'obtenir est un baume pour cette nudité narcissique, se la voir refuser suscite la rage. L'adolescent met donc son énergie dans cette quête de reconnaissance et convoque sa créativité afin de prouver aux autres et à soi-même sa singularité, son unicité. C'est ce que P. Gutton nomme, à juste titre, « Le Génie Adolescent⁵ », ce besoin impérieux d'innover, de créer, d'inventer ou à tout le moins d'essayer d'y parvenir. Il y met toute sa rage, force vitale dont il se sustente et dans laquelle, lui, se reconnaît : sa rage lui appartient, elle est à lui, elle est lui : « j'ai la rage ! » Et si malheureusement cette créativité lui fait défaut, s'il est un adolescent « sans qualité », un adolescent ordinaire, anonyme et banal, alors il lui reste le génie de la destruction, du sabotage de soi ou des autres. Par une opération alchimique négative la rage fait basculer la créativité en destructivité, en négativisme, en annihilation : on peut aussi y faire preuve de génie et en obtenir reconnaissance. Cette ligne de crête est étroite !

Troisième ligne de tension, la sexualité. La transformation pubertaire consacre l'installation d'une sexualité dite « génitale » dans le corps et la tête (la sexualité n'est pas uniquement copulation !) de ce jeune. Jusque là il était certes curieux des choses du sexe, ce qu'on appelle curiosité sexuelle infantile ; parfois il pouvait aussi se donner à lui-même du plaisir, ce qu'on décrit sous le terme des autoérotismes infantiles, l'ensemble composant ce qu'il est d'usage depuis S. Freud de nommer « sexualité infantile », mais ce terme fait planer une ambiguïté laissant supposer qu'il existe une continuité dans la « sexualité » de l'enfant à l'adulte ! En réalité la puberté et l'accession à la capacité de jouissance orgasmique créent une radicale nouveauté physique et psychique. L'adolescent est habité par cette excitation sexuelle nouvelle dans sa forme et son intensité : elle le pousse à partir à la recherche d'un « objet » pouvant le satisfaire. Cette quête est bien sûr celle de l'adolescence mais il est essentiel de comprendre que cette sexualité génitale nouvelle provoque une véritable coupure dans l'être humain ! Sexualité provient du latin « *secare* » qui signifie « coupé ». Comme le mythe de Platon le raconte, la sexualité coupe en deux moitiés, homme d'un côté, femme de l'autre, cet être initial qui, dans les temps idylliques du passé, pouvait se satisfaire lui-même et n'avait nul besoin de complément. La sexualité ouvre une brèche dans l'être humain et le rend dépendant d'un autre pour obtenir cette satisfaction. Entrer dans la sexualité génitale, c'est entrer dans la dépendance... au désir d'un autre. Qui plus est, au désir d'un étranger puisque les proches, les parents ne peuvent plus être ceux qui apportent ce genre de satisfaction. L'horreur de l'inceste éloigne nécessairement l'adolescent de ses parents ! L'adolescent doit donc composer avec cet inconnu : l'autre a-t-il à mon égard un désir réciproque ? Longtemps la question de la réciprocité des désirs le tourmentera. Ce n'est pas un hasard si les conduites de dépendances apparaissent au moment de l'adolescence, car à cet âge se produit une tension exacerbée entre la revendication d'autonomie, d'indépendance et le statut affectif de l'être humain qui découvre au même moment la douloureuse condition humaine, celle de devoir en passer par le désir d'un autre, un étranger, pour retrouver dans ses bras, ne serait-ce qu'un instant, cet état de complétude, de plénitude que la « coupure » de la sexualité lui impose désormais. Cette quête d'amour,

⁵ Philippe Gutton, *Le Génie Adolescent*, Odile Jacob, Paris, 2008, 1 vol.

ce « besoin objectal » dit-on de façon un peu pédante, l'adolescent le ressent comme une menace pour son intégrité, un danger pour son narcissisme : « mais qui suis-je, **moi**, si je suis ainsi aliéné à un besoin qui me rend presque étranger à moi-même ? » A trop avoir besoin des autres et du monde, de leur reconnaissance au plan identitaire (voir ci-dessus) et de leur affection sur le plan des sentiments, l'adolescent se sent vulnérable, homard sans carapace, et il réagit soit par la rage soit par le repli chaque fois qu'il croit être touché !

Ces trois lignes de tension, l'excitation longtemps insatisfaite, l'identité durablement fragilisée, la sexualité et l'entrée dans une nouvelle dépendance affective, sollicitent hautement le narcissisme à l'adolescence et explique son extrême susceptibilité. Le sentiment de frustration peut donner à l'adolescent l'impression que le monde « se refuse » ; il se sent incompris, perçoit le monde comme insatisfaisant (ce qu'il est réellement pour lui à ce moment là !) jusqu'au point de développer le fantasme d'être rejeté du monde et des autres. Cette solitude exacerbe la susceptibilité narcissique. La quête de son identité rend l'adolescent vulnérable, dépendant du regard des autres dont il craint dans le même mouvement le caractère intrusif (« Pourquoi il me regarde comme ça ! », « il m'a mal regardé », etc.) ou indifférent (« Personne ne s'intéresse à moi, je ne vauds rien »). Dans ces conditions l'adolescent oscille toujours entre la conquête du monde ou le repli sur soi.

Pour partir à l'aventure l'adolescent doit avoir quelques bagages : une estime de soi suffisante, un minimum de compétence et de connaissance, pouvoir faire un choix, c'est-à-dire pouvoir renoncer à tout ce qui n'a pas été choisi, avoir enfin le pressentiment que la vie finira par lui apporter quelque chose qui en vaut le coup, quelque chose qui puisse être différent de l'enfance et si possible mieux ou meilleur ! Quand l'adolescent est dépourvu de ces « qualités » renoncer à l'enfance, à son illusion de toute puissance peut représenter une perte trop douloureuse. Alors quand le travail intrapsychique de décrochage interne n'est pas possible, la solution apparente est de décrocher de tout ce que l'extérieur semble proposer : **le décrochage externe est au service du cramponnement interne !**

Prévenir le décrochage, raccrocher les décrocheurs : que peut la pédagogie ?

Pr Philippe MEIRIEU

Professeur émérite en sciences de l'éducation à l'université Lumière-Lyon 2

<http://www.meirieu.com>

L'émergence de la notion de « décrochage scolaire » est, probablement, tout aussi liée à la montée des exigences à l'égard de l'institution scolaire (exigences sociales, institutionnelles et individuelles) qu'au développement de comportements anormaux dans l'École. Car, longtemps, l'échec scolaire – et le décrochage qui ne disait pas son nom - n'a pas été un problème, il a été une solution au problème de la sélection... et le demeure encore ! La question du décrochage renvoie donc à des modèles sociaux et des exigences qui ne sont qu'apparemment homogènes : elles peuvent relever du domaine économique, du domaine politique, du domaine éthique... Derrière, le consensus, il faut donc bien se demander : mais pourquoi veut-on aujourd'hui lutter contre le décrochage scolaire ?

Une fois cette question autant que possible éclaircie, il importe de lutter au quotidien, le plus lucidement possible, pour prévenir le décrochage et raccrocher les décrocheurs... mais sans jamais oublier de se demander « à quoi ? », et cela bien au-delà de l'institution scolaire. Pour cela, il faut comprendre le phénomène, non seulement du point de vue sociologique et psychologique, mais aussi du point de vue pédagogique : il faut donc réfléchir aux situations et pratiques pédagogiques qui caractérisent le décrochage et permettent le raccrochage. C'est ainsi, peut-être, que l'on pourra proposer des réponses qui permettront à tous les acteurs d'intégrer la variable pédagogique dans le cadre d'une analyse poly-factorielle et de s'efforcer de construire, en partenariat, des écosystèmes d'apprentissage capables de favoriser la « persévérance scolaire ».

Un élève décrocheur – qui est toujours aussi, simultanément, un élève décroché – peut se caractériser par un rapport à la pensée marqué par l'emballement pulsionnel, un rapport à la connaissance marqué par la souffrance, un rapport au savoir marqué par l'utilitarisme, un rapport au travail marqué par la spirale de l'échec, un rapport à l'institution marqué par l'étrangeté radicale, un rapport à l'autorité marqué par la confusion de celle-ci avec le pouvoir... Tous ces éléments n'existent pas tous chez tous les élèves potentiellement ou réellement décrocheurs, mais on retrouve, chez l'immense majorité d'entre eux, des configurations agencant tout ou partie de ces divers éléments et les ressaisissant dans des histoires singulières.

