



Repérer et orienter les élèves en situation de souffrance psychique

VADEMECUM

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	3
DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	4
À propos de l'enfant	4
À propos de l'adolescent	4
UN CADRE PROTECTEUR POUR TOUS	6
Évaluer et repérer	7
1. Repérer précocement	7
2. Évaluer	8
3. Des temps d'échanges réflexifs entre professionnels, indispensables pour garantir la qualité de la démarche de repérage et d'évaluation	9
Orienter	9
1. S'entretenir avec l'élève avec discrétion et bienveillance	9
2. Partager l'information pour évaluer la situation	9
3. Rencontrer les parents	10
4. Adresser l'enfant ou l'adolescent vers une structure de prise en charge	11
DES SITUATIONS SPÉCIFIQUES	13
En cas de difficultés de l'élève en lien avec son environnement scolaire	13
En cas de situation relevant de la protection de l'enfance	14
En cas de doute ou de présomption de danger ou de risque de danger	14
En cas de danger grave ou imminent	14
Associer la famille	15
En cas d'urgence pour la santé	15
FICHES THÉMATIQUES DE REPÉRAGE	16
L'enfant	17
L'enfant en difficulté dans les apprentissages scolaires	18
L'enfant agité	20
L'enfant anormalement fatigué	22
L'enfant souvent absent	23
L'enfant présentant des plaintes somatiques	25
L'enfant triste	27
L'enfant qui s'isole	28
L'enfant en surpoids ou obèse	31
L'enfant dit étrange	32
L'adolescent	34
L'adolescent absent ou l'adolescent décrocheur	35
L'adolescent triste	38
L'adolescent qui exprime des idées suicidaires	39
L'adolescent perturbateur voire violent	41
L'adolescent amaigri	43
L'adolescent en surpoids	45
L'adolescent présentant des plaintes somatiques	47
L'adolescent en retrait	49
L'adolescent dit étrange	51
RESSOURCES UTILES	54

AVANT-PROPOS

Une école bienveillante et de la confiance est une école qui a le souci du respect de l'enfant, prend en considération ses besoins et vise à y apporter des réponses, en vue de sa réussite scolaire.

La bienveillance est un positionnement professionnel qui ne juge pas et s'inscrit dans le respect des différences. Cela se manifeste par des interactions qui prennent en compte la reconnaissance de l'autre et de ses besoins. L'adulte responsable doit privilégier l'adoption d'une posture d'autorité bienveillante en ayant à cœur l'intérêt de l'enfant. Ce positionnement promeut un environnement à la fois protecteur et qui stimule chaque enfant, en soutenant son développement et son épanouissement.

L'implication de l'ensemble des acteurs de l'école, dans le cadre de leurs missions et compétences respectives, est essentielle. Leurs actions relèvent de la promotion de la santé collective mais aussi du repérage et de l'orientation de jeunes en situation de souffrance psychique.

Toute approche d'un enfant ou d'un adolescent qui « ne va pas bien », ne peut se faire seul mais bien dans le cadre d'un travail d'équipe et en lien avec les instances ad hoc. Tous les acteurs éducatifs doivent être attentifs aux signes de souffrance psychique des enfants et des adolescents et peuvent être amenés à solliciter de l'aide auprès de personnes référentes pour trouver les moyens d'agir et d'orienter vers les structures adaptées.

Il s'agit de renforcer la liaison et la médiation, de permettre un repérage précoce des signes de souffrance psychique et de faciliter l'accès aux soins spécialisés. Les professionnels, destinés à travailler ensemble, chacun avec leurs compétences et spécificités particulières, pourront, avec le partage de leurs questionnements et réflexions, trouver la bonne distance autant avec l'enfant et l'adolescent qu'avec leur famille. Il convient que chacun agisse dans le domaine qui lui est propre.

Les actions engagées doivent s'inscrire dans le cadre :

- de la promotion de la santé, qui regroupe les actions menées en éducation, prévention et protection de la santé tout au long du processus éducatif, dans et en dehors de l'école ;
- du plan bien-être et santé des jeunes, qui poursuit notamment l'objectif de permettre aux professionnels de mieux identifier les signes de souffrance des enfants, adolescents ou jeunes adultes, et d'aider ces personnels à faire face à ces situations, par la mise à disposition de ressources d'accompagnement.

Ce vademecum est destiné à l'ensemble des personnels de l'éducation nationale. Il a pour objectif d'aider à mieux connaître et repérer les signes de souffrance psychique des élèves, dans le cadre d'une politique éducative globale visant à établir un environnement serein pour la réussite scolaire de tous les élèves.

Il n'est pas un précis de pathologie ni de psychopathologie. Son but n'est pas de conduire à un diagnostic mais de sensibiliser chacun à une attention particulière devant la manifestation de la souffrance psychique dans le cadre scolaire.

Il s'agit d'accéder à un essai de compréhension en évitant le simplisme des causalités ou des réponses univoques. Il s'agit donc de se garder de voir dans toute difficulté ou originalité du vivre, avec ou sans souffrance psychique apparente, une pathologie ou un handicap à identifier, normaliser ou compenser.

Ce vademecum répond à la démarche de développement d'une école bienveillante, qui associe l'ensemble de la communauté éducative à la mise en œuvre du bien-être de l'enfant et du jeune, sous la coordination des chefs d'établissement, des directeurs d'école et des inspecteurs de l'éducation nationale.

DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Le développement de l'enfant ou de l'adolescent est un processus complexe qui concerne à la fois le corps et le psychisme. Tout enfant ou adolescent peut connaître des difficultés.

Il n'est pas toujours aisé de distinguer d'un côté des conduites qui témoignent d'aléas mineurs du processus de développement et de l'autre des manifestations qui signent une souffrance psychique susceptible de s'inscrire dans la pathologie. La notion de souffrance psychique, relativement mal définie, est souvent évoquée sans en préciser le contenu.

Si la souffrance psychique peut s'exprimer à travers une diversité de comportements et de troubles, ceux-ci ne peuvent, en soi, être considérés comme des mesures fiables de cette souffrance. La souffrance peut être silencieuse, et il est un certain nombre d'élèves dont les comportements ne laissent pas apparaître qu'ils sont en difficulté. Dans une optique préventive et d'après la terminologie de l'organisation mondiale de la santé (OMS), il est important de renforcer les compétences psychosociales¹ des enfants et des adolescents pour qu'ils sachent formuler et comprendre que cela va mal. Il faut non seulement aider à identifier les petits signes mais aider à les formuler. Plus un jeune va mal, moins il sollicitera de l'aide.

Toute baisse des résultats scolaires doit être prise en compte comme un signe d'alerte. Pour autant les bons résultats ne sont pas un résultat, ni une garantie, de bien-être psychique.

À propos de l'enfant

À partir des années de maternelle, l'enfant se trouve peu à peu disponible pour de nouveaux intérêts, de nouvelles connaissances scolaires et extra scolaires, pour des activités intellectuelles, sportives et culturelles. Les premiers apprentissages scolaires sont investis. Les relations se diversifient et s'étendent à l'extrafamilial, occasions de nouvelles rencontres (enseignants, camarades...).

Au cours de l'enfance, les signes de souffrance psychique peuvent se manifester de façon bruyante (conduites d'opposition, besoin de confrontation, réactivation pulsionnelle en période pré-pubertaire) mais aussi de façon silencieuse (retrait, inhibition...). L'absentéisme scolaire est par ailleurs un signe qui doit alerter. Néanmoins, c'est surtout une période où il faut tenir compte des manifestations non gênantes pour l'entourage, comme pour l'institution, qui peuvent apparaître dans le domaine relationnel comme dans celui de la connaissance intellectuelle et scolaire.

À propos de l'adolescent

L'adolescent traverse une période de transformations physiques et psychiques durant laquelle son rapport à soi, aux autres et au monde se trouve modifié. Des adaptations sont nécessaires à cette évolution. Elles témoignent du processus d'adolescence et sont classiquement désignées par le terme de « crise ».

Il existe cependant des adolescents pour lesquels cette période crée une souffrance. La souffrance est une notion subjective qui peut s'exprimer à travers une diversité de comportements et de manifestations.

Les signes d'alerte sont multiples et non spécifiques, un même signe peut correspondre à un aléa du développement sans gravité (« crise »), à l'expression d'une fragilité qui est susceptible de favoriser le développement d'une pathologie ou à l'expression d'une pathologie déjà installée.

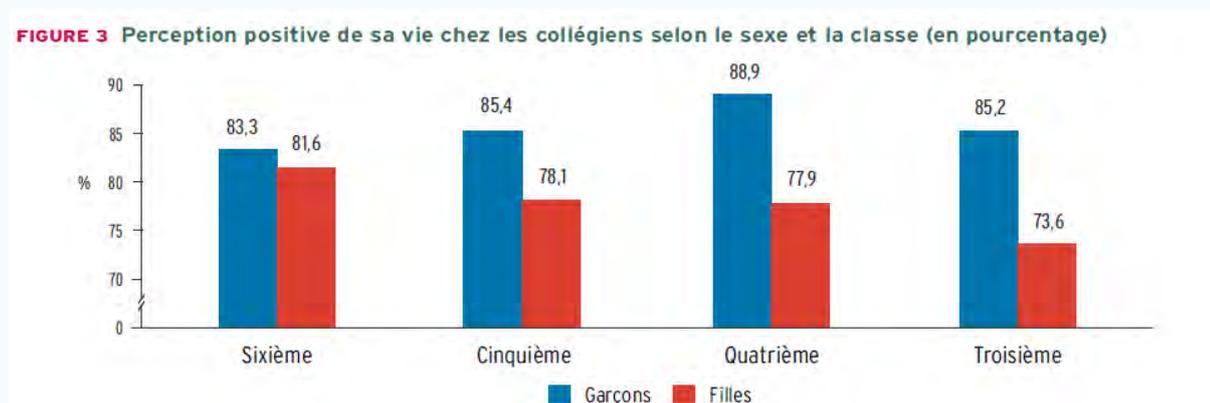
1. L'OMS définit les compétences psychosociales (CPS) comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. ».

Données HBSC 2014² et PISA 2015³

L'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* de 2014 (HBSC - enquête transversale conduite en classe auprès d'élèves de 11, 13 et 15 ans, par auto-questionnaire anonyme, tous les quatre ans depuis 1982, sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé) signale que parmi les collégiens, 81,9 % déclarent percevoir leur vie comme plutôt positive (score de Cantril ≥ 6), davantage les garçons que les filles (85,7 % vs 77,8 %).

Avec l'avancée dans la scolarité, la proportion des filles percevant leur vie comme plutôt positive diminue (81,6 % en 6e vs 73,6 % en 3e, $p = 0,005$), alors que cette proportion reste stable chez les garçons.

Perception positive de sa vie chez les collégiens selon le sexe et la classe (en %)



Le Programme international pour le suivi des acquis des étudiants 2015 (PISA) qui mesure le bien-être social des étudiants avec des questions sur le sentiment d'appartenance des élèves à l'école, l'exposition à l'intimidation et les relations avec les enseignants confirme la tendance et souligne l'influence des enseignants sur les conditions du bien-être de l'élève et le rôle des parents.

Il en ressort que les adolescents qui éprouvent un sentiment d'appartenance à l'égard de leur école et qui ont de bonnes relations avec leurs parents et professeurs sont susceptibles d'obtenir de bons résultats scolaires et d'être heureux.

Comme dans la majorité des pays de l'OCDE, en France, les garçons ont un niveau de satisfaction de vie plus élevé (de 0,5 points) que celui des filles et celles-ci en général ont déclaré un niveau d'anxiété plus élevé que les garçons.

2. <http://eduscol.education.fr/cid110121/parution-des-resultats-de-l-enquete-hbhc-sur-la-sante-des-collegiens.html>

3. <http://www.oecd.org/pisa/PISA2015-le-bien-etre-des-eleves-France.pdf>

UN CADRE PROTECTEUR POUR TOUS

L'école doit offrir aux élèves un cadre protecteur dont l'un des éléments fondamentaux est la présence d'une équipe éducative pluri-professionnelle travaillant en partenariat.

Un environnement et un climat scolaire sereins doivent être instaurés dans les écoles et les établissements scolaires pour favoriser les apprentissages, le bien-être et l'épanouissement des élèves et de bonnes conditions de travail pour tous.

L'accompagnement des élèves et de leur famille a pour objectifs :

- d'aider l'enfant à bien vivre cette période ;
- d'avoir conscience de l'importance de la socialisation, du plaisir de la découverte et de l'organisation de la pensée ;
- de soutenir les parents dans un investissement positif de leur enfant ;
- d'être attentif à l'enjeu scolaire et de ne pas réduire les problèmes de l'enfant à cet enjeu.

Au quotidien, ce sont les gestes professionnels et les postures qui, dans les actes pédagogiques et éducatifs, permettent de construire un cadre bienveillant.

Le référentiel de compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation⁴ précise que chacun doit agir en éducateur responsable et selon des principes éthiques et ainsi « accorder à tous les élèves l'attention et l'accompagnement appropriés [...], contribuer à assurer le bien-être, la sécurité et la sûreté des élèves [...et] contribuer à identifier tout signe de comportement à risque et contribuer à sa résolution ».

L'enseignant ou le conseiller principal d'éducation peut observer des premiers signes dans le cadre de son rapport quotidien avec les élèves. L'assistant de service social est à même d'apprécier le contexte socio-économique, relationnel et familial. Le psychologue concourt dans son champ de compétences au développement d'un environnement favorable au bien-être en milieu scolaire. Le médecin et l'infirmier sont les seuls habilités à rechercher les informations et antécédents de nature médicale.

La stigmatisation est un déterminant de santé mentale reconnu⁵ et entrave la demande d'aide. Il faut donc éviter d'utiliser tout terme ou dénomination pour désigner et par là même réduire la personne à un trouble.

La prévention et la lutte contre les jeux à risques

Depuis 2000, la prévention et la lutte contre les jeux à risques, dits « jeux dangereux » (de défi, d'agression et de non-oxygénation) est une préoccupation à long terme de l'éducation nationale afin de prendre en compte les fragilités et les vulnérabilités propres à la construction identitaire de l'enfant et de l'adolescent. La dimension potentiellement aggravante des réseaux sociaux renforce la nécessité d'une éducation à l'usage responsable des outils numériques.

4. Arrêté du 1^{er} juillet 2013 relatif au [référentiel des compétences des métiers du professorat et de l'éducation](#).

5. Santé publique France, *La Santé en action*, n°439 – mars 2017, « Promouvoir la santé mentale de la population »

Évaluer et repérer

1. Repérer précocement

L'expression des manifestations de souffrance chez les enfants et adolescents est très variée. Il est nécessaire de la connaître pour mieux l'identifier. Il convient non seulement de repérer les signes annonciateurs de souffrance, mais d'apprécier leur fonction dans la dynamique psychologique de l'enfance ou de l'adolescence.

Il s'agit essentiellement de toujours trouver la bonne distance pour une juste préoccupation, ni inquiétude excessive ni banalisation laxiste. Dans la communauté éducative, l'adulte « choisi » ne doit pas être le seul à intervenir, mais être en concertation avec les personnels de santé et de service social ainsi que les parents.

Ce repérage exige la prise en compte d'un nombre de facteurs importants, à côté de la seule difficulté en cause. La différence entre une angoisse normale et une angoisse pathologique, entre une déprime passagère et une dépression manifeste, entre une inhibition momentanée et un retrait affectif et social invalidant, etc. doit être sérieusement évaluée. Et avant toute démarche, il est important d'essayer de préciser où se situe le problème. De même, une rencontre avec les parents est une étape indispensable.

Au sein des établissements scolaires, la rencontre avec un enfant ou un adolescent qui souhaite « parler de ses problèmes » doit permettre à la personne qui le reçoit en première intention (infirmier, assistant de service social, psychologue...) d'apprécier autant que possible ce qui relève du développement et du pathologique, dans l'optique d'envisager la pertinence d'une rencontre avec le médecin, et le cas échéant, de contribuer à référencer les observations partagées par les professionnels et la famille entourant le jeune, au quotidien.

Ce que l'on voit

Des manifestations repérables

Elles se remarquent chez des élèves :

- qui perturbent la classe, arrivent en retard de façon répétée, sont souvent exclus de cours... ;
- opposants, agités, insolents... ;
- impliqués dans des pratiques de « jeux dangereux » et/ou violents, de harcèlement ;
- manifestant des comportements liés à des consommations de produits psycho-actifs ;
- présentant des marques corporelles (hématomes, scarifications, blessures d'origine imprécises...) ;
- exprimant des plaintes somatiques fréquentes, des signes de fatigue, des changements physiques (perte ou prise de poids) et/ou vestimentaires (négligence) ;
- demandant fréquemment à se rendre à l'infirmerie, etc.

