Psychopathologie à l'adolescence et scolarité : le concept soins-études : une approche singulière des établissements de la Fondation Santé des Étudiants de France

Anais Colin-Madan

▶ **To cite this version:**

Anais Colin-Madan. Psychopathologie à l'adolescence et scolarité : le concept soins-études : une approche singulière des établissements de la Fondation Santé des Étudiants de France. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00629141

HAL Id: dumas-00629141

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00629141

Submitted on 5 Oct 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2011 N° d'ordre

Psychopathologie à l'adolescence et scolarité
Le concept soins-études : une approche singulière des établissements de la Fondation Santé des Etudiants de France

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE DIPLÔME D'ETAT

Anaïs COLIN-MADAN
Née le 23 octobre 1982 à Avignon (84)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE
Le 28 septembre 2011

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury :	Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL
Membres :	Monsieur le Professeur Philippe JEAMMET
	Monsieur le Professeur Dominique PLANTAZ
	Monsieur le Docteur Calin BARNA
	Monsieur le Docteur Philippe LESIEUR
	Madame le Docteur Anne-Marie ALLEON

La faculté de médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs

PUPH 01/09/2010

NOM	PRENOM	DISCIPLINE
ALBALADEJO	Pierre	ANESTHESIE - REANIMATIONS
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE
BACONNIER	Pierre	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE SANTE PUBLIQUE
BAGUET	Jean-Philippe	CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE CANCEROLOGIE
BARRET	Luc	MEDECINE LEGALE
BAUDAIN	Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEANI	Jean-Claude	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BENHAMOU	Pierre Yves	ENDOCRINO DIABETO
BERGER	François	CANCEROLOGIE
BLIN	Dominique	CHIRURGIE CARDIAQUE
BOLLA	Michel	CANCEROLOGIE
BONAZ	Bruno	HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE
BOSSON	Jean-Luc	SANTE PUBLIQUE
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE
BRAMBILLA	Elisabeth	ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
BRAMBILLA	Christian	PNEUMOLOGIE
BRICHON	Pierre-Yves	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE
BRIX	Muriel	CHIR. MAXILLO-FACIALE
CAHN	Jean-Yves	CANCEROLOGIE
CARPENTIER	Patrick	MEDECINE VASCULAIRE
CARPENTIER	Françoise	SAMU
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE
CHABARDES	Stephan	NEUROCHIRURGIE
CHABRE	Olivier	ENDOCRINOLOGIE
CHAFFANJON	Philippe	CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE
CHAVANON	Olivier	CHIRURGIE CARDIAQUE
CHIQUET	Christophe	OPHTALMOLOGIE
CHIROSSEL	Jean-Paul	ANATOMIE
CINQUIN	Philippe	SANTE PUBLIQUE
COHEN	Olivier	DELEGATION - HC FORUM (création entreprise)
COUTURIER	Pascal	GERIATRIE
CRACOWSKI	Jean-Luc	PHARMACOLOGIE
DE GAUDEMARIS	Régis	MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL
DEBILLON	Thierry	PEDIATRIE
DEMATTEIS	Maurice	Médecine légale et d'Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	SANTE PUBLIQUE
DESCOTES	Jean-Luc	UROLOGIE
ESTEVE	François	Dir. Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences
FAGRET	Daniel	MEDECINE NUCLEAIRE
FAUCHERON	Jean-Luc	CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE
FAVROT	Marie Christine	BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE

FERRETTI	Gilbert	RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE
FEUERSTEIN	Claude	GIN
FONTAINE	Eric	CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE POLE 7 MED. AIGÜE & COMMUNAUTAIRE
FRANCOIS	Patrice	VEILLE SANITAIRE SANTE PUBLIQUE
GARNIER	Philippe	PEDIATRIE
GAUDIN	Philippe	RHUMATOLOGIE
GAY	Emmanuel	NEUROCHIRURGIE
GRIFFET	Jacques	CHIRURGIE INFANTILE
HALIMI	Serge	DIABETOLOGIE
HOMMEL	Marc	NEUROLOGIE
JOUK	Pierre-Simon	GENETIQUE ET PROCREATION
JUVIN	Robert	RHUMATOLOGIE
KAHANE	Philippe	NEUROLOGIE
KRACK	Paul	NEUROLOGIE
KRAINIK	Alexandre	NEURORADIOLOGIE & IRM
LANTUEJOUL	Sylvie	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LE BAS	Jean-François	NEURORADIOLOGIE & IRM
LEBEAU	Jacques	CHIR. MAXILLO-FACIALE
LECCIA	Marie-Thérèse	DERMATOLOGIE
LEROUX	Dominique	BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE
LEROY	Vincent	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
LETOUBLON	Christian	CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE
MACHECOURT	Jacques	CARDIOLOGIE
MAGNE	Jean-Luc	CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE
MASSOT	Christian	MEDECINE INTERNE
MAURIN	Max	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE
MERLOZ	Philippe	ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE
MORAND	Patrice	VIROLOGIE
MORO-SIBILOT	Denis	PNEUMOLOGIE
MOUSSEAU	Mireille	ONCOLOGIE MEDICALE
MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
PASSAGIA	Jean-Guy	NEUROCHIRURGIE
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	ANESTHESIE-REANIMATION
PELLOUX	Hervé	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
PEPIN	Jean-Louis	PHYSIOLOGIE SOMMEIL
PERENNOU	Dominique	REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERNOD	Gilles	MEDECINE VASCULAIRE-
PIOLAT	Christian	CHIRURGIE INFANTILE
PISON	Christophe	PNEUMOLOGIE
PLANTAZ	Dominique	PEDIATRIE

POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE
PONS	Jean-Claude	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
RAMBEAUD	J Jacques	UROLOGIE
REYT	Emile	O.R.L.
RIGHINI	Christian	O.R.L.
ROMANET	J. Paul	OPHTALMOLOGIQUE
SARAGAGLIA	Dominique	ORTHOPEDIE
SCHLATTNER	Uwe	UFR de BIOLOGIE
SCHMERBER	Sébastien	O.R.L.
SEIGNEURIN	Daniel	ANATOMIE & CYTOLOGIE
SELE	Bernard	GENETIQUE & PROCREATION
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE
STAHL	Jean-Paul	INFECTIOLOGIE
TIMSIT	Jean-François	REANIMATION MEDICALE
TONETTI	Jérôme	ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
TOUSSAINT	Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
VANZETTO	Gérald	CARDIOLOGIE
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
ZAOUI	Philippe	NEPHROLOGIE
ZARSKI	Jean-Pierre	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

BLIN	Dominique	
BOLLA	Michel	
GARNIER	Philippe	
MOREL	Françoise	
SEIGNEURIN	Jean-Marie	

MCU-PH AU 01/09/2010

NOM	PRENOM	LOCALISATION HOSPITALIERE		ADRESSE 1	ADRESSE 2
BOTTARI	Serge	Biologie Cellulaire	CHU	Laboratoire de bioénergétique INSERM U884	BP 53 38041 GRENOBLE CEDEX 9
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14 Biologie	CHU	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14: Biologie	CHU
BRENIER-PINCHART	M.Pierre	Parasitologie	CHU	Département des agents infectieux Parisitologie Mycologie Pôle 14: Biologie	CHU
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale	CHU	Clinique de radiologie et imagerie médicale Pôle 13: Imagerie	CHU
BRIOT	Raphaël	Départ. de Cancérologie et d'Hématologie	CHU	Pôle Urgence SAMU	CHU
CALLANAN-WILSON	Mary	Génétique	IAB	Génétique	IAB
CROIZE	Jacques	Bactériologie-Virologie	CHU	Département des agents infectieux Microbiovigilance Pôle 14: Biologie	CHU
DERANSART	Colin	Neurologie LAPSEN	UFR BIOLOGIE	GIN Equipe 9	Bâtiment E. SAFRA
DETANTE	Olivier	Cancérologie et hématologie - Pôle 5 : Cancérologie	CHU	Clinique de Neurologie	CHU
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunulogie SUD	CHU	Immunologie	Bâtiment J.ROGET
EYSSERIC	Hélène	Médecine Légale	CHU	Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine	CHU
FAURE	Anne-Karen	Département de génétique et procréation	CHU	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
FAURE	Julien			Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU

GARBAN	Frédéric	Unité Clinique thérapie cellulaire - Pôle 5 : Cancérologie	CHU	**Unité clinique thérapie cellulaire Pôle 5 : Cancerologie**	CHU
GAVAZZI	Gaëtan	Médecine interne gériatrique - Pôle 8 : pôle pluridisciplinaire de Médecine	CHU	**Clinique médecine interne gériatrique Pôle 8 : Pôle pluridisciplinaire de Médecine**	CHU
GILLOIS	Pierre	Information et informatique Médicale	CHU	**Laboratoire TIMC**	CHU
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.)	CHU	**Clinique deRadiologie et Imagerie Médicale Pôle 13 : Imagerie**	CHU
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie du développement et de la reproduction	CHU	**Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant**	CHU
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie Obstétrique	CHU	**Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique Pôle 9: Couple/enfant**	CHU
JACQUOT	Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	CHU	**Clinique d'Anesthésie Pôle 2 : Anesthésie - Réanimations**	CHU
LABARERE	José	Dpt de veille sanitaire	CHU	**Département de veille sanitaire Pôle 17 : Santé Publique**	CHU
LAPORTE	François	Pathologie Cellulaire - Pôle 14 Biologie	CHU	**Département de biologie intégrée Pôle 14: Biologie**	CHU
LARDY	Bernard	Laboratoire d'enzylologie - 6 ème étage	CHU	**Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie**	CHU
LARRAT	Sylvie	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU	**Département des agents infectieux Pôle 14: Biologie**	CHU

LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires	CHU	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie	CHU
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la Santé (Mal. Inf.)	CHU	Unité d'Hygiène Hospitalière Pavillon E	CHU
MAUBON	Danièle	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie	CHU	Département des agents infectieux Parasitologie-Mycologie	CHU
MOREAU-GAUDRY	Alexandre		CHU	Département d'innovations technologiques Pôle 17 Santé Publique	CHU
MOUCHET	Patrick	Physiologie	CHU	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie	CHU
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et Biologie moléculaire	CHU	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie	CHU
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie	CHU	Clinique de neurochirurgie Pôle 3 : Tête et cou et chirugie réparatrice	CHU
PASQUIER	Dominique	UM Ana. Path. 4 - Pôle 14 : Biologie	CHU	Département d'anatomie et cytologie pathologiques Pôle 14 : Biologie	CHU
PELLETIER	Laurent	Biologie Cellulaire	CHU	Centre d'innovation biologique	CHU
PAYSANT	François			Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine	CHU

RAY	Pierre	Génétique.BDR	CHU	Biologie de la reproduction Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
RENVERSEZ	J.Charles	Biochimie et Biologie Moléculaire - Pôle 14 Biologie	CHU	Département de biologie intégrée Biochimie et Biologie Moléculaire Pôle 14 : Biologie	CHU
RIALLE	Vincent	Information et informatique Médicale	CHU	Laboratoire TIMC	La Tronche
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique	CHU	Génétique chromosomique Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie	CHU	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
STASIA	Marie-Josée	UM diagnostic & Recherche granulomatose septique - Pôle 14 Biologie	CHU	Département de biologie et pathologie de la cellule Pôle 14: Biologie	CHU
TAMISIER	Renaud	Physiologie	CHU	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie	CHU
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicales	CHU	Biostatistiques et Informatique Médicale Pôle 17 Santé Publique	CHU

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Thierry Bougerol,
Pour me faire l'honneur de présider cette thèse.
Pour la qualité de votre enseignement, vos conseils et votre disponibilité tout au long de notre formation.
Je vous témoigne toute mon estime et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Philippe Jeammet,
Pour me faire cet immense honneur de participer au jury de cette thèse.
Votre savoir si riche est une réelle source d'inspiration pour moi,
Je vous témoigne ma sincère admiration.

A Monsieur le Professeur Dominique Plantaz,
A Madame le Docteur Anne-Marie Alléon,
Pour avoir porté de l'intérêt et accepté de juger ce travail.
En espérant pouvoir un jour collaborer avec vous.

A Monsieur le Docteur Calin Barna,
Pour avoir accepté d'être mon directeur de thèse.
A tous ces entretiens cliniques partagés, si forts en émotions et riches d'enseignements.
Que ta passion et ton humanité restent pour moi des modèles à suivre.
Avec toute mon amitié.

A Monsieur le Docteur Philippe Lesieur,
Pour l'intérêt que tu as porté à ce travail, ta disponibilité et ton soutien si précieux. Tu m'as accompagnée, et magistralement ! dans ce long travail de réflexion. Je ne te remercierai jamais assez.
Avec toute ma reconnaissance et ma plus haute estime.

Aux Docteurs Claire Buis, Jean-Paul Chabanne, Nabil Baali, Danièle Durand-Poudret, Magali Drevon, Virginie Dor, Béatrice Audrain, Annie Laurent, Christelle Prost, Pierre Murry, Nicole Janvier, Anne-Laure Peter, Marc Dubuc, David Szekely, Patrice Baro.
Pour m'avoir accueillie dans vos différents services et fait partager vos savoirs singuliers de la psychiatrie.

A toutes les équipes, *avec lesquelles j'ai pris tant de plaisir à travailler tant sur le plan professionnel qu'humain et qui m'ont accompagnées dans cette découverte du monde de la psychiatrie.*
Aux équipes du 2ème Sud, d'Esquirol, du SMPR, de l'UPMI, de Ferrus et de la psychiatrie de liaison.
Et plus particulièrement à l'équipe de l'unité Belledonne de la Clinique du Grésivaudan avec laquelle je me suis plongée dans l'univers du soins-études et j'ai partagé toutes ces émotions

que suscitent la prise en charge d'adolescents. À Florence, Zaïa, Véronique, Claire, Josiane, François, Claudine, Bernard, Sara, les ergo Anne, Nicole et la psychologue Cécile. Je remercie aussi toute l'équipe pédagogique et me souviens particulièrement de cette rencontre avec les professeurs et Claude Brun.

Clin d'œil à Annick et Marie de la psychiatrie de liaison pour m'avoir soutenue ces derniers mois de la rédaction...

Aux patients, *qui m'ont appris chaque jour et font la richesse de mon métier.*

A mes parents,
Ma Mère, qui je l'espère de là-haut est fière de moi. Ma passion de la médecine est née de toi et pour toi.
Mon Père, le pilier de la Tribu, qui a toujours été là et m'a épaulé dans des moments tumultueux de ma vie. Tu m'as transmis ces valeurs d'humanisme et d'altruisme. « What a ganafoul ! ». Merci pour ton aide à la fois paternelle et professionnelle apportée pour cette thèse. Un grand merci aussi à Muriel pour tes témoignages de confiance.

A Christophe, *pour ton accompagnement et ton ouverture sur le monde.*

A Raphaël,
Pour ton Amour et ton incroyable soutien tout au long de ce travail que tu as suivi avec une grande patience. Le partage de protecks' est inoubliable. À notre future installation à l'île d'Amour et tout ce qui va suivre ...

A ma Tribu,
Etienne, Elise, Agathe, Elvire, pour votre amour fraternel. Je suis si fière de vous.
Petite dédicace pour Elise : merci ma sista pour ta relecture si attentive ! Il n'y a que les littéraires pour se poser autant de questions sur des virgules !

A Lisa Sigel,
Pour ton amitié et tout ce temps que tu m'as accordé pour ce travail, éclairé de ton regard de psychologue clinicienne. Travailler avec toi est tellement enrichissant et plaisant !
Ton amitié est de grande qualité …

A mes amies d'enfance, *Marjorie, Zélie, Chini, Laurianne, Perrine, Milène, Clémence et Félicie, aussi.*

A toute ma famille et mes amis, *pour votre chaleur humaine, votre patience et votre soutien.*

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **9**

TABLE DES MATIERES **11**

INTRODUCTION **13**

1ER CHAPITRE : LES ENJEUX DE LA SCOLARITE DANS LE DEVELOPPEMENT DU SUJET ADOLESCENT **19**

A. L'EVOLUTION DE LA POLITIQUE SCOLAIRE *21*
1. L'obligation scolaire 21
2. De l'Instruction à l'Education 21
3. La prise en compte de la dimension psychologique et cognitive 22
4. L'adaptation de l'enseignement et nécessité d'intégration sociale 22

B. LES MECANISMES PSYCHIQUES EN JEU DANS LA SCOLARISATION CHEZ L'ADOLESCENT *24*
1. Développement cognitif au cours de la scolarité 24
   a. L'accès à la pensée formelle de J. Piaget 25
   b. La pensée divergente de J.P. Guilford 25
   c. Pas de cognitif sans affectif avec H. Wallon 26
2. Enjeux psychoaffectifs au cours de la scolarité 27
   a. Le désir de savoir, la pulsion épistémophilique 27
   b. La nécessité de sublimation, d'intellectualisation 28
3. Enjeux sociaux et familiaux 30
   a. La séparation avec la famille 30
   b. La confrontation au groupe social 31

2EME CHAPITRE : PSYCHOPATHOLOGIE ET SCOLARITE **34**

A. LES CONDUITES « SIGNE D'ALARME » *36*
1. Les conduites d'absentéisme 36
   a. L'évitement 36
      Le lien anxieux aux parents 36
      L'érotisation de la situation d'apprentissage 36
      La fragilité narcissique 37
      La quête d'autonomisation 37
   b. Le refus du cadre d'autorité 38
2. Les conduites d'échec scolaire 39
   a. La problématique oedipienne 39
   b. La dépendance aux parents 39
   c. La menace de l'unité familiale 40
3. Les conduites d'opposition à la scolarité 41
   a. La relation à l'enseignant et aux apprentissages 41
   b. L'intégration des limites 41
4. Les conduites d'hyperinvestissement de la scolarité 42
   a. La recherche de maîtrise psychique face au monde pulsionnel 42
   b. La quête narcissique 42
5. Les enjeux intergénérationnels 43

B. L'IMPACT DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES EMERGENTS A L'ADOLESCENCE SUR LA SCOLARITE *45*
1. Au cours des phases prémorbide et prodromale 46
   a. La schizophrénie 46
   b. La comparaison entre schizophrénie et trouble bipolaire 47
2. Au déclenchement de la maladie 48
   a. Les troubles psychotiques 48

b. Les troubles de l'humeur 49
c. Les troubles anxieux 51
d. Les troubles des conduites alimentaires 52
e. Les pathologies limites 53
3. L'évolution sur le long terme 54
a. Les troubles psychotiques 54
b. Les troubles bipolaires 54

3EME CHAPITRE : LE CONCEPT SOINS-ETUDES : UNE APPROCHE SINGULIERE DES ETABLISSEMENTS DE LA FSEF 58

A. HISTOIRE DE LA FONDATION SANTE DES ETUDIANTS DE FRANCE ET EVOLUTION DU CONCEPT SOINS-ETUDES 60
1. La tuberculose 60
2. Des troubles mentaux légers aux pathologies psychiatriques 61
3. L'évolution des pathologies, l'évolution du concept soins-études 62
B. STRUCTURATION TEMPORELLE ET SPATIALE DE LA SCOLARITE ET DES SOINS 63
1. La dimension temporelle 63
2. La dimension spatiale 64
a. L'espace scolaire 64
b. L'espace des soins 65
C. DES RÔLES ET DES ESPACES DIFFERENCIÉS MAIS DES PERSONNES QUI SE RENCONTRENT 67
D. CONFRONTATION A L'EPREUVE DE REALITE 68
1. La mise en œuvre du projet soins-études 69
2. Le travail autour du réinvestissement de la scolarité 70
3. De l'investissement irréaliste à la renaissance du projet 71
E. TRAVAIL SUR LA SEPARATION D'AVEC LA FAMILLE 72
1. La fonction de l'hospitalisation 72
2. Les entretiens familiaux 73

4EME CHAPITRE : DISCUSSION 75

A. LES QUESTIONS SUR LES MODALITES D'HOSPITALISATION 77
1. L'organisation institutionnelle 77
2. La fin de la prise en charge 78
a. Le travail de séparation avec l'institution 78
b. La référence au secteur 78
B. L'EQUILIBRE INSTABLE DE LA PLACE DES ETUDES DANS LE PROJET DE SOINS 79
1. Difficulté à définir l'équilibre entre soins et études 79
2. Pertinence de l'épreuve de réalité dans la confrontation aux études ? 80
C. LA PLACE DU SOINS-ETUDES DANS LE DISPOSITIF DE SOINS EN PSYCHIATRIE DE L'ADOLESCENT 81

CONCLUSION 83

BIBLIOGRAPHIE GENERALE 86

ANNEXES 96

A. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUR LE SOINS-ETUDES A LA FSEF 97
B. PRESENTATION DE LA FONDATION SANTE DES ETUDIANTS DE FRANCE 104
C. ALTERNATIVES A UNE SCOLARITE ORDINAIRE 106
D. LIVRET D'ACCUEIL DE LA MAISON DE SORTIE 115

SERMENT D'HIPPOCRATE 117

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le contexte

Le développement de l'enfant renvoie aux étapes successives de son autonomisation permettant d'accéder à une appréhension évolutive des autres et du monde, en chemin vers l'âge adulte. Il repose sur cette nécessité pour l'enfant de se « nourrir » des interactions avec son environnement. Parmi celles-ci, les apprentissages, c'est-à-dire les acquisitions des connaissances scolaires, joueront un rôle primordial. Son développement se déroule donc pendant le temps où l'enfant se rend à l'école.