À partir de ces éléments, on peut alors esquisser une « pédagogie de la réussite » capable de prévenir le décrochage et de raccrocher les décrochés afin qu'ils accèdent aux connaissances, à l'autonomie et aux responsabilités qui leur permettront d'occuper une place dans l'École et dans la société. Cette pédagogie s'appuie essentiellement sur le principe fondateur que constitue l'aide à l'émergence de la pensée. Contre tous les empêchements et les interdits de penser, la pédagogie doit développer quatre principes opérationnels : le sursis à l'acte pour donner du temps à la réflexion, la capacité de symboliser et d'entrer dans la culture, le pouvoir de coopérer authentiquement avec autrui pour tisser le singulier et le commun, la faculté de se construire comme sujet responsable s'imputant ses propres actes... Ainsi « le pédagogique » pourra-t-il peut-être, tout à la fois,

prévenir et réparer, construire un présent acceptable et préfigurer un avenir possible, pour chacun et pour tous.

1. *Philippe Meirieu, Pédagogie : des lieux communs aux concepts-clés, Paris, ESF, 2013*
2. *Philippe Meirieu (sous la direction de), Le plaisir d'apprendre, Paris, Autrement, 2014*
3. *Philippe Meirieu, Comment aider nos enfants à réussir, à l'école, dans leur vie, pour le monde, Paris, Bayard, 2015*

Décrochage et troubles spécifiques des apprentissages

Pr BOUVARD

Chef de service Pédopsychiatrie Bordeaux

Décrochage et dépression

Dr Patrick AYOUN

Pédopsychiatre

Médecin responsable de l'Unité de Traitement Ambulatoire pour Adolescent

Pole Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Hôpital Charles Perrens Bordeaux

[_payoun@ch-perrens.fr](mailto:payoun@ch-perrens.fr)

Je traiterai les difficultés de reconnaissance des dépressions d'intensité et de causes multiples chez l'adolescent par lui même sa famille et l'école : quels sont les signes de la souffrance dépressive à cet âge et quelle relation de transfert affectif et surtout de contre transfert peut aider le soignant à dépasser ces obstacles.

Certains questionnaires validés sur le plan statistiques ne sont pas à rejeter car ils peuvent également aider le praticien à guider un entretien qui, sinon, peut rester impossible à mener devant la pauvreté et la banalité des réponses de l'adolescent

J'aborderais également les réponses d'aide et de soin :

- En ambulatoire le plus souvent d'abord, par le médecin de premier recours puis par le pédopsychiatre et son équipe au centre médico psychologique au centre médico psycho pédagogique ou encore dans des centres de jour plus spécialisés,
- Mais aussi en hospitalisation à temps plein lorsque la douleur morale et le risque suicidaire est trop important pour sortir de l'ornière dépressive.
- La juste place des médicaments qui ne doivent sauf intensité majeure être prescrits qu'après une approche psychothérapique ,
- L'importance des psychothérapies de diverses orientations,
- La nécessité d'un soutien aux parents désorientés par la pensée négative, la violence ou le repli et les émotions anesthésiées ou exacerbées

Toutes ces mesures "multimodales" sont adaptées à la diversité des diagnostics, des situations, et des réponses subjectives que recouvre le terme de "dépression"

D'où l'importance d'évaluations pluri professionnelles et inter institutionnelles créant un réseau de soutien autour de l'adolescent

D.Marcelli : La dépression chez l'adolescent abrégés Masson

Les manifestations dépressives chez l'adolescent guide de l'HAS

P.Fedida : Les bienfaits de la dépression ;l'importance de la psychothérapie

Dispositif de soins de l'Hôpital de jour du Parc à Bordeaux

Dispositif de Soins avec Etudes

qui accueille des « décrocheurs scolaires – déscolarisés »

présentant des troubles psychopathologiques sévères.

Décrochage et troubles sévères

Dr Jean Luc FABRE
Psychiatre
Médecin directeur de l'Hôpital de jour du Parc
jean.luc.fabre@wanadoo.fr

Présentation de l'établissement

L'hôpital de Jour du Parc, établissement de l'association Rénovation, a été créé en 1975, il a pour mission d'accueillir 35 adolescents et adolescentes de 12 à 18 ans, dont les troubles psychiatriques, apparus de façon aiguë ou insidieuse, ne permettent pas le maintien dans le milieu scolaire, mais restent compatibles avec un maintien dans le milieu familial.

Ce projet thérapeutique qui comprend une scolarité personnalisée organisée au sein d'une Ecole privée hors contrat, associé au maintien au domicile, caractérise la prise en charge à l'Hôpital de Jour. Elle permet une relance des processus de mentalisation et de subjectivation et un réinvestissement des apprentissages scolaires, à la hauteur de ce que permet l'équilibre psychosomatique du patient.

Les indications :

Les inquiétants étrangers, décrocheurs scolaires – déscolarisés entre maladie et mal être

Sont admis à l'hôpital de jour - Hôpital de nuit , sur indication médicale, des adolescents, garçons ou filles, qui souffrent de troubles psychotiques, ou de troubles de l'humeur, ou de troubles graves de la personnalité, ou de troubles névrotiques graves, sans éléments déficitaires.

Certains de ces adolescents ont connu une décompensation psychique et/ou somatique plus ou moins brutale, de laquelle ils se sont plus ou moins réorganisés sur un mode pathologique utilisant notamment des mécanismes de défense invalidants de la série psychotique. Cette réorganisation morbide et sa possible mobilisation thérapeutique représentent l'indication « classique » de l'hôpital de jour.

Décompensation aiguë (accès psychotique aiguë ou dépressif mélancolique) □ HTC (hospitalisation à Temps complet) □ HJ Parc, le parcours est simplifié par la nécessité des soins qui s'impose à l'adolescent et à ses parents. Ce tableau clinique initial bruyant n'est pas forcément de mauvais pronostic.

D'autres adolescents souffrent de pathologies limite dominées par le mal être signant les troubles identitaires narcissiques qui caractérisent la pathologie de cette tranche d'âge, ils s'expriment sur des modes variés mêlant des agirs, des troubles des conduites avec des mises en danger possibles, des somatisations, des variations thymiques. L'évolution est souvent plus insidieuse. Le repli au domicile, où ils trouvent refuge face à leurs angoisses phobiques, dépressives et persécutives, peut devenir un enfermement. L'alliance thérapeutique est ici bien plus difficile à établir, la mise en œuvre des soins est plus délicate.

Les modalités thérapeutiques

La synergie de l'offre de soins couplée à celle d'études.

- Les adolescents malades acceptent plus facilement les soins nécessaires à leur état s'ils ont la possibilité de poursuivre – reprendre leur scolarité dans le même espace-temps. Ces mêmes adolescents suivront plus facilement les cours s'ils sont soignés.
- Le cadre de soins s'appuie sur un cadre de pensées. La trame thérapeutique.
- L'emploi du temps de chaque adolescent organise sa journée qui comprend des ateliers thérapeutiques à médiation et des cours scolaires.
- Priorité de l'abord thérapeutique groupal. Groupe d'ateliers, groupe de psychodrame.
- Travail avec les parents, le médecin reçoit les parents 1 fois par mois.

L'évolution favorable de ces adolescents soignés et scolarisés à l'hôpital de jour du Parc est en faveur de l'utilité de ces prises en charge thérapeutiques.

Plus de la moitié d'entre eux réintègrent un cursus scolaire normal, post-bac.

Même si la réussite scolaire n'est pas forcément synonyme de bonne santé elle témoigne d'une reprise des investissements au service des processus de vie.

Les « décrocheurs scolaires – déscolarisés » au parcours négatif.

Partant de notre constat que certains adolescents arrivaient à l'hôpital de jour du Parc, bien tardivement, après être restés longtemps enfermés chez eux, nous nous interrogeons depuis de nombreuses années sur cette population dont l'effectif serait en augmentation ces dernières années.

L'instauration précoce des traitements médicamenteux, psychothérapeutiques et institutionnels conditionne le pronostic qui s'aggrave d'autant plus que la mise en œuvre des soins sera retardée.

- Adolescents décrocheurs adolescents en refus scolaire grave déscolarisation désocialisation non accès aux soins ou soins discontinus la symptomatologie dépressive, négative, de repli, ou psychotique s'installe et se fixe insidieusement
- admission tardive à l'Hôpital de Jour du Parc pour soins et études tableau de maladie psychiatrique d'adulte
- le pronostic s'est nettement aggravé depuis les 1ers signes prodromiques.

Groupe de travail et de recherche :

Partant du constat que certains adolescents « décrocheurs scolaires – déscolarisés » sont désocialisés et de ce fait sont bien souvent sans soins ou aux parcours de soins discontinus, constat partagé avec d'autres, l'Hôpital de Jour du Parc a initié un groupe de travail et de recherche. Il se compose de médecins de l'Education Nationale, psychiatres praticiens hospitaliers, médecin coordonnateur de la MDA 33, directrice et psychologue MDA 33, proviseur, principal de collège, directeur CIO, psychologue de l'Université de Bordeaux, psychologue SUHEA, épidémiologiste et médecins enseignants et soignants de HJ Parc.