Des manifestations moins visibles

Il peut aussi s'agir d'élèves présentant :

- une variation brutale des résultats scolaires (désinvestissement ou surinvestissement excessif) ;
- une altération de l'humeur (nervosité, irritabilité...) ;
- une hypersensibilité aux remarques des pairs ou des adultes ;
- des attitudes d'isolement, d'état de grande tristesse ;
- un comportement de retrait, d'évitement ;
- une recherche excessive de relation privilégiée avec un adulte ou, à l'inverse, un refus de communication.

Dans des lieux divers

C'est essentiellement en classe que ces manifestations peuvent être observées. D'autres espaces tels que la cour de récréation, le foyer des élèves, le restaurant scolaire, le terrain de sport, les abords de l'établissement sont aussi des lieux où les équipes éducatives peuvent repérer ces signaux de souffrance. Les vestiaires et les toilettes ne doivent pas être négligés.

Les activités comme les sorties ou les voyages scolaires sont également l'occasion d'observer certains comportements inhabituels.

La notion de changement, voire de rupture chez un élève, doit retenir particulièrement l'attention : les modifications de comportement, de sociabilité, d'investissement scolaire... peuvent en effet être les manifestations d'une difficulté ponctuelle ou le reflet d'une souffrance plus importante.

Ce que l'on entend

En dehors des temps de concertation formalisés, un établissement scolaire peut être un lieu où circulent de multiples informations, parfois fondées, mais parfois aussi portées par la rumeur. Il est difficile, et pourtant capital, d'estimer l'importance de ce qui a été dit, entendu, compris, pour adopter l'attitude qui convient et prendre les mesures adaptées afin d'aider l'élève en situation de souffrance.

Ce sont la qualité et l'origine des informations portées à la connaissance des personnels d'éducation ou des enseignants qu'il faut examiner pour déterminer les démarches à entreprendre.

Il peut s'agir :

- d'informations qui circulent entre les adultes de l'équipe éducative ;
- d'informations portées à la connaissance des adultes par un ou des élèves ou par leurs parents ;
- d'informations incidemment recueillies en tant que témoin ;
- de révélations de faits confiées « sous le sceau du secret ».

2. Évaluer

Il est primordial d'évaluer précocement les difficultés présentées afin de ne pas laisser l'enfant ou l'adolescent s'enfermer dans des comportements de plus en plus pathologiques.

La qualité des échanges entre l'enfant ou l'adolescent, les adultes qui l'entourent et les personnes ressources doivent permettre une prise en charge spécialisée et accessible chaque fois que nécessaire dans des délais appropriés. En effet, l'ambition est d'éviter des conséquences dommageables à terme chaque fois que possible.

Il ne s'agit donc pas d'étiqueter par des termes psychiatriques un jeune dès le premier signe d'alerte.

Les questions à se poser

- Dois-je m'inquiéter ?
- Dois-je partager cette confiance, cette information ?
- A qui en parler ?
- D'autres collègues en ont-ils déjà parlé ?
- Est-ce la première fois que je fais ce constat ?
- Avec qui partager cette révélation ?



Une règle à respecter : ne pas rester seul

À savoir

- Toute manifestation doit être placée dans un contexte ; elle constitue un clignotant et sa signification n'est pas univoque.
- L'association de plusieurs signaux d'alerte ou un faisceau d'informations doit faire réagir l'adulte qui n'est peut-être pas le seul à les avoir observés.

Ce qui doit alerter

- La répétition dans la durée des manifestations, leur intensité et leur fréquence.
- La rupture brutale par rapport au comportement habituel.

3. Des temps d'échanges réflexifs entre professionnels, indispensables pour garantir la qualité de la démarche de repérage et d'évaluation

Les élèves en difficulté sont d'abord des élèves qui mettent les adultes en difficulté (parents, personnel enseignant et d'éducation, etc.). Ceci doit inciter à une démarche d'analyse complète et complexe des facteurs en jeu, facteurs le plus souvent intriqués (éducatif, affectif, relationnel, social, médical...).

A l'attention des personnels de santé et de service social, qui s'exposent à la rencontre complexe avec les adolescents, il faut réaffirmer qu'un travail d'analyse des pratiques et du ressenti des professionnels, effectué en groupe, contribue à affiner la qualité de l'écoute et la compréhension des mécanismes psychiques en jeu.

Orienter

Dans toutes les situations décrites ci-dessous, le directeur d'école ou le chef d'établissement est informé de chacune des démarches engageant sa responsabilité.

« Il revient au **directeur** de veiller à la bonne marche de l'école et au respect de la réglementation qui lui est applicable.

Le directeur veille au respect du règlement intérieur par tous les membres de la communauté éducative, avec le concours de tous les personnels de l'école. »

(Référentiel métier des directeurs d'école - circulaire n° 2014-163 du 1-12-2014)

« En qualité de représentant l'Etat au sein de l'établissement, le **chef d'établissement** [...] prend toutes dispositions, en liaison avec les autorités administratives compétentes, pour assurer la sécurité des personnes et des biens [...] ».

« Il est responsable de l'ordre dans l'établissement. Il veille au respect des droits et des devoirs de tous les membres de la communauté scolaire et assure l'application du règlement intérieur ». (Art. R. 421-10 du code de l'éducation)

1. S'entretenir avec l'élève avec discrétion et bienveillance

Un échange spontané, non intrusif, constitue une première étape. Il témoigne de la préoccupation de l'adulte et donne la possibilité d'éclairer la situation.

Bienveillance et accompagnement, sans affect excessif, constituent des éléments essentiels de ce dialogue.

Durant l'échange avec l'élève, il est conseillé de :

- l'écouter, le laisser parler ;
- prendre sa parole en considération ;
- le rassurer, lui proposer de l'aide en signifiant qu'il sera peut être nécessaire de faire appel à ses parents ou/et à d'autres professionnels, voire de l'accompagner dans cette démarche ;
- préciser que, le cas échéant, le secret devra être levé pour apporter une aide plus efficace.

Il faut éviter de :

- transformer l'entretien en interrogatoire ;
- minimiser les faits ;
- se laisser enfermer dans le secret ;
- laisser une situation sans relais pour le jeune.

2. Partager l'information pour évaluer la situation

Afin de prévenir et traiter les situations, il est nécessaire que, dans l'établissement, soient organisés un cadre de travail et des procédures qui permettent à chacun d'intervenir selon son champ de compétences, de manière coordonnée, et en complémentarité avec les autres acteurs.

Il est indispensable, pour tous les membres de l'équipe éducative, de connaître :

- les modalités de partage d'informations et les dispositifs collectifs mobilisables pour prendre en compte la situation des élèves :
 - instances de concertation pour les situations individuelles : conseil des maîtres, conseil pédagogique, conseil de classe, cellule de veille, groupe de prévention du décrochage scolaire, commission éducative...
 - instances pour les actions collectives : conseil d'école, comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, commission hygiène et sécurité, conseil de vie collégienne, conseil des délégués pour la vie lycéenne, maison des lycéens... ;
- les personnes ressources et leurs rôles au sein de l'établissement : le livret d'accueil, la journée de pré-rentrée, les formations d'initiatives locales constituent des supports et des temps propices ;
- les partenaires et les modalités de travail avec ceux-ci.

Il s'agit d'évaluer la situation pour identifier si elle relève notamment :

- de difficultés de l'élève en lien avec son environnement scolaire ;
- d'une situation relevant de la protection de l'enfance ;
- d'une urgence en matière de santé.

Le bon usage de la confidentialité préside à ces échanges afin de :

- circonscrire le partage d'informations à ce qui est nécessaire pour traiter la situation ;
- préserver la relation de confiance avec l'élève.

3. Rencontrer les parents

Le contact avec les parents et/ou les responsables légaux est envisagé systématiquement, de manière immédiate ou bien différée, selon l'intérêt de l'élève. Ce contact pourra être pris de manière privilégiée dans le premier degré par :

- le directeur d'école ;
- l'inspecteur de l'éducation nationale ;
- l'infirmier ;
- le médecin ;
- le psychologue de l'éducation nationale ;
- l'assistant de service social.

Dans le second degré, par :

- le professeur principal ;
- le conseiller principal d'éducation ;
- le chef d'établissement ;
- l'infirmier ;
- le médecin ;
- l'assistant de service social ;
- le psychologue de l'éducation nationale.

L'accord des parents est indispensable pour communiquer entre médecins au sujet de leur enfant mineur. En cas d'information médicale à transmettre, seuls les médecins peuvent être habilités à communiquer entre eux.

L'adhésion de la famille, celle de l'enfant ou de l'adolescent lui-même, pour une orientation vers une consultation, sera facilitée par la cohérence du lien entre la structure scolaire et le secteur de soins, avec l'exigence constante du respect de la confidentialité, de la réflexion partagée.

Si malgré des demandes répétées, les parents ou les responsables légaux de l'enfant ou de l'adolescent ne répondent pas aux sollicitations de l'équipe de référence, il peut s'avérer indispensable, après une réflexion concertée, de mettre en œuvre les démarches nécessaires pour assurer la protection de l'enfant et de l'adolescent (par exemple, rédiger une information préoccupante – cf. « En cas de situation relevant de la protection de l'enfance » ci-après).

4. Adresser l'enfant ou l'adolescent vers une structure de prise en charge

Une approche initiale attentive, réfléchie, doit être réalisée avant tout adressage vers une structure de prise en charge, avec toujours en premier lieu l'objectif de créer les conditions pour recevoir le mieux possible la parole de l'enfant ou de l'adolescent.

Les personnels de l'école ou de l'établissement scolaire jouent un rôle de médiation avec les acteurs du territoire qui pourront prendre le relais sur les thèmes de la santé, de la santé mentale, de l'accompagnement de la parentalité. Pour cela, chaque établissement devra avoir identifié son réseau territorial pour que les personnels dont c'est la compétence soient en mesure de le contacter ou d'orienter l'élève et sa famille vers l'acteur adapté. Ces acteurs peuvent être :

- les points accueil écoute jeunes (PAEJ) ;
- les écoles des parents et des éducateurs (EPE) ;
- les médecins traitants ;
- les maisons des adolescents (MDA) ;
- les centres médico-psychologiques (CMP) ;
- les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ;
- les services spécialisés dans la lutte contre les conduites addictives, en particulier les consultations jeunes consommateurs (CJC).

La connaissance d'un recours de proximité permet aux référents de la communauté éducative de prendre le temps suffisant à une première évaluation, pour mettre en œuvre les différents outils qui existent au sein de l'éducation nationale.

Les parents peuvent également s'adresser aux professionnels du secteur privé (psychiatres, pédopsychiatres, psychologues...).

Les lieux d'écoute et de conseil

→ Les points d'accueil écoute jeune (PAEJ)

Les PAEJ sont des structures de proximité définies autour d'une fonction d'accueil, d'écoute, de soutien, de sensibilisation, d'orientation et de médiation, au contact des jeunes exposés à des situations à risque et de leur entourage adulte.

Le public accueilli est composé de mineurs et jeunes majeurs âgés de 16 à 25 ans confrontés à des difficultés sociales, psychologiques, éducatives, familiales, scolaires ou professionnelles.

→ Les écoles des parents et des éducateurs (EPE)

Les EPE proposent des actions diverses à destination des familles, des parents, des couples, des personnes de tous âges (animations, actions de prévention, consultations...).

Les services de santé mentale

De 0 à 18 ans (âge variable en fonction des structures), les équipes de secteur de pédopsychiatrie s'articulent autour de la fonction de pivot que joue le centre médico psychologique (CMP). Les CMP constituent les unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organisent des actions de prévention, de diagnostic et de soins ambulatoires sur un territoire donné.

Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) constituent l'autre interlocuteur majeur dans le dispositif de soins en faveur des enfants et des adolescents.

Les lieux d'évaluation globale et d'articulation

La maison des adolescents (MDA) est un lieu qui accueille les adolescents de 11 à 25 ans (l'âge dépend des structures). Elle s'adresse également à leurs familles et aux professionnels.

Ses missions sont :

- l'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation ;
- l'évaluation des situations ;
- la prise en charge médicale et psychologique ;
- l'accompagnement éducatif, social et juridique.

Les MDA sont les interfaces coordinatrices et ressources des dispositifs mis en œuvre dans le cadre du plan bien-être et santé des jeunes.

DES SITUATIONS SPÉCIFIQUES

En cas de difficultés de l'élève en lien avec son environnement scolaire

Une réflexion partagée entre les enseignants, le directeur d'école, l'inspecteur de l'éducation nationale (IEN), le psychologue et les personnels sociaux et de santé dans le premier degré et entre le chef d'établissement, le conseiller principal d'éducation, le professeur principal, les professeurs concernés, les personnels sociaux et de santé, le psychologue dans le second degré, est organisée afin de croiser les points de vue. Cette réflexion intègre le point de vue de la famille.

Il s'agit en particulier de distinguer ce qui relève d'une prise en compte individuelle de l'élève de ce qui relève de la gestion de classe :

- le suivi individuel sera déterminé en coordonnant les différentes interventions qui peuvent être d'ordre pédagogique, éducatif, social, psychologique, ou encore du domaine de la santé. Ce partage d'informations est réalisé dans le cadre d'instances de concertation mises en place dans l'établissement (équipe éducative, cellule de veille, commission éducative, groupe de prévention du décrochage scolaire, etc...) ;
- la prise en compte de la situation de l'élève dans la gestion de la classe n'est pas à négliger. Plusieurs pistes sont possibles :
 - mobiliser l'équipe pédagogique de la classe ;
 - rester vigilant sur le comportement de l'élève concerné dans la durée ;
 - rester en contact avec les autres membres de l'équipe éducative pour suivre l'évolution de la situation, et avec la famille en tant que de besoin ;
 - faire appel aux membres de l'équipe (conseiller principal d'éducation, infirmier, assistant de service social, médecin, psychologue) pour intervenir dans la classe sur une thématique en lien avec le problème soulevé. Faire intervenir si nécessaire un partenaire extérieur ;
 - si besoin, solliciter l'académie pour être accompagné par une cellule d'appui.

Un traitement global et une action à long terme sont des facteurs protecteurs essentiels pour un environnement favorable au bien-être au sein de l'établissement. Cela peut consister, pour les membres des équipes éducatives, à :

- être parties prenantes des actions éducatives menées dans le cadre du projet d'établissement, notamment les actions d'éducation à la santé et à la citoyenneté, d'éducation à la sexualité⁶, de prévention des conduites addictives⁷, de prévention et de lutte contre le harcèlement⁸ et les violences⁹ ;
- agir sur les facteurs favorisant un climat scolaire serein, par exemple :
 - adopter des stratégies pédagogiques en faveur de l'engagement et de la motivation des élèves ;
 - promouvoir le respect de soi et des autres ;
 - développer les pratiques de médiation (par exemple de médiation par les pairs), de coopération et de solidarité (clubs, formations des délégués, heures de vie de classe) ;
 - construire des relations de co-éducation avec les familles.

6. <http://eduscol.education.fr/pid23366/education-a-la-sexualite.html>

7. <http://eduscol.education.fr/cid46870/prevention-des-conduites-addictives.html>

8. <http://www.nonauharcèlement.education.gouv.fr>

9. <http://www.education.gouv.fr/cid2765/climat-scolaire-et-prevention-des-violences.html>

En cas de situation relevant de la protection de l'enfance

Un élève peut être en danger concernant sa santé, sa sécurité ou sa moralité ou quand les conditions de son éducation, de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont compromis ou en risque de l'être.

En cas de doute ou de présomption de danger ou de risque de danger

Tout personnel ayant un doute ou une présomption de situation de danger ou de risque de danger concernant un élève, après réflexion partagée au sein de l'institution, notamment avec l'assistant de service social, l'infirmier et/ou le médecin, le psychologue et le conseiller principal d'éducation, doit transmettre par écrit les éléments de la situation au président du conseil départemental.

Pour cela il adresse une information préoccupante à la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP). Cette cellule est placée sous la responsabilité du président du conseil départemental qui agit avec le concours de l'État et de l'autorité judiciaire ainsi que de ses partenaires.

La direction des services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN) prévoit les modalités de transmission des écrits dans le cadre des protocoles signés avec le président du conseil départemental et le procureur de la République.

Selon les protocoles départementaux signés entre le directeur académique des services de l'éducation nationale (DASEN) et le président du conseil départemental, les informations préoccupantes sont transmises :

- soit directement à la CRIP avec copie du document ou bordereau, pour information, à la DSDEN (DASEN ou/et conseillers techniques sociaux et de santé), dans le respect des règles de confidentialité ;
- soit à la CRIP, via la DSDEN (DASEN ou/et conseillers techniques sociaux et de santé), dans le respect des mêmes règles de confidentialité.

Une évaluation de la situation sera réalisée en vue de la mise en œuvre d'une mesure d'aide ou de protection.

En cas de danger grave ou imminent

Dans les cas où la gravité de la situation le justifie (danger avéré nécessitant une protection immédiate, victimes de violences avérées ou présumées...), il faut adresser un signalement au procureur de la République, avec copie à la cellule de recueil des informations préoccupantes.

Une mesure de protection judiciaire sera mise en œuvre, le cas échéant.