C'est sur ce parallèle entre le temps de développement et le temps scolaire que nous allons cibler notre travail, et plus particulièrement au cours de la période de l'adolescence.

D'un point de vue étymologique, « adolescence » vient du mot latin *adolescere* qui signifie « grandir vers ». La période adolescente renvoie à l'idée de maturation, d'un temps dynamique où le sujet est en plein développement. Ce passage de l'enfance à l'âge adulte est marqué par de nombreux remaniements physiques et psychiques, liés à la confrontation au pubertaire, et au changement de statut social. L'enjeu de cette période est la construction d'une identité qui ne pourra s'effectuer sans quelques turbulences, ce que Ph. Givre appelle le « tourment adolescent », lié à cette crise narcissique et identificatoire que traverse le sujet. Cette période adolescente est aussi le temps d'émergence de troubles psychopathologiques qui pourront se pérenniser à l'âge adulte.

Depuis Jules Ferry, avec l'instauration de l'obligation scolaire, l'école est devenue un « lieu de vie » pour l'enfant et l'adolescent. Elle a pour mission de les accompagner vers une autonomie suffisante pour l'intégration dans leur future vie sociale adulte. L'école est ainsi un lieu où vont se mettre en scène les processus adolescents et comme le souligne Ph. Gutton (1996) : « les scènes de la vie scolaire forment un théâtre classique des scènes adolescentes ».

Nous serons amenés, au cours du premier chapitre, à nous interroger plus précisément sur les enjeux de la scolarité dans le développement du sujet et la façon dont l'adolescent va utiliser la scolarité au cours de son développement psychologique.

La problématique

L'école confronte le sujet adolescent à une réalité, celle de ses limites et de ses capacités qu'il rencontre au travers des apprentissages et des règles scolaires. La scolarité interroge donc la « solidité » du développement psychologique et elle dévoile les fragilités, voire une certaine désorganisation de ce développement, pouvant relever de troubles psychiatriques. Le risque est ici la mise en difficulté de l'adolescent dans sa scolarité, avec pour conséquence l'échec scolaire. En retour, ces difficultés scolaires pourront déstabiliser l'adolescent et ainsi contribuer à l'aggravation de troubles débutants.

Les difficultés scolaires peuvent donc être d'une part, révélatrices de fragilités psychiques ou de troubles psychiatriques, et d'autre part, participer à l'émergence de troubles dans le champ psychopathologique.

Le second chapitre sera consacré à une réflexion plus approfondie sur ces difficultés scolaires et ce qu'elles viennent traduire comme éléments psychopathologiques, ainsi que sur l'impact des troubles psychiatriques sur la scolarité.

Pour ces jeunes souffrant de troubles psychopathologiques, l'école pourrait passer d'un rôle d'intégration à un vecteur de déscolarisation, avec à terme un risque d'exclusion sociale.
Il est donc fondamental pour ces adolescents souffrant de troubles psychiques et/ou de pathologies psychiatriques de pouvoir bénéficier de soins dont l'objectif serait non seulement l'amélioration du trouble mais aussi de maintenir une scolarité pertinente, au-delà du seul fait d'acquérir des connaissances. L'approche médicale doit s'allier à l'approche pédagogique afin que la scolarité garde sa fonction de support au développement psychique de l'adolescent.
L'importance accordée à la poursuite des études est soulignée dans la circulaire du 11 décembre 1992 sur l'orientation de la politique de santé mentale en faveur de l'enfant et de l'adolescent. Elle décrit le « besoin dans le champ pédagogique et scolaire des enfants et adolescents ayant recours aux dispositifs de soins psychiatriques ».

La question se pose donc des moyens et de leurs modalités de mise en œuvre.

Les tentatives d'articulation entre psychiatrie et scolarité

Cette question de l'articulation entre scolarité et psychiatrie est ancienne.

Les aliénistes du XIXème siècle se sont penchés sur les bienfaits de l'éducation chez les enfants malades mentaux, mis dans les asiles à l'écart de la société. Ils font le constat que l'accès à l'enseignement contribue à l'amélioration de leurs troubles et à une meilleure intégration sociale. Ils se sont attachés dans un premier temps à l'enseignement des enfants souffrant de déficits sensoriels (sourds-muets et aveugles), puis l'ont progressivement généralisé aux enfants « idiots et dégénérés » (ancêtres sémantiques du déficit mental), jusqu'alors reconnus comme incurables et inéducables.
En 1801, le Dr Itard se consacre à un travail sur l'éducation d'un enfant sauvage, atteint « d'idiotisme incurable ». Cette volonté éducative va être poursuivie par Edouard Seguin, reconnu comme « l'instituteur des idiots ». Ce dernier fonde d'ailleurs, en 1839, un établissement d'instruction pour les enfants idiots. Il deviendra médecin par la suite et sera l'auteur du *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés*, en 1846.
Le Dr Désiré Bourneville, aliéniste à l'hospice de Bicêtre, va faire appliquer les méthodes d'Edouard Seguin en 1880. Il joue un rôle important dans cette question de l'articulation entre scolarité et psychiatrie. Le premier aspect de son travail vise à transformer la nature de l'asile en lieu de traitement et d'éducation, dans la promotion d'un mouvement de construction des

« asiles-écoles ». Son approche est très novatrice pour l'époque ; dans ces « asiles-écoles » se développe une approche alliant thérapie et pédagogie, que l'on pourrait appeler le « traitement médico-pédagogique ». L'enseignement primaire et secondaire est dispensé par un infirmier-instituteur, c'est-à-dire un enseignant qui a suivi des études d'infirmiers. Le service est animé de l'esprit d'un travail d'équipe, où l'observation de l'enfant par le personnel est destinée à éclairer les médecins. Le second aspect du travail du Dr Bourneville est mené en faveur de la création des *« classes spéciales »* en dehors de l'asile, annexées aux écoles primaires. Elles sont réservées aux enfants arriérés ou atteints d'imbécillité et aux enfants atteints d'idiotie dont l'état a été amélioré par le traitement à l'asile.

Son travail met en évidence deux grands progrès : l'accès à l'enseignement qui contribue à l'amélioration des troubles mentaux et le fait de pouvoir maintenir l'enfant à l'école malgré le handicap.

Cependant, la mise en pratique de l'éducation au sein de l'asile et la création des classes spéciales soulèvent des désaccords entre médecins et enseignants, notamment autour de leur responsabilité et pouvoirs respectifs dans la prise en charge de ces enfants. Finalement, la Santé et l'Education vont se réunir pour tenter d'élaborer une pensée commune. Ainsi, en 1936, une circulaire commune Santé Publique et Education Nationale est élaborée : elle demande la création d'instituts médico-pédagogiques où les soins sont assurés par les psychiatres et l'enseignement dispensé par des maîtres qualifiés, ainsi que la création de classes et écoles de perfectionnement, dans la lignée des classes spéciales.

De nombreuses lois vont se développer dans la continuité de la pensée de D. Bourneville, avec l'importance accordée à la scolarité comme facteur d'intégration du handicap.
La loi Haby de 1975 « en faveur des handicapés », et les deux circulaires sur l'intégration de janvier 1982 et janvier 1983, ont pour objectif prioritaire l'intégration des enfants et adolescents handicapés en milieu scolaire ordinaire, afin qu'ils puissent suivre une adaptation sociale identique à celle des autres. D'autres circulaires ont suivi concernant la mise en place de dispositifs collectifs ou individuels d'intégration : CLIS (Classe d'Intégration Scolaire dans le premier degré) en 1991, UPI (Unité Pédagogique d'Intégration dans le second degré) en 1995 et auxiliaire de vie scolaire en 1998. Nous précisons, que depuis la rentrée 2010, les UPI sont devenues des ULIS (Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire).
La loi Fillon de 2005, pour « l'égalité des chances et des droits, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », rend opposable l'intégration des jeunes en situation de handicap dans les établissements scolaires. « Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'établissement secondaire le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence ». Elle met en avant la reconnaissance publique du droit à la compensation des conséquences du handicap.

Actuellement, on distingue deux types de scolarisation. D'une part, une scolarisation collective au sein de classes spécialisées (CLIS, ULIS) intégrées à des établissements scolaires ordinaires, et d'autre part, les intégrations scolaires dans les classes ordinaires

étayées par un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS). Ce dernier définit les modalités d'orientation de la scolarité coordonnées avec des mesures d'accompagnement et d'aménagement, comme la mise en place d'un auxiliaire de vie scolaire ou l'accompagnement par un service médico-social comme le SESSAD (Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile). Pour accéder au statut d'élève en situation de handicap et bénéficier de ces services, une reconnaissance octroyée par la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) des MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées) est nécessaire.
Ces lois mettent en avant la notion de handicap relevant de mesures de compensations, sans prendre en compte la dimension développementale et la composante psychopathologique. L'accent est donc mis sur l'aménagement de l'environnement, c'est-à-dire de la scolarité.

Mais suffit-il de remettre l'école dans la prise en charge de l'adolescent pour que celle-ci retrouve sa fonction que l'on pourrait appeler de « nourricière », de support au développement du sujet ? Cette question se pose particulièrement pour les jeunes présentant des troubles psychologiques ou des pathologies psychiatriques débutantes, qui ne se caractérisent pas forcément par un handicap intellectuel ou scolaire antérieur.

Il existe pour ces jeunes différents types d'aménagement du lien entre scolarité et psychiatrie.

En dehors des intégrations scolaires individuelles alternant avec un suivi psychiatrique en ambulatoire ou en hôpital de jour, ils peuvent bénéficier d'une prise en charge en institution intégrant un projet pédagogique. Nous allons en apporter quelques exemples.

Les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP) sont des établissements médico-éducatifs qui accueillent des « adolescents présentant des difficultés psychologiques dont l'expression perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages » (circulaire du 14 mai 2007 sur les ITEP). L'accent est mis sur l'impact des difficultés psychologiques dans l'avènement des difficultés d'apprentissage. Les jeunes présentent essentiellement des troubles du comportement, dont la dimension éducative va être prédominante dans leur prise en charge. L'équipe pédagogique met en œuvre les actions d'enseignement adaptées en fonction des modalités de scolarisation et des objectifs prévus par le Projet Personnalisé de Scolarisation, soit en milieu ordinaire, soit à l'intérieur de l'établissement.

Une autre possibilité est de proposer un suivi scolaire en cours individuels ou collectifs, organisés au sein d'institutions psychiatriques.

Le système de « l'école à l'hôpital » permet à l'adolescent de bénéficier d'un enseignement sur mesure et surtout de ne pas rompre le contact avec les études pendant les phases de soins en hospitalisation. L'approche pédagogique y est organisée en complément du soin, dans la volonté d'une continuité pédagogique.

Le Centre médical et scolaire de Chanay (dans l'Ain) est un établissement de soins de suite et de réadaptation pour adolescents présentant des pathologies psychiques. Il dispose d'un

collège et d'un lycée intégrés, ce qui permet de maintenir la norme scolaire pendant le séjour, voire de favoriser les apprentissages par la mise en œuvre de méthodes pédagogiques adaptées à l'état de santé du patient, au plus près de ses capacités et de ses besoins.

L'articulation entre scolarité et psychiatrie se décline donc de différentes façons en fonction des difficultés de ces adolescents, avec pour même principe d'associer les dimensions d'éducation, d'apprentissage et de soin.

Un autre dispositif de ceux précédemment cités existe. Il s'agit de la Fondation Santé des Etudiants de France (FSEF) dont la particularité est de réfléchir plus spécifiquement sur cette articulation et de s'appuyer sur la scolarité comme partie intégrante du traitement institutionnel à visée psychothérapeutique.

La Fondation Santé des Etudiants de France et son approche « soins-études »

Notre travail s'intéresse aux modalités de prise en charge développées par la Fondation Santé des Etudiants de France, c'est-à-dire son approche associant soins et études.

Une caractéristique importante des établissements de la Fondation SEF est l'importance du dispositif pédagogique mis en place. En effet, une annexe pédagogique rattachée à un lycée public est implantée au sein de l'établissement. Les professeurs qui interviennent sont affectés par le Ministère de l'Education Nationale et dispensent une scolarité conforme aux programmes de la scolarité ordinaire.

La Fondation Santé des Etudiants de France a une expérience de près de 90 ans dans cette approche. Initialement, l'objectif était d'assurer la scolarité auprès des étudiants tuberculeux dans les sanatoriums. En effet, la tuberculose exigeait un traitement de longue durée, ce qui rendait la poursuite des études difficile, entravant l'inscription de ces étudiants malades dans un projet d'avenir. Actuellement, les établissements proposent des prises en charge permettant d'associer des soins prolongés en psychiatrie ou en soins de suite et de réadaptation.

Au cours des années, cette approche soins-études a évolué dans son savoir de prise en charge, avec le changement des pathologies. *Elle est passée d'un rôle de maintien de la scolarité pendant le traitement institutionnel des patients tuberculeux, à l'utilisation des enjeux scolaires dans l'approche thérapeutique des patients psychiatriques.*

Notre travail va s'appuyer sur la littérature portant sur le développement psychologique de l'adolescent et le rapport entre psychopathologie adolescente et scolarité. La réflexion est alimentée par des entretiens avec des médecins psychiatres rencontrés lors de visites effectuées dans les huit établissements pratiquant la psychiatrie à la FSEF et aussi par une année d'expérience dans une de ces structures.

1er CHAPITRE : LES ENJEUX DE LA SCOLARITE DANS LE DEVELOPPEMENT DU SUJET ADOLESCENT

1er CHAPITRE : LES ENJEUX DE LA SCOLARITE DANS LE DEVELOPPEMENT DU SUJET ADOLESCENT

Pour commencer, il nous semble important de revenir sur quelques définitions, afin de mieux situer le contexte de notre travail.

L'école vient du mot latin *schola* qui signifie « loisir consacré à l'étude ». Elle est un lieu d'accueil, un établissement où l'on dispense un enseignement collectif. Cette notion d'école renvoie à une dimension spatiale.
La scolarité est la période pendant laquelle l'adolescent va à l'école. Nous sommes là dans une dimension temporelle. L'objectif de cette scolarité est d'apporter une culture générale commune, d'offrir des apprentissages, d'éduquer l'enfant et l'adolescent, afin de les amener à l'autonomie, ainsi qu'à intégrer la société dans leur future vie sociale et professionnelle adulte. Sur le plan étymologique, « éduquer » vient du latin *educare* qui signifie « élever, instruire, conduire hors ». Comme le souligne Jean Piaget, « éduquer, c'est adapter l'enfant au milieu social adulte ».

La période qui nous intéresse dans notre travail est celle de l'adolescence, c'est-à-dire en d'autres termes, le passage de l'enfance à l'âge adulte. Il s'agit d'une période de développement où s'opèrent de nombreux changements physiques, psychologiques et sociaux. L'école est donc ce lieu où l'adolescent acquiert des connaissances et une autonomie suffisante pour devenir un individu social. Celle-ci lui apporte les moyens de se projeter dans un possible avenir. Le temps de la scolarité est aussi celui du développement psychologique de l'adolescent, de sa construction psychique, celui du deuil de l'enfance. C'est durant ce temps qu'il va acquérir les outils qui participent à son développement et à la construction de son identité. Nous pouvons parler de la scolarité comme un « espace-temps », un lieu de mise en scène des processus adolescents.

Dans un premier temps, une lecture sera faite du rôle de la scolarité, de son organisation avec l'évolution des politiques scolaires et de la façon dont elle a évolué dans sa mission, s'est adaptée au besoin d'apprendre et d'accompagnement à l'autonomie. Dans un deuxième temps, nous verrons comment la scolarité accompagne et participe au processus de maturation psychologique de l'adolescent, dans ses dimensions cognitives, psychoaffectives et socio-familiales.