Ce groupe de travail a pour mission d'étudier cette population hétérogène d'adolescents. Enquêtes cliniques, enquêtes épidémiologiques. Etudes de parcours d'adolescents déscolarisés au long cours et sans soins. Définir au mieux cette population pour comprendre quel chaînon manque au dispositif actuel ? Quelles améliorations proposer pour rendre le réseau de soins adolescents de la Communauté Urbaine de Bordeaux plus opérant afin d'éviter les retards et ruptures de soins ?

- *CAHN Raymond : Adolescence et folie, 3^e édition, 2^e tirage, 2008, Le fil rouge, PUF*
- ☒ *CAHN Raymond : L'adolescent dans la psychanalyse, l'aventure de la subjectivation, 1998, PUF*

Pourquoi le décrochage est-il devenu un problème ?

Pr François DUBET
Professeur des Universités émérite,
Directeur d'études à l'EHESS
francois.dubet@u-bordeaux.fr

Pour quelles raisons le décrochage est-il devenu un problème social et scolaire et une priorité des politiques nationales et européennes ?

Le chômage des jeunes et le marché du travail. Le constat le plus élémentaire concerne l'écart important des taux de chômage entre les jeunes diplômés et les autres. Le diplôme protège du chômage : plus on est diplômé, moins on chôme et plus les revenus sont élevés. Cette dégradation de la situation professionnelle des décrocheurs est accentuée par l'élévation des niveaux de qualification, par ce que l'on appelle trop vite la « société de la connaissance ». Par exemple, en France, le taux d'emplois non qualifiés passe de 35% pour les générations 1945/1959, à 15% pour les générations 1974, et il sera plus faible encore pour les enfants nés en 2000. Il y a donc moins de places offertes aux non diplômés dans le marché du travail.

L'emprise des diplômes. Un syllogisme hante l'Europe : puisque le niveau des diplômes protège du chômage et élève le niveau de rémunération, on en déduit que tous doivent être diplômés et le plus diplômés possible. Globalement vraie, pas dans les détails, cette affirmation et les politiques qui en découlent ont cependant des effets pervers. L'emprise des diplômes pose le problème de l'adéquation des diplômes à l'emploi et dans les pays « adéquationnistes » comme la France, elle accentue le paradoxe du chômage des jeunes et des emplois non pourvus.

L'épreuve méritocratique et l'estime de soi. Le décrochage scolaire est associé à la formation d'une école démocratique de masse imposant le modèle des études longues en fonction d'un idéal méritocratique. Même si cet idéal n'est pas atteint, il reste qu'il transforme profondément l'expérience des élèves et des jeunes qui doivent tous réussir, aimer l'école et désirer monter dans la société. Cet impératif est relativement nouveau et pas sans cruauté pour les élèves qui ne réussissent pas.

Le coût économique du décrochage. Biens des travaux abordent le décrochage par le biais du coût économique. Après avoir passé plusieurs heures à chercher des données fiables en la matière, j'en arrive à la conclusion suivante que je suis prêt à remettre en question : le décrochage coûte cher aux décrocheurs et aux sociétés, mais il est difficile, voire impossible de chiffrer ce coût. Ce qui n'empêche pas cet argument d'être sans cesse mobilisé.

Risques sociaux et panique morale. En France, les violences urbaines ont été imputées au décrochage devenu cause nationale après les révoltes des banlieues de 2005. Quelques-uns y voient aussi une crise de cohésion sociale et nationale avec le développement du radicalisme religieux sur la base d'un problème social. Là je dois dire que le raisonnement me semble nettement moins solide même s'il donne une explication rassurante et largement incertaine. A terme, on observe des effets de dramatisation et des raisonnements improbables qui deviennent des évidences.

La mise en cause de l'école... et du travail. Le décrochage scolaire est devenu un problème parce qu'il met en cause l'école plutôt que le marché du travail et les stratégies des entreprises... Peut-être faut-il cesser de considérer qu'il est naturel et évident de passer 15 ans ou 18 ans de sa vie à l'école. Le décrochage est le symptôme d'une crise majeure des motivations scolaires au moment où tous doivent être scolarisés longtemps et efficacement. En effet l'élargissement et l'allongement de la scolarité, l'impératif même de réussir ne suffisent pas à remplir le système de motivation des élèves.

Bien sûr, le décrochage scolaire est un problème sérieux et souvent dramatique pour bien des jeunes. Mais il faut peut être raison garder et ne pas croire que tous les problèmes et toutes les difficultés des jeunes, tous les problèmes de l'école et tous les problèmes d'emploi se cristallisent dans le décrochage. Il faut donc raison garder et comprendre pourquoi le décrochage est si rapidement devenu une priorité indiscutée.

10 propositions pour changer d'école, (avec Marie Duru-Bellat), Paris Seuil, 2015.

Rôle du Conseiller Principal d'éducation

Sophie CARRERE

CPE -Collège MONTAIGNE (REP+) – LORMONT

sophiecarrere@sfr.fr

« Quelle aide peut trouver l'adolescent avant, pendant, après un décrochage ? ».

Outre les spécificités, fonctions et missions de chacun dans un établissement, il s'agit au collège MONTAIGNE d'une réflexion collective autour de la question du décrochage scolaire, avec l'appui de la politique de réussite éducative de la ville de Lormont et de la Zone d'Animation Pédagogique Rive Droite depuis plusieurs années.

Cette réflexion a entraîné une modification des pratiques pédagogiques avec une grande partie de l'équipe pédagogique qui, depuis 2 ans, travaille sur la posture de l'élève en classe.

Mais c'est au niveau de la politique d'établissement que cette réflexion s'est traduite et que je relate en tant que référente du décrochage scolaire.

Au fil de l'expérience scolaire des élèves se décourageaient, trouvaient des stratégies d'évitement, perdaient le sens et confiance en eux dans une zone marquée fortement par le déterminisme social et ce malgré des résultats satisfaisants en termes de climat scolaire, de DNB (diplôme national du Brevet) et d'orientation.

Trois axes nous ont semblés prioritaires : l'accompagnement scolaire, la valorisation et le lien avec les familles. Sur les modalités d'organisation nous avons repensé la question du repérage et ensuite les modalités de prises en charge.

1. Le repérage : une nouvelle formalisation et un accent fort.

- Une grille d'indicateurs support : de quoi parle-t-on quand on parle de décrochage ? Tout élève en difficulté scolaire par exemple est-il décrocheur ?

- Des réunions de suivi : par niveau (5/an et pluri-catégorielles), dans le cadre des ERE (équipes de réussite éducative , hebdomadaires et un GPDS (groupe de prévention du décrochage scolaire)

2. La mise en œuvre/ prise en charge :

- L'axe « scolaire » : depuis 5 ans aides aux devoirs obligatoires en 6ème /5ème avec 2 intervenants pour 1 groupe classe, accompagnement éducatif tous les jours soit sur inscription, soit suite au repérage (accord signé des familles), organisation du temps hors classe (2/3 adultes en salle d'étude pour une prise en charge différenciée des élèves), tutorat individuel (contrat tripartite de réussite)

- L'axe « valorisation » : atelier « projet/ estime de soi » 6h dans l'année, atelier hebdomadaire de théâtre d'improvisation (14 élèves) obligatoire avec accord des familles, tutorat individuel.

- L'axe « lien avec les familles » : favorisé par le lien avec les partenaires et une mise en synergie, lors du retour de l'élève suite à des absences liées au décrochage.

3. Une politique d'établissement au-delà de cette prise en charge : à travers 2 exemples.

- La valorisation de l'implication des jeunes dans des projets

- La relation à l'adulte : tutorat en 3ème obligatoire (1 adulte pour 6 élèves)

Bibliographie :

• *Daniel THIN « Ruptures scolaires, l'école à l'épreuve de la question sociale »*

• *Jean Yves ROCHEX « Le sens de l'expérience scolaire ».*

Tissu de soutien de l'adolescent : le médecin scolaire

Dr Caroline Genet,

Médecin EN en Gironde,

Caroline.Genet@ac-bordeaux.fr

Parmi les 140 000 élèves français sortant chaque année du système scolaire sans avoir obtenu un diplôme professionnel ou le baccalauréat, quels sont ceux qui ont rencontré un médecin de santé scolaire (médecin de l'Education nationale = MEN) durant leur parcours d'élève ?