Dans le second degré, le chef d'établissement, responsable de la sécurité des personnes au sein de l'établissement, sera averti de la transmission d'une information préoccupante ou d'un signalement.

Associer la famille

Les parents ou responsables légaux sont associés à la réflexion dans le cadre habituel du dialogue avec les familles, autour des besoins et de l'intérêt de leur enfant, ainsi que sur les ressources qu'ils peuvent mobiliser. Ils sont avisés de la transmission des informations préoccupantes ou du signalement sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant (cas de violences intrafamiliales notamment).

Une obligation légale

Le code pénal réprime la non-dénonciation de crimes et de délits (article 434-1), ainsi que la non-assistance à personne en danger (article 223-6). Le fait de ne pas en informer les autorités administratives ou judiciaires peut être puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (article 434-3),

Le code pénal prévoit une obligation de signalement pour toute personne ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de moins de quinze ans (article 121-7),

Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs (article 40 code de procédure pénale).

En cas d'urgence pour la santé

Les manifestations mettant en danger la santé de l'élève doivent entraîner des réactions rapides. Elles nécessitent souvent une intervention en urgence dans le cadre des procédures établies au sein de l'établissement scolaire et selon le protocole des soins et des urgences. L'infirmier rattaché à l'établissement scolaire doit être immédiatement contacté.

Dans tous les cas, l'appel au SAMU centre 15 permet d'avoir accès à un médecin urgentiste qui donne la conduite à tenir. Cette procédure doit être connue par tous les membres de la communauté éducative. Il est indispensable que le directeur d'école et l'IEN ou le chef d'établissement soient informés de la situation.

A titre d'exemples :

- il peut arriver qu'un élève se présente dans l'établissement en état d'alcoolisation aiguë : au-delà de la signification psychologique de ce comportement, il ne faut jamais négliger les effets physiologiques d'une telle intoxication. Une surveillance attentive à l'infirmier doit être mise en place ainsi qu'une orientation vers le milieu hospitalier ;
- l'ingestion de médicaments peut se rencontrer : là encore, une évacuation vers le milieu hospitalier doit être systématique. Au-delà des soins immédiats que nécessite ce geste, une prise en charge psychologique est rapidement organisée pour une évaluation de la gravité de la situation ;
- de même, des manifestations désordonnées (l'élève parle tout seul, rit sans raisons, tient des propos incohérents) doivent conduire à une prise en charge rapide avec l'aide des personnels de santé de l'établissement.

En cas de nécessité, la transmission d'une information préoccupante au président du conseil départemental peut être envisagée, en lien avec les personnels sociaux et de santé, afin de mettre en place une mesure de protection.

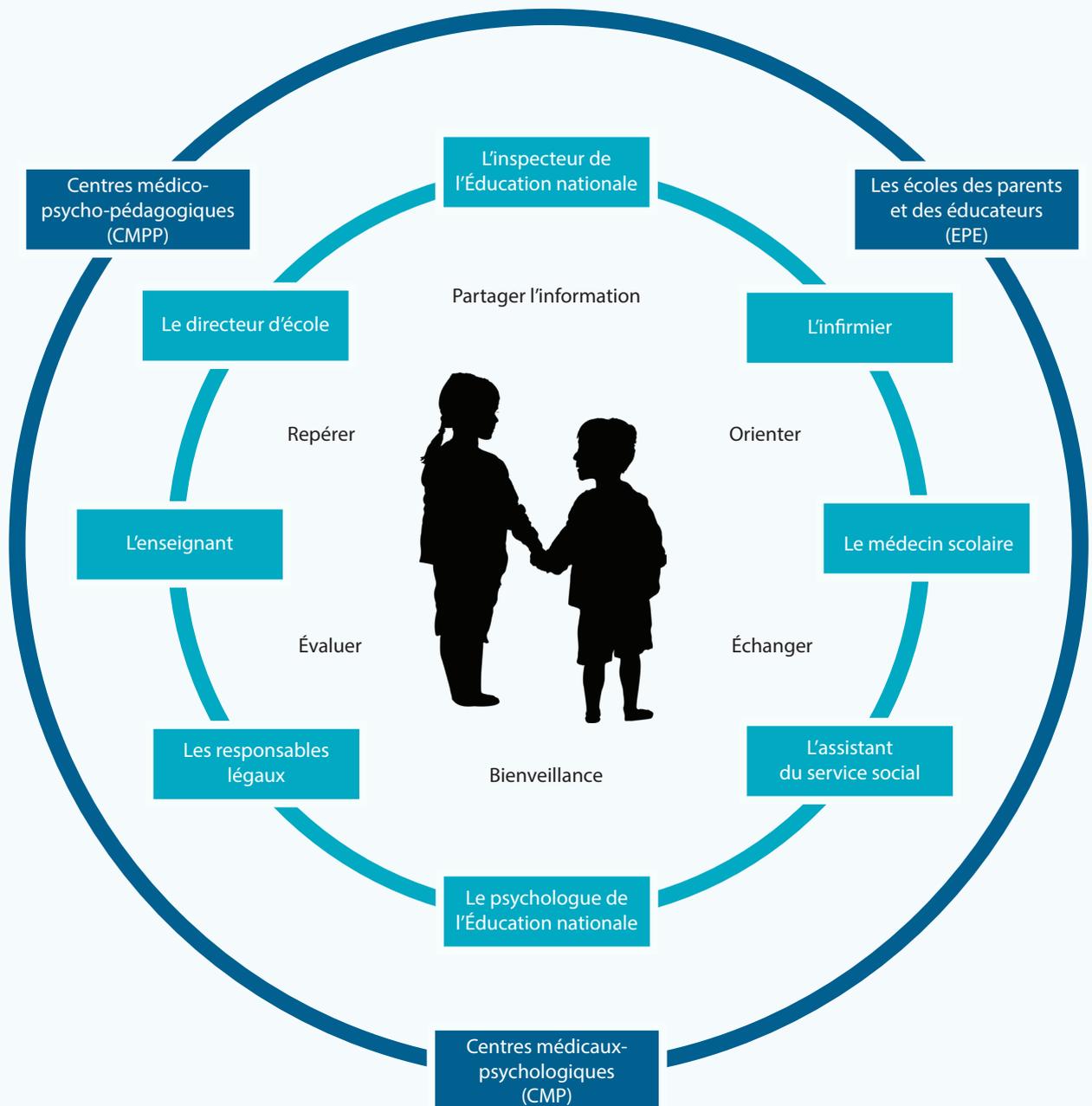
FICHES THÉMATIQUES DE REPÉRAGE

Chaque fiche thématique spécifie par manifestation une terminologie non psychopathologique et est construite autour des principes suivants :

- un signe isolé et temporaire ne constitue pas à lui seul un trouble de la santé ;
- les signes d'alerte sont toujours polysémiques et susceptibles d'interprétations variées ;
- certaines problématiques et manifestations sont présentes quel que soit le tableau clinique ;
- la parole de l'enfant ou de l'adolescent doit être entendue ;
- l'équipe de référence doit procéder elle-même à une première évaluation accompagnée d'une recherche d'informations auprès des parents.

Cet outil n'est pas conçu pour asseoir un diagnostic mais pour mobiliser des ressources.

L'ENFANT



L'enfant en difficulté dans les apprentissages scolaires

1. Description

Les apprentissages scolaires sont au carrefour du développement cognitif et psychoaffectif de l'enfant. Face à un enfant en difficulté scolaire, il faudra donc croiser ces deux approches pour comprendre le sens de ses difficultés. On distingue en effet les troubles des apprentissages liés à une indisponibilité psychique en rapport avec une affection psychopathologique (dépression, anxiété...) et les troubles spécifiques des apprentissages liés à des anomalies du neurodéveloppement (troubles du langage oral, troubles du langage écrit, troubles des coordinations motrices, troubles du calcul, Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité...).

2. Recueil d'informations

Des questions exploratoires sont nécessaires pour préciser le type de difficultés d'apprentissage :

- les difficultés scolaires existent-elles depuis toujours ou sont-elles d'apparition récente ?
- les difficultés scolaires s'expriment-elles dans tous les domaines ou dans des domaines spécifiques (acquisition de la lecture, écriture, calcul, géométrie...) ?
- les difficultés scolaires s'inscrivent-elles dans un tableau associant d'autres signes (difficultés de concentration, troubles du comportement, difficultés relationnelles avec les autres enfants, bizarreries...) ?
- les difficultés scolaires sont-elles constatées par l'ensemble des enseignants ?
- des difficultés d'apprentissages existent-elles en dehors du contexte scolaire ?

L'équipe enseignante pourra affiner l'observation :

- quelles sont les relations de cet enfant avec l'enseignant et le groupe de pairs ?
- comment se comporte l'enfant dans les situations d'apprentissage et en dehors des situations d'apprentissage (récréation, cantine ...) ?
- comment les parents réagissent face aux difficultés de l'enfant ?

Devant une situation qui s'installe malgré des mesures simples de réassurance et de soutien de l'enfant, l'enseignant rencontre les parents afin de les informer avec tact et délicatesse des inquiétudes de l'école en ayant en tête la souffrance de l'enfant et des parents dans ces situations. Il leur demande ce qu'ils en pensent et comment ils comprennent les difficultés de leur enfant.

Il leur propose que l'enfant rencontre la psychologue scolaire ainsi que le médecin scolaire afin de compléter l'évaluation des difficultés de l'enfant. Le médecin scolaire apportera son éclairage à la fois sur les aspects cognitifs et affectifs.

3. Conduite à tenir au cas par cas

Le fonctionnement psychique et intellectuel de l'enfant ne peut pas être réduit à des aspects cognitifs : l'estime de soi, la confiance en soi, l'angoisse ont un retentissement considérable sur les capacités d'apprentissage. Par ailleurs, un trouble cognitif et/ou instrumental peut entraîner chez l'enfant une blessure majeure de sa représentation qui augmente ses difficultés.

L'évaluation par le psychologue scolaire et la consultation du médecin scolaire sont donc très importantes car elles permettent d'explorer les représentations qu'a l'enfant de lui-même, sa confiance en lui, son plaisir à apprendre, son vécu d'échec, son vécu d'incompétence, son sentiment de décevoir l'enseignant, ses parents, son angoisse face aux évaluations, ses réactions émotionnelles (pleurs, tristesse, indifférence...). Il sera utile d'évaluer aussi le retentissement des difficultés dans le lien parents enfant et le lien avec ses pairs.

Par ailleurs, il faudra recenser auprès de l'élève et de ses enseignants, de possibles événements de vie en particulier dans les situations d'infléchissement des résultats :

- difficultés extérieures vécues par l'enfant : séparations dans la famille, changements de cadre de vie ... ;
- difficultés vécues au sein de l'école : stigmatisation, harcèlements... ;
- événements graves au caractère traumatique : négligence, carences, maltraitance.

Le médecin scolaire effectue un bilan médical devant des difficultés d'apprentissage, il évalue les difficultés de l'enfant et peut proposer une consultation ou un bilan spécialisé permettant d'évaluer ces troubles et leur éventuel caractère spécifique. Il peut orienter vers des aides adéquates et assure le suivi en milieu scolaire.

Le médecin scolaire, avec l'accord des parents, pourra prendre contact avec le médecin traitant pour accompagner les démarches de soins et pourra, le cas échéant, adresser l'enfant vers un service spécialisé de proximité (CMP, CMPP ...).

Il est indispensable d'envisager une évaluation précise de ces manifestations et il est important de modifier certaines pratiques. Ainsi,

- un enfant ne doit pas être adressé à un orthophoniste directement par l'enseignant, cette orientation est du domaine du médecin ;
- l'adressage au centre référent des troubles des apprentissages qui doit être réservé aux cas complexes, relève du médecin et ne s'effectue pas en première intention ;
- le travail en collaboration de l'ensemble des membres de l'équipe éducative doit permettre d'éviter que ne soit appelé « trouble » ce qui bien souvent se révèle être une difficulté ;
- en fonction de l'évaluation un Plan d'Accompagnement Personnalisé pourra être proposé ;
- la constitution d'un dossier auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ne peut s'envisager que dans certaines situations qui ont bénéficié d'une évaluation pluridisciplinaire et ne doit pas être proposée en première intention.

L'enfant agité

1. Description

Nombreux sont les enfants qui ont du mal à rester assis pendant la scolarité. Quand l'agitation devient très importante, la notion de troubles de comportement est alors souvent évoquée.

Attention tout enfant agité ne présente pas une hyperactivité. L'hyperactivité est un diagnostic médical qui est associé à l'existence de difficultés attentionnels.

On distinguera donc l'agitation secondaire à :

- un manque de motivation pour les apprentissages scolaires. L'enfant considère qu'il connaît déjà le plus important et ne souhaite pas se confronter au risque de ne pas savoir, ce qu'il vit comme humiliant ;
- des difficultés d'apprentissage ;
- des troubles du sommeil et des difficultés éducatives ;
- des difficultés psychologiques : dépression, troubles anxieux ;
- des troubles du développement : trouble du spectre de l'autisme ;
- un trouble du déficit de l'attention compliqué ou non de trouble oppositionnel.

2. Recueil d'information

L'équipe pédagogique et éducative recherche :

- si l'agitation existe depuis toujours ou si elle est d'apparition récente ;
- si l'agitation s'exprime dans tous les domaines ou dans des domaines spécifiques (acquisition de la lecture, écriture, calcul, géométrie...) ;
- si l'agitation s'inscrit dans un tableau associant d'autres signes (difficultés de concentration, troubles du comportement, difficultés relationnelles avec les autres enfants, bizarreries...) ;
- si l'agitation est constatée par l'ensemble des enseignants ;
- si l'agitation existe en dehors du contexte scolaire ;
- quelles sont les relations de cet enfant avec l'enseignant et le groupe de pairs ?
- comment les parents réagissent face aux difficultés de l'enfant ?

Devant une situation qui s'installe malgré des mesures simples de réassurance et de soutien de l'enfant, l'enseignant rencontre les parents afin de les informer avec tact et délicatesse des inquiétudes de l'école en ayant en tête la souffrance de l'enfant et des parents dans ces situations. Il leur demande ce qu'ils en pensent et comment ils comprennent les difficultés de leur enfant.

Il leur propose que l'enfant rencontre la psychologue scolaire ainsi que le médecin scolaire afin de compléter l'évaluation des difficultés de l'enfant. Le médecin scolaire apportera son éclairage à la fois sur les aspects cognitifs et affectifs.

3. Conduite à tenir au cas par cas

L'évaluation par le psychologue scolaire et la consultation du médecin scolaire sont donc très importantes car elles permettent d'explorer les représentations qu'a l'enfant de lui-même, de son agitation, de sa confiance en lui, son plaisir à apprendre, son vécu d'échec, son vécu d'incompétence, son sentiment de décevoir l'enseignant, ses parents, son angoisse face aux évaluations, ses réactions émotionnelles (pleurs, tristesse, indifférence...). Il sera utile d'évaluer aussi le retentissement des difficultés dans le lien parents-enfants et le lien avec ses pairs.

Par ailleurs, il faudra recenser auprès de l'élève et de ses enseignants, de possibles événements de vie :

- difficultés extérieures vécues par l'enfant : séparations dans la famille, changements de cadre de vie ... ;
- difficultés vécues au sein de l'école : stigmatisation, harcèlements... ;
- événements graves au caractère traumatique : négligence, carences, maltraitance.

Le médecin scolaire effectue le bilan médical devant l'agitation, il évalue les difficultés de l'enfant et peut proposer une consultation ou un bilan spécialisé permettant d'évaluer ces troubles et leur éventuel caractère spécifique. Il peut orienter vers des aides adéquates et assure le suivi en milieu scolaire.

Le médecin scolaire, avec l'accord des parents, pourra prendre contact avec le médecin traitant pour accompagner les démarches de soins et pourra, le cas échéant, adresser l'enfant vers un service spécialisé de proximité (CMP, CMPP ...).

Si l'agitation est due :

- à un manque de motivation pour les apprentissages scolaires : il faut rassurer l'enfant sur sa capacité à réussir. Une mobilisation familiale est essentielle pour obtenir un changement. Il faudra donc accompagner la famille pour qu'elle-même vive l'école comme un lieu important dans la vie de l'enfant ;
- à des difficultés d'apprentissage : il faut effectuer les évaluations nécessaires pour préciser la nature de ces difficultés et mettre en place les adaptations pédagogiques et les soins adaptés ;
- à des troubles du sommeil et des difficultés éducatives : il faut sensibiliser les parents sur l'importance de l'hygiène de vie de l'enfant. Il faut soutenir les parents dans la mise en place de limites éducatives adaptées aux besoins de l'enfant. L'assistant de service social occupe une place privilégiée dans le repérage et l'évaluation de ces situations afin d'envisager une mesure dans le cadre de la protection de l'enfance si nécessaire (information préoccupante au conseil départemental ou signalement judiciaire en cas de particulière gravité) ;
- à des difficultés psychologiques : dépression, troubles anxieux, à des troubles du développement : trouble du spectre de l'autisme, à un trouble déficit de l'attention compliqué ou non de trouble oppositionnel : il est important d'orienter l'enfant, avec l'accord des parents, vers des soins spécialisés (CMP, CMPP, ...) afin d'affirmer le diagnostic et mettre en place les prises en charges nécessaires ainsi que les adaptations pédagogiques.