A. L'EVOLUTION DE LA POLITIQUE SCOLAIRE

1. L'obligation scolaire

Au siècle des Lumières, la nécessité de développer l'instruction primaire émerge progressivement. Les philosophes et les politiques considèrent que la famille ne peut transmettre que ce qu'elle connaît ou possède et n'est donc pas égalitaire dans la distribution des chances de l'individu. Elle doit se cantonner à un rôle de maintien des relations affectives, privée de son rôle de distribution des places et fonctions sociales. Quant à l'État, il incarne les valeurs de la Raison, de la science, de la langue nationale et de l'égalité des chances.

À partir de ces idées, Jules Ferry construit l'école républicaine laïque et gratuite. La laïcité, proclamée en 1881, supprime l'éducation religieuse dans l'enseignement public et interdit aux religieux d'enseigner dans le public. Illustre penseur et homme politique français, il instaure l'obligation scolaire en 1882. L'école est désormais décrétée obligatoire jusqu'à l'âge de 11 ans ; elle sera repoussée à 14 ans en 1936 et 16 ans en 1959. C'est la première fois qu'un tiers ordonne une séparation de l'enfant et de sa famille.

La fonction de l'école est de donner l'accès aux apprentissages et l'instruction nécessaire à l'insertion dans la société, à un plus grand nombre de sujets possible.

Avec la révolution industrielle au XIXème siècle, la formation dispensée par l'école est entendue comme une ouverture sur le monde et une alternative au dépeuplement des campagnes. Les activités tertiaires se développent et le métier d'instituteur prend du prestige dans ce qu'il offre de promotion sociale, culturelle et financière. Il devient la marque des bienfaits de l'école. Cette période de la révolution industrielle occasionne dans les années 1830-1860, l'émergence du peuple de la jeunesse, en raison de l'émigration massive des jeunes ruraux vers les manufactures et autres usines. On assiste à l'irruption de la jeunesse sur la scène politique, l'adolescence incarne le cœur même des principes de la révolution et devient un temps centré sur la notion d'apprentissage, avec ce que cela permet comme possibilité de meilleure intégration dans la société.

2. De l'Instruction à l'Education

En 1932, « l'Instruction Publique » change d'appellation et devient « l'Education Nationale », ce qui dénote l'élargissement de sa mission de celle d'instruction, à celle d'éducation. Dans sa mission d'instruction, elle permet au sujet d'apprendre, d'acquérir du savoir. Dans celle d'éducation, elle développe les aptitudes à être dans le groupe, dans le social.

« L'école doit non seulement instruire et se préoccuper davantage de la maîtrise des savoirs, notamment des fondamentaux, mais aussi éduquer : au-delà des connaissances et des

compétences, elle doit apprendre aux élèves des règles de comportement, à vivre ensemble » (M. Maestre, 2006).

Nous pouvons donc énoncer l'idée que l'école est porteuse d'une fonction socialisante et éducative. Elle est la porte ouverte sur l'âge adulte et la réussite professionnelle.

3. La prise en compte de la dimension psychologique et cognitive

Avec la réforme Berthoin de 1959, la scolarité devient obligatoire jusqu'à l'âge de 16 ans révolu et devient une règle sociale qui permet au sujet de tenir une place dans la société. Cette extension massive de l'enseignement s'accompagne de l'instauration de mesures visant à étendre également sa gratuité et à multiplier les bourses d'étude. L'accès aux écoles est alors facilité aux catégories d'enfants et d'adolescents jusque-là défavorisés pour des raisons économiques.

Cette augmentation du nombre de scolaires a progressivement fait émerger l'importance des facteurs propres au sujet et à son environnement affectif, social et familial, dans ses capacités d'apprentissage. De nouvelles méthodes pédagogiques vont se développer, en tenant compte de la diversité des capacités de chacun, avec pour finalité l'égalité des chances. La dimension du sujet et du développement psychologique de l'enfant est alors considérée.

Les travaux de Jean Piaget sur les mécanismes du développement cognitif et intellectuel, de l'enfant et de l'adolescent, soulignent l'importance de la liaison des connaissances pédagogiques avec le progrès des études psychologiques. Ils ont contribué à l'élaboration de techniques pédagogiques adaptées au développement mental du sujet.

À la fin des années 1960, ces travaux aboutissent à l'idée que l'élève se cherche lui-même et doit être acteur de son enseignement. C'est l'éclosion de débats entre les tenants de la pédagogie de la rémanence, pour qui il s'agit d'imprimer le savoir de l'adulte à l'enfant, et ceux de la pédagogie de l'immanence, qui s'appuient sur le développement de l'enfant dans la relation éducative et lui donnent une part active.

4. L'adaptation de l'enseignement et nécessité d'intégration sociale

Cette volonté d'intégration sociale repose sur le fait de pouvoir offrir à la majorité des sujets les moyens d'obtenir un diplôme, porte ouverte sur l'insertion socioprofessionnelle. Plusieurs lois se sont développées dans cette perspective.

La loi Haby de 1975 poursuit le processus de démocratisation de l'enseignement. Elle est le premier texte qui énonce clairement la mixité : les filles et les garçons, placés ensemble dans les établissements, disposent des mêmes possibilités de réussir leur scolarité.

En 1989, la loi Jospin d'orientation de l'Education Nationale témoigne du réel souci d'évaluation des capacités d'intégration scolaire et professionnelle. Elle souligne que l'élève doit être acteur de sa propre orientation, et non la subir, et insiste sur la nécessité d'intégration des élèves handicapés. Parmi ses objectifs, figure celui de conduire l'ensemble d'une classe d'âge au niveau du Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) ou du Brevet d'Etude Professionnel (BEP) et 80% de la même classe d'âge au baccalauréat. Les écoles professionnelles se multiplient.

En 2005, la loi Fillon d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école, a pour ambition de donner un diplôme ou une qualification reconnus pour 100% des élèves au terme de leur scolarité, dont 80% titulaires du baccalauréat et 50% détenteurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur.

L'école dans sa mission d'intégration sociale, structurée par ses valeurs républicaines de gratuité et d'égalité des chances, s'est organisée de façon à mettre à disposition des savoirs à une majorité, qui ne pourraient être transmis de façon égalitaire s'ils l'étaient par les familles. Elle a pour objectif de permettre l'obtention de diplôme et l'accès à une activité professionnelle, garants d'intégration. C'est à l'école, lieu séparé de ses parents, que le sujet va progressivement acquérir son autonomie et devenir un individu social. Dans ce même lieu et pendant ce même temps, l'adolescent poursuit sa maturation psychologique, en quête d'une identité psychique propre. Les processus adolescents se mettent en scène dans cet espace-temps scolaire.

Ainsi, nous allons voir comment la scolarité accompagne ce développement de l'adolescent dans sa dimension cognitive, affective, sociale et familiale.

B. LES MECANISMES PSYCHIQUES EN JEU DANS LA SCOLARISATION CHEZ L'ADOLESCENT

L'adolescence est une période de bouleversements liés à la confrontation au pubertaire, où s'opèrent des remaniements physiques, avec les transformations corporelles, et psychiques, avec l'émergence des pulsions sexuelles. Le sujet amorce une quête identitaire, psychique et sociale, en vue d'une autonomisation progressive vers l'âge adulte, qui s'accompagne d'une séparation d'avec les parents.

Ce processus adolescent se déroule à l'école, devenue un réel lieu de vie pour cette population adolescente depuis la démocratisation de l'enseignement. L'espace scolaire est un espace différencié de l'espace familial. Il dispose de ses propres règles de fonctionnement, met à disposition d'autres savoirs que ceux transmis par les référents familiaux et confronte l'adolescent au groupe social. Ainsi, la scolarité est un lieu où l'adolescence se joue, où le mouvement d'autonomisation du sujet et de séparation d'avec les parents est encouragé.

Nous allons donc voir comment, dans une perspective diachronique, l'adolescent va pouvoir s'appuyer sur sa scolarité dans sa maturation psychologique globale, cognitive, psychoaffective et socio-familiale.

1. Développement cognitif au cours de la scolarité

L'école met à disposition des savoirs, des méthodes et des objectifs pédagogiques, pour faciliter les apprentissages. L'acquisition de savoir et de nouvelles stratégies d'apprentissage contribuent au développement cognitif et intellectuel du sujet, à l'acquisition de nouveaux outils de pensée. Ce développement de la pensée se structure au travers d'échanges constants avec l'environnement. Avec la mise en place de nouveaux modes de raisonnement et de déductions de la pensée, les compétences acquises vont à leur tour servir de support à la mise en place de nouveaux apprentissages.

Comme le souligne J. Piaget, « éduquer, c'est adapter l'enfant au milieu social adulte, c'est-à-dire transformer la constitution psycho-biologique de l'individu en fonction de l'ensemble des réalités collectives auxquelles la conscience attribue quelque valeur ». Il montre que le développement psychologique et cognitif est indispensable à l'acquisition de nouvelles connaissances.

a. L'accès à la pensée formelle de J. Piaget

Dans ses travaux sur le développement cognitif et intellectuel, il décrit à l'adolescence « l'accès à la pensée formelle », autrement dit l'accès au symbolique. Cette phase du développement succède à deux autres phases : l'intelligence sensori-motrice, c'est-à-dire l'expérimentation sur le corps propre, et la période des opérations concrètes, en d'autres termes, l'expérimentation sur l'objet.

L'accès à la pensée formelle correspond à une transformation de la pensée concrète à la pensée abstraite, qui opère désormais sur un matériel symbolique. Cela signe le détachement de la pensée de tout support concret, sa complète réversibilité, avec le recours au raisonnement hypothético-déductif qui consiste à déduire des conclusions à partir de pures hypothèses sans recours à une observation réelle. Il s'agit du passage d'une conscience intellectuelle immédiate à une conscience intellectuelle réflexive qui correspond à la conscience de soi, à la représentation de sa propre existence. Or, « se connaître », signifie nécessairement « se connaître dans ses rapports au monde ». « Cette capacité réflexive d'auto-regard propre à l'homme lui fait prendre conscience de ses limites, de ses incomplétudes, des différences avec les autres (…) » (Ph. Jeammet, 2007).

Ce passage d'une conscience à une autre aide à mieux se comprendre soi et les autres, et permet de pouvoir se projeter dans l'avenir.

« Cette conscience réflexive est indispensable pour accéder à la notion de réciprocité et pour que se développent les méta-représentations et méta-cognitions, support du travail d'abstraction et d'intériorisation caractéristique de l'adolescence » (D. Marcelli et *al*, 2004).

La pensée, enfin libérée de toute attache concrète peut désormais se penser elle-même et être source de plaisir, utilisée comme investissement narcissique.

b. La pensée divergente de J.P. Guilford

J.P. Guilford, psychologue cognitiviste, s'est également intéressé au développement de l'intelligence chez l'enfant et l'adolescent.

Dans cette idée de la pensée abstraite avec le recours au raisonnement hypothético-déductif, il décrit un mode de pensée qu'il qualifie de « pensée divergente ». Cette pensée travaille sur le mode intuitif et se caractérise par la capacité à gérer plusieurs idées, à passer d'une perspective à une autre. Cette pensée a été étudiée comme un processus sous-tendant la créativité.

Il oppose cette pensée divergente à la « pensée convergente ». Cette dernière travaille sur le mode rationnel où la pensée est canalisée pour arriver à une seule réponse, considérée comme valable. Ainsi, nous pouvons imaginer qu'au cours de l'adolescence, l'émergence des

compétences cognitives, avec l'ouverture à des dimensions nouvelles de la pensée, tel que le développement de la pensée divergente, participerait à l'amélioration de ces compétences.

c. Pas de cognitif sans affectif avec H. Wallon

Le développement cognitif interagit avec le développement de la personnalité et de l'intelligence, qui ne peut se comprendre sans la prise en compte des facteurs affectifs.

Dans cette perspective-là, H. Wallon, à l'instar de J. Piaget, développe une théorie générale du développement de l'enfant et de l'adolescent, éclairée par les interactions entre les contraintes neurobiologiques de maturation et d'adaptation, et les conditions sociales de relation. Il considère le développement comme une succession de stades, marqués par la prédominance de l'une ou l'autre des dimensions d'affectivité ou d'intelligence.

Il caractérise le stade catégoriel de 6 à 11 ans, qui précède l'adolescence, par la prédominance des facultés intellectuelles. L'attention de l'enfant est tournée vers le monde extérieur afin d'enrichir son intelligence et sa mémoire. L'enfant exprime son désir de vivre en société à travers la scolarité et les activités extrascolaires.

Quant au stade de l'adolescence de 11 à 20 ans, H. Wallon le caractérise par la primauté des préoccupations affectives. Il décrit l'adolescence comme une crise ayant une dynamique différenciatrice : l'adolescent doit se construire seul et trouver des valeurs psychologiques et sociales qui lui sont propres et feront de lui un adulte. Cette période permet donc l'acquisition d'une autonomie, tant sur le plan social qu'affectif.

Le développement cognitif de l'adolescent au cours de sa scolarité connaît des modifications profondes, comme *l'accès à la pensée abstraite* et *le développement de la pensée divergente*. Ainsi, l'adolescent devient progressivement acteur de ses apprentissages, capable de réfléchir, de se confronter à des concepts et d'imaginer des projets. Accéder à des modes de pensée plus complexes nécessite d'avoir acquis des compétences cognitives et des assises narcissiques suffisamment solides. Cela implique « d'accepter de se départir du point de vue rassurant des adultes investis, se lancer seul dans l'aventure de la pensée » (N. Catheline, 2010).

C'est là qu'apparaît l'importance des enjeux psychoaffectifs.

2. Enjeux psychoaffectifs au cours de la scolarité

À l'adolescence, l'émergence des pulsions sexuelles est à l'origine de la sexualisation des pensées et des comportements, ce qui vient modifier la relation de l'adolescent à ses parents et à sa scolarité. En effet, la relation affective aux parents prend une tonalité incestuelle avec la réactivation oedipienne, qui implique le surgissement des fantasmes incestueux et parricidaires. Les figures parentales se sexualisent. Il en est de même des apprentissages, soutenus par un désir de savoir appelé « pulsion épistémophilique », qui suscitent une activité de pensée et donc deviennent érotisés. Le lien de l'adolescent à ses parents et aux apprentissages apparaît alors comme une menace pour lui, l'adolescent étant culpabilisé par la réactivation de ces fantasmes.

Le travail de l'adolescence va se jouer à ces deux niveaux. D'une part, il consiste à la séparation progressive des imagos parentaux qui comportent une menace. L'adolescent est amené « à conquérir son indépendance, à se libérer de l'emprise parentale et à liquider la situation oedipienne » (A. Haim, 1970). Et d'autre part, l'adolescent doit mettre en place des mécanismes de défense pour pouvoir éloigner ses pulsions, afin de réinvestir les apprentissages impliqués dans l'accompagnement de son autonomisation progressive.

Dans un premier temps, quelques éléments de réflexion seront apportés autour de la pulsion épistémophilique, nécessaire à l'investissement des apprentissages. Dans un deuxième temps, nous verrons les mécanismes auxquels va avoir recours l'adolescent dans la scolarité pour mettre à distance ces pulsions sexuelles et les déplacer : le travail de sublimation et d'intellectualisation.

a. Le désir de savoir, la pulsion épistémophilique

Selon S. Freud, dans ses *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, la mise en place du désir de savoir constitue l'une des principales étapes du développement psychique de l'enfant.

Le désir de l'enfant est initialement centré sur lui-même, ce que l'on appelle la « libido narcissique ». Progressivement, l'enfant décale sa libido narcissique vers des objets extérieurs, ce qui la transforme en « libido objectale ». Cet « objet » extérieur, d'abord représenté par sa mère, devient son environnement. L'enfant qui vivait une relation « fusionnelle » avec sa mère est poussé par ce désir de savoir et d'apprendre, la pulsion épistémophilique, à se séparer d'elle. Cette pulsion accompagne ainsi le sujet dans ce passage de la libido narcissique à la libido objectale et soutient les apprentissages. Le sujet va graduellement s'émanciper et s'introduire à l'altérité.

La rencontre avec le monde se fait au travers des apprentissages. C'est dans l'environnement scolaire que le sujet poursuit son émancipation par la mise en oeuvre et la satisfaction de cette

pulsion épistémophilique, étayée par les apprentissages, la relation à l'enseignant et à ses pairs.

Cependant, à l'adolescence, l'émergence des pulsions sexuelles et agressives, liées au pubertaire, conduit à la sexualisation des pensées et des comportements. La puberté fait effet d'effraction sur les mécanismes de défense, en particulier sur le refoulement, avec le pouvoir de concrétisation des fantasmes incestueux devenus physiquement possibles. Toute activité de pensée, désormais érotisée, devient une menace pour le sujet adolescent.

La pulsion épistémophilique se heurte alors aux pulsions pubères de l'adolescence. Pour pouvoir à nouveau investir les apprentissages, l'adolescent doit élaborer des mécanismes de défense pour lutter contre cette régression pulsionnelle et transformer les pulsions sexuelles en pulsion épistémophilique. Ce transfert des pulsions sexuelles vers d'autres objectifs peut se faire par ce que l'on appelle le processus de sublimation.

b. La nécessité de sublimation, d'intellectualisation

Selon S. Freud, la sublimation est un processus par lequel une pulsion initialement dirigée vers un être faisant l'objet d'un désir sexuel va être détachée de cet objet pour s'atteler à la réalisation de buts intellectualisés. Elle offre des satisfactions dans le registre de la culture et des gratifications sociales. L'objet des études représente donc un objet sublimatoire.

Le processus de sublimation se met en place au cours de la période de latence, entre 7 et 12 ans. Ce temps de latence, « entre l'Oedipe infantile et l'Oedipe pubertaire » comme le caractérise F. Marty (1999), est un temps de mise en attente partielle des investissements libidinaux désexualisés. C'est la période où le sujet est le plus apte aux sublimations et aux apprentissages pédagogiques, relevant de « la mise en sommeil du travail du sexuel afin de favoriser le développement de la pensée » (F. Marty, 1999). La capacité de recourir à ce processus de sublimation à l'adolescence va dépendre de la qualité de cette période de latence.

Au cours de l'adolescence, l'émergence du pubertaire confronte l'adolescent à la réactivation oedipienne : tout acte de pensée fait resurgir les fantasmes incestueux ou parricidaires. Cette érotisation de la pensée est à l'origine d'une resexualisation brusque et massive des buts non sexuels, et par conséquent de la situation d'apprentissage. Le processus de sublimation va être empêché, ce qui conduit à la « désublimation » selon les mots de JM. Porret (1997). Or, pour que l'investissement de la pensée et des apprentissages puisse se faire, l'adolescent doit renoncer à laisser libre cours aux pulsions et relancer le processus de sublimation. Le processus adolescent est donc marqué par l'accélération des mouvements de « sublimation-désublimation-resublimation » (JM. Porret, 1997).