Dès la loi d'orientation de 1989 qui stipulait qu'aucun enfant ne devait sortir du système scolaire sans diplôme, renforcée par le plan espoir banlieue en 2008, puis la circulaire de 2009 qui définit la prévention du décrochage scolaire, le décret de 2010 (Art D.313-59 et L 313-7) sur le code de l'éducation, la loi de programmation de 07-2013... etc., les médecins scolaires ont été concernés par les trajectoires souvent sinueuses de nombre de ces élèves. Ont-ils été sollicités pour chacun d'entre eux ? Sinon, pourquoi ? Est-ce en raison de la décroissance régulière de leur nombre les rendant insuffisamment disponibles ? Est-ce par méconnaissance, de la part des familles mais également de celle de l'Institution, du rôle qu'ils exercent au quotidien auprès des élèves à besoin éducatif particulier ? Pourtant, le rôle du médecin de l'EN ayant évolué ces dernières années, celui-ci se trouve beaucoup plus présent dans l'analyse des situations d'alerte de certains jeunes.¹

Deux-tiers des décrocheurs sont en difficulté dès le collège, près de la moitié en très grande difficulté, 21% orientés vers les sections d'enseignement général adapté (SEGPA) ². Les médecins sont de plus en plus sollicités en amont du collège et ce dès la maternelle pour l'analyse de ces difficultés. 48% des enfants décrocheurs sont issus d'une famille dont les parents sont ouvriers². Ici, le MEN, accessible sans frais supplémentaire et pour l'instant encore présent en milieu rural, représente une aide précieuse pour ces parents dans l'analyse des besoins de leur enfant. Au collège, la mise en place des cellules de veille et de prévention, permet qu'il soit régulièrement alerté sur la situation d'élèves fragilisés, le plus souvent grâce au lien qu'effectue l'infirmier scolaire.

Le tiers restant des décrocheurs, ayant un niveau comparable aux autres à l'entrée dans le secondaire, décroche notamment au lycée². Là encore, le médecin scolaire est aujourd'hui beaucoup plus régulièrement interpellé quand un jeune s'éclipse puis s'absente plus longuement de son établissement. Les plans cités ci-dessus y sont pour beaucoup. Autre partenaire institutionnel important dans le secondaire, le conseiller d'orientation psychologue travaille en étroite collaboration avec lui, l'infirmier scolaire, le CPE et les autres membres de l'équipe éducative. En effet, une grande partie de ces décrocheurs (38 %) n'a pas obtenu le choix d'orientation souhaité en première². Il apparaît régulièrement dans les entretiens du médecin avec ces jeunes qu'il s'agit d'un paramètre à prendre en compte en priorité, bien en amont du décrochage

Une partie de ces jeunes décrocheurs a connu un problème de santé (21 % contre 13 % en moyenne pour l'ensemble des élèves)[...] ou une maladie ou accident grave (22 % contre 15 %) qui a pu perturber sa scolarité ce qui donne encore des raisons supplémentaires au jeune en voie de décrochage et au MEN de s'être rencontrés.²

La place du médecin scolaire est fondamentale dès l'entrée à l'école sur le plan de la prévention : parce qu'il peut suivre avec l'infirmier et le psychologue scolaire les élèves à besoins éducatifs particuliers dès la maternelle, être ensuite régulièrement sollicité par les familles lors de phases difficiles, parce qu'il est de plus en plus reconnu par les partenaires institutionnels et extérieurs qui savent l'alerter sur une situation particulière, parce qu'il peut éviter de médicaliser ce qui ne doit pas l'être, en prenant le temps d'analyser chaque situation. Au collège et au lycée, ensuite, il existe une réelle équipe, un vrai tissu de soutien autour de l'adolescent et de sa famille dont il fait également partie, travaillant en lien étroit avec l'équipe enseignante, l'infirmier, le CPE, l'assistant social, le COP et les partenaires extra-institutionnels.

1 - Le décrochage scolaire. Site de l'Association française de promotion de la santé dans l'environnement scolaire et universitaire (AFPSSU)
<http://www.afpssu.com/?s=D%C3%A9crochage+scolaire>

2 - « Les décrocheurs du système éducatif : de qui parle-t-on ? », France Portrait social 2013, Insee, novembre 2013. http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/FPORSOC13a_VE1_educ.pdf

LA MAISON DES ADOS DE LA GIRONDE

Claire GUERIN

direction.mda33@gmail.com

→ Présentation synthétique des missions et modalités d'intervention de la MDA 33 :

- Accueil jeunes / familles : Accueil des 11-25 ans et entourage proche, accueil anonyme et gratuit, avec ou sans rendez-vous, sans autorisation parentale préalable
- Accueil généraliste (par un « professionnel MDA » avec explication du fonctionnement en équipe, aux personnes accueillies) : l'entretien permet de « faire le point » sur la situation globale (sociale, familiale, scolaire, santé, juridique) avec le jeune / famille.
- Analyse pluridisciplinaire quotidienne de toutes les situations + analyse situations complexes avec psychiatre MDA (l'équipe : 1 directrice, 1 médecin psychiatre, 1 secrétaire. Accueillants public : 2 psychologues, 2 travailleurs sociaux, 1 infirmier).
- Travail avec les familles en articulant les espaces jeune / parent : flexibilité du fonctionnement avec possibilité de binôme / trinôme sur certaines situations – selon l'analyse qui en est faite ;
- Retraçage du parcours (suivis actuels ou antérieurs) et mise en lien (accord du jeune nécessaire) avec les partenaires ;
- Pas de suivi thérapeutique proposé / mais nous prenons soin des jeunes / familles – objectif = accompagner (physiquement si nécessaire) vers une orientation adaptée, pas d'accompagnement sur le long terme au sein de la MDA même. Cependant nous restons souples dans le nombre d'entretiens : en moyenne, 3 entretiens par jeune.
- La MDA : une « plateforme » partenariale : Participation à des échanges / réflexions pluridisciplinaires, en restant toujours porteurs d'une approche globale des situations (sociale, scolaire, familiale, santé, juridique...) / Connaissance et mobilisation du réseau jeunesse / parentalité en Gironde, sous la coordination du psychiatre MDA / MDA sollicitée pour des conférences / soirées ... / Participation à la recherche, sous la coordination du psychiatre MDA.

→ Le travail en partenariat, avec le « tissu de soutien de l'adolescent », une dimension essentielle pour les problématiques de décrochage

La mise en lien avec les partenaires (établissements scolaires, services sociaux, de soin) permet de travailler sur la problématique du décrochage quand elle se pose : lorsqu'il y a un décrochage scolaire, nous nous intéressons à explorer ce qu'il se passe autour : interactions du jeune dans ses relations familiales, sociales, amicales (repli social), mais également ses activités, ses consommations... Travail avec les parents dans cette problématique – nous pouvons voir le(s) parent(s) seul(s), dans le cas où le jeune n'est, dans un premier temps, pas en mesure de venir à la MDA (repli, refus...)

Tisser des liens avec les partenaires permet que tout le monde se mobilise autour des situations de décrochage, particulièrement complexes et nécessitant donc un travail partenarial resserré autour de la situation du jeune.

→ Les projets de la maison des Ados en lien avec le thème :

Proposer courant 2016 des actions de sensibilisation en direction des chefs d'établissements scolaires et des médecins libéraux notamment, autour de ce thème

Bibliographie

:<http://www.cafepedagogique.net/lexpresso/Pages/2015/09/24092015Article635786768344062510.aspx>

La Famille

Christian Gaudray,

vice-président de l'UDAF-33

cgaudrau@ufal.org

Faut-il parler d'adolescents décrocheurs ou de phénomène de décrochage d'adolescents ? Si l'on admet que lors d'un décrochage la responsabilité n'est pas uniquement du ressort de l'adolescent, alors il vaut mieux limiter l'emploi de la terminologie d'« adolescent décrocheur » à l'individu et non au phénomène.

Les adolescents évoluent dans trois espaces distincts : l'espace domestique, l'espace scolaire et l'espace civil

Nous assistons à une marginalisation de la dimension familiale à l'espace domestique car les parents maîtrisent mal les codes utilisés dans l'espace public qu'ils ont tendance à désertier. En parallèle, ces codes (langagiers, vestimentaires, alimentaires, etc.) pénètrent l'intérieur familial ce qui conduit à l'appauvrissement de l'expression de la « culture familiale ». Cela est favorisé par l'omniprésence des objets connectés qui renvoient à l'extérieur. L'essor de l'utilisation des réseaux sociaux au sein de l'espace domestique génère en effet de profondes transformations sociales de la frontière dedans/dehors.

Face à une situation de décrochage scolaire, nous assistons souvent à une confrontation entre des enseignants, qui se plaignent des parents qu'ils estiment responsables d'un défaut d'éducation, et des parents, qui eux critiquent les enseignants incapables d'instruire.

Face à ce constat, de fausses solutions émergent, comme « ouvrir l'école aux parents », brouillant un peu plus l'indispensable séparation des espaces, et donc des rôles et des responsabilités de chacun.

Or il y a une vraie demande d'implication des parents qui souvent ne trouvent pas de réponse. Il est donc nécessaire de créer du lien et de la médiation entre les adultes qui entourent les adolescents, avec comme objectifs l'information, le dialogue et in fine la cohérence des adultes qui les accompagnent.

Traverser quotidiennement des espaces où ceux qui sont porteurs de valeurs se discréditent les uns les autres est en effet extrêmement déstructurant.

Le décrochage est un phénomène complexe qui découle de plusieurs facteurs et toute solution unidimensionnelle paraît donc vouée à l'échec. Il faut prendre en compte trois séries de facteurs : psychologique (incapacité de l'enfant de se concentrer en classe), sociologique (investissement de l'environnement familial dans la réussite scolaire), et pédagogique.