L'enfant anormalement fatigué

1. Description

L'enfant peut simplement évoquer un sentiment de « fatigue générale » sans plus d'explications. Il peut paraître atone, manquer d'énergie ou s'endormir en classe. Des plaintes à propos de crampes et de courbatures mais aussi des migraines, des brûlures d'estomac, des troubles du transit intestinal peuvent être l'expression d'une fatigue. Ces manifestations peuvent s'accompagner d'irritabilité, d'apathie ou à l'opposé de surexcitation avec un repli sur soi.

Ces tableaux conduisent toujours à se questionner, surtout si les résultats scolaires sont en baisse et s'accompagnent de manifestations somatiques comme un amaigrissement, une pâleur et de troubles du sommeil (une difficulté à l'endormissement, des réveils nocturnes, des insomnies ou des cauchemars).

2. Recueil d'information

L'entretien avec l'entourage de l'enfant par l'enseignant ou un membre de l'équipe éducative est très important.

On recherche :

- si la fatigue est liée à un changement de rythme d'activité : par exemple au moment des changements d'horaires, ou en rapport avec des alternances entre lever précoce et grasses matinées des jours sans école ;
- les temps de trajet pour venir à l'école ;
- le temps consacré à des sports, loisirs,... pour évaluer s'il n'existe pas trop d'activités ;
- le temps consacré au travail scolaire pour rechercher un surmenage scolaire ;
- le temps consacré au sommeil.

On interroge aussi :

- les antécédents médicaux qui peuvent expliquer une fatigue, en particuliers une maladie chronique, nécessitant des soins au long cours, se traduisant par un affaiblissement de leurs capacités physiques et un besoin de dormir ;
- les conditions de vie de l'enfant (chambre partagée, ambiance familiale,...) ;
- les émotions que ressent l'enfant comme la tristesse ou la déception, conséquences de possibles manifestations dépressives.

3. Conduite à tenir au cas par cas

Les enseignants alertent les parents sur l'état de fatigue de leur enfant et apprécient avec eux s'il s'agit ou non d'une fatigue passagère. Une meilleure organisation de la vie de l'enfant avec des temps de repos et de sommeil suffisants peut faire disparaître cette fatigue.

Chez un enfant qui montre une fatigue importante, il convient de ne pas négliger la possibilité de maladie infectieuse, virale en particulier.

Enfin, il convient de garder à l'esprit que cet enfant fatigué peut vivre des difficultés familiales importantes, voire être victime de maltraitance. L'évaluation de la situation par les personnes ressources doit permettre d'apprécier la nécessité de prendre le cas échéant des mesures appropriées dans le cadre de la protection de l'enfance.

Lorsque les signes de fatigue persistent, il est proposé aux parents de rencontrer un personnel de santé, si possible le médecin scolaire au cours de l'entretien, les parents sont incités à rencontrer leur médecin de famille pour effectuer un bilan de santé approfondi.

L'enfant souvent absent

1. Description

Des absences fréquentes d'un enfant à l'école primaire sont préoccupantes d'autant plus si elles sont mal ou non justifiées par la famille. Cette conduite fait partie des problèmes « silencieux » qui doivent alerter autant que des problèmes plus bruyants, et motive une analyse plus approfondie du contexte et des signes associés.

2. Recueil d'informations

Le dialogue avec les parents est indispensable dès la première absence, il est d'ailleurs prévu par la réglementation.

On prendra également l'avis de l'enfant sur ses absences.

L'équipe pédagogique et éducative affine l'observation et précise le caractère des absences :

- depuis quand ?
- leur nombre, leur rythme, les motifs avancés ;
- les signes associés : difficultés vécues au sein de l'école, isolement, difficultés relationnelles, avec ses pairs ou avec l'adulte, manifestations somatiques (vomissements, douleurs abdominales), manifestations anxieuses (attaque de panique, ..) ;
- l'existence d'une tristesse, de pleurs fréquents, de manifestations anxieuses et leurs contextes ?
- le retentissement des absences sur le niveau scolaire ?

3. Conduite à tenir au cas par cas

- **Dans les cas les plus fréquents**, le fait de susciter l'implication des parents en les sollicitant face à de fréquentes absences et, le cas échéant, par un rappel de leur responsabilité provenant du directeur d'école, peut contribuer à l'amélioration du rythme de fréquentation scolaire.
- **Des difficultés vécues au sein de l'école doivent être envisagées** : difficultés relationnelles avec les camarades, stigmatisation de tous ordres, mise à l'écart, « bouc émissaire », harcèlement, ces situations sont étudiées et solutionnées avec le groupe classe. Il est important que ces manifestations ne soient pas banalisées afin d'éviter un mal-être pouvant conduire à une déscolarisation.
- **Si la situation perdure et inquiète**, A partir de quatre demi-journées d'absences non justifiées dans le mois, le directeur d'école alerte le directeur académique des services de l'éducation nationale. Les personnels de santé et sociaux informent à nouveau les parents des inquiétudes persistantes de l'école, leur demandent s'ils la partagent ou s'ils ont eux-mêmes d'autres motifs de préoccupation.

Lors d'une rencontre avec les parents, l'accès au contexte actuel de la vie de l'enfant, peut éclairer sur la raison de ces absences à répétition :

- situation sociale difficile, par exemple lorsque l'enfant est le seul à se lever le matin,
- relation du/des parents à l'école du fait de leurs propre vécu scolaire, etc.

Dans les situations plus graves, par exemple : négligences dans la famille, carences, voire maltraitance, auxquelles sont associés fréquemment d'autres signes tels que fatigue, tristesse, l'intervention des personnels de santé et sociaux de l'éducation nationale est nécessaire. Une évaluation doit être conduite afin de prendre les mesures appropriées. Des mesures d'aide et de soutien peuvent être envisagées dans le cadre de la protection de l'enfance.

Dans certains cas l'enfant s'oppose au retour à l'école sans manifestation anxieuse, cela témoigne d'un désinvestissement scolaire majeur. Il est important d'évaluer le niveau scolaire de cet élève et de rechercher l'existence de troubles spécifiques des apprentissages.

Dans d'autres cas l'enfant présente un refus scolaire anxieux souvent appelé phobie scolaire Ce tableau est évoqué devant un refus de se rendre à l'école, parfois progressif, mais le début est le plus souvent brutal, avec manifestations d'angoisses intenses. Des réactions de panique sont possibles, d'autant plus que l'enfant est forcé. Les parents rapportent que le calme revient quand l'enfant est

assuré de rester à la maison où il peut d'ailleurs très bien travailler, parfois même montrant un hyper-investissement scolaire. L'enfant n'est pas accessible au raisonnement, il promet le plus souvent de retourner le lendemain à l'école, sans y parvenir. L'enfant se sent très bien en dehors de ces accès, et se montre coopérant. Le risque de déscolarisation est ici majeur.

Ce tableau peut être précédé par des signes d'angoisse de séparation. L'enfant souffre de se séparer de sa mère ou de son père, témoignant d'une angoisse de séparation laquelle, si elle n'est pas très inquiétante dans les premiers jours d'école maternelle, le devient lorsqu'elle persiste.

L'orientation vers une consultation spécialisée est nécessaire. Le médecin scolaire rencontre les parents pour évoquer le diagnostic et les accompagner dans la démarche de prise en charge. Une coordination entre les différents professionnels de l'éducation nationale et des équipes des soins permet la mise en place des mesures appropriées tant dans le domaine du soin que celui des enseignements. Les parents sont toujours associés au projet.

L'enfant présentant des plaintes somatiques

1. Description

L'attention doit être portée sur les enfants qui se plaignent de façon régulière et répétitive de maux somatiques divers.

Les plaintes somatiques les plus fréquentes sont :

- les douleurs abdominales, avec ou sans vomissements ;
- les maux de tête ;
- les sensations de vertige, avec ou sans malaise ;
- la fatigue ;
- toutes plaintes concernant diverses parties du corps.

2. Recueil d'informations

Si les plaintes somatiques sont fréquentes et donc préoccupantes, un recueil d'informations complémentaires est nécessaire.

Les membres de l'équipe éducative et pédagogique précisent :

- la date d'apparition de ces plaintes ;
- le lieu de survenue de ces manifestations (en classe, en récréation, à la cantine...) ;
- les horaires, réperables ou non ;
- l'existence des manifestations anxieuses associées ;
- l'existence de difficultés scolaires ;
- l'existence de difficultés relationnelles.

Le personnel de santé complète les informations en lien avec les membres de l'équipe pédagogique et éducative, et informe les parents des inquiétudes de l'école. Il s'enquiert des plaintes somatiques de l'enfant dans la famille, d'éventuels troubles de l'alimentation et du sommeil, ainsi que le contexte de vie actuel. Le médecin scolaire peut interroger la famille sur d'éventuels problèmes médicaux et antécédents.

La famille est incitée à prendre l'avis du médecin traitant.

3. Conduite à tenir au cas par cas

Au terme de ces premières investigations, une pathologie organique dépistée peut être confirmée, l'enfant sera pris en charge dans le service concerné, et son accueil en milieu scolaire organisé.

Si les différents bilans entrepris s'avèrent négatifs :

- **Il peut s'agir de manifestations dites réactionnelles à :**
 - des difficultés vécues au sein de l'école : difficultés scolaires et d'apprentissage que l'enseignant pourra identifier, ou relationnelles avec le groupe classe (stigmatisation de tous ordres, éventuellement en rapport avec un échec scolaire) ;
 - des difficultés extérieures vécues par l'enfant : événements de vie tels que séparations, maladie d'un proche, changements de cadre de vie...
 - des événements plus graves, à caractère traumatique, carences ou maltraitance par exemple, qui font rechercher des signes associés fréquents tels que tristesse, troubles du sommeil, etc. Une évaluation doit être conduite afin de prendre les mesures appropriées y compris dans le cadre de la protection de l'enfance.
- **Il peut s'agir de troubles dépressifs**, même si la tristesse et le sentiment de dévalorisation ne s'associent pas toujours à la plainte somatique : la dépression est alors dite « masquée ». La reconnaissance de manifestations dépressives durables requiert le recours à des soins spécialisés.
- **Il peut s'agir de troubles anxieux** : l'anxiété se manifeste alors par des troubles somatiques, douleurs abdominales et troubles du sommeil le plus fréquemment, en réaction à des situations anxiogènes, dites aussi phobogènes comme les situations d'évaluation, le contact avec les autres, ou encore la rencontre avec le groupe, etc.

L'anxiété peut également témoigner d'une angoisse de séparation et retentir sur les résultats scolaires, avec un risque de déscolarisation. Si les plaintes somatiques liées aux troubles anxieux sont invalidantes, une consultation spécialisée permettra d'évaluer l'écart entre le normal et le pathologique.

L'enfant triste

1. Description

La tristesse chez l'enfant est un signe difficile à repérer car son expression est très différente de celle de l'adulte, et très polymorphe.

Des tableaux contrastés sont possibles :

- Ce peut être un enfant en retrait, replié sur lui-même, isolé ou craintif. L'inhibition est le plus souvent manifeste : verbale, gestuelle, intellectuelle. Les résultats scolaires sont médiocres, ou ont récemment chuté. On le dirait paresseux ou de mauvaise volonté mais ce comportement est récent, ou accompagné d'angoisses ou même de sentiments d'autodépréciation. Il exprime quelquefois un vécu d'impuissance et de découragement et au maximum des idées suicidaires. Il peut aussi parler de mort, de perte dans son environnement familial, d'un membre de la famille voire d'un animal familier. Assez souvent, c'est un enfant absent dans le contexte scolaire ou physiquement.
- A l'inverse, ce peut être un enfant agité, agressif, indiscipliné ou provocateur.

2. Recueil d'informations

Les membres de l'équipe pédagogique et éducative complète l'observation en précisant :

- s'il s'agit d'un comportement récent ou ancien ;
- si l'enfant est isolé, voire rejeté par ses camarades ;
- l'attitude des parents lors de l'accompagnement de l'enfant ;
- l'absentéisme scolaire éventuel.

3. Conduite à tenir au cas par cas

La personne la plus investie par l'enfant s'entretient avec lui pour lui exprimer l'attention portée à son attitude avec la plus grande prudence, mais aussi la bienveillance la plus chaleureuse.

Les parents sont informés des inquiétudes de l'école sans dramatiser mais sans banaliser non plus. Une consultation auprès du médecin traitant peut être conseillée. Le médecin scolaire, en lien avec le médecin traitant si les parents ont donné leur accord, peut orienter pour avis vers une structure spécialisée (CMP, CMPP, service de pédopsychiatrie) ou un pédopsychiatre.

Enfin, en l'absence de démarche des parents et en cas d'aggravation de l'état de l'enfant, des mesures d'aide et de soutien peuvent être envisagées dans le cadre de la protection de l'enfance.

L'enfant qui s'isole

1. Description

L'isolement de l'enfant consiste en une attitude de retrait qui compromet les relations sociales et les échanges en particulier langagiers, pouvant aller jusqu'à un évitement social et/ou un mutisme ; on peut parler de repli et de limitation du contact. Cette conduite fait partie des problèmes « silencieux » qui doivent alerter autant que des problèmes plus bruyants, et peut être signe de souffrance psychique. Elle peut s'inscrire dans un tableau associant d'autres signes (qui seront évoqués dans diverses problématiques en jeu) et être aussi constatée dans le milieu familial.

On doit distinguer l'enfant qui s'isole de l'enfant rêveur, dit « ailleurs », mais qui ne met pas ses proches à distance.

Il s'agit d'une conduite non-spécifique qui constitue un signe d'appel, qui peut renvoyer à de multiples problématiques et qui suppose l'analyse du contexte et des signes associés.

2. Recueil d'informations

Si la conduite de l'enfant apparaît durable et préoccupante, il faut procéder à un recueil d'informations complémentaires, dont certaines relèvent des membres de l'équipe pédagogique et éducative et d'autres du personnel de santé et du service social.

L'équipe pédagogique et éducative affine l'observation :

- s'agit-il d'un isolement à l'égard des adultes ? des pairs ?
- est-ce une conduite récente ?
- se manifeste-t-il en classe, en récréation, à la cantine, dans tous les lieux à la fois ?
- quelles sont les relations de l'enfant avec l'enseignant, le groupe de pairs ?
- y a-t-il des troubles de la parole et du langage, voire un mutisme complet ?
- y a-t-il des manifestations émotionnelles : tristesse, pleurs ou au contraire capacité à tirer du plaisir dans certaines situations ?
- y a-t-il des manifestations anxieuses et dans quelles conditions ?
- y a-t-il maintien des capacités d'investissement, de curiosité ou un émoussement de la vie intellectuelle ?
- y a-t-il des difficultés scolaires et depuis quand ?

Le personnel de santé et du service social est sollicité devant une situation préoccupante ayant résisté à des mesures simples de réassurance et de soutien à l'intégration dans le groupe de pairs. Un entretien peut être proposé à l'enfant, en sachant que la verbalisation peut être difficile puisque l'enfant s'isole.

Les parents sont informés des inquiétudes de l'école et peuvent indiquer s'ils les partagent ou s'ils ont eux-mêmes d'autres motifs de préoccupation.

3. Conduite à tenir au cas par cas

Dans le champ de l'école, des mesures éducatives et pédagogiques visant à favoriser l'intégration de l'enfant dans sa classe pourront aider à discerner l'intensité du problème présenté. Ces mesures pourront consister en une attention particulière à l'enfant, une valorisation de ses productions, une facilitation de ses rapports avec les autres par l'enseignant.

L'implication des parents peut être à elle seule un facteur de reprise évolutive. Le recours au personnel de santé et de service social de l'école s'impose lorsque la conduite est durable.

La rencontre avec les parents permet de s'enquérir des manifestations de l'enfant dans la vie familiale (fratrie, famille élargie), des qualités de sa vie relationnelle, d'éventuels troubles de l'alimentation et du sommeil, de problèmes médicaux et des antécédents significatifs ainsi que du contexte de vie actuel.

L'adresse à un service spécialisé de proximité (CMP, CMPP) ou à une consultation libérale est envisagée en fonction des éléments recueillis, en lien avec le médecin traitant. Elle repose sur l'accord des parents qui se chargent de sa mise en œuvre. C'est là qu'un projet thérapeutique pourra y être construit si nécessaire, en soins ambulatoires (consultations), voire en structure plus spécialisée.