Ce travail de sublimation tend à imposer la recherche de satisfaction narcissique plutôt que pulsionnelle. L'objet sublimatoire, en l'occurrence les études, favorise ainsi l'expérimentation

par le sujet de situations gratifiantes pour le Moi, ce qui le valorise narcissiquement. Cette valorisation narcissique est essentielle pour le sujet adolescent, blessé narcissiquement par le travail de renoncement et de deuil de ses investissements de l'enfance. Ce travail de sublimation permet aussi de différer la réalisation des pulsions au profit d'un objectif supérieur, sans appauvrir le Moi, fragilisé par la confrontation pubertaire. L'intellectualisation, en mécanisme de défense du Moi, amène à mieux contrôler les pulsions au niveau de la pensée.

Ainsi, la quête et la curiosité intellectuelles vont à la fois répondre et servir à la contention et à la mise à distance du pulsionnel. Comme le souligne Ph. Gutton (1996) : « même si le pubertaire est l'ennemi de l'activité scolaire, il en est néanmoins la source ». *C'est la libido qui alimente les activités intellectuelles.*

La scolarité apporte donc les moyens à l'adolescent de déplacer ses conflits intrapsychiques affectifs, qui deviennent alors moins menaçants du fait de leur désexualisation. « L'adolescent dispose de deux faits psychiques qui nous paraissent complémentaires dans leur visée défensive, et qui se situent l'un sur le plan affectif : *l'intellectualisation*, l'autre sur le plan cognitif : *l'accés à la pensée formelle* » (B. Golse, 2008).

L'enjeu du processus adolescent est de renoncer à ses parents oedipiens pour pouvoir investir un objet hétérosexuel et non incestueux. Ce travail de renoncement douloureux va être sublimé dans les apprentissages. Ce passage, des investissements affectifs de l'enfance aux investissements intellectuels, consiste au détournement des questions sexuelles au bénéfice des questions scolaires. Cette mise à distance des pulsions sexuelles participe à la résolution de la problématique œdipienne, qui amorce une séparation avec les parents. Pour J. Guillaumin (2000), ces actes sublimatoires sont utilisés comme un étayage sur lequel l'adolescent peut s'appuyer. « Ils servent dans leur principe, à égale distance du choix objectal et du choix narcissique, à assurer à l'adolescent des conteneurs et des appuis extérieurs, plus ou moins nécessaires, dans la mesure où ses capacités d'identification sont en plein bouillonnement et menacées de faillite par l'effet du choc pubertaire ». Ces processus qui favorisent de nouveaux investissements intellectuels, en même temps que s'opère une distance avec les parents, contribuent à la naissance pour l'adolescent de son désir en tant que sujet et à son autonomisation psychique. Ce mouvement d'autonomisation va de pair avec une séparation progressive avec les parents et l'inscription dans un groupe social.

Nous allons voir comment ces différents processus se mettent en place au cours de la scolarité en abordant les enjeux socio-familiaux.

3. Enjeux sociaux et familiaux

L'adolescence incarne ce passage du monde de la famille au monde du travail. L'enfant qu'il n'est plus doit laisser place à l'adulte qu'il n'est pas encore. S'autonomiser suppose de pouvoir se séparer de ses parents et s'inscrire dans un groupe social. Comme le souligne S. Lesourd (2007), il s'agit du « passage du discours infantile référé au Père, aux discours sociaux articulés par l'Autre social ».

C'est dans l'espace scolaire, différencié de l'espace familial, que l'adolescent a la possibilité de mettre en œuvre son projet de formation professionnelle et plus largement son projet de vie pour l'âge adulte. « Le bac est le paradigme de cet engagement (...), un nouveau rituel de passage qui vient marquer la limite entre le monde de l'enfant et celui de l'adulte » (M. Botbol et *al*, 2000).

Nous allons apporter des éléments de réflexion sur ce que la scolarité soutient dans le développement de l'adolescent, autour des enjeux d'autonomisation et de séparation familiale.

a. La séparation avec la famille

À l'époque de Jules Ferry, l'obligation scolaire ordonne une séparation de l'enfant avec sa famille. Il est reconnu que la famille ne peut être égalitaire dans la transmission des savoirs et se voit écartée de cette fonction qu'elle doit laisser à l'école. L'école transmet les valeurs de la société : la diffusion culturelle, les valeurs traditionnelles et les connaissances communes à tous. Cela permet l'intériorisation des codes, des modèles et des idéaux propres à la société dans laquelle les enfants et les adolescents grandissent. C'est une vertu socialisante à l'échelle de l'individu mais aussi de la société. Dans ce sens, l'espace scolaire correspond à un espace tiers entre l'enfant et sa famille, où va pouvoir se travailler la question de la distance, de la séparation et de la différenciation avec la famille, nécessaire à l'autonomisation du sujet. « L'école est le lieu qui incarne les débuts de l'autonomie de la pensée » (N. Catheline, 2006).

A l'adolescence, les enjeux familiaux dans la scolarité vont se modifier. En effet, pendant la période de l'enfance, les apprentissages se font essentiellement en référence au désir parental : être porteur du rêve des parents stimule les apprentissages. L'enfant pare ses parents de toute puissance, d'idéalisation protectrice et son intégrité narcissique est dépendante des réactions de son environnement. Par contre, à l'adolescence, la puberté réintroduit une référence à la sexualité et l'adolescent se confronte à la nécessité de se séparer de ses parents. « *La nécessité de distanciation avec les figures parentales sexualisées* » comme le décrit Ph. Jeammet (1994). Se séparer de ses parents oedipiens lui donne la possibilité de se diriger vers un objet hétérosexuel et non incestueux.

Ce mouvement de distanciation et de désidéalisation des figures parentales se joue au travers de la scolarité. Au cours de celle-ci, l'adolescent s'autonomise en faisant des choix pour lui,

s'approprie les apprentissages scolaires et se dégage progressivement du désir parental devenu menaçant. Il se constitue une représentation de lui-même et exprime ses désirs personnels. C'est la mise en œuvre du *processus de séparation-individuation*.

Cependant, cette confrontation au processus de séparation-individuation accentue l'insécurité et réactive les angoisses de séparation. En effet, comme le décrit P. Vianin (2006), « apprendre c'est s'émanciper, avec ou sans l'accord des parents, et par là même prendre le risque de perdre leur amour ». Les failles narcissiques ainsi mises en évidence mobilisent « l'appétence objectale » définie comme « l'appétence pour les objets propres à satisfaire les besoins pulsionnels ; appétence, que l'on pourrait qualifier de narcissique, pour ce qui serait susceptible d'assurer la complétude du sujet, renforcer son identité et combler ses manques » (M. Corcos et *al*, 2003). Comme le souligne Ph. Jeammet, cette appétence objectale fait à son tour peser une menace sur le narcissisme et l'autonomie de l'adolescent, l'objet étant perçu comme potentiellement aliénant et menaçant. L'adolescent est alors pris dans un paradoxe où l'axe objectal et l'axe narcissique sont antagonistes. « Ce dont j'ai besoin, cette force et cette sécurité interne qui me manque et que je prête aux adultes, et à la mesure même de ce besoin, est ce qui menace mon autonomie » (Ph. Jeammet).

L'adolescent, même s'il réclame son autonomie et cherche son individualité, reste cependant dépendant du cadre familial, évoluant entre la loyauté familiale et les désirs d'indépendance et d'autonomisation. Aussi, l'investissement des apprentissages ne peut s'envisager sans la prise en compte de l'influence familiale. Le soutien des apprentissages est favorisé par la faculté qu'ont les parents d'apporter une aide dans le travail scolaire mais aussi par le fait d'avoir reçu une éducation qui ait suscitée les qualités intellectuelles et morales, aptes à permettre de répondre aux exigences scolaires. De plus, la scolarité de l'adolescent renvoie aux parents leurs propres projections et fantasmes, leur propre relation passée aux investissements scolaires. Le récit de la scolarité des parents et la valorisation de leur engagement personnel dans le monde social, sont mis en résonance avec la scolarité de leur enfant.

Ainsi, pour se dégager de ces enjeux familiaux et construire son identité psychique propre, l'adolescent doit s'appuyer sur un espace identificatoire autre que trans-générationnel et s'inscrire dans un groupe social. C'est ce qu'il va trouver dans l'espace scolaire.

b. La confrontation au groupe social

L'école impose un mode et un lieu de vie, de rencontre et d'échange avec les pairs ainsi qu'avec les maîtres. C'est à travers ces échanges dans le groupe que le sujet recherche une *appartenance identitaire* et des *références identificatoires* qui vont lui permettre de se séparer, de se différencier des parents. Il pourra ainsi être reconnu comme « sujet du groupe ». (R. Kaës, 2004). Ces identifications au groupe de pairs traduisent une tentative de dégagement des liens aux objets oedipiens et accompagnent l'adolescent dans la constitution de sa personnalité, de son individualité.

L'école sert donc de point d'appui identitaire en maintenant une appartenance groupale socialement acceptable, et en permettant à l'adolescent de ressentir une certaine continuité dans son univers de bouleversement, source de réassurance narcissique et d'enrichissement pour le sujet. « La qualité du travail d'intériorisation et d'identification est le garant de l'individuation, corollaire nécessaire d'une autonomisation réussie » (Ph. Jeammet, 2001).

Au début de l'adolescence, le regard des pairs devient prégnant. La différenciation avec les parents s'opère par une identification au groupe de pairs, dans un besoin de ressemblance et de similitude. L'identité personnelle commence à s'acquérir par imitation des pairs. Le groupe prend beaucoup d'importance et constitue, comme le souligne N. Catheline (2007), « une sorte d'identité provisoire groupale », ce qui a un effet contenant et sécurisant. L'adolescent s'inscrit, en continuité, dans une recherche d'originalité, s'approprie les apprentissages scolaires et se construit une pensée propre. Ce n'est plus le regard des pairs qui va être déterminant, mais celui de soi sur soi. Il se différencie alors de ses pairs et est reconnu comme un sujet à part entière.

Pour être effective, cette séparation doit s'accompagner d'un travail de désidéalisation des figures parentales. L'adolescent fait progressivement des choix pour lui-même et non pour faire plaisir ou pour s'opposer à ses parents. C'est dans la relation avec l'enseignant que le sujet projette ses conflits avec les adultes investis et déplace la représentation des figures parentales. Les conflits parentaux vont être rejoués dans cette relation, dans une réactualisation transférentielle, ce qui permettra de les dépasser.

Nous soulignons que la scolarité accompagne le développement de l'adolescent, en le confrontant au processus de séparation-individuation, dans une dynamique de subjectivation et d'autonomisation. En effet, l'avancée dans la scolarité confronte l'individu à s'affranchir de la famille à travers les différents choix qu'il va faire, qui engageront son avenir professionnel, social et personnel. De plus, la confrontation au groupe de pairs et aux enseignants est support d'identifications et des activités de socialisation. Celle-ci accompagne la désidéalisation des figures parentales dans l'objectif de trouver une place dans le groupe et devenir un individu social et psychique, avec son désir propre.

CONCLUSION

L'adolescent va s'appuyer sur cet espace-temps scolaire au cours de son développement psychique, dans ses dimensions cognitive, affective, sociale et familiale. C'est la fonction « nourricière » de l'école.

L'école est conçue comme un espace tiers entre la famille dont l'adolescent se sépare et la société qu'il va intégrer. Elle permet la construction d'une identité sociale au travers de la séparation avec les parents et la socialisation. Elle apporte au sujet le moyen de s'inscrire dans

une appartenance groupale, dans un mouvement de distanciation et de désidéalisation parentale.

Ce passage est la traduction d’une maturation psychique marquée par l’accès à la pensée formelle et le développement de la pensée divergente, dont les apprentissages servent de support. Par les capacités de sublimation et d’intellectualisation qu’elle offre, la scolarité donne les moyens à l’adolescent de déplacer sur un terrain cognitif, ses conflits intrapsychiques affectifs, qui deviennent alors moins menaçants du fait de leur désexualisation. Cela permet également de diversifier les mécanismes de défense qui deviennent plus riches et donc plus efficaces. L’adolescent s’approprie ses apprentissages scolaires et exprime son désir propre, ce qui l’accompagne dans sa construction psychique et sociale.

En corollaire, toute faille ou difficulté dans cette maturation psychique trouve une expression dans la scolarité, sous la forme d’une difficulté ou d’un échec scolaire. Le risque est que l’école ne puisse alors plus jouer sa fonction de support au développement du sujet.

2ème CHAPITRE : PSYCHOPATHOLOGIE ET SCOLARITE

2ème CHAPITRE : PSYCHOPATHOLOGIE ET SCOLARITE

L'école confronte l'adolescent et son entourage à une réalité : celle des limites et des capacités de chaque individu. Les difficultés et les échecs scolaires éventuels ont alors un rôle de maturation dans ce qu'ils impliquent de frustrations et de renoncements, nécessaires à l'établissement du Moi et de ses limites. Ils constituent une trace clinique du travail psychique de subjectivation.

Les processus psychiques normaux de l'adolescent n'arrivent parfois pas à maturité et l'accès aux apprentissages est assimilé à une menace pour l'équilibre psychique du sujet. Ce dernier peut alors adopter différentes conduites : absentéisme, échec, opposition ou hyperinvestissement. Celles-ci s'apparentent à des « signes d'appel » ou « d'alarme » d'un déséquilibre et risquent de mener à la déscolarisation si elles persistent dans le temps.

D'autre part, la scolarité peut aussi dévoiler les failles, les fragilités, voire une certaine désorganisation de ce développement, pouvant relever de troubles psychiatriques. En effet, au-delà d'être une période de remaniements psychiques, l'adolescence est aussi l'âge d'émergence des pathologies psychiatriques de l'adulte. Les difficultés scolaires seront alors liées aux pathologies psychiatriques émergentes. Ainsi, la vie scolaire offre un champ d'expression des symptômes psychopathologiques.

Nous allons dans un premier temps explorer ce que ces conduites « signe d'alarme » traduisent comme difficultés lors des grandes étapes du développement psychique de l'adolescent. Dans un second temps, nous verrons comment les troubles psychiatriques ont un impact direct sur la scolarité.

A. LES CONDUITES « SIGNE D'ALARME »

Les difficultés spécifiques du développement à l'adolescence, liées aux changements affectifs et relationnels, peuvent se manifester dans la scolarité à travers différentes conduites. Nous allons successivement aborder celles qui apparaissent les plus représentatives : l'absentéisme, l'échec, l'opposition et l'hyperinvestissement, et les étayer d'éléments de réflexion psychodynamiques.

1. Les conduites d'absentéisme

Les conduites d'absentéisme peuvent renvoyer à deux mécanismes principaux. Soit l'attitude d'évitement en réponse à des conflits psychiques comme le lien anxieux aux parents, l'érotisation de la situation d'apprentissage, la fragilité narcissique et la quête d'autonomisation, soit le refus du cadre d'autorité.

a. L'évitement

Le lien anxieux aux parents

La faculté de penser qu'offre la dimension d'apprentissage symbolise « la capacité à se représenter la séparation et donc la distension du lien à l'adulte » (N. Catheline, 2001).

Certains adolescents n'ont pas intériorisé d'imagos parentales suffisamment contenantes pour leur assurer une autonomie psychique et les bases d'un narcissisme solide. Ils s'inscrivent dans un lien anxieux aux parents où règnent la peur de la séparation, de l'émancipation, vécues comme un risque de les perdre. Ainsi, l'évitement de la scolarité deviendrait un moyen de sauvegarder un lien infantile aux parents.

L'érotisation de la situation d'apprentissage

L'adolescent doit faire face à son monde interne et à son appareil psychique propre, déstabilisés par la poussée pulsionnelle pubertaire. L'émergence des pulsions sexuelles à l'adolescence est à l'origine d'une sexualisation de la pensée et de l'érotisation de la situation d'apprentissage. « L'investissement du travail scolaire et de la pensée doit se dégager des investissements pulsionnels directs et subir un travail de « désexualisation » et de sublimation secondaire » (D. Marcelli et *al*, 2008). L'activité de pensée est ressentie comme une « activité coupable » car trop proche des désirs oedipiens interdits. L'école, par déplacement, devient le lieu symbolique de cette persécution par la pensée et par les désirs qui seraient susceptibles de s'y représenter.

L'adolescent s'engage alors dans une lutte contre tout phénomène de pensée devant la crainte de voir resurgir les fantasmes incestueux ou parricidaires. Cela peut être à l'origine d'une réelle inhibition de pensée, d'un désinvestissement brutal de la scolarité, lié à une insuffisante sublimation des pulsions. L'adolescent peut aussi être amené à mobiliser toute son énergie psychique pour lutter contre ses pulsions sexuelles, le rendant indisponible aux apprentissages.

La fragilité narcissique

La fragilité narcissique chez le sujet adolescent résulte de l'effraction du pubertaire, qui le confronte aux angoisses d'incomplétude et de castration, de perte d'objet et d'abandon.

Les apprentissages et la réussite scolaires ont une valeur narcissique pour l'adolescent. Cependant, la scolarité implique de se confronter à des situations d'évaluation, à ses propres limites, à des échecs, ce qui s'avère très insécurisant, voire insupportable pour des sujets aux assises narcissiques fragiles, et ayant une mauvaise estime d'eux-mêmes.

L'école est aussi un lieu où ils peuvent subir des menaces comme du racket, du chantage et du harcèlement de la part d'autres jeunes. Ces scènes traumatiques dans le milieu scolaire participent de cette fragilité leur faisant perdre confiance et leur donnant une mauvaise image d'eux-mêmes. Il en est de même des difficultés relationnelles avec les enseignants, comme la désignation discriminative, le phénomène de bouc émissaire, la confusion entre la critique sur le travail de l'adolescent et la critique de la personne, pouvant également être vécues comme des humiliations. L'adolescent se sent incompris, disqualifié, ce qui vient faire obstacle à la poursuite de la scolarité.

Ainsi, l'évitement de la scolarité participe d'une sauvegarde narcissique.

La quête d'autonomisation

Le processus d'autonomisation de l'adolescent passe par la problématique de dépendance/indépendance. Pour devenir adulte, l'adolescent doit attaquer le lien de dépendance aux objets oedipiens, ce qui passe notamment par une désidéalisation parentale. Cependant, se retrouver pris entre le désir de satisfaire ses parents et le besoin de s'affirmer en tant qu'individu différencié, peut être source de tensions que l'adolescent n'arrive pas à résoudre autrement qu'en arrêtant sa scolarité.

Le besoin de grandir, de s'autonomiser, se manifeste par « l'attaque de l'institution qui a tendance à infantiliser » (N. Catheline, 2007). En effet, la mission de l'école est d'accompagner le sujet vers une autonomisation progressive, alors que la relation pédagogique l'inscrit dans une situation de passivité, où il doit reconnaître qu'apprendre c'est aussi se soumettre à l'enseignant. L'adolescent doit trouver une place d'adulte dans un monde qui le considère encore comme un enfant.