Alors qu'une des caractéristiques de l'adolescence est qu'il est plus important d'exister sous le regard des copains que sous celui d'une institution, les familles doivent poser la question du sens de l'école.

Il faut avoir à l'esprit plusieurs constats pour déterminer le type d'aides qui peuvent être apportées aux familles et leur temporalité.

D'une part, on observe souvent de la part des familles dans leur réaction une analogie avec les cinq phases du deuil : déni – colère – marchandage – dépression – acceptation.

D'autre part, c'est au moment où le jeune est le plus démobilisé (processus de décrochage) que les institutions sont les plus mobilisées, et c'est au moment où le jeune est le plus mobilisé (prise de conscience et volonté de raccrochage) que les institutions sont démobilisées.

Enfin, alors que les parents ont des liens importants entre eux lorsque les enfants sont scolarisés en primaire, ces liens disparaissent à l'entrée au collège et il en résulte une situation d'isolement.

Quel peut-être dès lors le rôle des associations familiales ? Il se dégage des réflexions et des constats exposés en trois axes principaux :

- créer du lien entre les familles (par exemple au travers de groupes de parole) le plus en amont possible, en mobilisant son réseau (en Gironde : 70 associations regroupant 10.000 familles) ;
- faciliter la médiation familles-école ;
- s'impliquer dans les structures de soutien aux adolescents ou participer à leur création, comme par exemple les Maisons Des Adolescents.

Parce qu'aucune famille n'accepte comme une fatalité une situation de décrochage et que toutes les familles ont la capacité d'y remédier, le rôle des associations familiales est donc de permettre aux familles d'être en capacité d'agir.

ATELIER 1 : Le Décrochage face à la maladie somatique

Education thérapeutique à l'adolescence

Dr Stéphane Boulard
Pédiatre
steph.boulard@free.fr

L'éducation thérapeutique (ETP) se doit de respecter un cadre strict dans sa mise en œuvre, défini par des textes législatifs (1). L'adolescence rend l'exercice particulier pour différentes raisons.

Période charnière dans la vie de l'individu, elle implique des objectifs centrés sur l'autonomisation du patient dans sa prise en charge (2). La place des parents tout au long de ce parcours est en constante évolution et leur accompagnement spécifique est nécessaire, parfois en parallèle de l'adolescent. Les animations de groupe sont centrées sur l'adolescent dont l'adhésion au programme renvoie aussi à l'acceptation de sa maladie, objectif travaillé tout aussi bien en famille, avec le soignant dans le suivi individuel, que dans un groupe qui présuppose déjà une certaine adhésion...

Le cadre législatif subordonne le financement de l'ETP à un projet intégrant suivi individuel et groupal. L'articulation est difficile à systématiser. Au sein des établissements le suivi individuel, « intégré au soin », pose le problème de sa reconnaissance spécifique et de son financement propre. L'organisation d'une animation de groupe structurée pose des problèmes logistiques aux équipes de soin déjà occupées par le quotidien. Le financement par projet, les difficultés de recrutement, l'information et la publicité, le secrétariat, la synthèse et l'évaluation sont autant d'étapes obligées. Au sein des structures privées elles impliquent une « masse critique » nécessaire à leur mise en œuvre (locaux, secrétariat, personnel administratif...)

La question de l'efficience, tout autant que le respect du cahier des charges, se pose aussi bien pour les patients que pour les organisateurs de projet. Le suivi individuel peut être appliqué à toute une patientèle pour autant que les soignants soient formés à l'ETP. La prise en charge groupale est bien plus limitée en nombre et nécessite un investissement considérable.

De nombreuses études tendent à montrer l'intérêt d'une prise en charge fondée sur l'ETP et incluant des temps de prise en charge groupale (3). Il en existe aussi sur le terrain de nombreux exemples. On peut citer notamment l'obésité (RéPPOPS) ou encore le diabète de type 1 (équipes d'éducation thérapeutiques hospitalières ; AJD).

La question posée est alors, en fonction des freins identifiés plus haut, de déterminer quelles stratégies permettraient à la fois au plus grand nombre de patients d'en bénéficier et au plus grand nombre de soignants d'y participer.

Et l'ado dans tout ça ? Le soignant dans la relation duale, pratiquant l'écoute bienveillante, le soutien motivationnel, s'accordant sur des objectifs pour « mieux vivre avec » ou simplement « accepter de ne pas faire comme si », hors de tout projet et de toute évaluation, met en œuvre une thérapeutique probablement très efficace et fort transparente des études.

Les pistes de réflexion sont nombreuses, les obstacles également.

1. Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient ; décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient ; arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient ; circulaire relative aux conditions d'autorisation des programmes d'Education thérapeutique du patient et à leur financement ; grille d'aide à l'évaluation réalisée par la HAS pour la demande d'autorisation par les ARS des programmes d'ETP.
2. Education thérapeutique des enfants et adolescents atteints de maladie chronique. Tubiana-Rufi ; Presse Med 2009 ; 38 : 1805-1813
3. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. Gregoire Lager, Zoltan Pataky, Alain Golay. Patient Education and Counseling 79 (2010) 283–286

MARADJA : Maison Aquitaine Ressource pour les Adolescents et les Jeunes Adultes :
Une initiative spécifique pour les adolescents et jeunes adultes traités pour cancer.

Pr Yves Perel

yves.perel@chu-bordeaux.fr

S Sangaré, A Philippon, K Dugas, M Collombeau, S Ducassou, S Ansoborlo.
Service d' Oncologie Pédiatrique Hôpital des enfants CHU Bordeaux.

Les Plans Cancer 2 et 3 ont clairement identifié les besoins spécifiques des adolescents:

- ✓ une prise en charge médicale spécifiquement adaptée au type moléculaire précis de cancer (souvent différent de celui observé chez l'enfant et chez l'adulte « mur »), à leur métabolisme (pharmacocinétique), à leur grande résistance physique, à leur capacité d'observance
- ✓ un projet thérapeutique prenant en compte leur préoccupation intime (image de soi, relations affectives, amoureuses et sexuelles, désir/crainte de l'autonomie, questionnement sur la mort), leur lien complexe à l'autorité parentale et médicale.

En Aquitaine, la structure « **MARADJA** » (Maison Aquitaine Ressource pour les Adolescents et les Jeunes Adultes) créée en mars 2013 assure la prise en charge pluridimensionnelle de l'après-cancer immédiat. Plus de 150 jeunes, initialement traités en Cancérologie Pédiatrique du CHU de Bordeaux ou dans un Service d'adultes (CHU ou Institut Bergonié) bénéficient ainsi d'une évaluation et approche thérapeutique, psychologique, scolaire/ pré-professionnelle et d'un « coaching » sportif ou socio-esthétique.

Le Plan Cancer 3 cible plus spécifiquement **la scolarité des adolescents traités pour un cancer**. Nous proposons une approche volontariste expérimentale sur ce thème en mettant en œuvre de façon systématique et exhaustive une initiative de recherche interventionnelle.

L'adolescent en crise aux Urgences

Olivier Richer,
Pédiatre,
olivier.richer@chu-bordeaux.fr
Matthieu Le Mentec,
infirmier psychiatrique de liaison
Carole Bachelet ,
Pédopsychiatre
pedopsyliaison@gmail.com

Service d'urgences, Département de pédiatrie, Hôpital des Enfants CHU Bordeaux

Définir ce qu'est une crise pour un adolescent :

a. Définition/ étymologie :

Vient de crisis en latin médiéval ce qui signifie manifestation violente, brutale. Mais le premier sens vient du grec Krisis qui signifie jugement, décision.

On peut donc extrapoler qu'une crise s'associe à une modification brutale nécessitant des changements (c'est le moment ou jamais)

b. Adolescent et « crises »

- i. Adolescent avec maladie chronique médicale déséquilibrée de manière brutale pour des raisons organiques, psychologique (ou psychiatrique) ou sociale
- ii. Manifestation brutale d'une pathologie organique liée à une intoxication
- iii. Expression aiguë d'une pathologie psychiatrique connue
- iv. Expression aiguë d'une pathologie psychiatrique inconnue
- v. « crise » dans le cadre d'une problématique psycho-socio-familiale

Comment accueillir un adolescent en « crise »

- c. D'abord reconnaître la crise
- d. Empathie mais fermeté (droits / devoirs)
- e. Contention physique dans le sens du lieu : pièce fermée
- f. Evaluation médicale toujours nécessaire en premier lieu

Le discours avec l'adolescent

Rôle des parents (et/ou tuteurs)

ATELIER 2 : La Prévention et le repérage du décrochage

Un auto-questionnaire de repérage du refus scolaire anxieux

Marie GALLE TESSONNEAU

Psychologue

marie.galle-tessonneau@u-bordeaux.fr

Les causes de l'absentéisme scolaire sont multiples mais certains enfants manquent l'école car elle suscite chez eux une angoisse trop importante. Les services de pédopsychiatrie et les établissements scolaires sont confrontés à ces adolescents « phobiques de l'école » et à leurs parents. C'est un phénomène complexe et multiforme qui peut avoir des conséquences graves au niveau familial, professionnel et sur le fonctionnement psychique de l'adolescent (Kearney, 2008; King & Bernstein, 2001; McCune & Hynes, 2005). La reconnaissance précoce est importante car le pronostic dépend en partie de la rapidité de la prise en charge (Okuyama, Okada, Kuribayashi, & Kaneko, 1999). Cependant, le refus scolaire anxieux est un objet encore mal défini, ce qui entrave sa prise en charge et la reconnaissance du phénomène par l'ensemble des partenaires. A ce jour, il n'existe pas d'outil commun aux différents professionnels pour aider au repérage précoce du refus scolaire anxieux.