Les problématiques en cause sont diverses

L'isolement peut être une conduite dite réactionnelle, en lien avec les événements de vie :

- difficultés extérieures vécues par l'enfant. Il peut s'agir d'événements de vie tels que séparations, maladies personnelles ou de l'entourage, changements de cadre de vie... ;
- difficultés vécues au sein de l'école : difficultés scolaires et d'apprentissage que l'enseignant pourra identifier, en particulier dans les classes charnières, ou difficultés relationnelles avec le groupe classe (stigmatisation de tous ordres, éventuellement en rapport avec l'échec scolaire ou des troubles de l'expression orale : bégaiement...);
- d'événements graves, au caractère traumatique (par exemple négligences, carences, maltraitance...) pour lesquels des signes associés sont fréquents (troubles du sommeil, des apprentissages, tristesse...).

Dans tous les cas, l'expérience enseigne que les troubles réactionnels n'excluent pas l'installation de troubles plus durables.

L'isolement est un signe parmi d'autres difficultés intrapsychiques et peut se manifester dans tous les manifestations psychiatriques :

- dans le cadre de l'inhibition :
L'isolement correspond à une présentation d'enfant trop sage qui n'arrive pas à exprimer ses potentialités et qui évite les relations sociales. L'enfant apparaît figé, si l'inhibition est massive. Il faut suspecter des difficultés dans la construction de la personnalité de l'enfant. Elles s'expriment par un certain isolement social qui s'améliore en situation duelle rassurante ou par une inhibition intellectuelle avec pauvreté du jeu et échec scolaire.
- dans le cadre de troubles dépressifs :
La tristesse et la limitation du contact, la dévalorisation, les troubles de l'appétit et du sommeil, des équivalents dans le domaine somatique (maux de tête) sont souvent associés. L'existence d'idéation suicidaire est à rechercher, évaluer, écouter, malgré la rareté de la mise en acte suicidaire.
- dans le cadre de pathologies de l'anxiété, de peurs diffuses :
L'isolement témoigne de la recherche de protection, ou de l'évitement de situations anxiogènes (principalement le contact avec les autres, la rencontre avec l'apprentissage...). L'anxiété peut se manifester par des troubles somatiques (vomissements, douleurs abdominales...) une appréhension des situations, une inquiétude pour l'avenir, des troubles du sommeil ; elle peut témoigner d'une angoisse de séparation ; elle peut retentir sur les performances scolaires...
- dans le cadre des troubles de la parole et du langage :
L'isolement fait suite aux difficultés de relations interpersonnelles engendrées par les difficultés de langage oral. Ces troubles justifient une évaluation clinique qui peut débiter par une évaluation orthophonique.
- dans le cadre des troubles plus sévères du développement :
L'isolement s'intègre dans un tableau dont il est un élément caractéristique, tableau évoluant généralement depuis la petite enfance et aux manifestations nombreuses ; l'isolement est important avec des difficultés de contact et d'intégration dans le groupe, des difficultés dans l'organisation et l'expression de la pensée, des périodes où l'enfant est enfermé sur lui-même ; il peut y avoir des moments d'impulsivité, des conduites à connotation bizarre, des retards de développement...

Les mesures à prendre sont diverses en fonction des problématiques

En cas de conduite dite réactionnelle, en lien avec les événements de vie, distinguer deux situations :

- difficultés extérieures vécues par l'enfant, difficultés vécues au sein de l'école.
La conduite d'isolement si elle est transitoire ne relève pas du recours à un service spécialisé mais repose davantage sur des mesures de soutien et de vigilance particulières.
- événements graves
 - survenant dans la collectivité : la conduite d'isolement requiert l'intervention du personnel de santé et du service social dans le cadre de l'évaluation globale de la situation vécue.
 - dans le cadre individuel : une évaluation doit être conduite afin de prendre des mesures appropriées d'aide et de soutien dans le cadre de la protection de l'enfance.

Lorsque que l'isolement est un signe parmi d'autres difficultés intrapsychiques (inhibition, troubles dépressifs, de l'anxiété, de peurs diffuses, troubles plus sévères de la personnalité et du développement), une consultation vers un service spécialisé s'avère nécessaire.

Cette orientation peut être envisagée avec la famille par le médecin scolaire en lien avec le médecin traitant.

L'enfant en surpoids ou obèse

1. Description

Un tiers des enfants européens de 6 à 9 ans sont en surpoids ou obèses. En France, on compte un enfant sur cinq. Les notions de surpoids et d'obésité reposent sur l'étude des courbes de taille et de poids et sur le calcul de l'indice de masse corporelle (poids/ taille au carré). L'IMC se situe entre 14,5 et 20 à 1 an, entre 13 et 17,5 à 6 ans, entre 14 et 21, avant la puberté. Il est donc habituel que la corpulence remonte après 6 ans, l'enfant peut sembler un peu plus enveloppé avant la puberté. Mais un rebond d'adiposité (augmentation de l'IMC) entre 1 et 3 ans n'est pas bon signe. Ce qui importe, c'est de rester dans son couloir, donc de limiter la prise rapide de kilos, trop précoce et le franchissement de la limite de la surcharge pondérale.

Les causes sont multiples : trop de produits alimentaires industriels, mais aussi manque de sommeil, anxiété, sédentarité, ...Par ailleurs, le surpoids peut provoquer une altération de l'estime de soi et être source de moqueries voire de harcèlement. À partir de 8-9 ans, les enfants mettent en place des **mécanismes de compensation avec l'alimentation**, et notamment à des repas où les parents ne sont pas présents, comme le goûter. Ils s'ennuient, ils sont stressés par l'école, par leurs notes, ils ont des soucis avec des copains et en grandissant, ils ont du mal à trouver leur place, ils manquent de confiance en eux... Du coup, ils mangent.

2. Recueil d'information

Face au constat d'un surpoids, voire d'une obésité c'est au personnel de santé de l'établissement (infirmier et médecin) qu'il appartient d'intervenir. En effet, ces conduites, en relation directe avec le corps, ont une dimension intime dont l'abord ne peut se faire que dans une approche confidentielle connue par l'enfant.

L'entretien avec l'enfant et l'examen clinique permettent d'aborder les particularités de sa conduite alimentaire, l'existence de repas sauté, de grignotage, leur retentissement sur l'état physique, leur ancienneté et d'apprécier le malaise psychique éventuel qui l'accompagne.

Des informations diététiques sont à apporter. Des rencontres régulières du personnel de santé scolaire de l'établissement avec l'enfant et ses parents permettent de soutenir la famille pour mettre en place des règles hygiéno-diététiques adaptées. Il sera important de motiver l'enfant à avoir une activité physique.

3. Conduite à tenir au cas par cas

Selon les éléments réunis, plusieurs orientations se dessinent.

Des conduites alimentaires particulières peuvent être réactionnelles et venir révéler des événements de vie difficiles (pertes, séparations, deuils, maltraitance physique et psychique, agressions physiques et sexuelles plus ou moins anciennes). Dans ce cas, il est nécessaire d'en parler avec les enfants, ou de les amener à voir quelqu'un pour qu'ils puissent comprendre pour quelles raisons ils mangent en cachette et qu'ils puissent évaluer ce que leur apporte la nourriture. Ces conduites alimentaires peuvent néanmoins s'installer sous une forme pathologique. Une évaluation doit être conduite afin de prendre les mesures appropriées y compris dans le cadre de la protection de l'enfance. L'assistant de service social contribue à l'évaluation de ces situations.

Lorsque des signes d'alerte ont été repérés et que l'entretien et l'examen clinique les confirment, une prise en charge à la fois physique et psychique doit être assurée. Une information aux parents par les personnels de santé doit être envisagée. Les parents pourront préciser les antécédents de l'enfant, les troubles associés, le contexte actuel de vie ; ils pourront, en lien avec leur médecin traitant, compléter le bilan médical et biologique afin d'éliminer une cause somatique (cependant rare, neurologique ou endocrinienne) aux conduites alimentaires ; ils pourront soutenir une démarche de soins prenant en compte l'enfant et l'environnement dans sa globalité si nécessaire.

L'enfant dit étrange

1. Description

Il est de nombreux enfants qui se distinguent des autres, soit par des troubles du comportement, soit par au contraire une inhibition et une timidité. Sous le terme « d'enfants étranges » il faut entendre des enfants qui paraissent particuliers, pas comme les autres. Ce sont des enfants qui inquiètent mais ces enfants ne se caractérisent pas forcément par des troubles du comportement bruyants ni par un échec scolaire massif.

Il peut s'agir d'enfants soit :

- immatures ;
- trop sages ;
- distants ;
- semblant insensibles avec une froideur affective ;
- qui ont du mal à distinguer le réel et l'imaginaire ;
- qui ne pleurent pas quand ils se font mal ;
- qui ont des intérêts fixes ;
- qui sont « dans leur monde » ;
- qui ont des difficultés relationnelles ;
- qui sont seuls en récréation.

La description des signes inquiétants est discutée en équipe pédagogique et éducative. Elle recueille l'avis des enseignants des années précédentes pour voir si l'enfant a toujours donné cette impression, s'il a changé ou si la situation s'est aggravée.

L'étude de ses compétences scolaires permet de savoir s'il présente des particularités sur le plan scolaire : difficultés de compréhension, dysharmonie des résultats selon les matières, précocité, etc.

2. Recueil d'informations

Cette étrangeté renvoie à de multiples problématiques et suppose l'analyse du contexte et des signes associés.

Si la conduite de l'enfant persiste, il faut procéder à un recueil d'informations complémentaires.

Les membres de l'équipe pédagogique et éducative affinent l'observation en concertation avec les personnels de santé et précisent :

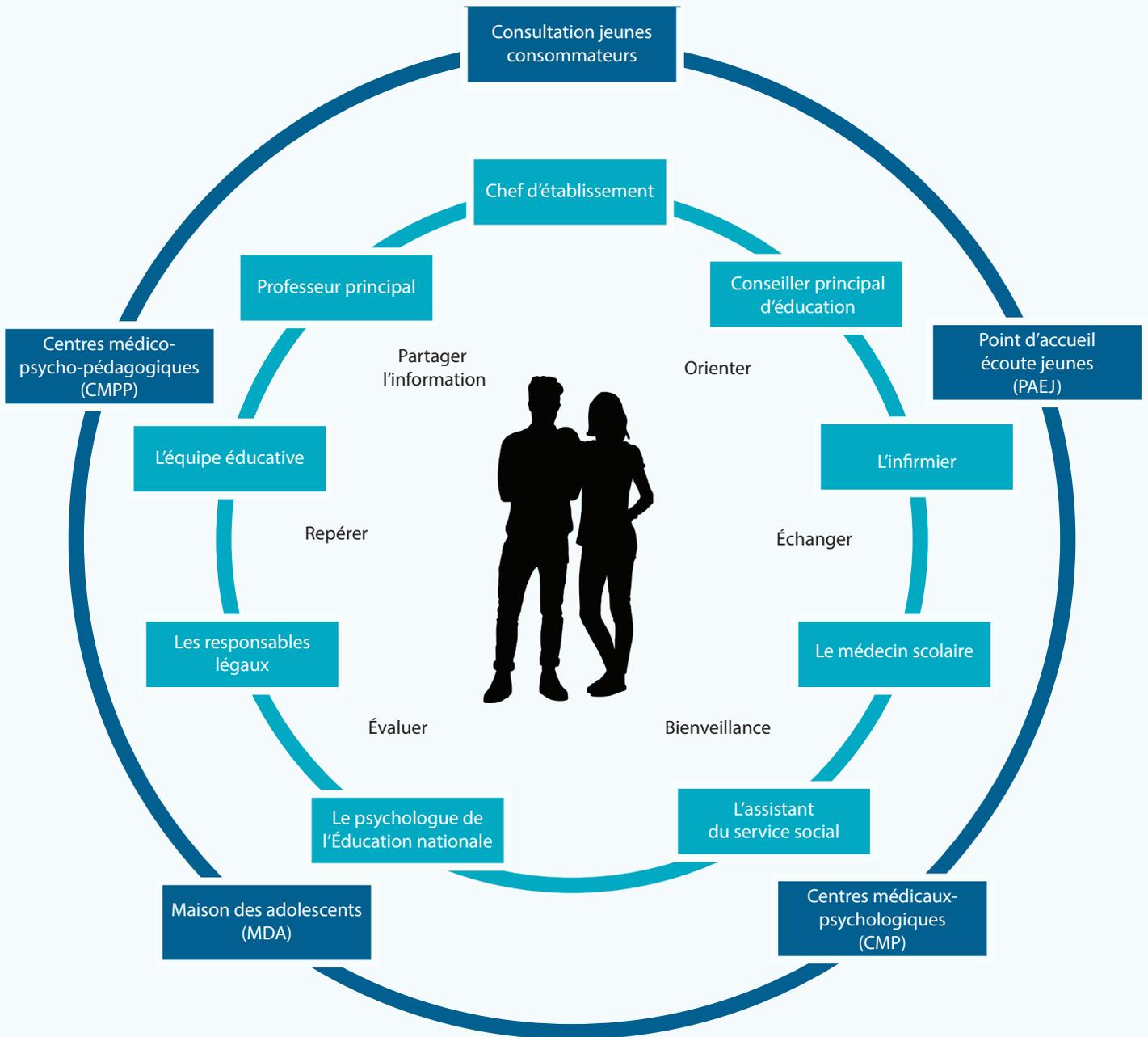
- depuis quand l'enfant est-il considéré différemment des autres ?
- quelles sont les relations avec l'enseignant ?
- les autres enfants jouent-ils avec lui ?
- est-il isolé en récréation ?
- l'enfant a-t-il souvent un comportement répétitif, ou des intérêts et des activités spécifiques ?
- est-il perfectionniste avec une grande sensibilité aux détails ?
- est-ce un enfant qui a un grand respect des règles, mais qu'il interprète avec une autre forme d'intelligence, une logique particulière ?
- l'enfant a-t-il une pensée analytique, une mémoire très développée, mais avec des difficultés à prendre des décisions ?
- a-t-il des difficultés à comprendre la signification des expressions d'autrui, l'humour, l'abstraction et s'exprime-t-il avec une voix monocorde ?

Les personnels de santé ainsi que le psychologue scolaire complètent ces informations. Les parents sont informés des inquiétudes de l'école : ils partagent cette inquiétude ou ont eux-mêmes d'autres motifs de préoccupation. Les parents précisent éventuellement les manifestations de l'enfant dans la vie familiale (fratrie, famille élargie), les qualités de sa vie relationnelle, des troubles de l'alimentation et du sommeil, de problèmes médicaux et des antécédents significatifs ainsi que du contexte de vie actuel.

3. Conduite à tenir au cas par cas

Si les troubles persistent malgré des mesures prises par l'enseignant pour favoriser une meilleure participation de l'enfant dans la classe, il est proposé aux parents une rencontre avec le médecin scolaire qui, en lien avec le médecin traitant, propose aux parents d'adresser l'enfant vers une structure spécialisée de proximité (CMP, CMPP, service de pédopsychiatrie etc.) ou un pédopsychiatre libéral. C'est dans ce lieu qu'un projet thérapeutique pourra être construit si nécessaire, en soins ambulatoires (consultations) voire en structure plus spécialisée.

L'ADOLESCENT



L'adolescent absent ou l'adolescent décrocheur

1. Description

Des absences répétées peuvent compromettre le bon déroulement de la scolarité avec un risque de fléchissement des résultats scolaires, des difficultés d'insertion dans le groupe classe et dans l'établissement et à terme, un risque de décrochage scolaire. Des difficultés multiples peuvent être à l'origine de l'absentéisme. A son tour, l'absentéisme peut engendrer une situation de mal être, voire de souffrance psychique.

On distingue selon la présence ou non de troubles anxieux :

- le « refus scolaire » sans réaction d'angoisse intense qui s'accompagne souvent d'un désinvestissement de la scolarité ;
- de la « phobie scolaire » ou « refus scolaire anxieux » qui se définit par un refus d'aller au collège ou au lycée pour des raisons irrationnelles avec des manifestations anxieuses psychiques et physiques qui s'accroissent si l'on tente de forcer l'adolescent.

2. Recueil d'information

Le dialogue avec l'adolescent et ses parents est indispensable dès les premières absences.

En cas d'absences répétées, il appartient au CPE en lien avec le chef d'établissement d'organiser la concertation avec les membres de l'équipe pédagogique et éducative, notamment le professeur principal et les personnels de santé et de service social.

Cette réunion doit permettre d'affiner l'observation :

- qualité de la relation individuelle de l'adolescent aux adultes, de sa relation aux pairs en classe et dans la cour de récréation ;
- difficultés scolaires transitoires ou qui s'installent en sus de l'absentéisme scolaire : fléchissement scolaire (par rapport à la scolarité antérieure) ;
- hyper investissement scolaire (aux dépens des loisirs et de la vie sociale) ;
- qualité des échanges entre l'institution scolaire et les parents ainsi que le comportement de la famille face à l'absentéisme de l'adolescent : une attitude trop contraignante comme une extrême tolérance au symptôme doivent alerter ;
- des manifestations particulières (causes ou conséquences) repérées chez l'adolescent telles que :
 - des conduites d'addictions : nourriture, alcool, haschich, addiction aux jeux sur internet ;
 - des troubles du sommeil : l'adolescent dort-il en classe ou arrive-t-il systématiquement en retard, inversion du jour et de la nuit ;
 - des somatisations : nausées, vomissements, maux de ventre, migraines, malaises vagues ;
 - des troubles du comportement amenant à l'exclusion des cours ;
 - des sentiments de dévalorisation, de mésestime de soi ;
 - de la tristesse, des propos désabusés, des idées morbides avec ou sans évocations suicidaires ;
 - une susceptibilité au regard d'autrui ;
 - des comportements d'auto et/ou d'hétéro agressivité : scarifications... ;
 - une attitude de retrait et d'isolement.