Certains jeunes doutent de l'utilité des études. Soit parce que leur finalité est trop lointaine et qu'ils n'arrivent pas à se projeter dans l'avenir, soit parce qu'il existe une incertitude quant

aux débouchés éventuels sur un emploi. Le travail professionnel apparaît dès lors comme un signe d'accession à l'indépendance, ce qui incite à renoncer à la scolarité.

Comme le décrivent P. Huerre et *al* (2004), l'évitement du milieu scolaire est à mettre en lien avec « la fuite de toute perspective d'autonomisation, tant personnelle que sociale ». Cependant, l'évitement peut aussi être un moyen de montrer son existence en provoquant l'ordre établi.

b. Le refus du cadre d'autorité

L'école impose à l'adolescent un cadre d'autorité avec ses règles de fonctionnement.

La fonction paternelle qui a pour but de signifier la loi, lorsqu'elle est attaquée, peut être à l'origine d'une carence de l'autorité. Cela fait écho à l'évolution actuelle de la société. Serge Lesourd (2006) parle d'une nouvelle « société du maternel », liée à l'atténuation de la valorisation sociale du père. La place du père comme tiers séparateur de l'enfant à sa mère est altérée. « On retrouve au sein de la famille, le même affaiblissement qu'à l'échelon social des interdits et des limites au profit de l'accroissement des exigences narcissiques » (M. Corcos et *al*, 2002).

Les répercussions pour l'adolescent sont multiples : il ne peut pas accepter le cadre car « toute contrainte aboutit inéluctablement à la recrudescence de l'angoisse » (P. Delaroche, 2006). Certains jeunes refusent ce cadre devant leurs difficultés à « supporter la frustration, tolérer l'attente ; ils sont toujours dans une exigence de satisfaction immédiate, et donc dans l'incapacité de tolérer les règles » (D. Marcelli et *al*, 2008).

Se détourner de la scolarité devient alors une réponse à ces problématiques.

2. Les conduites d'échec scolaire

Nous allons aborder les conduites d'échec scolaire sous l'angle de la problématique oedipienne, de la dépendance aux parents et de la menace de l'unité familiale.

a. La problématique oedipienne

H. Danon-Boileau (1984) s'est intéressé à la névrose d'échec, théorisée par Laforgue et Freud, chez les adolescents et jeunes adultes poursuivant des études.

En faisant référence au complexe d'Oedipe, le succès scolaire peut être assimilé à la réalisation de désirs oedipiens comme l'inceste et le parricide, à l'accession à la toute puissance, à la possession du phallus. Ainsi, l'échec s'apparente à une conduite d'autopunition : « la condamnation par le Surmoi ». Par ce comportement, le sujet est soulagé du sentiment de culpabilité inconsciente et se confronte à l'interdit de prendre la place du père. La névrose d'échec démontre l'opposition entre le désir conscient, la réussite, et le désir inconscient, l'interdit.

De la même manière, le refus scolaire peut être pris dans un conflit où « la conduite de l'adolescent exprime l'agressivité vis-à-vis du père interdicteur. La culpabilité qui naît de la signification profonde de cette révolte, trouve à se satisfaire dans les sanctions qui ne manqueront pas de s'abattre » (R. Misès, 2002).

b. La dépendance aux parents

Accéder au plaisir de penser et s'approprier le savoir nécessitent un ajustement des liens entre parents et adolescents, permettant une prise de distance sans que celle-ci ne soit trop grande. La séparation d'avec les parents est source d'ambivalence chez l'adolescent. En effet, il cherche à prendre de la distance, tout en vérifiant qu'il continue à exister pour eux. L'adolescent est pris dans un paradoxe : ses parents, dont il a besoin, sont aussi ceux qui menacent son autonomie. Pris dans cette conflictualité interne, l'adolescent peut rencontrer des difficultés scolaires devant son incapacité à faire des choix pour lui et ne pas réussir à avancer dans sa scolarité.

La conduite d'échec scolaire témoigne d'une problématique pour l'adolescent à désirer son autonomie. Elle le renvoie à un sentiment de culpabilité, à la peur de trahir ses parents et d'être abandonné. La difficulté ressentie devant le travail scolaire relève dans ce cas d'une inhibition intellectuelle. Celle-ci se comprend comme une « difficulté qu'éprouve l'adolescent d'être en situation de rivalité avec l'un ou les parents ou de dépasser le niveau scolaire qu'avaient atteint ces derniers » (D. Marcelli et *al*, 2008).

La conduite d'échec lui permet de résoudre un conflit psychique et lui apporte des bénéfices secondaires, comme la satisfaction infantile du désir de passivité et du besoin de dépendance, relevant de sa difficulté à renoncer aux bénéfices de l'enfance. En ayant recours à cette conduite, il réussit à mobiliser ses parents. Comme le souligne N. Catheline (2007) : « ces conduites d'apparente opposition suscitent le mécontentement de ses parents. L'adolescent sait pertinemment que son refus va immanquablement déclencher un rapproché parental ».

À l'opposé, la mise en échec dans la scolarité crée un écart avec les parents, qui eux désirent autre chose pour leur enfant. Cela donne le sentiment à l'adolescent de ne pas être sous leur dépendance, de ne pas se soumettre à eux et d'affirmer sa différence. Il cherche de cette façon à se dégager des idéaux et désirs parentaux de réussite. Ces derniers peuvent devenir une forte pression pour lui, sous-tendue par la peur de perdre leur amour, s'il ne répond pas à ce désir.

c. La menace de l'unité familiale

Toute situation où l'unité familiale est menacée (divorce, mésentente parentale, maladie physique ou psychique d'un parent…) est une source d'inquiétude pour l'adolescent. Il ne sera alors plus disponible pour s'investir dans les apprentissages. En effet, le maintien de l'ordre familial devient un investissement vital, au dépend de celui personnel que représente la scolarité. L'adolescent va jouer l'échec en milieu scolaire en miroir aux situations vécues au sein de sa propre famille. Les parents sont de fait interpellés. De cette manière, l'adolescent tente de faire entendre une revendication qu'il ne pense pas pouvoir faire reconnaître autrement.

Cette recherche de mobilisation parentale au travers de l'échec scolaire, se retrouve également en situation de rivalité de fratrie où l'adolescent cherche à travers son comportement à punir ses parents d'avoir d'autres enfants, ou à exprimer sa « revendication contre un aîné plus doué ou plus favorisé » (P. Male, 2002).

3. Les conduites d'opposition à la scolarité

Nous allons apporter des éléments de compréhension autour de ce que ces conduites soulèvent dans la relation à l'enseignant et aux apprentissages, ainsi que dans l'intégration des limites.

a. La relation à l'enseignant et aux apprentissages

L'accès au savoir inscrit l'adolescent dans un rapport dominant/dominé entre le maître et l'élève et l'installe dans une dimension passive de l'apprentissage. « La transmission du savoir peut être vécue dans un registre archaïque comme une situation de gavage ou d'intrusion et de pénétration, ou dans un registre plus génitalisé comme une situation de séduction » (D. Monchablon et *al*, 2006). Comme le soulignent P. Huerre et *al* (2004), « la scène scolaire se prête aux régressions et emprunts infantiles ». Les adolescents vont « ingérer les connaissances par les oreilles et les yeux comme leur bouche était sollicitée autrefois pour ingérer les aliments nécessaires à leur survie et à leur croissance (...). Assimiler les savoirs ingérés et les restituer (...) relance les enjeux de la période anale et de l'apprentissage du contrôle sphinctérien ». L'adolescent peut alors s'opposer aux apprentissages imposant cette soumission à l'autre et le renvoyant à l'infantile, alors qu'il cherche à se dégager des liens de dépendance et à s'autonomiser. D'après M. Botbol et *al* (2005), « le savoir risque d'être ressenti comme une arme servant les désirs d'emprise attribués à l'enseignant, à la mesure même de la dépendance qu'il craint d'avoir à son égard ».

Les conduites d'opposition peuvent également relever de difficultés relationnelles avec l'enseignant. Le refus de sa personne peut être lié à ce qu'il incarne comme projection d'imago persécutrice parentale mais aussi au refus de sa pensée, parfois éloignée des références culturelles de l'adolescent. Pierre Bourdieu (1966) fait d'ailleurs référence aux difficultés scolaires rencontrées par les jeunes de milieu populaire relevant de l'écart entre les valeurs culturelles familiales et celles de l'école.

Ainsi, dans ces réactions d'opposition, l'adolescent marque son hostilité aux parents et aux maîtres dans une recherche d'autonomisation. Cependant, pour pouvoir s'approprier la pensée de l'autre et reconnaître son altérité, l'adolescent doit accepter tous les enjeux identificatoires mis en jeu, son incomplétude, et s'assujettir à cette instance symbolique qu'est l'enseignant.

b. L'intégration des limites

Ces conduites d'opposition sont aussi un moyen de tester les limites et la solidité du lien à l'autre : elles entraînent des réactions de la part de l'institution scolaire et de l'institution

familiale. Dans cette attitude de défi vis-à-vis de l'institution, l'adolescent vient interroger les limites, ce qui lui permet de mieux s'approprier son espace à lui, signe d'un processus de maturation.

Plusieurs fonctions apparaissent à travers ces conduites d'opposition. D'une part, le refus de l'ordre établi peut être un moyen pour l'adolescent de se défaire des liens de dépendance mis en jeu dans le rapport à l'institution scolaire. D'autre part, l'opposition peut venir questionner cet ordre, voire le rétablir.

4. Les conduites d'hyperinvestissement de la scolarité

Nous allons traiter les conduites d'hyperinvestissement selon deux processus : la recherche de maîtrise psychique et la quête narcissique.

a. La recherche de maîtrise psychique face au monde pulsionnel

Le travail de l'adolescence consiste à faire le deuil de l'enfance et à se confronter à cette période de tourment liée à l'émergence pubertaire. L'adolescent quitte le monde de l'enfance qui le renvoie à la stabilité, à l'équilibre et en résulte une confrontation au monde pulsionnel. Le processus de séparation-individuation qui accompagne cette période adolescente soulève des angoisses dépressives et des menaces de perte d'objet.

L'hyperinvestissement de la scolarité prend donc une valeur défensive de contrôle psychique, dans une tentative de retrouver cette stabilité perdue de l'enfance. Il permet la mise à distance du monde pulsionnel et des angoisses, protège des émotions et des affects. De cette façon, l'adolescent prend un rôle actif face à cette menace émotionnelle.

b. La quête narcissique

Le fonctionnement familial actuel est selon A. Lazartigues (2001), « fondé sur le principe de consensus et non plus d'autorité ». Nous assistons à « l'affaiblissement des interdits et des limites au profit de l'accroissement des exigences narcissiques ». En effet, « à la problématique du conflit liée à des interdits (..) se substitue une problématique du lien pour laquelle la distance relationnelle ne peut plus se moduler par le biais des limites et des différences clairement affirmées. Le maintien du lien est d'autant plus nécessaire qu'il est plus chargé d'attentes narcissiques réciproques » (Ph. Jeammet, 2004). L'adolescent ainsi insécurisé devient encore plus dépendant de son environnement pour assurer son équilibre.

Cette insécurité interne favorise ce moyen défensif d'investissement de la pensée avec l'idéalisation du savoir. Ce mécanisme répond à des conduites de réassurance narcissique. L'adolescent s'inscrit alors dans une quête insatiable de « nourriture » narcissique.

Cette conduite d'hyperinvestissement se retrouve particulièrement dans l'anorexie mentale qui sera traitée plus tard.

5. Les enjeux intergénérationnels

L'ensemble de ces conduites relèvent de déterminants individuels mais aussi familiaux.

L'hyperinvestissement scolaire met en évidence cette attente narcissique réciproque dans la relation qu'entretient l'adolescent avec ses parents. Il est un moyen de maintenir cette conformité au narcissisme parental, voire dans certaines situations de permettre de combler leur propre insuffisance narcissique. Ainsi, l'adolescent et ses parents sont amenés à réfléchir sur ces différents enjeux pour que l'adolescent puisse progressivement s'approprier ses propres investissements scolaires.

« C'est en quelque sorte à un double désengagement que parents et adolescents sont confrontés : d'une part les parents doivent moduler, en fonction de la réalité, leur idéal du Moi projeté sur leur adolescent, en même temps que celui-ci fait le deuil de cette idéalisation dont il était porteur. D'autre part, l'adolescent doit renoncer à la toute puissance et à l'idéalisation protectrice dont il paraît ses parents, en même temps que ces derniers doivent accepter de ne plus être l'objet privilégié du choix de leurs enfants » (D. Marcelli et *al*, 2008).

La scolarité vient donc mettre en scène l'accomplissement des vœux conscients ou des projections inconscientes des parents, ce qui peut entraver la poursuite de la scolarité dans sa fonction d'accompagnement du processus de séparation-individuation et d'autonomisation. Cela peut s'exprimer de différentes manières. Comme le décrivent P. Huerre et *al* (2004), certains parents projettent sur leur enfant leur désir d'être « racheté » de leur propre échec. Dès lors, l'enfant devient porteur d'une réparation, d'une revanche. D'autres craignent d'être dépassés par leur enfant, représentant alors un concurrent dangereux. Ou encore, certains parents redoutent la séparation avec leur enfant et sont en difficulté pour l'accompagner à prendre de la distance et à s'autonomiser. Aussi, l'adolescent peut se retrouver bloqué dans son désir d'apprendre, si ses parents disqualifient le savoir scolaire, leur propre récit de la scolarité et leur engagement personnel dans le monde social.

Nous remarquons que ces différentes conduites d'absentéisme, d'échec, d'opposition et d'hyperinvestissement, traduisent des difficultés de maturation psychique dans leur ajustement entre le processus adolescent, le milieu scolaire et familial.

L'adolescent est face à un questionnement : comment puis-je me nourrir des adultes qui ont la force et la sécurité qui me manquent, sans être complètement dépendant d'eux ? (Ph. Jeammet). En effet, apprendre nécessite de recevoir de l'autre, se soumettre à lui, en devenir dépendant, ce qui implique d'avoir à reconnaître sa propre incomplétude. Ce besoin que l'on a de l'autre peut être ressenti comme un pouvoir de l'autre sur soi et les apprentissages vont être assimilés à une menace pour l'équilibre psychique du sujet.

Les difficultés scolaires peuvent s'associer à un désintérêt manifeste à l'égard de la scolarité puisqu'elles renvoient l'adolescent à un sentiment d'incompétence, de malaise et d'impuissance. Cela occasionne une réelle souffrance pour ces jeunes : « leur échec scolaire est le signe de leurs insuffisances par rapport à eux-mêmes, par rapport à leurs frères et sœurs, par rapport à ceux de leur classe d'âge, et aussi par rapport à leurs parents ou à ce qu'ils pensent que leurs parents attendent d'eux » (N. Mammar, 2008). Ce qui pour eux était « source de réassurance et d'enrichissement devient source d'angoisse et la preuve de leur déchéance » (H. Danon-Boileau et *al*, 1963). Le plaisir à penser en est empêché et la relation à l'école devient davantage une souffrance qu'un plaisir à acquérir des connaissances. « La scolarité devient un enjeu sur lequel se cristallisent les problématiques relationnelles, identitaires, dominées par une insécurité interne » (Ph. Jeammet, 2011).

La tentation pour l'adolescent est de transformer cette lutte anxieuse, d'échapper à l'angoisse de se confronter à ses insuffisances sous le regard de l'autre, en reprenant un rôle actif, qui au niveau de la scolarité s'exprime par l'échec scolaire. « En se privant de ce dont on aurait besoin, on se sent plus fort que ce besoin » (Ph. Jeammet, 2011). Comme le soulignent D. Monchablon et *al* (2006), « le sabordage actif (...) semble dans certains cas une tentative paradoxale de maîtrise du sentiment d'incomplétude et d'échec ». Basculer du côté de la destructivité devient alors un grand risque pour l'adolescent.

Si elles durent et s'organisent en un système stable, les différentes conduites, précédemment citées, risquent de mener à l'échec scolaire et à la déscolarisation. Ce désinvestissement de la scolarité s'accompagne généralement de la restriction des champs d'intérêt et des investissements amicaux. L'école ne peut plus être utilisée comme un support au développement psychique de ces adolescents, avec comme conséquence qu'ils se retrouvent en marge de leur groupe de pairs et stigmatisés socialement. Les difficultés scolaires vont, en retour, fragiliser ces jeunes ou accentuer leurs dysfonctionnements psychiques. En effet, plus l'individu est fragile, plus les apprentissages peuvent être vécus comme une preuve de leur incomplétude, de leur dépendance, voire de leur sentiment de soumission à ceux qui savent. La scolarité devient alors un contexte favorable à l'éclosion de pathologies psychiatriques. À leur tour, ces pathologies psychiatriques servent de « résonance émotionnelle » (Ph. Jeammet), viennent amplifier les problématiques adolescentes et ont aussi un impact direct sur la scolarité. Le « cercle vicieux » de l'exclusion scolaire se met en place.

B. L'IMPACT DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES EMERGENTS A L'ADOLESCENCE SUR LA SCOLARITE

C'est au cours de la période adolescente qu'apparaissent des troubles psychiatriques. La question de la psychopathologie à l'adolescence est rendue complexe par le processus même de cette période de l'existence. La particularité de ces troubles psychiatriques relève de leurs potentialités évolutives et de la variabilité des expressions symptomatiques. Il est donc essentiel de situer la pathologie psychiatrique dans le cadre d'une personnalité qui s'organise. Comme le souligne PC. Racamier (1972), « nous allons nous retrouver constamment, avec ces patients, dans une sorte de double ambiguïté, de double balance : malades certes, mais jamais complètement malades ; adultes en devenir, mais pas encore advenus ».

Toutes les pathologies psychiatriques émergentes de l'adolescence interfèrent avec la scolarité. Leurs symptômes se manifestent dans l'environnement scolaire et risquent « d'entraver les capacités d'investissements, qu'ils soient relationnels ou cognitifs, voire les processus cognitifs eux-mêmes, nécessaires pour les apprentissages » (N. Mammar, 2008). En effet, les angoisses, la labilité émotionnelle, le repli, l'apragmatisme, les troubles du sommeil, les troubles cognitifs… viennent faire entrave à la poursuite des études. La scolarité peut parfois être désinvestie, voire dans certaines situations surinvestie, ou encore investie de façon irréaliste. De plus, ces pathologies peuvent relever d'hospitalisations longues, dans certains cas répétées, ce qui comporte un risque de rupture avec le milieu environnant et de déscolarisation.