Une étude en psychopathologie utilisant une approche intégrative et une méthodologie mixte (qualitative et quantitative), a été menée en partenariat avec des collèges du département de la Gironde et des services de pédopsychiatrie. Cette étude a permis de développer un modèle de repérage et d'aide aux entretiens auprès des adolescents. Il indique une organisation en 4 grands thèmes qui correspondent aux lieux de manifestation du refus scolaire anxieux : ce qui s'observe à l'école (aller à l'école, interours, classe et forme d'absentéisme), ce qui est en lien avec la vie quotidienne et familiale (dynamique quotidienne, scolarité), des éléments correspondant au domaine de la santé (caractéristiques médicales et vulnérabilité psychologique) et des éléments en lien avec la socialisation secondaire (déficit dans les relations avec les pairs et manque de contacts sociaux). Ce modèle est disponible auprès de l'auteur. Un auto-questionnaire de repérage du refus scolaire anxieux au collège a également été créé : la SCREEN (School REfusal EvaluatioN). Ce questionnaire, composé de 18 items, qui est encore en cours de validation montre déjà de bonnes qualités psychométriques (sensibilité de .83 et spécificité de .89 ; alpha de Cronbach de .84). Il sera prochainement disponible auprès de l'auteur. Ce modèle, ainsi que le questionnaire, peuvent être utilisés dans les établissements scolaires comme dans les services de soins, à des fins de recherche ou dans le cadre d'une pratique clinique et lors de l'accompagnement des adolescents et de leur famille

Kearney, C. A. (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 451-471.

King, N. J., & Bernstein, G. A. (2001). School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry*, 40(2), 197-205.

McCune, N., & Hynes, J. (2005). Ten year follow-up of children with school refusal. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 22(2), 56-58.

Okuyama, M., Okada, M., Kuribayashi, M., & Kaneko, S. (1999). Factors responsible for the prolongation of school refusal. *Psychiatry&Clinical Neurosciences*, 53(4), 461-469.

Le rôle du chef d'établissement

Olivier GREZES

Principal de Collège

olivier.grezes@ac-bordeaux.fr

La prévention du décrochage scolaire repose sur la mise en œuvre de plusieurs actions. Tous les acteurs de l'école sont concernés.

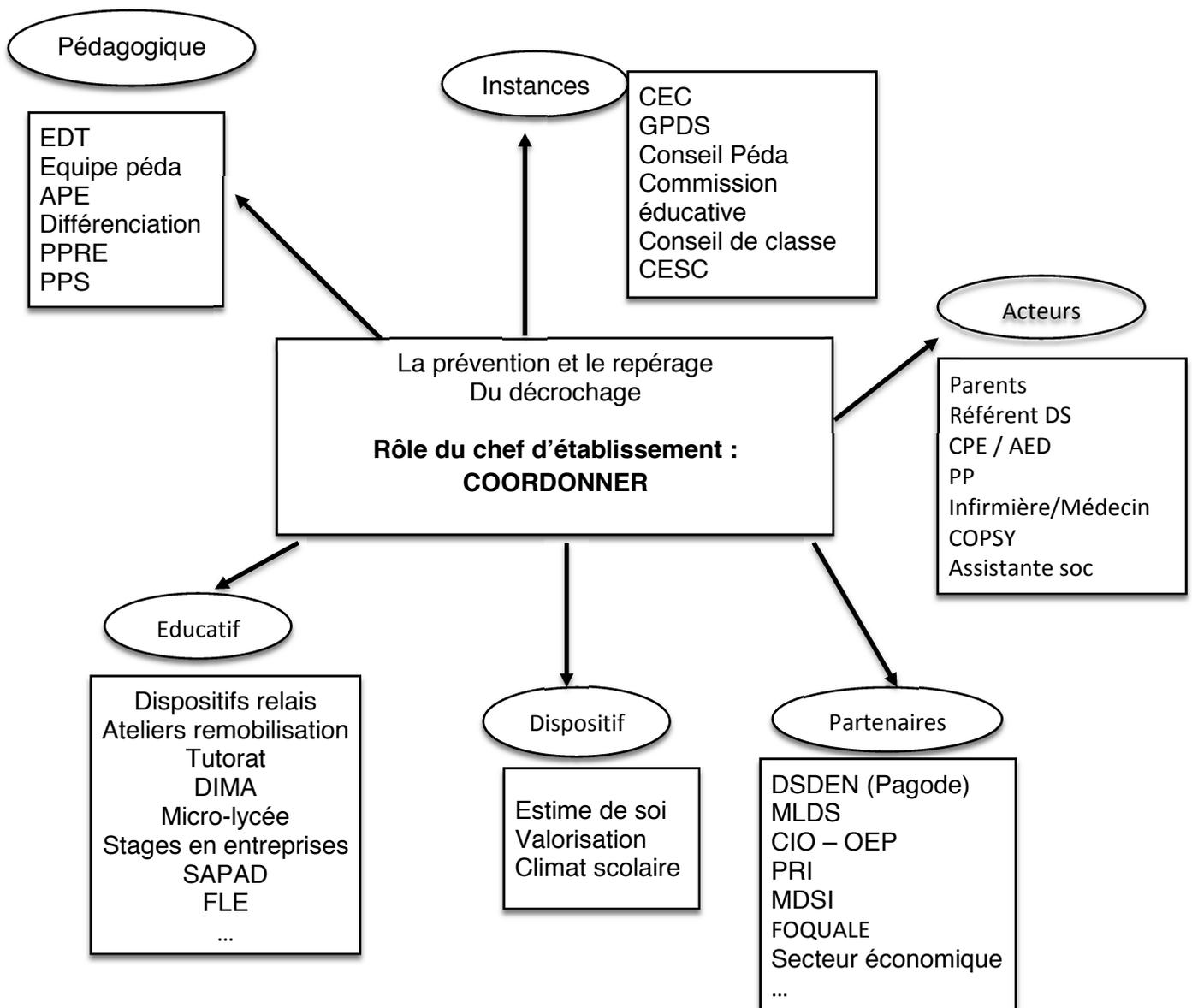
Le rôle du chef d'établissement est essentiel, il est garant de la mise en œuvre d'une politique de prévention aux travers des mesures adaptées à chaque élève.

Il est indispensable de comprendre la situation d'un élève afin de coordonner l'action éducative qui doit être menée pour qu'il puisse se raccrocher à sa scolarité.

Les cas d'élèves décrocheurs doivent être étudiés dans les instances appropriées et avec les personnes ressources en capacité d'agir sur ce décrochage.

La prévention passe par l'identification et la prise en charge des élèves en difficulté scolaire, sociale, comportementale, démotivés, absentéistes et /ou en situation de rupture.

Le chef d'établissement articule l'ensemble des outils, des dispositifs et met en cohérence les acteurs et les partenaires.



Décrochage et dépression. Dépister, puis caractériser le mal-être des ados en consultation de médecine générale

Pr Philippe Binder

Département de médecine générale Poitiers. philippe.binder@orange.fr

La rencontre : Moins de 8 % des consultations des adolescents ont un motif psychologique. L'état dépressif en est un très exceptionnel. En effet, le médecin généraliste est perçu par les jeunes comme un somaticien ou comme un médecin de famille allié aux parents. Pour se confier, l'adolescent a besoin de se sentir en confiance, car l'échange avec un adulte sur des sujets psychologiques est vécu comme intrusif et menaçant. Deux situations amènent le médecin à caractériser des troubles dépressifs : soit l'inquiétude manifestée en consultation par un ou les parents en présence ou absence de l'adolescent, soit après un dépistage positif lors d'un motif banal. Dans tous les cas, l'approche nécessite de préparer un environnement favorisant l'expression puis de caractériser l'état dépressif.