A l'issue de cette concertation, il est proposé à l'adolescent de rencontrer l'assistant de service social ou un personnel de santé de l'établissement scolaire.

Il importe de différencier :

- les éléments en lien avec la scolarité : investissement scolaire, organisation du travail, perspectives de métier, projets ;
- les éléments psychopathologiques individuels : troubles de l'humeur, troubles du sommeil, angoisse... ;
- les éléments relevant de la difficulté de la relation aux autres : adultes (qualité de la relation aux professeurs) et adolescents (amis, intégration à des groupes amicaux, sportifs ou culturels) ;
- la qualité de la relation en famille : aux parents et à la fratrie (qualité des échanges, déroulement des repas...).

En cas d'éléments préoccupants sur l'état de santé psychique de l'adolescent, le médecin de l'éducation nationale propose une rencontre avec les parents afin d'évaluer le contexte à la lumière du discours familial et des échanges avec le médecin traitant :

- recueil des antécédents, historique des troubles, recherche d'une angoisse de séparation en interrogeant les situations de séparation d'avec la famille : colonies de vacances, nuit chez un(e) ami(e) ;
- contexte familial : être attentif aux situations d'isolement, de repli sur soi ;
- nature de l'investissement scolaire de l'adolescent, des parents ;
- nature de la relation aux autres en dehors de l'établissement scolaire : il faut être alerté par toute situation d'isolement social.

3. Conduite à tenir au cas par cas

L'attitude des personnels de santé et de service social tiendra compte des problématiques rencontrées. Selon les éléments réunis, plusieurs orientations se dessinent :

- Conduites dites réactionnelles en lien avec des événements de vie :
 - l'absentéisme peut venir témoigner de difficultés extérieures vécues par l'adolescent dans le cadre de la vie familiale (séparations, décès, maladie ou perte de l'emploi d'un parent...) dans le cadre amical (relation conflictuelle avec un camarade, brouille...) ou problèmes de santé personnels (maladie chronique ...) ;
 - difficultés vécues au sein de l'école : violences, rackets, harcèlement... ;
 - événements graves : inadéquation des attitudes éducatives parentales, carences parentales. L'assistant de service social occupe une place privilégiée dans le repérage et l'évaluation de ces situations afin d'envisager une mesure dans le cadre de la protection de l'enfance (information préoccupante au conseil départemental ou signalement judiciaire en cas de particulière gravité). La présence de troubles réactionnels n'exclue pas l'installation de troubles qui se pérennisent et nécessitent une prise en charge adaptée.
- Absentéisme scolaire comme signe parmi d'autres de difficultés intrapsychiques : l'absentéisme peut intervenir dans la plupart des situations psychopathologiques de la clinique de l'adolescent :
 - Refus scolaire anxieux dit phobie scolaire.
 - On observe trois pics de fréquence de la phobie scolaire à l'adolescence : entrée au collège, au lycée et passage du baccalauréat.
 - Ils répondent à des enjeux d'autonomisation qui rentrent en résonance avec le processus même de développement psychique de l'adolescent (qui varie selon la qualité de l'estime de soi) et renvoie à des questions relatives à l'identité ainsi qu'à la différenciation d'avec ses parents mais aussi d'avec l'enfant que l'adolescent a été.
 - Il faut répertorier les situations anxiogènes dites aussi phobogènes : phobie scolaire simple ou associée à une phobie sociale...On recherche des plaintes somatiques (maux de tête et maux de ventre) qui signent souvent les troubles anxieux. Ce tableau impose l'orientation rapide vers une consultation spécialisée.
 - Absentéisme dans le cadre de troubles dépressifs.
 - On repère des troubles de l'humeur, avec ou sans idée suicidaire, qui requièrent l'orientation vers une consultation spécialisée.
 - Absentéisme secondaire à des troubles sévères du développement et de la personnalité.
 - Décompensation pré et post pubertaire d'un trouble envahissant de la personnalité. Il s'agit de tableaux évolutifs depuis la petite enfance qui justifient le recours à une consultation spécialisée.
 - Dans tous les cas de figure, si la situation inquiète, s'enkyste ou les absences (justifiées ou non) se multiplient, une consultation psychiatrique de l'adolescent avec ses parents est à envisager.

En lien avec le médecin traitant, le médecin de l'éducation nationale oriente l'adolescent vers des structures spécialisées (CMP ou CMPP, services de pédopsychiatrie), ou consultation libérale.

A l'issue de la consultation, une fois identifiée la nécessité ou pas d'un psychiatre référent dans l'organisation des soins, la famille peut solliciter l'établissement scolaire afin de maintenir la relation aux autres :

- pour organiser un PAI (projet d'accueil individualisé) qui peut préciser des aménagements quotidiens pour diminuer la pression scolaire et permettre les soins (consultations ambulatoires, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)) :
 - possibilité d'horaires aménagés ;
 - possibilité de carte prioritaire pour la restauration scolaire ;
 - possibilité de sortir de classe et de se rendre à l'infirmierie en cas de malaise ;
 - aménagement des examens.
- pour désigner un interlocuteur privilégié dans l'institution scolaire, afin de maintenir une relation de confiance.

Dans tous les cas, il est nécessaire d'organiser des réunions régulières des instances de concertation pour des bilans-étapes. Parfois une hospitalisation dans des lieux dédiés aux adolescents peut être proposée en accord avec les parents.

Points de vigilance

Il convient de réfléchir avant de décider d'entériner une demande d'inscription au centre national d'enseignement à distance (CNED). Ce moyen de scolarisation à distance peut en effet masquer et pérenniser les troubles phobiques. En cas de nécessité, on leur préférera les cours à domicile dispensés par un enseignant de l'établissement dans le cadre du SAPAD (Service d'aide pédagogique à domicile).

L'adolescent triste

1. Description

L'état de morosité et les propos désabusés à l'adolescence ont depuis toujours été considérés comme faisant partie de la crise d'adolescence, crise de renoncement à l'enfance et de prise de responsabilités dans les domaines sociaux et sexuels, crise de maturation inévitable, sans plus de gravité. Ces manifestations sont souvent décrites comme une dépressivité. Ainsi l'adolescent est une période propice à développer des manifestations dépressives. Toute manifestation dépressive n'est pas évocatrice d'une véritable dépression mais il est très difficile à cet âge de la vie d'affirmer le diagnostic de dépression.

Des tableaux contrastés sont possibles :

- Ce peut être un adolescent en retrait, replié sur lui-même, isolé. **L'inhibition** est le plus souvent manifeste : verbale, gestuelle, intellectuelle. Les résultats scolaires sont médiocres, ou ont récemment chuté. On le dirait paresseux ou de mauvaise volonté mais ce comportement est récent, ou accompagné d'angoisses ou même de sentiments d'autodépréciation. Il exprime quelquefois un vécu d'impuissance et de découragement et au maximum des idées suicidaires. Il peut aussi parler de mort, de perte dans son environnement familial, d'un membre de la famille voire d'un animal familial.
- A l'inverse, ce peut être un **adolescent agité**, agressif, indiscipliné ou provocateur.

2. Recueil d'informations

Les membres de l'équipe pédagogique et éducative complètent l'observation en précisant :

- s'il s'agit d'un comportement récent ou ancien ;
- si l'adolescent est isolé, voire rejeté par ses camarades ;
- l'attitude des parents lors de l'accompagnement de l'adolescent ;
- l'absentéisme scolaire éventuel ;
- l'existence d'idées suicidaires.

3. Conduite à tenir au cas par cas

La personne la plus investie par l'adolescent s'entretient avec lui pour lui exprimer l'attention portée à son attitude avec la plus grande prudence, mais aussi la bienveillance la plus chaleureuse. L'expression d'idées suicidaires est un facteur de gravité qui nécessite une prise en charge rapide.

Les parents sont informés des inquiétudes de l'école sans dramatiser mais sans banaliser non plus. Une consultation auprès du médecin traitant peut être conseillée. Le médecin scolaire, en lien avec le médecin traitant si les parents ont donné leur accord, peut orienter pour avis vers une structure spécialisée (CMP, CMPP, service de pédopsychiatrie) ou un pédopsychiatre.

Enfin, en l'absence de démarche des parents et en cas d'aggravation de l'état de l'adolescent, des mesures d'aide et de soutien peuvent être envisagées dans le cadre de la protection de l'enfance.

L'adolescent qui exprime des idées suicidaires

1. Description

L'expression d'idées suicidaires doit toujours être prise au sérieux même si les enseignants ou membres de l'équipe éducative ou de santé ont le sentiment que c'est l'expression d'une recherche d'attention. La grande majorité des gestes suicidaires à l'adolescence sont précédés d'annonces par le jeune.

Le constat d'une menace suicidaire exige une intervention parfois urgente ou de nature plus concertée et réfléchie mais la plus rapide possible. Dans les situations en apparence moins urgentes, le caractère brutal des changements d'humeur à cet âge et la facilité des passages à l'acte nécessitent néanmoins qu'une réponse efficace soit proposée à temps.

L'évaluation doit donc porter sur la présence ou non d'une menace suicidaire.

Les signes de la menace suicidaire

Les signes seront différents selon la personnalité des individus, les histoires familiales, mais surtout selon le sexe.

- **Le changement d'attitude** avec retrait, repli sur soi, ou au contraire, chez le garçon surtout, propos désabusés, voire provocateurs.
 - attitude paradoxale, parfois rires immotivés, pleurs inopinés ;
 - impulsivité, agressivité.
- **Le discours inquiétant**
 - propos désabusés, discours pessimiste dans un contexte de blessure narcissique chez le garçon surtout, ou carrément menaces exprimées de passage à l'acte suicidaire ;
 - propos incohérents.
- **L'état dépressif** avec angoisses, pleurs ou paradoxalement, inversion de l'humeur.
- **Les troubles du comportement**
 - scarifications, fugues, prises de risques importantes, conduite sexuelle désordonnée, impulsive ;
 - prise de médicaments même insignifiante pour lutter contre la dépression.
- **Fascination pour les armes**, voire exhibition d'armes, fascination **pour les événements suicidaires** ou pour les personnalités ayant mis fin à leurs jours.
- **Contexte particulier de fragilité**
 - événement traumatique au sein de la famille, en milieu scolaire ou dans l'entourage proche ;
 - violences intrafamiliales ;
 - contextes suicidaires ou antécédents familiaux personnels ;
 - « épidémie de suicides » ;
 - changement de niveau, entrée en 6^{ème}, 2^{nde} ;
 - orientation scolaire non choisie par le jeune ;
 - conseils de classe avec baisse des résultats ;
 - exclusion scolaire ;
 - harcèlement notamment sur l'orientation sexuelle, sur l'image du corps ;
 - découverte de son homosexualité ou de sa transidentité.

2. Recueil d'information

L'équipe pédagogique et éducative recherche en équipe :

- si le comportement de l'adolescent se manifeste de manière différente ou concordante selon les interlocuteurs et les différents moments de la journée ;
- comment l'adolescent se comporte dans les moments interstitiels ? L'avis des assistants d'éducation, celui du conseiller principal d'éducation (CPE), sera bien entendu fondamental.

Les personnes ressources pourront, en toute discrétion, recueillir l'avis des différents intervenants, le maximum d'informations auprès de l'équipe éducative et pédagogique, la parole de camarades de classe.

3. Conduite à tenir au cas par cas

L'infirmier ou l'assistant de service social, en lien si besoin avec le médecin de l'éducation nationale, essaie, soit d'entrer en contact, soit d'approfondir les investigations, en particulier en cas de maltraitances intrafamiliales ou violences sexuels, et prépare un entretien avec la famille sauf si l'adolescent y est formellement opposé. En ce cas, un entretien avec l'assistant de service social scolaire permettra d'envisager avec l'adolescent des mesures dans le cadre de la protection de l'enfance.

Dans tous les cas, il faudra :

- ne jamais prendre seul une décision ;
- apprécier en commun le degré de gravité et d'urgence du tableau clinique avec le médecin de l'éducation nationale ;
- favoriser l'accompagnement du jeune par la personne qu'il a le plus investie. Celle-ci préparera l'orientation du jeune vers un accueil spécialisé dans la problématique adolescente car l'on connaît la crainte de stigmatisation et la difficulté à investir une telle démarche sans étayage suffisant.

En cas de refus catégorique du jeune de toute proposition d'aide ou de soins, il faudra sensibiliser les parents à la prise d'appui possible dans des services dédiés aux adolescents (par exemple, maisons des adolescents, numéro téléphonique « Fil santé Jeunes » etc). Ce type de service permet de garder l'anonymat, favorise l'expression du jeune, et est en capacité d'alerter en cas de danger vital.

L'adolescent perturbateur voire violent

1. Description

L'adolescent se questionne sur qui il est, sur l'adulte qu'il va devenir. Il n'accepte plus la relation de dépendance de l'enfance et teste ses propres limites dans les interactions avec l'adulte. Il remet en question les adultes en lien avec un véritable travail de « désidéalisation ». Parfois, il semble avoir perdu toute confiance dans la parole de l'adulte qu'il voit comme un oppresseur. L'autorité semble persécutrice. Les contraintes sont refusées et peuvent susciter des réactions violentes. L'adolescent ne semble pas en mesure de canaliser son agressivité et tolérer les expériences de frustration.

Tout comportement perturbateur voire violent peut masquer une souffrance psychique qui doit être prise en compte par les adultes. Cette évaluation de la souffrance psychique n'est pas en contradiction avec la mise en place de sanctions face aux transgressions.

On peut distinguer différentes situations :

- **Fragilité de l'estime de soi**
L'adolescent se mesure en permanence aux adultes. Il semble en difficulté dans le processus d'autonomisation que suscite l'adolescence. Il refuse d'avoir besoin des adultes mais en même temps il n'arrive pas à se responsabiliser car il ne se fait pas confiance. Il a le plus souvent honte de lui. Il essaie de restaurer son image par le rapport de force avec l'adulte.
Il ne perçoit pas l'adulte dans une position bienveillante mais toujours dans une position persécutrice. Il se protège de toute déception en choisissant le pire. Il sera important qu'il découvre dans la relation avec les adultes qu'il a de la valeur et que les adultes croient en ses capacités.
- **Refus de socialisation**
Parfois l'adolescent a perdu tout espoir de pouvoir trouver une place dans la société. Il ne comprend pas le sens des limites et ne reconnaît aucun interdit. Il est débordé par l'agressivité que suscitent les situations de frustration. Il peut alors transgresser sans vécu de culpabilité. Cet adolescent a le plus souvent souffert de carences éducatives, de négligences qui devront être recherchées ainsi que de possibles maltraitances.
- **Eventuels troubles psychiatriques**
Dans certaines situations, l'adolescent qui se montre violent semble étrange et la relation avec lui fait vivre un sentiment de bizarrerie. Les perturbations sont curieuses (se parle à lui-même, rit sans raison...). Son discours semble incohérent. Il y a là urgence à orienter vers un lieu de soins spécialisés en informant les parents et en les soutenant dans la mise en place du projet de soin.

2. Recueil d'informations

Des questions exploratrices sont nécessaires pour préciser les caractéristiques des manifestations observées :

- l'opposition existe-elle depuis toujours ou est-elle d'apparition récente ?
- l'opposition apparaît-elle avec l'ensemble des enseignants, des adultes de l'établissement ou uniquement avec certains adultes ?
- l'opposition existe-t-elle en dehors du contexte scolaire ?
- existe-t-il des débordements d'agressivité et sous quelle forme ? (verbal, physique)
- persiste-il un investissement de la scolarité ?
- quelles sont les relations de cet adolescent perturbateur avec ses pairs ?
- le comportement perturbateur s'inscrit-il dans un tableau associant d'autres signes (tristesse, bizarreries...) ?
- le comportement perturbateur s'exprime-t-il dans toutes sortes de contexte, uniquement quand l'adolescent est seul avec l'adulte, uniquement en situation groupale ?
- existe-t-il des comportements délinquants associés ?

L'équipe pédagogique et éducative peut affiner l'observation et préciser :

- Quelles sont les relations entre l'adolescent et ses professeurs, les autres membres de l'équipe éducative, et avec les autres adolescents ?
- Les résultats scolaires sont-ils préservés ?
- Comment les parents réagissent-ils face au comportement perturbateur de l'adolescent ?

Les personnels de santé et de service social sont sollicités devant une situation qui s'installe malgré des mesures simples de réassurance et de soutien de l'adolescent. Ils procèdent à l'évaluation de la situation.