Certains de ces « symptômes scolaires » sont susceptibles de passer inaperçus un temps. Les difficultés scolaires peuvent effectivement être masquées un moment par les acquis antérieurs, l'adolescent tentant plus ou moins laborieusement de maintenir son niveau scolaire. Aussi, les attitudes de repli n'alertent pas forcément l'entourage devant leur caractère peu bruyant. L'hyperinvestissement de la scolarité peut être considéré par les enseignants comme un gage de bon fonctionnement mental de l'adolescent, encouragé par l'institution scolaire qui met trop souvent au premier plan l'accumulation des savoirs. Certains jeunes imputent leurs difficultés à une mauvaise orientation et sont parfois amenés à changer d'établissement scolaire. C'est finalement la répétition des échecs aux examens qui alerte le malade et/ou son entourage, et va permettre la prise de conscience de l'existence d'un trouble psychiatrique sous-jacent.

Nous allons décrire l'expression de ces « symptômes scolaires » en fonction des différents types de pathologies psychiatriques les plus fréquemment rencontrées à l'adolescence. Nous verrons dans quelle mesure ces troubles ont un retentissement sur la scolarité au cours des phases prémorbide et prodromale, au déclenchement de la maladie, et lors de leur évolution sur le long terme.

Il est important de noter que la littérature concernant la scolarité des adolescents atteints de pathologies psychiatriques traite principalement des troubles scolaires chez les adolescents souffrant de troubles psychotiques (troubles du spectre de la schizophrénie).

1. Au cours des phases prémorbide et prodromale

De nombreux auteurs se sont intéressés à la recherche de signes précoces avant même le déclenchement de la maladie, notamment dans la scolarité. C'est la schizophrénie qui a été la plus étudiée, la baisse des performances scolaires constituant l'un des premiers signes de la maladie. La comparaison des signes et symptômes prémorbides entre schizophrénie et trouble bipolaire a également été l'objet de plusieurs recherches.

a. La schizophrénie

Nous allons nous appuyer sur un article de C. Bursztejn, paru dans la conférence de consensus de 2003 sur les schizophrénies débutantes. Il porte sur les manifestations scolaires au cours de ces phases.

Ce sont trois grandes catégories de troubles qui ont été signalées :

- Un retard scolaire ou des difficultés à atteindre le niveau final de la scolarité (Offord, 1974)
- Des résultats faibles à des tests scolaires ou de Quotient Intellectuel (Offord, 1974 et Jones, 1994)
- Des difficultés de socialisation ou des troubles du comportement signalés par les enseignants (Watt, 1978 ; Lewine, 1980 ; Done, 1994 ; Olin, 1995 ; Shaeffer, 1995)

Les résultats faibles à des tests de Quotient Intellectuel sont confirmés par une étude plus récente de M. Cannon et *al* en 2002. Les résultats décrivent un quotient d'intelligence plus bas chez les futurs schizophrènes dès l'âge de 3 ans, lié à l'altération de la compréhension langagière. Ces résultats se retrouvent aussi à 5, 7, 9 et 11 ans. À partir de 13-16 ans, l'altération des performances scolaires est retrouvée dans les domaines suivants : le maniement du langage, la compréhension d'un texte écrit et l'utilisation d'une documentation. Par contre, les domaines de l'usage du vocabulaire et des mathématiques ne sont pas altérés.

La baisse des performances scolaires chez les futurs schizophrènes est confirmée par de nombreuses études. Cependant, ces résultats sont à nuancer devant ceux rapportés par l'étude d'Isohanni et *al* en 1999. Ils montrent en effet que de très bons résultats scolaires semblent constituer un facteur de risque de schizophrénie. Avoir de très bonnes capacités scolaires pourrait comporter des facteurs de stress qui favoriseraient l'émergence de trouble schizophrénique. Les auteurs avancent donc l'hypothèse selon laquelle de très bons ou de

faibles résultats scolaires pourraient constituer un facteur de risque de schizophrénie ultérieure.

Les troubles du comportement repérés par les enseignants, ont été décrits par différents auteurs. La revue de la litérrature de SS Olin et *al* (1996) aborde ces troubles chez les sujets considérés à risque de schizophrénie, par leurs antécédents familiaux de cette pathologie. L'attention est attirée sur la présence chez les garçons de labilité émotionnelle, d'indiscipline, d'anxiété, de solitude et de redoublement, et chez les filles, sur la nervosité et le repli. Les études de J. Parnas et *al* (1982) et P. Jones et *al* (1994) précisent que les enfants futurs schizophrènes sont plus vulnérables en exprimant notamment de la passivité, des difficultés à se lier d'amitié, une sensibilité accrue à la critique, une irritabilité et des colères faciles. Ils ont une tendance aux jeux solitaires en lien avec une anxiété importante en situation de groupe, une grande timidité, un évitement de la compétition et des jeux « brutaux » avec un refuge fréquent dans la rêverie, des éléments dépressifs, ainsi que des comportements d'hyperdépendance. Ces enfants présentent aussi des difficultés d'attention et de concentration.

La revue de Yung et Mc Gorry (1996) rapporte également la présence de troubles cognitifs, notamment concernant l'attention, observés chez 71% des sujets au cours de la phase prodromale. Ces troubles sont susceptibles de perturber la scolarité ainsi que l'anhédonie et les troubles de la volition, tels que l'apathie, la perte de motivation et l'ennui.

Les difficultés scolaires représentent donc un des signes précoces de la maladie. Comme le confirme N.Darcq en 2006 dans son étude, un tiers des patients schizophrènes présentent des difficultés scolaires plusieurs années avant de déclarer réellement des troubles psychiques.

Ces signes précoces ont aussi fait l'objet de recherches chez les futurs bipolaires.

b. La comparaison entre schizophrénie et trouble bipolaire

D. Bailly (2009) s'appuie sur une revue de la littérature portant sur les signes et symptômes prémorbides retrouvés chez les enfants et les adolescents ayant développé une schizophrénie, en comparaison à ceux ayant développé un trouble bipolaire.

Tableau comparatif portant sur les signes et symptômes prémorbides retrouvés chez les enfants et adolescents ayant développé une schizophrénie ou un trouble bipolaire

	Schizophrénie	Trouble bipolaire
Etude DJ. Done et *al* (1994)	Troubles cognitifs	Troubles cognitifs
	Faibles capacités d'apprentissage	
Etude M. Cannon et *al* (1997)	Détérioration de l'adaptation sociale et scolaire	Détérioration de l'adaptation sociale à un degré moindre
	Faibles compétences scolaires	Résultats scolaires corrects
Etude A. Reichenberg et *al* (2002)	Déficits dans le fonctionnement cognitif	Pas de déficit (comparé à un groupe témoin)

Les déficits cognitifs comprennent les troubles de l'attention, de la mémoire verbale, de la fluence verbale et de la mémoire visuelle. Ils sont retrouvés dans les deux groupes, mais à un degré nettement moindre dans les troubles bipolaires.

Les répercussions scolaires ne sont pas rapportées chez les futurs bipolaires. Ceci est confirmé par les études de Quackenbush et *al* (1996) et S. Kutcher et *al* (1998) qui révèlent un profil général de fonctionnement scolaire antérieur à l'émergence des troubles, s'échelonnant généralement entre bon et excellent chez la plupart des patients bipolaires dont les troubles sont apparus à l'adolescence.

Les troubles cognitifs et de l'adaptation scolaire apparaissent comme des signes d'appel à prendre en compte, car ils peuvent présager une évolution vers un trouble psychiatrique. De plus, les difficultés scolaires renvoient le sujet à un sentiment d'échec et d'incapacité. Comme le souligne R. Misès (2002), « une incapacité intellectuelle est ressentie par le sujet, vécue avec angoisse, perplexité et étrangeté », ce qui risque d'entraîner un désintérêt pour les apprentissages. La souffrance psychique qui en résulte peut alors favoriser la décompensation d'un trouble psychiatrique.

2. Au déclenchement de la maladie

Selon l'approche catégorielle retenue par les classifications internationales, nous allons aborder les différents troubles psychiatriques : psychotiques, thymiques, anxieux, des conduites alimentaires et les pathologies limites.

a. Les troubles psychotiques

Les symptômes psychotiques ont des répercussions sur les capacités scolaires. En effet, les modifications comportementales entravent les capacités d'apprentissage. On peut citer en exemple le repli en classe, les phases d'apragmatisme, l'impulsivité, la bizarrerie (qui s'exprime aussi dans la rédaction des devoirs écrits sous la forme de néologisme ou d'idées diffluentes) et l'inhibition intellectuelle avec des difficultés d'expression et de langage. De plus, les processus cognitifs eux-mêmes sont altérés chez les patients schizophrènes, sur le plan de l'attention, des fonctions exécutives, de la mémoire et du langage (Y. Sarfati, 2003).

Les résultats de l'étude de N. Ayadi et *al* (1995) rapportent que l'arrêt d'étude est trois fois plus fréquent chez les patients psychotiques. La fréquence des redoublements est de 36,4% contre 28,2% chez le groupe témoin, celle des arrêts transitoires de scolarité de 12,5% contre 3,7% et d'arrêts définitifs de 17% contre 6,7%. Les auteurs décrivent deux types de problèmes scolaires qui paraissent plus spécifiquement liés à la psychose : le fléchissement brusque et inexpliqué des résultats scolaires dans 22,7% des cas contre 10,1% chez le groupe

témoin, ainsi que l'indiscipline scolaire dans 17,5% des cas contre 8%. Ils précisent que de bons résultats scolaires peuvent relever d'un hyperinvestissement de la scolarité, cachant une fuite des relations personnelles et sociales.

JL Goeb et *al* (2005) se sont intéressés aux différents types d'investissement des études et des stratégies d'apprentissage des patients débutant une schizophrénie à l'adolescence, par le biais d'une évaluation pédagogique réalisée par des enseignants. Ils distinguent les schizophrénies secondaires à des processus psychotiques précoces, qui ont pu être méconnus en étant compensés, de celles qui émergent de novo à cette période du développement.
Ils ont décrit chez les patients présentant une schizophrénie secondaire à des troubles du développement précoce, un savoir investi de façon instrumentale. L'investissement de la pensée se comprend alors comme un moyen d'éviter d'entrer dans l'objectalité que ces savoirs mobilisent. En effet, apprendre d'un autre suppose de pouvoir tolérer de reconnaître son altérité et la précession de son savoir. L'hyperinvestissement de la pensée serait alors un moyen d'éviter la confrontation à la séparabilité de l'objet.
Pour les schizophrénies de novo, le savoir constitue plutôt une insupportable intrusion de l'objet, dans une psyché débordée par le désir qu'il suscite du fait de la sexualisation des liens. L'apprentissage se heurte alors aux nécessités de désinvestir la pensée et les liens qui renvoient à une sexualisation.
Ainsi, l'hyperinvestissement de la pensée, d'une part, ou la nécessité de désinvestir la pensée, d'autre part, sont des conduites scolaires à prendre en considération dans l'objectif de pouvoir adapter au mieux la prise en charge pour une meilleure évolution.

H. Danon-Boileau (1984) a par ailleurs décrit, chez des étudiants souffrant de troubles psychotiques, le « syndrome échec-reprise stéréotypée des études ». Il explique que l'échec obéit au déni de la réalité et que l'illusion de réussite s'apparente à un moyen de défense et au maintien d'un statut d'élève comme soutien narcissique.

Ces différentes manifestations scolaires ainsi que le type d'investissement des apprentissages sont à prendre en compte dans l'objectif de pouvoir proposer des modalités de prise en charge adaptées.

b. Les troubles de l'humeur

Les troubles dépressifs

L'étude de H. Fahs et *al* (1998) porte sur la scolarité d'adolescents de 12 à 20 ans souffrant de troubles dépressifs, diagnostiqués par un score supérieur au score seuil à l'échelle de dépression CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Les résultats montrent, dans 70% des cas, des difficultés scolaires se manifestant sous la forme de l'échec scolaire ou d'antécédents de redoublement de l'année scolaire en cours. Ces difficultés se retrouvent dans 56,3% des cas chez le groupe témoin.

L'article de N. Mammar (2008) aborde les différents symptômes de la dépression qui se manifestent tous dans le domaine scolaire, ce qui permet de mieux appréhender en quoi la dépression entraîne des difficultés scolaires. En effet, les sentiments de vide et d'ennui, la dévalorisation en rapport avec la perte d'estime de soi, les sentiments d'infériorité, d'incapacité ou d'insuffisance, et les troubles du sommeil à type d'insomnie, d'hypersomnie ou de décalage du rythme veille-sommeil, interférent fortement avec la scolarité. De plus, l'inhibition est une modalité privilégiée d'expression de la dépression à l'adolescence. Elle se manifeste souvent par une baisse du rendement scolaire, par des difficultés de concentration ou des troubles de la mémoire et par un refus de la scolarité. La pensée devient ralentie et douloureuse, ce qui va être à l'origine de la restriction du champ des activités et des intérêts conduisant à une désinsertion scolaire et un isolement social. L'auteur souligne que la baisse de rendement scolaire pourrait être un symptôme de la lignée dépressive et comme le soulève l'étude de A. Sari et *al* (2008), il est pertinent d'interroger la présence de troubles dépressifs devant toute difficulté scolaire.

Les troubles dépressifs sont aussi étroitement liés au phénomène d'épuisement scolaire qui joue un rôle important dans la démotivation et les échecs scolaires, comme cela a été étudié par S. Zakari et *al* en 2008.

Il est donc nécessaire de pouvoir repérer ce « déclin scolaire » au plus vite, car il « contribue à aggraver la mésestime personnelle et devient ainsi un facteur de risque dépressogène » (M. Corcos, 2003),

Les troubles bipolaires

Comme le soulignent M. Corcos et *al* en 2006, les troubles maniaco-dépressifs ont un retentissement majeur sur la scolarité, avec le risque de retard, de situation d'échec scolaire et à terme de marginalisation. Les auteurs précisent aussi que, dans 27% des cas, les difficultés scolaires sont des facteurs précipitants de décompensation aigue des troubles.

Quatre observations d'épisode maniaque chez l'adolescent sont proposées par l'article de JD Nicolas et *al* (2005). Elles mentionnent successivement : « un désinvestissement scolaire », « un échec scolaire lié à des troubles de la concentration » ou « une déscolarisation ». En effet, les troubles de l'attention, l'imprécision des perceptions et la fuite des idées, empêchent toute capacité d'effort intellectuel, donc d'investissement des apprentissages.

Il est important de pouvoir prendre en compte ces difficultés scolaires, d'autant plus qu'elles participent au déclenchement des troubles.

c. Les troubles anxieux

Le refus anxieux de l'école

Une des particularités de l'angoisse à l'adolescence concerne sa manifestation sous la forme de « phobie scolaire », autrement appelée « refus anxieux de l'école », terme athéorique et descriptif plus consensuel actuellement. La psychopathologie de ce trouble est complexe, tant sur le plan individuel, que familial. Il s'agit généralement d'adolescents ayant eu des antécédents d'anxiété de séparation durant l'enfance.

D'un point de vue psychopathologique, ce refus anxieux de l'école apparaît être le révélateur de difficultés de séparation et d'autonomisation, réactivées par le processus de séparation-individuation. Les symptômes spécifiquement en lien avec l'objet scolaire résultent du déplacement de l'angoisse sur la situation scolaire. Certaines thématiques sont retrouvées comme la crainte de l'échec, de la figure d'autorité ou de la sexualisation des relations. « La pathologie scolaire est toujours une pathologie de la pensée. La phobie scolaire est une phobie du penser. C'est la pensée qui est l'objet persécuteur, pensée sexualisée par le fait pubertaire et qui se projette sur l'espace dans lequel elle devrait autrement se déployer » (A. Birraux, 2006).
Les adolescents souffrant de refus anxieux de l'école manifestent des angoisses massives lors de la confrontation à la situation scolaire, qui envahissent leur fonctionnement psychique. Ils présentent, dans la majorité des cas, d'autres manifestations anxieuses empêchant leur concentration sur le travail scolaire, des troubles du comportement dans le cadre familial, ainsi que des symptômes de la lignée dépressive. Les manifestations d'anxiété comme les nausées, les vomissements ou encore les maux de ventre, peuvent entraîner un absentéisme. Elles « limitent leurs performances scolaires qui peuvent être bonnes par ailleurs » (N. Catheline, 2006). « L'impossibilité dans laquelle se situent les adolescents phobiques scolaires de pouvoir investir l'école traduit en réalité leur incapacité à investir leur propre pensée » (F. Lamotte et *al*, 2010).

Selon D. Servant (2005), dans 30% des cas, le refus anxieux de l'école s'intègre dans le cadre d'une phobie sociale. « Dans ce cas, la symptomatologie du refus anxieux de l'école s'exprime plus tardivement, mais le pronostic est plus sérieux » (F. Lamotte et *al*, 2010).

Le trouble anxieux phobique

L'étude de M. Van Ameringen et *al* (2003) montre que les troubles anxieux chez l'adolescent, et tout particulièrement la phobie sociale, sont associés à un décrochage scolaire et à l'arrêt prématuré de la scolarité. Dans cette étude, 49% de la population de patients ont quitté l'école prématurément. En effet, les patients appréhendent les situations où ils doivent s'exposer devant leurs camarades ou leurs enseignants, ils craignent d'être l'objet de moqueries ou de rejet. La simple évocation d'aller à l'école « suscite une angoisse vive » et « suffit à déclencher un état anxieux » (L. Holzer et *al*, 2006).

De plus, des situations scolaires où l'adolescent aurait été confronté à de la maltraitance ou de l'humiliation « peuvent également évoluer vers une phobie sociale avec une dimension de syndrome de stress post-traumatique ».

Le trouble obsessionnel-compulsif

Les adolescents obsessionnels ont une exigence de perfection qui altère l'investissement de la scolarité. En effet, pour satisfaire cette exigence, ils vont passer un temps de plus en plus important sur leurs seuls travaux scolaires, ce qui va les isoler et entraîner un épuisement psychique progressif. Aussi, les rituels obsessionnels et compulsifs complexifient largement le quotidien de ces patients et interfèrent de façon significative sur leur fonctionnement scolaire.

Les conduites d'évitement et d'échec sont fréquemment observées dans les troubles anxieux et peuvent entraîner un arrêt prématuré de la scolarité. Elles relèvent particulièrement du caractère anxiogène que comporte la confrontation à la situation scolaire et les difficultés d'investissement de la pensée. Le recours à ces conduites vient donc interroger l'existence d'un trouble anxieux sous-jacent.

d. Les troubles des conduites alimentaires

Nous allons spécifiquement traiter l'anorexie mentale, dont la prévalence est féminine.
Pour ces jeunes filles anorexiques, « le milieu scolaire est le théâtre de leur expression symptomatique » (I. Durand-Pilat, 2002). En effet, l'hyperactivité de l'anorexique se traduit au niveau scolaire par un perfectionnisme obstiné et par le refus de reconnaître la fatigue. Elle met en avant la course à la réussite et à la performance.