Lors de la demande de tiers, il n'y a pas lieu de se précipiter sur un rendez-vous avec l'adolescent seul non demandeur. Il se repliera davantage. Il est plus prudent de demander aux parents (si possible tous les deux) de revenir avec le jeune avec la seule consigne de seulement les accompagner. Lors de cette visite, le médecin généraliste fait reformuler aux proches leurs craintes puis s'adresse à l'ado pour savoir ce qu'il pense de l'inquiétude de ses proches. Il peut ensuite lui proposer un entretien spécifique. Si, lors de la consultation initiale, l'adulte exprime ses inquiétudes en présence de l'adolescent, l'approche est la même mais la suite sera toujours organisée sur un rendez-vous spécifique.

En l'absence de demande, le médecin généraliste profite d'une consultation banale pour aborder l'état psychologique du jeune. Il n'existe pas de test de dépistage de la dépression mais un outil a été validé pour dépister la problématique suicidaire : le test TSTS-cafard¹ et sa version actualisée, le BITS (encadré 1). Ce sont des questions simples pouvant être glissées dans tout entretien.

Evaluer la gravité

Il existe plusieurs outils pour diagnostiquer un épisode dépressif caractérisé, mais un seul a été validé en français chez l'adolescent: la grille ADRSp (encadré 2)². En cas d'allusions au suicide, on peut aussi caractériser son niveau d'élaboration. (échelles SSI et SIS de Beck ou RSD de Ducher).

On remarquera que le rapport au travail scolaire est présent dans les deux tests.

Pour aller plus loin , et revoir le TSTScafard consulter le site <http://www.medecin-ado.org>

(1) Binder P, Chabaud F. To detect teenagers' suicide behaviour (II). Clinical audit among 40 general practitioners. Rev Prat 2007; 57: 1193-1199.

(2) Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I and Falissard B. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. BMC Psychiatry 2007, 7:2

B.I.T.S.

Quatre questions suffisent avec des réponses en 2 temps :

Brimé	as-tu été récemment maltraité ou Brimé à l'école y compris par téléphone ou Internet ?
	en dehors de l'école ?
Insomniaque	as-tu souvent des troubles du sommeil
	des cauchemars ?
Tabagique	fumes-tu du Tabac ?
	tous les jours ?
Stressé	te sens tu Stressé par le travail scolaire ou par l'ambiance familiale
	par les deux ?

Une réponse positive à la 1^o partie de la question cote 1 point, à la seconde partie 2 points.
On retient pour chaque thème la cotation la plus élevée.

A.D.R.S.p

Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail	Vrai	Faux
J'ai du mal à réfléchir	Vrai	Faux
Je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment	Vrai	Faux
Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien qui m'amuse	Vrai	Faux
Ce que je fais ne sert à rien	Vrai	Faux
Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir	Vrai	Faux
Je ne supporte pas grand-chose	Vrai	Faux
Je me sens découragé	Vrai	Faux
Je dors très mal	Vrai	Faux
A l'école, au boulot, j'y arrive pas	Vrai	Faux

Le score est déterminé par le nombre de réponses vraies. 3= dépression clinique - 4= dépression DSM4

Dans les deux tests : Atteindre 3 points caractérise la possibilité d'idée suicidaire dans l'année ou de tentative de suicide dans la vie avec une sensibilité et une spécificité de : 71%, 68% pour le TSTS et 75%, 70% pour le BITS

ATELIER 3 : Apprendre autrement

Les Jeux vidéo comme alternatives pédagogiques et thérapeutiques

Yann LEROUX,
Docteur en Psychologie
yann.leroux@laposte.net

MOTS CLÉ : conditionnement, apprentissage, jeu vidéo, jeux sérieux

Considérés d'abord comme un passe-temps futile, puis comme une activité susceptible de susciter des comportements violents ou addictifs, les jeux vidéo sont aujourd'hui mieux compris. Une nouvelle vague de recherche a montré que les jeux vidéo peuvent être des alternatives pédagogiques et thérapeutiques. Les jeux vidéo sont des tuteurs d'apprentissages parce que leurs mécanismes suscitent la mémorisation des gestes, des espaces et des histoires.

Plusieurs théories permettent d'associer le jeu vidéo et l'apprentissage. Elles partent de l'idée qu'il est un processus continu produit par des interactions avec l'environnement. La théorie de l'apprentissage et du conditionnement met l'accent sur le couple stimulus-réponse, la théorie de l'apprentissage situé se focalise sur le contexte et la théorie constructiviste se centre sur les interactions sociales.

L'intense intérêt des enfants et des adolescents pour les jeux vidéo a conduit les soignants à s'y intéresser. L'utilisation des jeux vidéo comme distracteurs pendant les soins est maintenant bien documentée. Dans le domaine de l'information médicale, les jeux vidéo ont également été mis à contribution avec succès. Les patients profitent de l'effet facilitateur des jeux vidéo sur les apprentissages pour mémoriser plus facilement l'information sur le traitement qui leur est donné et mieux comprendre son effet. Les jeux vidéo ont également servi de cadre à la formation de personnel médical et para-médical dans des domaines aussi divers que la chirurgie et la gériatrie.

Les psychothérapeutes se sont intéressés aux jeux vidéo pour deux raisons. La première est que les jeux vidéo sont des espaces de projection pour le joueur. Ses goûts, sa manière de jouer, ses réactions devant le succès ou l'échec, ce qu'il est prêt à sacrifier au plaisir, ou encore son incapacité à jouer son autant d'éléments d'information pour le psychothérapeute. Le jeu vidéo permet également de saisir l'écologie des relations des membres de la famille ainsi que leur relation au plaisir, aux règles et au travail. Les jeux vidéo sont également utilisés comme médiateurs dans plusieurs dispositifs thérapeutiques. Les thérapeutes cognitivistes les utilisent comme dispositifs d'immersion pour traiter des troubles anxieux, phobiques ou des troubles alimentaires. Les thérapeutes psychodynamiciens utilisent les jeux vidéo comme facilitateur de l'expression et comme révélateurs de la vie inconsciente et

imaginaire.

Les jeux vidéo peuvent être utilisés dans des dispositifs pédagogiques et thérapeutiques. Ils ne remplacent pas les dispositifs existants mais apportent de nouvelles opportunités d'apprentissage et de soin. Leur utilisateur s'appuie sur l'engagement qu'ils provoquent et la facilitation qu'ils apportent aux apprentissages. Ils sont utilisés dans le cadre de la formation professionnelle, de l'information donnée au patient. Dans le cadre psychothérapeutique, ils sont utilisés comme dispositifs d'immersion ou d'expression de soi.

- L'HER, Erwan, and Yvon CROGUENNEC. "Développement et utilisation des serious-games en santé." Jones, Elizabeth, and Renatta M Cooper. *Playing to get smart*. Teachers College Press, 2006.
- BERRY, Vincent. "Jouer pour apprendre: est-ce bien sérieux? Réflexions théoriques sur les relations entre jeu (vidéo) et apprentissage." *Canadian Journal of Learning and Technology/La revue canadienne de l'apprentissage et de la technologie* 37.2 (2011).
- LEROUX, Yann *Mon psy sur Internet*. 2014

Témoignage sur l'action menée au collège expérimental Clisthène

Pierre-Jean MARTY

Principal du collège

pierre.marty@ac-bordeaux.fr

ACTION de CLISTHENE sur ce sujet : une action essentiellement préventive.

Les TROIS AXES du PROJET :

- Susciter l'intérêt de l'élève** et lutter ainsi contre la démotivation et l'échec scolaire ;
- Prévenir** efficacement et effectivement la **violence** ;
- Faire un **apprentissage véritable de la démocratie**.

Préambule : Le principe de mixité (de genre, d'origine sociale, pour l'inclusion scolaire). Bâtie en amont sur le modèle du « libre choix régulé » - où la volonté des familles d'inscrire leurs enfants dans une école « autre » s'imbrique dans un cadre plus global qui permet l'expression d'un intérêt plus général, ici la mixité sociale et l'hétérogénéité scolaire – cette mixité permet de rendre plus efficace les actions menées dans le sens de la prévention primaire et secondaires du décrochage scolaire.

A- PREVENIR par la PEDAGOGIE

Par la **réorganisation du temps scolaire** pour diversifier les formes d'apprentissage :

- un emploi du temps qui tient compte des rythmes biopsychologiques (le temps mobile et annualisation, temps scolaires centrés sur les pics de vigilance 10 h 30 – 11 h 30 ; 15 h 30 – 16 h 30) ;
- L'importance du temps d'accueil (8 h 20 – 8 h 50) comme sas anxiolytique entre le dehors et le dedans ;
- Le principe des trois tiers temps pédagogiques pour diversifier la pédagogie, mobiliser et évaluer plusieurs formes d'intelligence, s'adapter à tous les élèves et susciter l'intérêt : cours disciplinaires, interdisciplinarité, ateliers.