3. Conduite à tenir au cas par cas par les personnels référents

L'infirmier et l'assistant de service social recueillent les informations nécessaires auprès des membres de l'équipe éducative notamment le CPE, les assistants d'éducation, les professeurs, pour permettre l'évaluation de la situation et le choix de la conduite à suivre.

Une rencontre avec l'adolescent est indispensable afin de recueillir sa parole et d'évaluer au mieux ses difficultés.

Dans un second temps, en lien avec le médecin de l'éducation nationale, l'entretien avec les parents permet de les informer des inquiétudes de l'établissement, de leur demander ce qu'ils en pensent et comment ils comprennent le comportement de leur adolescent. Au cours de l'entretien, sont recherchées les difficultés de l'adolescent dans la vie familiale (fratrie, famille élargie), les qualités de sa vie relationnelle, le contexte de vie, les antécédents médicaux.

Les parents sont ensuite associés à la conduite à tenir :

- une orientation par le médecin de l'éducation nationale vers une consultation ou un service spécialisé de proximité (pédiatrie et psychiatrie infanto-juvénile en CMP, CMPP, consultation libérale) où commencera la prise en charge. Ces professionnels agissent en coordination avec les personnels de santé de l'établissement et en accord avec l'adolescent et ses parents.
- une préparation à cette orientation est souhaitable, car il est souvent difficile pour l'adolescent de l'accepter et de l'investir par peur de la stigmatisation, peur de la folie. Il est nécessaire d'associer les parents qui peuvent soutenir cette prise en charge. Les personnels de santé et de service social peuvent accompagner l'adolescent dans cette démarche à différents niveaux suivant ses difficultés (prise de rendez-vous, repérage du lieu de consultation...).
- il peut être proposé à l'adolescent et à sa famille une aide éducative dans le cadre de la protection de l'enfance, permettant de prendre en compte les facteurs participant à son comportement, de travailler sur le sens des limites et de l'interdit. Il est en effet important que l'adolescent perçoive que les adultes lui imposent ces limites afin de le protéger et non pas de l'exclure.

L'évaluation de l'assistant de service social est indispensable pour envisager cette démarche. En fonction de la demande des parents, de leur engagement dans le travail éducatif et de la gravité des transgressions de l'adolescent, il sera parfois nécessaire de transmettre une information préoccupante à la cellule départementale du conseil départemental, voire d'effectuer un signalement judiciaire.

L'adolescent amaigri

1. Description

L'amaigrissement d'un adolescent doit susciter l'intérêt des adultes. Cet amaigrissement peut être le témoignage de l'existence d'une maladie somatique ou l'entrée dans un trouble du comportement alimentaire. Il peut s'agir aussi d'une maigreur constitutionnelle.

A l'adolescence, la façon de se nourrir est en lien direct avec les changements du corps et de son image. Les transformations pubertaires, la nécessité d'acquérir une autonomie, la survenue des représentations sexuelles associées sont autant de contraintes qui peuvent se traduire par une attaque du corps dans des manifestations de gravité variable. La prédominance chez les filles de ces conduites alimentaires particulières indique les difficultés à accepter les formes du corps et la féminité en général.

Ainsi, ces conduites ne nécessitent pas toujours une prise en charge médicale ; elles peuvent représenter des tentatives d'adaptation à ce moment critique de l'adolescence, en s'écartant plus ou moins de « la norme », y compris celle véhiculée par les médias. Le recours à des régimes diététiques successifs, l'élimination de certains aliments, l'anarchie de l'alimentation, des périodes d'excès alimentaire sont fréquents à cet âge, sans qu'une prise en charge médicale n'ait à être déclenchée systématiquement.

Les conduites de restriction alimentaire sont souvent rencontrées ; elles peuvent être passagères, plus fréquentes aux alentours de la puberté, associées à des préoccupations liées à la diététique. Elles sont favorisées par les stéréotypes sociaux. Les formes préoccupantes se caractérisent par une perte de poids importante, une restriction alimentaire massive et une aménorrhée.

2. Recueil d'informations

Certains signes d'alerte doivent être connus de tout membre de l'équipe pédagogique et éducative, d'autant plus qu'ils sont souvent déniés ou « clandestins ». Si ces signes sont présents, l'équipe sollicitera l'infirmier ou le médecin scolaire.

Il faudra donc rechercher l'existence :

- de malaises récurrents ;
- d'un refus de participer aux cours d'éducation physique ;
- d'une restriction alimentaire observée à la cantine ;
- d'un amaigrissement rapide et récent, souvent masqué par l'ampleur des vêtements ;
- de vomissements immédiats après les repas ;
- d'autres manifestations associées telles que le repli sur soi, la pauvreté des relations sociales, ou encore l'hyperactivité intellectuelle et physique et le surinvestissement scolaire ;
- d'inquiétudes transmises par les pairs qui ont observé ces signes d'alerte.

3. Conduite à tenir au cas par cas

Si la perturbation des conduites alimentaires apparaît durable, c'est au personnel de santé de l'établissement (infirmier et médecin) qu'il appartient d'intervenir ; en effet, ces conduites, en relation directe avec le corps, ont une dimension intime dont l'abord ne peut se faire que dans une approche confidentielle connue par l'adolescent.

L'entretien avec l'adolescent et l'examen clinique permettent d'aborder les particularités de la conduite alimentaire, leur retentissement sur l'état physique, leur ancienneté et d'apprécier le malaise psychique éventuel qui l'accompagne, les autres symptômes somatiques révélateur d'une pathologie somatique (diabète...). L'entretien peut révéler une consommation associée de produits médicamenteux ou psycho-actifs.

Dans le cas de troubles d'allure transitoire sans retentissement physique, des informations diététiques sont à apporter. Des rencontres régulières du personnel de santé scolaire de l'établissement avec l'adolescent permettent de suivre son évolution.

Dans le cadre d'une suspicion d'anorexie, l'intensité de l'amaigrissement (indice de masse corporelle) est mesurée. L'entretien clinique permet de savoir si cet « amaigrissement » est recherché (hantise de grossir) ; s'il y a aménorrhée et depuis quand, vomissements, éventuelle prise de laxatifs. Sur le plan psychique, on peut retrouver l'importance d'interdictions diverses, une rigidité de la pensée, une hyperactivité physique, un repli dépressif, des craintes plus ou moins massives concernant l'image du corps.

Selon les éléments réunis plusieurs orientations se dessinent :

- Des conduites de restriction alimentaire ne signent pas l'existence d'une pathologie installée ; elles peuvent aussi passer inaperçues dans des formes mineures. Les personnels de santé veillent à instaurer un lien de confiance avec l'adolescent afin de suivre l'évolution ;
- Des conduites alimentaires particulières peuvent être réactionnelles et venir révéler des événements de vie difficiles (pertes, séparations, deuils, maltraitance physique et psychique, agressions physiques et sexuelles plus ou moins anciennes). Elles peuvent néanmoins s'installer sous une forme pathologique. Une évaluation doit être conduite afin de prendre les mesures appropriées y compris dans le cadre de la protection de l'enfance. L'assistant de service social contribue à l'évaluation de ces situations ;
- Lorsque des signes d'alerte ont été repérés et que l'entretien et l'examen clinique les confirment, une prise en charge à la fois physique et psychique doit être assurée ;
- Une information aux parents par les personnels de santé doit être envisagée, après discussion avec l'adolescent chez lequel cette information peut soulever des réticences. Les parents pourront préciser les antécédents de l'adolescent, les troubles associés, le contexte actuel de vie ; ils pourront, en lien avec leur médecin traitant, compléter le bilan médical et biologique afin d'éliminer une cause somatique ; ils pourront soutenir une démarche de soins psychiques si nécessaire ;
- Un constat d'anorexie implique l'adresse à des consultations ou services spécialisés de proximité (pédiatrie et psychiatrie infanto-juvénile en CMP, CMPP, consultation libérale) qui commenceront la prise en charge, agiront en coordination (prise en compte conjointe des aspects physiques et psychiques) et apprécieront la problématique :
 - tableau d'anorexie mentale (où l'amaigrissement et la minceur sont recherchés, niés et ne suscitent pas d'inquiétude, où la conviction d'être trop gros est persistante) ;
 - anorexie dans le cadre d'un syndrome dépressif (où on retrouve une tristesse et une inhibition dépressive) ;
 - autre affection psychique sous-jacente...

Ces professionnels jugeront ensuite de la nature des traitements psychothérapeutiques et des traitements médicamenteux à mettre en œuvre, et du bien-fondé d'une hospitalisation.

L'adolescent en surpoids

1. Description

De plus en plus d'adolescents se trouvent en situation de surpoids ou d'obésité puisqu'un enfant sur 5 serait touché. Au-delà des causes physiques et génétiques, des facteurs psychologiques peuvent jouer : difficultés à faire le deuil de l'enfance, refoulement de ses désirs, carapace pour se protéger ou encore besoin de liberté pourraient expliquer cette prise de poids trop importante. Les notions de surpoids et d'obésité reposent sur l'étude des courbes de taille et de poids et sur le calcul de l'indice de masse corporelle (poids/ taille au carré). La Haute Autorité de Santé retient l'IMC supérieur au 97ème percentile de la courbe de croissance pour identifier le surpoids et définit l'obésité par un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m².

A l'adolescence, une cause possible de prise de poids est l'existence de conduites boulimiques qui se définissent par des moments paroxystiques compulsifs, des « crises » soudaines, solitaires, durant lesquelles l'adolescent mange sans faim et souvent n'importe quel aliment particulièrement calorique ; elles peuvent survenir de manière réactionnelle ; elles sont la plupart du temps suivies de vomissements. Elles prennent un caractère préoccupant lorsqu'elles sont répétées, fréquentes (plusieurs fois par semaine) et s'accompagnent d'idées douloureuses (dépréciation, honte...).

2. Recueil d'information

Face au constat d'un surpoids, voire d'une obésité c'est au personnel de santé de l'établissement (infirmier et médecin) qu'il appartient d'intervenir ; en effet, ces conduites, en relation directe avec le corps, ont une dimension intime dont l'abord ne peut se faire que dans une approche confidentielle connue par l'enfant.

L'entretien avec l'adolescent et l'examen clinique permettent d'aborder les particularités de sa conduite alimentaire, l'existence de repas sautés, de grignotages, leur retentissement sur l'état physique, leur ancienneté et d'apprécier le malaise psychique éventuel qui l'accompagne.

Des informations diététiques sont à apporter. Des rencontres régulières du personnel de santé scolaire de l'établissement avec l'adolescent et ses parents permettent de soutenir la famille pour mettre en place des règles hygiéno-diététiques adaptées. Il sera important de motiver l'adolescent à avoir une activité physique.

3. Conduite à tenir au cas par cas

Selon les éléments réunis plusieurs orientations se dessinent.

Des conduites alimentaires particulières peuvent être réactionnelles et venir révéler des événements de vie difficiles (pertes, séparations, deuils, maltraitance physique et psychique, agressions physiques et sexuelles plus ou moins anciennes). Dans ce cas, il est nécessaire d'en parler avec les adolescents, ou de les amener à voir quelqu'un pour qu'ils puissent comprendre pour quelles raisons ils mangent en cachette et qu'ils puissent évaluer ce que leur apporte la nourriture.

Ces conduites alimentaires peuvent néanmoins s'installer sous une forme pathologique.

Une évaluation doit être conduite afin de prendre les mesures appropriées y compris dans le cadre de la protection de l'enfance. L'assistant de service social contribue à l'évaluation de ces situations.

Lorsque des signes d'alerte ont été repérés et que l'entretien et l'examen clinique les confirme, une prise en charge à la fois physique et psychique doit être assurée. Une information aux parents par les personnels de santé doit être envisagée. Les parents pourront préciser les antécédents de l'adolescent, les troubles associés, le contexte actuel de vie. Ils pourront, en lien avec leur médecin traitant, compléter le bilan médical et biologique afin d'éliminer une cause somatique (cependant rare, neurologique ou endocrinienne) aux conduites alimentaires. Ils pourront soutenir une démarche de soins prenant en compte l'enfant et l'environnement dans sa globalité si nécessaire.

Dans le cadre de la boulimie :

Le retentissement psychique et parfois physique implique une consultation de psychiatrie infanto-juvénile (CMP, CMPP, consultation libérale...) et une autre consultation chez un médecin généraliste ou pédiatre afin d'apprécier le retentissement somatique. Là encore, les mesures spécifiques seront décidées lors des consultations menées en coordination.

L'adolescent présentant des plaintes somatiques

1. Description

L'adolescence est la période de la vie qui correspond aux réaménagements psychiques liés à un processus physiologique : la puberté. Le corps se transforme sous l'effet des hormones sexuelles et il n'est pas rare que l'adolescent se plaigne de douleurs ou autres plaintes somatiques. Pour autant, il ne faut pas négliger que ces plaintes puissent être la manifestation d'autres difficultés.

Les plaintes somatiques les plus fréquentes sont :

- la fatigue ;
- toutes plaintes concernant diverses parties du corps mais en particulier les articulations, le dos ;
- moins fréquents et plus révélateurs d'autres difficultés :
 - les douleurs abdominales, avec ou sans vomissements ;
 - les maux de tête.

2. Recueil d'informations

Les membres de l'équipe pédagogique et éducative précisent :

- la date d'apparition de ces plaintes ;
- le lieu de survenue de ces manifestations (en classe, en récréation, en sport...) ;
- les horaires, réperables ou non ;
- l'existence de manifestations anxieuses associées ;
- l'existence de difficultés scolaires ;
- l'existence de difficultés relationnelles.

Le personnel de santé complète les informations en lien avec les membres de l'équipe pédagogique et éducative, et informe les parents des inquiétudes de l'école. Il s'enquiert des plaintes somatiques de l'adolescent dans la famille, d'éventuels troubles de l'alimentation et du sommeil, ainsi que le contexte de vie actuel. Le médecin scolaire peut interroger la famille sur d'éventuels problèmes médicaux et antécédents.

La famille est incitée à prendre l'avis du médecin traitant.

3. Conduite à tenir au cas par cas

Au terme de ces premières investigations, une pathologie organique dépistée peut être confirmée, l'adolescent sera pris en charge dans le service concerné, et son accueil en milieu scolaire organisé.

Si les différents bilans entrepris s'avèrent négatifs :

- **Il peut s'agir de manifestations dites réactionnelles à :**
 - au processus pubertaire (modification du corps, effets de la croissance...) ;
 - des difficultés vécues au sein de l'école : difficultés scolaires et d'apprentissage que l'enseignant pourra identifier, ou relationnelles avec le groupe classe (stigmatisation de tous ordres, éventuellement en rapport avec un échec scolaire) ;
 - des événements plus graves, à caractère traumatique, carences ou maltraitance par exemple, qui font rechercher des signes associés fréquents tels que tristesse, troubles du sommeil, etc. Une évaluation doit être conduite afin de prendre les mesures appropriées y compris dans le cadre de la protection de l'enfance.
- **Il peut s'agir de troubles dépressifs**, même si la tristesse et le sentiment de dévalorisation ne s'associent pas toujours à la plainte somatique : la dépression est alors dite « masquée ». La reconnaissance de manifestations dépressives durables requiert le recours à des soins spécialisés.
- **Il peut s'agir de troubles anxieux** : l'anxiété se manifeste alors par des troubles somatiques, douleurs abdominales et troubles du sommeil le plus fréquemment, en réaction à des situations anxiogènes, dites aussi phobogènes comme les situations d'évaluation, le contact avec les autres, ou encore la rencontre avec le groupe, etc.

L'anxiété peut également témoigner d'une angoisse de séparation et retentir sur les résultats scolaires, avec un risque de déscolarisation. Si les plaintes somatiques liées aux troubles anxieux sont invalidantes, une consultation spécialisée permettra d'évaluer l'écart entre le normal et le pathologique.

L'adolescent en retrait

1. Description

La notion de **retrait** consiste en une attitude qui compromet les relations sociales et les échanges en particulier langagiers, pouvant aller jusqu'à un évitement social ; on peut parler de repli et de limitation du contact. Cette conduite fait partie des problèmes « silencieux » qui doivent alerter autant que des problèmes plus bruyants, et peut être signe de souffrances psychiques. Elle peut s'inscrire dans un tableau associant d'autres signes (qui seront évoqués dans diverses problématiques en jeu) et être aussi constatée dans le milieu familial. Il s'agit d'une conduite non-spécifique qui constitue un signe d'appel, qui peut renvoyer à de multiples problématiques et qui suppose l'analyse du contexte et des signes associés.

2. Recueil d'informations

Si la conduite de l'adolescent apparaît durable et préoccupante, il faut procéder à un recueil d'informations complémentaires, dont certaines relèvent des membres de l'équipe pédagogique et éducative et d'autres du personnel de santé et du service social.