Le surinvestissement de la scolarité prend une valeur défensive. Il protège des émotions et des affects, répond à des conduites de réassurance et sécurise leur désir d'atteindre un idéal de perfection. L'hyperintellectualisation permet donc une maîtrise psychique et témoigne du refus de ces adolescents de leur monde pulsionnel. « Toute ouverture à l'autre constituant une menace pour sa propre estime est barrée par un repli sur soi et sur des activités solitaires physiques ou scolaires » (M. Corcos et *al*, 2007). Ce surinvestissement se caractérise par la rigidité et l'impossibilité du sujet à utiliser de façon socialement pertinente son savoir. De plus, « il ne présage pas des qualités intellectuelles de ces jeunes filles, l'anorexique réussissant, en ce domaine comme dans d'autres, grâce essentiellement à un grand perfectionnisme ainsi qu'une quête anxieuse et toujours insatisfaite de performances irréprochables » (M. Corcos et *al*, 2007).

Les jeunes filles anorexiques présentent généralement une bonne adaptation scolaire. Cependant, leur niveau intellectuel est discuté dans la littérature, notamment autour des

troubles cognitifs liés aux effets de la dénutrition, à l'anxiété et à la dépression pouvant être associés, ainsi qu'aux aspects psychopathologiques de l'investissement cognitif.

Dans l'étude de F. Poinso et *al* (2006), 76% des jeunes filles ont ou ont eu un parcours scolaire modèle, obtenant de très bons résultats et poursuivant des études longues. En revanche, 24% ont eu des difficultés. Elles ont accès aux études secondaires, mais ont redoublé au moins une classe. Cette étude met en évidence des performances intellectuelles mesurées par les tests psychométriques (WAIS et WISC III), qui ne différencient pas les formes graves d'anorexies mentales, de la population générale. Par contre, pour une moitié de cette population, les épreuves de pensée logique révèlent une utilisation persistante d'une forme de pensée concrète, qui montre leur difficulté d'accession à la pensée abstraite ou formelle de l'adolescence. Ces auteurs font l'hypothèse, sur le plan psychopathologique, d'un lien entre le refus du corps sexué de ces adolescentes et l'immaturité des nouveaux processus de pensée émergeants normalement à l'adolescence.

Il est donc important de prêter attention aux conduites d'hyperinvestissement de la scolarité, même si l'adaptation scolaire est de bonne qualité, car elles peuvent être le signe d'une problématique anorexique.

e. Les pathologies limites

La problématique centrale de cette pathologie concerne la distance relationnelle en rapport avec les angoisses d'intrusion ou d'abandon. La variation de cette distance n'est pas aménageable par le psychisme chez ces sujets mais par le recours à l'acte.

Les jeunes souffrant de pathologie limite font rejouer à la structure scolaire et aux figures d'enseignement cette problématique. En effet, l'accès aux apprentissages implique de se soumettre à l'autre et d'en devenir dépendant. Aussi, la relation à l'enseignant peut être ressentie comme une menace d'emprise, ce à quoi répond l'adolescent par des conduites d'opposition marquées par la dimension d'impulsivité. La scolarité met face à l'échec, à des règles scolaires, à des frustrations et à l'appropriation de capacités cognitives nouvelles, qui sollicitent les ressources narcissiques. Ces adolescents souffrent d'une insécurité importante et réagissent violemment à toute frustration. Ils peuvent avoir des difficultés d'adaptation au cadre et à l'autorité.
Ils désinvestissent alors la scolarité sur laquelle se cristallise leur problématique relationnelle.

Devant des conduites d'opposition ou des difficultés d'adaptation au cadre scolaire, il convient de se demander s'il ne s'agit pas de symptômes d'une pathologie limite.

3. L'évolution sur le long terme

Comme au cours des phases prémorbides et prodromales sont abordés ici seulement le devenir scolaire chez les sujets psychotiques et bipolaires.

a. Les troubles psychotiques

D. Bailly (2009) relève plusieurs études (C. Hollis, 2000 ; B. Lay, 2000 ; B. Röpcke, 2005 ; H. Remschmidt, 2007) qui ont évalué le devenir des enfants et adolescents schizophrènes en terme d'adaptation psychosociale, sur des périodes de suivi allant de 11 à 42 ans. 60 à 74% des sujets étudiés ont interrompu leur scolarité avant l'obtention d'un diplôme qualifiant et 70 à 80% sont sans emploi ou bénéficient d'un emploi protégé. Aussi, la consommation de cannabis est retrouvée associée à une altération significativement plus marquée du devenir scolaire et professionnel (A. Pencer, 2005).

L'étude de N. Ayadi et *al* (1995) porte sur le devenir scolaire de 154 lycéens et étudiants psychotiques, pris en charge dans une unité de psychopédagogie médico-sociale, à Sfax en Tunisie. Elle montre que les résultats scolaires obtenus au cours de l'année et deux années plus tard sont nettement entravés par le processus psychotique, malgré le suivi médical et pédagogique, en comparaison avec un groupe témoin. En effet, deux années après, l'arrêt de la scolarité sans travail est particulièrement plus fréquent chez les psychotiques (27,5% contre 8,8%). Seulement 49,3% des lycéens et des étudiants psychotiques restent scolarisés.

b. Les troubles bipolaires

Pour les sujets bipolaires, il est reconnu que le fonctionnement scolaire antérieur à l'émergence du trouble, est plutôt de bonne qualité. Par contre, à plus long terme, les capacités scolaires sont altérées.

Les études de Quackenbush et *al* (1996) et S. Kutcher et *al* (1998) décrivent cette détérioration des capacités scolaires quatre ans après l'émergence du trouble. Ils mettent en évidence une perturbation des capacités cognitives, essentiellement dans les matières faisant appel aux mathématiques, alors que les domaines langagiers, artistiques et sportifs sont mieux conservés. Ils en concluent que l'apparition du trouble bipolaire à l'adolescence altère l'habileté de l'adolescent à fonctionner efficacement dans un environnement scolaire. Ils soulignent la nécessité d'apporter des modifications spécifiques aux programmes pédagogiques prenant en compte les difficultés cognitives, afin d'optimiser le succès scolaire.

Nous n'évoquons pas ici l'évolution des patients ayant bénéficié d'une prise en charge dans les établissement soins-études de la Fondation Santé des Etudiants de France (se référer à l'annexe A).

En synthèse, ces études mettent en évidence une altération durable de la scolarité, en particulier chez les sujets psychotiques. La schizophrénie apparaît donc comme la maladie qui mène le plus à l'échec scolaire. En effet, les troubles scolaires sont présents à tous les stades de la maladie, notamment les troubles cognitifs repérés dès la phase prémorbide.

Les autres pathologies psychiatriques ont aussi un impact direct sur la scolarité, relevant des symptômes cliniques et des troubles cognitifs qui en découlent. L'étude de N. Darcq (2006) rend compte de cet impact, à partir de l'analyse de 65 dossiers de patients souffrant des différents troubles psychotiques, de l'humeur, des conduites alimentaires et de la personnalité. Les résultats montrent qu'un peu plus de la moitié des patients de l'étude présente un absentéisme scolaire significatif, les deux tiers des patients ont eu une scolarité discontinue et les patients déscolarisés étaient tous schizophrènes.

Ces différents « symptômes scolaires » et l'échec scolaire doivent être repérés le plus précocement possible, d'autant plus qu'ils contribuent à l'aggravation d'un dysfonctionnement psychique. Il est alors nécessaire de s'interroger sur ce qu'ils traduisent comme difficulté de l'adolescence, de la dynamique psychique individuelle et familiale, ou comme trouble psychiatrique sous-jacent.

CONCLUSION

L'ensemble de ces « symptômes scolaires » relèvent de mécanismes complexes au carrefour de la vie psychique, de la pathologie psychiatrique et de la dynamique familiale. Aussi, les difficultés scolaires et les troubles psychopathologiques se conjuguent et se renforcent mutuellement. La scolarité ne pourra plus avoir sa fonction « nourricière » et risque de perdre son rôle pédagogique, éducatif et de socialisation. Elle devient un vecteur d'exclusion sociale et de stigmatisation.

Les troubles psychiques représentent un risque car ils mettent en difficulté l'adolescent dans ses apprentissages. Les conséquences sont multiples, comme l'échec scolaire et la déscolarisation, et sont sources de souffrance psychique. L'adolescent va perdre confiance en ses capacités et risque de se marginaliser. Le besoin d'apprendre se fait alors ressentir davantage et est vécu comme une infériorité intolérable. L'adolescent se retrouve fragilisé, ce qui contribue à l'aggravation des troubles psychiques et l'éloigne encore davantage de la scolarité, avec pour corollaire de l'enfermer dans des conduites destructrices.

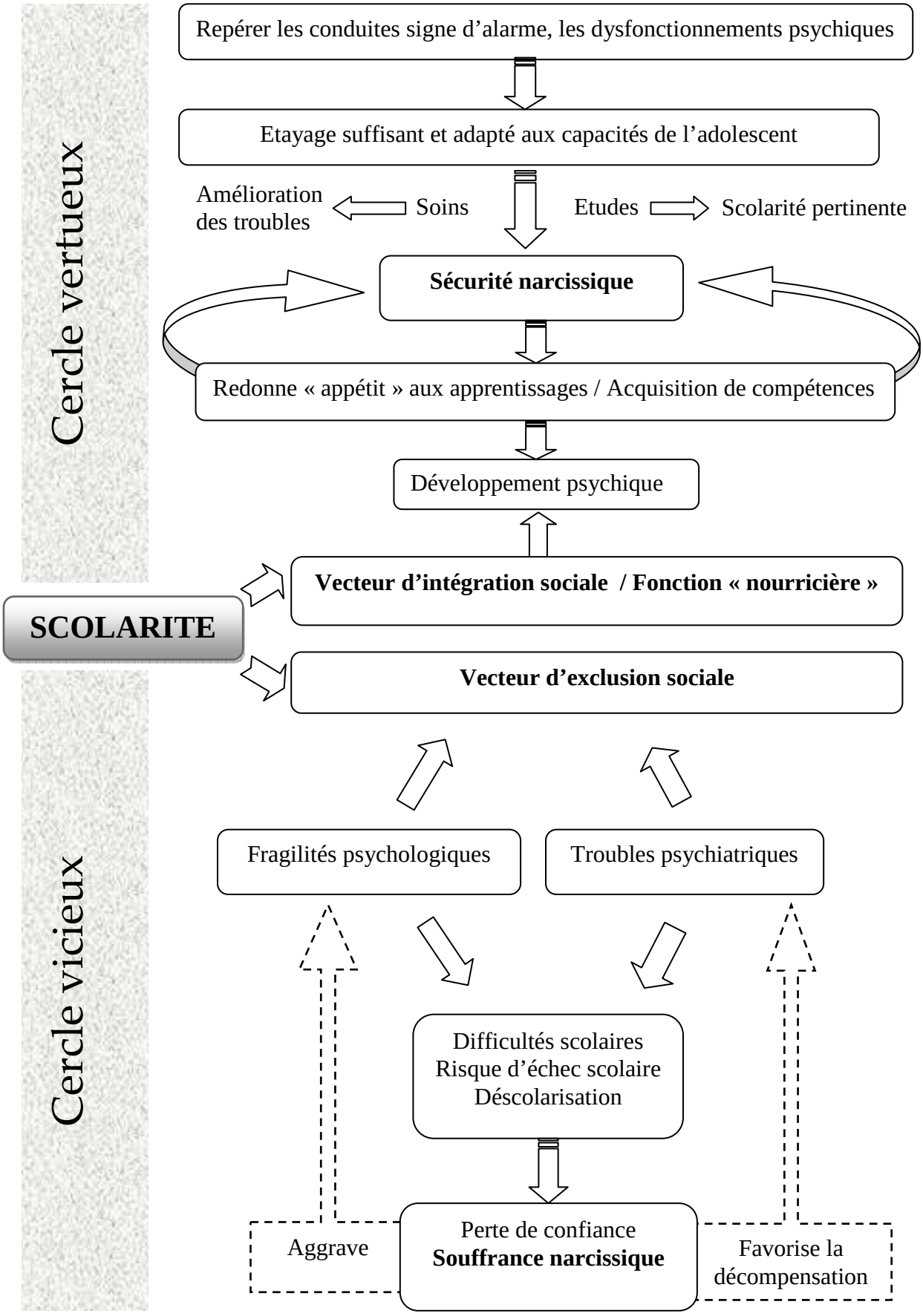
Alors : comment substituer à ce cercle vicieux de l'exclusion, un cercle vertueux de la relance du développement psychique et de l'intégration pour ces jeunes ?

Il est essentiel de repérer le plus précocement possible ces difficultés scolaires et les troubles psychopathologiques qu'ils traduisent afin de pouvoir proposer une aide adaptée.

Les seuls soins psychiques peuvent s'avérer insuffisants pour dénouer ce qui entrave le sujet dans sa scolarité, d'où l'importance d'une prise en charge prenant en compte la double dimension sanitaire et scolaire. Pour cela, l'adolescent a besoin d'un étayage suffisant et adapté à ses possibilités lui donnant les moyens de pouvoir réinvestir la scolarité en éveillant un « appétit » aux apprentissages. Le fait de retrouver la capacité à faire des efforts et d'acquérir des compétences, lui redonne confiance et lui apporte une sécurité narcissique. C'est le cercle vertueux qui se met en place.

Un schéma représentatif de ces deux cercles, vicieux et vertueux, se trouve sur la page suivante.

Nous allons ensuite, dans le troisième chapitre, nous intéresser plus spécifiquement à l'approche soins-études proposée par la Fondation Santé des Etudiants de France comme forme de traitement possible pour ces adolescents.


Cercle vertueux
Repérer les conduites signe d'alarme, les dysfonctionnements psychiques
Etayage suffisant et adapté aux capacités de l'adolescent
Amélioration des troubles
Soins
Etudes
Scolarité pertinente
Sécurité narcissique
Redonne « appétit » aux apprentissages / Acquisition de compétences
Développement psychique
SCOLARITE
Vecteur d'intégration sociale / Fonction « nourricière »
Vecteur d'exclusion sociale
Cercle vicieux
Fragilités psychologiques
Troubles psychiatriques
Difficultés scolaires
Risque d'échec scolaire
Déscolarisation
Aggrave
Perte de confiance
Souffrance narcissique
Favorise la décompensation

3ème CHAPITRE : LE CONCEPT SOINS-ETUDES : UNE APPROCHE SINGULIERE DES ETABLISSEMENTS DE LA FSEF

3ème CHAPITRE : LE CONCEPT SOINS-ETUDES : UNE APPROCHE SINGULIÈRE DES ETABLISSEMENTS DE LA FSEF

La Fondation Santé des Etudiants de France propose des prises en charge alliant soins et études. La démarche consiste à donner une place prioritaire à la dynamique thérapeutique, dans laquelle le projet scolaire est intégré : le concept « soins-études ».

Le soins-études s'adresse à des jeunes de 12 à 25 ans présentant des troubles psychiques qui interfèrent avec la scolarité, qui ne peut être poursuivie dans un cadre scolaire classique.

L'originalité de la Fondation est de remettre en place des conditions de scolarité dans un établissement de soin. Cela permet, d'une part, d'éviter l'exclusion scolaire de ces jeunes souffrant de troubles psychiatriques débutants ou avérés, et d'autre part, et c'est là l'hypothèse forte du soins-études, de ne plus considérer la scolarité uniquement comme une finalité d'obtention de diplôme, mais comme un moyen de réadaptation, voire une médiation thérapeutique. Elle dépasse en cela un unique vecteur de transmission de savoir. Il est important de préciser que nous ne sommes pas dans la configuration d'établissements scolaires médicalisés mais bien dans des établissements sanitaires, proposant en leur sein un accompagnement pédagogique adapté.

Nous allons apporter des éléments historiques sur la Fondation Santé des Etudiants de France et sur l'évolution du concept soins-études, mis en perspective avec l'évolution des pathologies. Ensuite nous aborderons le contexte de la prise en charge autour de la question de la structuration temporelle et spatiale de la scolarité et des soins, ainsi que la différenciation des rôles et des espaces. Puis nous verrons la dynamique thérapeutique du soins-études dans la confrontation à une épreuve de réalité et dans le travail de séparation d'avec la famille.

A. HISTOIRE DE LA FONDATION SANTE DES ETUDIANTS DE FRANCE ET EVOLUTION DU CONCEPT SOINS-ETUDES

Historiquement, les établissements de la Fondation Santé des Etudiants de France ont tenté d'apporter une réponse aux étudiants tuberculeux pris en charge dans les sanatoriums, afin qu'ils puissent poursuivre leur scolarité pendant le temps des soins. L'introduction de la scolarité s'inscrivait, à l'époque, dans la dynamique d'« étudier quand même ». Ce concept s'est appliqué, dans un second temps, aux patients psychiatriques, ce qui a contribué à l'évolution de cette articulation entre soin et études.

1. La tuberculose

La Fondation Sanatorium des Etudiants de France a été créée en 1923, sous l'impulsion de l'Union Nationale des Etudiants de France (UNEF), pour faire face au problème aigu de la tuberculose qui exigeait un traitement de longue durée et rendait la poursuite des études difficile. En 1925, elle est reconnue d'utilité publique. Il s'agit d'une oeuvre privée, relevant de trois ministères : le Ministère de l'Intérieur en tant que Fondation, le Ministère de la Santé Publique et de la Population pour son œuvre anti-tuberculeuse et enfin, le Ministère de l'Education Nationale en raison de son caractère universitaire.

L'accent est mis sur l'accompagnement pédagogique de l'étudiant malade pour qu'il puisse poursuivre sa scolarité et passer ses examens, considérés comme une victoire sur la maladie et le témoin de son amélioration. La devise de l'époque était « étudier quand même ». Selon H. Danon-Boileau (1968), ancien directeur médical de la clinique Dupré à Sceaux, « les préoccupations sont centrées sur les études (..), la seule ergothérapie valable pour l'étudiant est la poursuite de ses études ». En effet, le maintien et le développement d'une activité intellectuelle permettent à l'étudiant de s'inscrire dans un futur possible, celui de la guérison et de la reprise d'une vie normale.

Le premier sanatorium des étudiants a ouvert en 1933 à St Hilaire du Touvet, avec le médecin D. Douady comme directeur, sur le modèle du sanatorium de Leysin en Suisse. Ce sanatorium disposait de 120 lits et il est resté le seul de la Fondation jusqu'en 1942.