Par des stratégies pédagogiques différentes et différenciées qui se traduisent par un double décloisonnement :

- pour rendre **l'élève acteur de ses apprentissages** : Travail de Groupe d'Apprentissage (TGA), pédagogie différenciée (évaluation diagnostique, différenciations successive et simultanée des séquences pédagogiques, remédiation), Temps choisi, utilisation des rôles pédagogiques au sein de la classe ;

- **« Faire des gammes »**

Les systèmes éducatifs les plus efficaces et les plus justes scolairement parlant privilégient comme cibles à la fois l'élève (individualisation) et le groupe (cohorte, classe, besoin), la variable d'ajustement étant la gestion de l'hétérogénéité des publics scolaires. Ces systèmes éducatifs vont au bout de la logique de l'école unique et constitue « la forme la plus moderne de l'esprit compréhensive ». Pour réussir la construction authentique du socle commun, il faut compléter les apprentissages magistraux par des temps de travail par compétences, « faire des gammes », qui s'appuient sur la pédagogie différenciée, une plus grande diversité

des formes d'évaluation. Un décloisonnement des niveaux s'opère alors pour permettre ce type d'apprentissage permettant de répondre au mieux aux besoins de chacun des élèves et d'individualiser leur progression personnelle. Il s'agit alors de faire vivre un principe d'équité scolaire.

- **« Donner du sens ».**

D'abord, par l'interdisciplinarité (projets, Semaines InterDisciplinaires). Ce sont des temps de respiration et de construction du complexe où se consolident les fondamentaux et se travaillent d'autres compétences et d'autres formes d'intelligence (interpersonnelles).

Par une approche par pôles : humanités, langues vivantes, sciences. L'exemple de l'EIST est emblématique de cette volonté de défragmenter l'enseignement des sciences par l'approche expérimentale dispensée par un seul professeur (au lieu de trois) sur le temps de la charnière école primaire (CM) – collège (6ème et 5ème). Celui de l'enseignement renforcé des langues dans un cadre de globalisation des horaires et d'une deuxième LV dès l'entrée au collège.

B- PREVENIR par un CLIMAT d'établissement serein où le traitement de la violence se fait à l'échelle de l'établissement et implique la totalité de l'équipe/communauté

Grâce à la régulation de l'équipe adulte :

- qui définit un **cadre** légitime, rigoureux et clair, dont les décisions sont **collégiales**, qui assure une bonne **communication** interne et externe (élèves, familles, extérieur...) et qui veille à l'harmonisation de la mise en œuvre des décisions.

Par le développement du sentiment d'appartenance

- Grâce au **groupe de tutorat** qui constitue un espace privilégié de sécurité, d'écoute, de dialogue, facilitant l'intégration à l'établissement ;
- Grâce aux **rôles éducatifs** : rôles d'animation, d'entraide et d'écoute, trimestriels (délégué de GT, de classe, membre de l'agora, « ange-gardien ») pour organiser la vie sociale de la structure, valoriser les compétences traditionnellement délaissées, s'aguerrir et gagner en confiance...

Le principe de coéducation

- **Travail important mené en coopération avec les parents.** Parce que la réussite éducative – et scolaire a posteriori – s'appuie sur un discours et des actes basé sur un socle cohérent partagé de valeurs où chacun est conscient de ses responsabilités respectives et joue son rôle dans un cadre légitime, clair et bienveillant.

- **Des moments formels** (rendez-vous, Conseil Consultatif de Clithène) et **informels** (repas, temps d'accueil, pôle « un parent, un métier ») de rencontre et d'échanges avec les parents pour communiquer, s'accorder et présenter une action concertée et cohérente aux adolescents.

- 1 *Voir le site de Clisthène : www.clisthene.org/*
- 2 *Selon la typologie des modes de recrutement des élèves définie par Nathalie MONS (Les nouvelles politiques éducatives) – Ce modèle est celui des pays nordiques (Finlande).*
- 3 *De manière institutionnelle, l'équipe entière participe à la réunion hebdomadaire de 2 h 15 au cours de laquelle tous les aspects de la vie de la structure sont discutés (emploi du temps, organisation, pédagogie, éducatif...).*
- 4 *Groupe de tutorat ou GT : 12 élèves de tous niveaux (6ème, 5ème, 4ème, 3ème) sous la responsabilité d'un tuteur adulte de la structure qui sera le référent et l'interlocuteur privilégié entre les élèves, les collègues, la famille.*

La transmission en classe relais

Catherine THOMAS
cat-thomas@wanadoo.fr

L'individualisation de l'échec scolaire a confronté ces jeunes à des séances de remédiation, de compensation qui évacuent la dimension du sujet. Comme ils ont échoué, ils se présentent sur le mode du refus, refus du savoir et de l'autorité. Pour tenir les deux fils du pari de l'institution « resocialiser par le biais de la scolarisation », il y faut une orientation, dont voici quelques éléments.

La socialisation n'est pas un préalable, elle est au cœur des apprentissages. « *La motivation est envisagée comme faisant partie du dispositif didactique au lieu de la présupposer. Elle passe du côté de l'objet du savoir (à rendre désirable) plutôt que du côté du sujet (à exiger disponible)* » Jean Pierre Astolfi

Pour apprendre, il faut accorder du crédit à celui qui enseigne d'où l'importance du transfert.

La langue est opaque source de malentendu. Prendre en compte l'ambiguïté fondamentale du langage, l'élève comme l'enseignant y étant soumis.

Présence et désir de l'adulte : Le désir d'être là avec eux, désir décidé, Ça contamine le désir, de vivre, d'être un sujet. Pour l'enseignant, il s'agit d'être attentif au hic et nunc, pour rendre possible un effet de sujet pour l'un ou pour l'autre des élèves quand l'occasion s'en présente, cela implique une forme de courage, du risque et de l'invention.

Le surmoi est contraignant, l'idéal du moi exaltant. « *Tous les élèves, en difficulté scolaire ou non se posent des questions théoriques et métaphysiques, mais c'est en dehors de la classe parce qu'ils en perçoivent peu de traces à l'intérieur.* » Bernard Charlot

Il faut donc parier sur le complexe, déscolariser les savoirs, les lester, parier sur le complexe « *Ce n'est pas le chemin qui est difficile, c'est le difficile qui est chemin* ». Simone Weil

ATELIER 4 : Apprendre autre chose

Le dispositif « D.I.M.A. » Dispositif d'Initiation aux Métiers en Alternance

Didier VALDES didier.valdes@artisanat-aquitaine.fr

Directeur adjoint du CFA de la Chambre de Métiers de la Gironde

Le DIMA c'est quoi ? Une année pour :

- Apprendre autrement.
- Découvrir l'alternance Entreprise et CFA (Centre de formation d'apprentis)
- Découvrir des métiers et élaborer son projet.
- Choisir sa formation en apprentissage la plus appropriée.

Le DIMA pour qui ?

- Pour les jeunes âgés de 15 ans issus de classe de 4^{ième}.
- Pour les jeunes qui expriment un projet de formation en alternance.
- Au cours de l'année en DIMA le jeune est sous statut « scolaire ».

On peut pointer que la grande majorité de ces jeunes ont voulu « fuir » leur collège, rejetant l'enseignement qui y est pratiqué (du moins dans sa forme). Ces jeunes sont également majoritairement suivis par divers services sociaux.

Le DIMA pour y faire quoi ?

- Des enseignements généraux afin de préparer le CFG (Certificat de Formation générale : niveau 2 de compétences en lien avec le socle de base)
- Des activités liées à la Découverte des Métiers, afin de découvrir les différents métiers préparés à l'Institut des métiers, mais aussi dans les autres CFA. Ceci afin que le jeune dispose des éléments de construction de son projet.
- Des travaux concernant la recherche de stage, la communication téléphonique et l'expression orale.
- Des stages en Entreprise et des intégrations dans des sections « CAP » afin de découvrir la « vraie vie d'un apprenti ».
- Des activités

Avec quel encadrement ?

- Une équipe pédagogique composée d'enseignants, d'une responsable administrative, d'un professeur principal, d'une psychologue. Toute cette équipe se coordonne en privilégiant une pédagogie du projet visant l'autonomie et la responsabilisation de chaque jeune.

Le bilan de la première année de fonctionnement

- A l'issue de la première année de fonctionnement, 20 jeunes ont signés un contrat d'apprentissage et 2 jeunes ont réintégré la formation initiale en Lycée Professionnel.

LE DIMA est un dispositif national du Ministère de l'Éducation Nationale, son financement est assuré par le Conseil Régional les organismes qui accueillent un dispositif DIMA sont conventionnés par le Conseil Régional et validés par l'Éducation Nationale.

Pour connaître l'ensemble des lieux où un DIMA est proposé, il suffit de contacter l'Inspection Académique du département ou bien le conseiller d'orientation du collège où le jeune suit sa scolarité

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F232> .

La fondation des Apprentis d'Auteuil

C SAJHAU et P CHOUET

LES MAISONS FAMILIALES ET RURALES

Mr BLANCAND

**Le Comité d'organisation et tous les participants
remercient très vivement l'institution et les sociétés suivantes
qui ont aidé à la réalisation de ces journées**