L'équipe pédagogique et éducative affine l'observation :

- s'agit-il d'un isolement à l'égard des adultes ? des pairs ?
- est-ce une conduite récente ?
- se manifeste-t-il en classe, en récréation, à la cantine, dans tous les lieux à la fois ?
- quelles sont les relations de l'adolescent avec l'enseignant, le groupe de pairs ?
- y a-t-il des manifestations émotionnelles : tristesse, pleurs ou au contraire capacité à tirer du plaisir dans certaines situations ?
- y a-t-il des manifestations anxieuses et dans quelles conditions ?
- y a-t-il maintien des capacités d'investissement, de curiosité ou un émoussement de la vie intellectuelle ?
- y a-t-il des difficultés scolaires et depuis quand ?

Le personnel de santé et du service social est sollicité devant une situation préoccupante ayant résisté à des mesures simples de réassurance et de soutien à l'intégration dans le groupe de pairs. Un entretien peut être proposé à l'adolescent, en sachant que la verbalisation peut être difficile.

Les parents sont informés des inquiétudes de l'école. Ils disent s'ils les partagent ou s'ils ont eux-mêmes d'autres motifs de préoccupation.

3. Conduite à tenir au cas par cas

Dans le champ de l'école, des mesures éducatives et pédagogiques visant à favoriser l'intégration de l'adolescent dans sa classe pourront aider à discerner l'intensité du problème présenté. Ces mesures pourront consister en une attention particulière à l'adolescent, une valorisation de ses productions, une facilitation de ses rapports avec les autres par l'enseignant.

Le recours au personnel de santé et de service social de l'école s'impose lorsque la conduite est durable.

La rencontre avec les parents permet de s'enquérir des manifestations de l'adolescent dans la vie familiale (fratrie, famille élargie), des qualités de sa vie relationnelle, d'éventuels troubles de l'alimentation et du sommeil, de problèmes médicaux et des antécédents significatifs ainsi que du contexte de vie actuel.

L'adresse à un service spécialisé de proximité (CMP, CMPP) ou à une consultation libérale est envisagée en fonction des éléments recueillis, en lien avec le médecin traitant ; elle repose sur l'accord des parents qui se chargent de sa mise en œuvre. C'est là qu'un projet thérapeutique pourra y être construit si nécessaire, en soins ambulatoires (consultations), voire en structure plus spécialisée.

Les problématiques en cause sont diverses.

Le retrait peut être une conduite dite réactionnelle, en lien avec les événements de vie :

- difficultés extérieures vécues par l'adolescent. Il peut s'agir d'événements de vie tels que séparations, maladies personnelles ou de l'entourage, changements de cadre de vie... ;
- difficultés vécues au sein de l'école : difficultés scolaires et d'apprentissage que l'enseignant pourra identifier, en particulier dans les classes charnières, ou difficultés relationnelles avec le groupe classe (stigmatisation de tous ordres, éventuellement en rapport avec l'échec scolaire ou des troubles de l'expression orale : bégaiement....) ;
- d'événements graves, au caractère traumatique (par exemple abus sexuels, maltraitance...) pour lesquels des signes associés sont fréquents (troubles du sommeil, des apprentissages, tristesse...).

Dans tous les cas, l'expérience enseigne que les troubles réactionnels n'excluent pas l'installation de troubles plus durables.

Le retrait est un signe parmi d'autres difficultés intrapsychiques et peut se manifester dans toutes les manifestations psychiatriques :

- dans le cadre de phobie sociale :
L'adolescent ne supporte pas le regard posé sur lui, il refuse de prendre la parole en public ce qui limite ses possibilités d'évaluation orale. Il est plus à l'aise en relation duelle. Il souffre d'une mauvaise image de lui-même et a toujours le sentiment d'être ridicule. Certains peuvent avoir peur de rougir et ont un vécu de honte intense.
- dans le cadre de troubles dépressifs :
La tristesse et la limitation du contact, la dévalorisation, les troubles de l'appétit et du sommeil, des équivalents dans le domaine somatique (maux de tête) sont souvent associés. **L'existence d'idéation suicidaire est à rechercher, évaluer, écouter.**
- dans le cadre des troubles où prédomine la perte de contact avec la réalité :
Le retrait s'intègre alors dans un tableau plus général dont il est un des éléments caractéristiques. Le contact avec l'adolescent est difficile, il existe une méfiance. Il peut s'associer des comportements étranges comme des rires immotivés voir des moments où l'adolescent semble parler seul.

Les mesures à prendre sont diverses en fonction des problématiques

En cas de conduite dite réactionnelle, en lien avec les événements de vie, distinguer deux situations :

- Difficultés extérieures vécues par l'enfant, difficultés vécues au sein de l'école.
La conduite de retrait, si elle est transitoire, ne relève pas du recours à un service spécialisé mais repose davantage sur des mesures de soutien et de vigilance particulières.
- Événements graves :
 - survenant dans la collectivité : la conduite de retrait requiert l'intervention du personnel de santé et du service social dans le cadre de l'évaluation globale de la situation vécue.
 - dans le cadre individuel : une évaluation doit être conduite afin de prendre des mesures appropriées d'aide et de soutien dans le cadre de la protection de l'enfance.

Lorsque que **l'isolement est un signe parmi d'autres difficultés intrapsychiques** (troubles dépressifs, phobie sociale, perte de contact avec la réalité), une consultation vers un service spécialisé s'avère nécessaire en s'appuyant sur la mobilisation parentale. Cette orientation peut être envisagée avec la famille par le médecin scolaire en lien avec le médecin traitant.

L'adolescent dit étrange

1. Description

A l'adolescence, l'émergence de la sexualité vient bouleverser l'équilibre préexistant de l'enfant. Aux transformations physiques s'ajoutent les émergences pulsionnelles que l'adolescent vit comme lui étant imposées. Ce sentiment de perte de contrôle de son existence peut être angoissant et difficile à vivre pour l'adolescent : il peut percevoir son corps comme étranger. Ses perceptions et sa façon de réagir peuvent être anormales et irrationnelles également pour lui-même. L'adolescent a alors besoin de son entourage familial, amical et scolaire qui constitue pour lui son cadre de vie. Il lui faut trouver un confident pour ses émotions ou perceptions inquiétantes : confident qui l'accueille, le rassure, donne un sens à ce qu'il vit.

Il lui faut aussi trouver des limites qui restent à peu près stables malgré le bouleversement qu'il vit. C'est au travers des échanges quotidiens que l'adolescent partage avec un entourage qu'il trouve ou non ce cadre contenant et structurant. C'est dans ces échanges, houleux parfois, qu'il structure son organisation psychique et son identité. Ces processus sont à l'origine d'attitudes parfois peu compréhensibles pour son entourage, irrationnelles, décalées, irritantes.

Pour certains adolescents, cette étape est insurmontable : alors se produisent des ruptures ou « déliaisons » dans son organisation psychique. Ces moments de rupture avec la réalité donnent aux personnes de son entourage une impression d'étrangeté qu'il faut savoir repérer pour permettre une intervention thérapeutique si nécessaire.

En effet, l'étrangeté chez un adolescent est différente de l'irrationalité : un adolescent peut être irritant dans des demandes contradictoires, irrationnel dans ses rêveries ou idéalizations, insupportable dans les moments de toute puissance qu'il tente de mettre en scène : c'est l'adolescent qui rêve d'une carrière brillante sans pour autant investir suffisamment dans la scolarité, celui qui provoque sans cesse l'adulte comme représentant de l'autorité tout en lui demandant de l'aide. Il sollicite dans ces cas-là son interlocuteur comme une personne qui va réagir émotionnellement, activement. La bizarrerie ou étrangeté, elle, suscite le malaise et paralyse plutôt l'interlocuteur par la discontinuité et la perte de sens qu'elle introduit dans la relation.

Cette étrangeté peut se retrouver dans des tableaux différents :

- étrangeté liée à une prise de toxique ;
- étrangeté dans le cadre d'un épisode de dépression ou d'excitation psychique ;
- étrangeté dans un tableau plus riche avec d'autres signes psychopathologiques ;
- étrangeté dans un tableau de bizarreries anciennes ou au contraire dans un tableau aigu récent.

2. Recueil d'informations

Les personnels pédagogiques et éducatifs sont au premier plan lorsqu'ils perçoivent une bizarrerie du comportement ou de la relation. L'adolescent ne manifeste en effet pas forcément une demande qui lui permettrait de rencontrer l'infirmier ou l'assistant du service social de l'établissement.

Qu'est-ce qui permet de parler d'étrangeté ?

- une « bizarrerie » du contact ressentie avec cet adolescent, hors situation de crise émotionnelle.
- un décalage entre ce qu'exprime l'adolescent verbalement dans les échanges et sa mimique ou ses attitudes corporelles.
- des ruptures constatées dans la relation avec cet adolescent qui peut paraître s'absenter psychiquement pendant un échange.
- des attitudes ou des comportements inadaptés par rapport au cadre :
 - soit dans le positionnement de l'adolescent comme élève dans la classe ;
 - soit dans les échanges qu'il peut avoir avec ses pairs.

Il importe de chercher à préciser :

- dans quelles situations cette étrangeté est perçue et par qui :
 - pendant les cours ?
 - dans des échanges informels avec les adultes de l'établissement ?
 - rapportée par d'autres élèves incidemment pendant les récréations ?
 - de façon ponctuelle ou continue : dans la journée, d'une journée à l'autre ?
- cette étrangeté est-elle récente ou apparemment plus ancienne ?
- existe-t-il un fléchissement scolaire ou un désinvestissement scolaire ?
- l'adolescent est-il isolé dans son groupe de pairs ?
- l'adolescent est-il triste ou au contraire euphorique et hyperactif ?
- existe-t-il un absentéisme scolaire ?

En discutant avec lui, l'enseignant doit pouvoir préciser cette étrangeté qu'il perçoit de l'adolescent :

- est-il en relation ou absent à la relation ?
- se plaint-il de difficultés actuelles particulières ?
- peut-il apporter des éléments d'information qui permettent de donner un sens à ce qui a été perçu comme bizarre par l'enseignant ?

L'enseignant ou l'équipe éducative pourra dans les rencontres avec les parents apprécier leur réaction face aux difficultés de leur adolescent.

En tous cas, ces observations imposent après ces échanges avec collègues et CPE, de solliciter le personnel de santé et de service social. Ceux-ci pourront alors rencontrer l'adolescent puis ses parents pour compléter le recueil d'informations.

Ils doivent évaluer :

- la qualité de la relation à l'adolescent : exprime-t-il une souffrance, peut-il demander de l'aide ?
- que perçoit-il et que vit-il de sa relation aux autres : se plaint-il d'isolement, de difficultés relationnelles avec ses pairs, d'une méfiance à l'égard des autres, de difficultés en famille ?
- prend-il des toxiques, lesquels et à quel rythme ?
- présente-t-il une tristesse avec dépréciation de soi, difficultés de concentration, troubles du sommeil ?
- présente-t-il au contraire une exaltation, avec une pensée, des idées qui vont trop vite et ou une agitation motrice ? une désinhibition ?
- que transmet-il de sa vie familiale ?
- que pense-t-il d'une rencontre avec ses parents en sa présence ?
- que peut-il en attendre ?

Dans la rencontre avec les parents :

- leur adolescent présente-t-il des moments d'étrangeté dans leur relation ou dans ses comportements à la maison ?
- les parents sont-ils inquiets ou pas ?
- leur adolescent a-t-il des préoccupations particulières : sur ses relations aux amis, sur son aspect ou sa santé physique ?
- est-ce ancien ou récent ?
- existe-t-il des événements familiaux récents : deuil, séparations ?
- explorer ce qu'il en est des relations intrafamiliales entre l'adolescent et ses parents et entre l'adolescent et la fratrie.

3. Conduite à tenir au cas par cas

Ce tableau doit conduire les personnels de santé de l'établissement à permettre et faciliter une consultation spécialisée au CMP, CMPP ou libérale, en pédopsychiatrie.

Cette référence en consultation sera plus aisée si l'adolescent a lui-même une demande d'aide et/ou si les parents sont inquiets. Elle peut être difficile si l'adolescent ou ses parents sont réticents aux soins. S'ils donnent leur accord pour être accompagnés dans la prise de rendez-vous par les personnels de santé de l'établissement, la référence du jeune voire de sa famille vers un psychiatre aura une plus grande probabilité d'être effective et efficace.

Ces échanges devront être poursuivis si une prise en charge est effectuée au CMP ou au CMPP. Ces prises en charge obligeront souvent à un travail conjoint entre équipe de soins et personnels de santé de l'établissement pour permettre le maintien de l'adolescent dans sa scolarité et la continuité des soins sur le CMP.

Dans ce domaine du mal-être adolescent, l'équipe éducative rencontre une difficulté spécifique : l'étrangeté évoque la folie ou la psychose, dont elle peut être le reflet. Il est donc essentiel de favoriser l'accès de l'adolescent à des soins spécialisés : seules les équipes de soins spécialisés pourront évaluer la psychopathologie existante ou au contraire éliminer cette hypothèse.

Mais, en même temps qu'il faut prendre ces signes au sérieux, il faut se garder de considérer comme étranges des comportements simplement provocants ou irrationnels propres à l'adolescence et là encore les personnels de santé et de service social des établissements ont un rôle central de médiation. Enfin il convient de garder à l'esprit que la banalisation de l'usage de termes de diagnostics (« schizophrène ») dans le langage courant alimente les comportements stigmatisants et par suite, peut aggraver la souffrance psychique du jeune.

RESSOURCES UTILES

Textes

- Arrêté du 1^{er} juillet 2013 relatif au [référentiel des compétences des métiers du professorat et de l'éducation](#) ;
- [Circulaire n°2011-216 du 2 décembre 2011](#) relative à la politique éducative de santé dans les territoires académiques ;
- [Circulaire n°2014-163 du 1er décembre 2014 relative au référentiel métier des directeurs d'école](#) ;
- [Circulaire n°2015-139 du 10 août 2015](#) relative aux missions des conseillers principaux d'éducation ;
- [Circulaire n°2015-118 du 10 novembre 2015](#) relative aux missions des médecins de l'éducation nationale ;
- [Circulaire n°2015-119 du 10 novembre 2015](#) relative aux missions des infirmier.ières de l'éducation nationale ;
- [Circulaire n°2016-008 du 28 janvier 2016](#) relative à la mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves ;
- [Circulaire n°2016-114 du 10 août 2016](#) relative aux orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté ;
- [Circulaire n°2017-055 du 22 mars 2017](#) relative aux missions du service social en faveur des élèves ;
- [Protocole d'accord du 16 novembre 2000, relatif aux personnels de direction et article R. 421-10 du code de l'éducation.](#)

Pour en savoir plus

- DEPP, Note d'information n°50 « [Résultat de la troisième enquête nationale de climat scolaire et de victimation - lycée](#) » – 2015
- DEPP, Note d'information n°17-30 « [Résultat de la quatrième enquête nationale de climat scolaire et de victimation – collège](#) » - 2017
- Santé publique France « [La santé des collégiens en France - 2014. Données françaises de l'enquête internationale Health behaviour in school-age children \(HBSC\)](#) »

Numéros d'appel

- « 119, Allô enfance en danger »
- « Non au harcèlement » : 30 20
- « Net écoute » : 0800 200 000 (cas de cyberharcèlement)
- France Victimes : 08 842 846 37
- Fil Santé Jeunes : 0 800 235 236
- Tabac info service : 39 89
- Alcool info service : 0 980 980 930
- Drogues info service : 0 800 23 13 13

Sitographie du ministère de l'éducation nationale

- Harcèlement : <http://www.nonauharcèlement.education.gouv.fr/>
- Protection de l'enfance : <http://eduscol.education.fr/cid50665/protection-de-l-enfance>
- Education à la santé : <http://eduscol.education.fr/cid47750/education-a-la-sante.html>
- Education à la sexualité : <http://eduscol.education.fr/pid23366/education-a-la-sexualite.html>

Sitographie des partenaires

- Allo 119 : <http://www.allo119.gouv.fr/>
- Observatoire national de la protection de l'enfance : <http://www.onpe.gouv.fr/>
- Net écoute : <http://www.netecoute.fr/>
- Fil santé jeunes : <http://www.filsantejeunes.com/>
- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les conduites addictives : <http://www.drogues.gouv.fr/>
- Maison des adolescents : <http://www.anmda.fr/>
- Tabac info service : <http://www.tabac-info-service.fr/>
- Alcool info service : <http://www.alcool-info-service.fr/>
- Drogues info service : <http://www.drogues-info-service.fr/>
- Le village des addictions : <http://www.addictaide.fr/>

Ce document a été réalisé par :

- la direction générale de l'enseignement scolaire ;
- la direction générale de la santé ;
- Santé publique France ;
- l'association nationale des maisons des adolescents ;
- la fondation Pierre Deniker ;
- les médecins membres du collège de pédopsychiatrie de la FFP-CNPP (API - Association des Psychiatres de secteur infanto juvénile, SFPEADA - Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et des Disciplines Associées).

—
**POUR L'ÉCOLE
DE LA CONFIANCE**
—



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION
NATIONALE ET
DE LA JEUNESSE