Durant la seconde guerre mondiale, la Fondation connaît alors une réelle expansion devant la recrudescence de la tuberculose et se dote d'une organisation plus complète pour lutter contre cette maladie. En 1942, la première maison de post-cure est ouverte : la villa Belledonne à La Tronche en Isère. Cet accroissement quantitatif s'accompagne de la mise en place d'une véritable « filière de soin », de pré-cure, cure et post-cure. S'en suit le développement progressif d'un réseau d'établissements répartis sur le territoire associant, tous, soins et études. Au plus fort de son activité, la Fondation gérait 1600 lits répartis en seize établissements.

2. Des troubles mentaux légers aux pathologies psychiatriques

Dans les années 50, les progrès accomplis dans le dépistage précoce et dans le traitement de la tuberculose conduisent les établissements de la Fondation à s'engager vers l'accompagnement de nouvelles pathologies. En effet, sans parler d'éradication de la maladie, les besoins de prise en charge des tuberculeux ont fortement diminué.

Certains médecins des sanatorium de la FSEF, spécialisés en médecine universitaire et en phtisiologie, ont relevé la croissance des troubles psychiques dans la population étudiante. Il s'agissait d'un constat empirique de l'essor de ces maladies, ne relevant à l'époque d'aucune étude statistique.

En 1951, la direction de l'enseignement supérieur du Ministère de l'Education Nationale a donné pour mission à la Fondation de créer un établissement capable d'accueillir des étudiants présentant des *troubles mentaux légers ne nuisant pas à la poursuite d'études,* « *les petits mentaux* » comme on les appelait dans le jargon des milieux universitaires. Ainsi, la régression de la tuberculose et la prise en compte des troubles psychiques dans la population étudiante sont à l'origine de l'évolution des prises en charge dans les établissements de la FSEF : de la tuberculose à la santé mentale.

En 1956, la Fondation convertit partiellement la Villa Dupré, un établissement de post-cure pour étudiants tuberculeux qui fonctionnait à Sceaux, en greffant sur cette post-cure une première unité de soins pour malades psychiques. En 1960, elle devient la clinique médico-psychologique Dupré avec le Dr Danon-Boileau comme directeur médical. En 1961, la clinique médico-psychologique Georges Dumas ouvre ses portes en Isère, issue de la conversion de la villa Belledonne, autre établissement de post-cure. À la fin des années 1960, trois cliniques médico-psychologiques sont en activité : deux dans la région parisienne (la clinique Dupré à Sceaux et la clinique Chiappe à Paris) et une près de Grenoble (la clinique Georges Dumas). Ces cliniques sont intégrées dans le système de protection de la santé mentale des étudiants. Elles travaillent en articulation avec les Bureaux d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU) et les Services de Médecine Préventive Universitaire.

Les besoins en santé étudiante sont mieux identifiés et la FSEF propose une réponse en s'orientant vers les *pathologies psychiatriques plus sévères,* qui ont des répercussions sur la scolarité.

Traduisant l'élargissement de sa mission, la Fondation Sanatorium des Etudiants de France devient en 1961 La Fondation Santé des Etudiants de France. Les cliniques de la Fondation ont ouvert leur porte à des étudiants et adolescents scolaires atteints de diverses maladies astreignant à une période de repos. Elles regroupent : les rhumatismes articulaires aigus, les atteintes cardiaques rhumatismales ou congénitales, les néphroses de diabète, les affections sanguines et les affections paralysantes.

L'évolution des prises en charge des pathologies s'est donc faite essentiellement dans deux domaines : la psychiatrie ainsi que les soins de suite et de réadaptation de pathologies somatiques durables (soins de suite médicaux et médecine physique et de réadaptation).

Dans les années 1980, son objet social s'élargit en intégrant des élèves du second degré, de l'enseignement technique, ainsi que des jeunes travailleurs, susceptibles de bénéficier de l'organisation scolaire des établissements. Cette intégration s'inscrit dans une logique de prévention liée à la précocité de l'apparition de certaines pathologies. Ce développement des prises en charge pour un public plus jeune de collège et de lycée est une proposition de réponse aux risques de déscolarisation liés aux complications des pathologies.

3. L'évolution des pathologies, l'évolution du concept soins-études

Cette évolution des pathologies a soulevé de nouvelles questions sur l'articulation entre le soin et la scolarité.

Pour les jeunes tuberculeux, la maladie n'avait pas de répercussion directe sur les « capacités scolaires » mais elle imposait des soins en institution qui empêchaient la poursuite des études. Proposer une scolarité dans les sanatoriums s'intégrait donc dans une volonté de continuité pédagogique, où la scolarité était organisée en complément du soin. Le modèle actuel de « l' école à l'hôpital » se rapproche de ce concept. Ainsi, la reprise des apprentissages participait à l'amélioration psychique, dans le sens où elle offrait la possibilité à ces jeunes de poursuivre leur projet d'avenir, malgré la maladie. Cette logique de prise en charge s'est pérennisée avec les « petits mentaux » dont les troubles ne nuisaient pas à la poursuite des études.

Pour les jeunes souffrant de troubles psychiatriques plus sévères, le constat est fait que les résultats aux examens sont moins bons, en comparaison aux patients tuberculeux et aux « petits mentaux ». En effet, dans les troubles psychiatriques ce sont les processus de pensée eux-mêmes, les capacités de travail intellectuel, qui sont altérés. La seule dimension de reprise des apprentissages apparaît insuffisante pour leur amélioration psychique.

L'idée a donc émergé qu'il venait se jouer quelque chose de différent pour ces patients dans l'intégration de ces dispositifs soins-études. Comme le soulignent D. Douady et *al* (1967), « ce qui est plus important que la réussite à un examen, c'est le fait que l'étudiant atteint de troubles mentaux a pu être remis au travail, avec tout ce que cela comporte comme reprise de contacts humains **»**. Les troubles psychiatriques peuvent effectivement entraîner l'exclusion scolaire et être l'objet de stigmatisation sociale, de marginalisation. L'accompagnement proposé dans les établissements de la Fondation permet donc à ces jeunes de reprendre contact avec les apprentissages et de se réinscrire dans un environnement social.

Nous allons développer l'idée que le modèle soins-études vient répondre à d'autres enjeux pour les patients psychiatriques. Il s'est adapté de manière à utiliser l'articulation des soins et des études comme un ressort du traitement institutionnel à visée psychothérapeutique.

B. STRUCTURATION TEMPORELLE ET SPATIALE DE LA SCOLARITE ET DES SOINS

Le projet global du patient intègre les deux composantes de la scolarité et du soin. Elles peuvent être considérées dans une double dimension : celle du temps et de l'espace. D'une part, le temps de l'acquisition des connaissances et de la construction psychique du sujet adolescent va se jouer dans l'espace scolaire ; et d'autre part, le temps de l'amélioration psychique se déroule dans l'espace de soins.

La particularité de ce dispositif est d'allier soins et études au cours d'une même période et dans un même lieu puisque l'espace scolaire, même si il est différencié de l'espace soins, est dans l'espace hôpital. Le fait d'être hospitalisé implique d'aller à l'école et c'est parce que l'adolescent bénéficie de soins qu'il peut suivre sa scolarité.

Nous allons voir la fonction de cette structuration dans la prise en charge.

1. La dimension temporelle

L'hospitalisation en soins-études correspond pour l'adolescent à une nouvelle séquence de soins. Un de ses atouts est de permettre des prises en charge longues, d'au moins une année scolaire.

Le patient bénéficie d'un enseignement qui se confronte aux exigences d'une scolarité normale. La scolarité va apporter un rythme de vie, le temps du programme et de l'année scolaire avec le respect des périodes de vacances scolaires. Cette reprise de la scolarité renvoie à la réalité de la vie adolescente et rend à ces jeunes hospitalisés une identité adolescente, un statut d'élève. Ce retour à l'école fait partie de leur temporalité sociale dont la valeur est *normalisante et narcissisante*.

Ce temps scolaire participe à l'inscription du temps des soins. Cela se matérialise dans la mise en place d'un emploi du temps individualisé pour chaque adolescent, organisé de façon à concilier les différents temps de scolarité et de soins. L'établissement d'une relation de confiance avec les soignants, facilitée par la durée de la prise en charge, permet que puisse se rejouer la problématique du patient et contribue à son amélioration psychique. Ce temps est celui nécessaire à l'accès aux soins.

Le repérage des temps de soins, de scolarité et d'axes d'interventions différents, implique une articulation rigoureuse des intervenants dans la complémentarité et la continuité des soins.

2. La dimension spatiale

a. L'espace scolaire

La particularité de l'espace scolaire est que les élèves admis sont des patients. En effet, leur admission fait suite à une indication médicale de soins psychiatriques et d'hospitalisation. Le souhait du patient de vouloir poursuivre ou reprendre des études est cependant un pré-requis à l'admission.

Cet espace comprend des salles de classes bien identifiées et fonctionne avec ses propres règles, celles de l'école. L'adolescent se retrouve au sein d'un groupe de pairs, d'un espace de confrontation et d'échange. Dans ce contexte, il effectue un repérage de sa position au sein d'une communauté, se compare et rivalise avec les élèves de son niveau et de sa classe d'âge. Le langage et les références communes du groupe vont être ceux de l'adolescence et non plus ceux de la pathologie. Le jeune appréhende donc la dimension étayante et contenante du groupe, ou au contraire déstabilisante et contraignante. C'est de cette manière qu'il va apprendre à se différencier et se construire. Comme le souligne F. Oury (1967), fondateur de la pédagogie institutionnelle, « la classe est un lieu de rencontre, d'existence, de parole ». « La rencontre avec les pairs et la mixité peut avoir un rôle thérapeutique, permettant des identifications partielles, des transferts latéraux, des rôles et des fonctions à explorer. (..) Le groupe a un effet régulateur des expressions pathologiques » (L. Ouss, 1997).

L'espace scolaire est aussi le lieu de rencontre avec les enseignants qui incarnent et représentent une forme de normalité. Ils contribuent à recréer la norme scolaire pour ces adolescents, norme qui était mise à l'écart par leur état de santé et qui les accompagne vers l'accès à l'autonomie. L'accent est mis sur les aspects étayants et renarcissisants de la relation avec l'enseignant. En effet, il va avoir un rôle de « bon objet » et servir de « support à un jeu d'identifications indispensables à l'évolution favorable du travail pédagogique » (H. Danon-Boileau, 1999). « L'enseignant doit avoir la compréhension d'une mère et l'autorité d'un père (..), permettre à l'adolescent par un jeu d'identifications positives, de s'autoriser à une réussite sans trop de culpabilité » (H. Danon Boileau, 1984). L'enseignant n'est pas seulement dépositaire d'un savoir à transmettre ou de la mise en pratique d'outils d'aide à la pédagogie, à l'évaluation et à la réadaptation scolaire. Il est largement sollicité dans une dimension transférentielle. L'adolescent vient rejouer avec lui les conflits avec ses parents ce qui lui permettra, dans un second temps, de les dépasser. L'impact affectif que peut représenter cette relation, avec comme exemple la réussite ou non dans certaines matières, est donc

perpétuellement questionné. Cette dimension transférentielle existe dans le système ordinaire mais ici, elle est majorée par la pathologie.

Ainsi, l'espace scolaire apporte un *cadre stable, contenant et sécurisant* pour l'adolescent dans lequel il va pouvoir exporter sa conflictualité interne. Cet espace peut s'apparenter à une « scène métaphorique », un « espace psychique élargi » appliqué à un « espace thérapeutique élargi » dans un environnement clinique institutionnel (Ph. Jeammet et *al* 1999). En effet, l'adolescent rejoue quelque chose de son histoire et de sa problématique, au travers des investissements avec différentes personnes et par l'expérimentation de nouveaux liens sociaux. « L'approche pédagogique offre à l'adolescent une *zone transitionnelle*, un espace de rencontre où puisse se développer une aire d'échanges et de plaisirs partagés, sans que ceux-ci soient sexualisés et excitants (…). Le but est de restaurer un plaisir de fonctionnement le plus large possible qui s'étaye sur l'objet d'une façon la moins conflictuelle possible ». (Ph. Jeammet, 2006).

Le lien avec cette identité scolaire amène l'adolescent à se réapproprier une estime de soi et par la même occasion, à se projeter dans l'avenir. Par ce biais, l'adhésion aux soins est facilitée. En effet, la scolarité représente une norme d'autant plus recherchée qu'elle ne contredit pas d'emblée le déni de la pathologie, particulièrement important à l'adolescence. Le fait que l'on parle de « clinique médicale et pédagogique » ou « médico-universitaire » et non de « clinique psychiatrique » a un effet destigmatisant. « La perspective de bénéficier d'un soutien pédagogique (...), les conduit alors à demander ou à accepter d'intégrer ce type d'établissement, alors que, ne se percevant pas comme malades, ils refuseraient un autre dispositif institutionnel » (N. Mammar, 2003).

Or, c'est bien l'existence du cadre hospitalier qui permet à l'adolescent de poursuivre sa scolarité.

b. L'espace des soins

La pluridisciplinarité de l'équipe soignante favorise une approche thérapeutique plurifocale.

Le psychiatre est le référent du projet. Il coordonne et rassemble l'équipe autour du patient. Il s'occupe de la réalité externe de l'adolescent : sa famille, son projet scolaire, sa symptomatologie, les prescriptions médicamenteuses et psychothérapiques. Le psychothérapeute s'occupe de la réalité interne de l'adolescent, en dehors de tout enjeu décisionnel. L'entretien clinique est un espace tiers d'élaboration des conflits de l'adolescent.
L'équipe infirmière se joint à cette bipolarité, réalité externe/réalité interne. Elle joue la fonction d'intermédiaire entre l'adolescent et la scolarité, soutient le cadre hospitalier et scolaire. Leur travail soignant consiste à accompagner l'adolescent dans la confrontation à son projet scolaire avec un travail sur sa motivation, sa difficulté à se réveiller, l'aide au dialogue avec les enseignants, le Conseiller Principal d'Education (CPE) ou le directeur des études. L'équipe infirmière aborde avec le patient son vécu des soins et de la scolarité. Elle

apporte un soutien narcissique au patient en lui donnant la preuve que l'on croit en ses capacités et en l'aidant à surmonter ses craintes, ses difficultés et ses échecs.

Des *activités périscolaires* de *médiations thérapeutiques* sont aussi mises en place, encadrées par différents types de professionnels : ergothérapeutes, infirmiers, animateurs ou éducateurs. Elles sont organisées en partenariat avec les services de soins et des études, en tenant compte de la hiérarchisation des actions à mettre en œuvre. Elles sont proposées soit en plus de la scolarité, soit davantage en cas d'arrêt momentané ou définitif de celle-ci. Ces médiations varient en fonction des établissements : cuisine, esthétique, théâtre, sport, équithérapie, relaxation… Les activités de groupe permettent un travail sur les dynamiques collectives, les jeux d'identification entre pairs, l'expression des conflits et l'étayage narcissique que trouvent les adolescents entre eux. Elles échappent à l'exigence sociale de réussite scolaire ce qui facilite le repérage des troubles instrumentaux, physiques ou psychiques, et apportent un éclairage supplémentaire sur le fonctionnement de l'adolescent. À la fois « thérapeutiques, éducatives mais aussi socio-culturelles, elles contribuent autant aux apprentissages de savoir faire qu'à ceux de savoir être et visent à la renarcissisation, la socialisation, la responsabilisation et l'autonomisation des jeunes, et d'une façon générale leur épanouissement » (texte de présentation du service d'animation de l'établissement d'Aire-sur-Adour).

Ainsi, la structuration du cadre de la scolarité et du soin apporte une contenance au « débordement » émotionnel que l'adolescent traverse, lié à l'émergence du pubertaire et/ou à la présence de troubles psychiques. L'objectif est qu'il se trouve suffisamment sécurisé pour que puisse se relancer le processus adolescent, notamment au travers des enjeux scolaires. Il peut alors accéder à une véritable position subjective, nécessaire dans sa progression vers un statut d'adulte.

Au cours de l'hospitalisation, l'adolescent est amené à rencontrer les acteurs des services des études et de soins, soit successivement, soit conjointement. Cela a son importance car un des enjeux fondamental de la prise en charge en soins-études est la différenciation des rôles et des espaces de chacun. L'intérêt est que chacun reste dans son domaine de compétences avec ses propres limites, temporelles et géographiques, même s'ils sont réunis dans le même établissement hospitalier et qu'ils travaillent en collaboration.

C. DES RÔLES ET DES ESPACES DIFFERENCIÉS MAIS DES PERSONNES QUI SE RENCONTRENT

L'éprouvé de la limite et de la différenciation va servir de trame à la *construction des limites psychiques* du patient et au travail d'*autonomisation*, altérés par les troubles psychiques. Le mouvement physique de déplacement entre le service de soins et le service des études sert à symboliser le passage entre réalité externe et réalité interne, entre soi et l'autre, entre le monde de l'enfance et de l'âge adulte. « Ce qui est thérapeutique ce ne sont pas les cours mais le fait d'aller en cours » (Ph. Besnoit, 2009). De plus, ces investissements différenciés permettent à l'adolescent de ne pas se sentir menacé par la relation, marquée à cet âge par des problématiques de dépendance et d'érotisation. Cela autorise « une diffraction possible des investissements rendant le transfert plus tolérable » (Ph. Jeammet, 1992).

Cependant, pour que ce passage d'un espace à un autre soit suffisamment sécurisant pour ces patients, mais aussi pour les soignants, il doit y avoir une cohérence thérapeutique apportée par les *liens institutionnels*. Les enseignants peuvent effectivement assurer leur position de pédagogue s'ils ont la garantie que leurs élèves redeviennent des patients à la sortie de leurs cours. Toute mise en difficulté de l'adolescent au sein de la classe, que ce soit dans ses apprentissages, sa relation à l'enseignant ou à ses pairs, sera reprise par le cadre hospitalier.

L'importance du travail de collaboration entre les équipes soignantes est mise en évidence dans la construction du projet du patient. En dehors des temps informels de rencontre, c'est au cours des *synthèses « pluridisciplinaires » ou « médico-pédagogiques »* que les différents points de vue se confrontent et que le projet du patient est réinterrogé.
Elles réunissent le psychiatre, l'infirmier référent, le directeur des études et/ou le conseiller principal d'éducation et l'équipe de professeurs. En fonction de la problématique du patient, l'équipe de professeurs peut être représentée par le professeur principal. Ce système plus souple est parfois moins anxiogène pour le patient. Les synthèses ont lieu environ une fois par trimestre et par patient mais peuvent l'être davantage en fonction des besoins.
Elles favorisent l'analyse du fonctionnement de l'adolescent dans l'environnement scolaire. Il s'agit, d'une part, de la façon dont il s'intègre au « groupe classe », à ses pairs, et de sa relation à l'enseignant. D'autre part, l'analyse est portée sur son rapport aux limites et aux règles, ses présences et absences en cours ainsi que ses capacités à se projeter dans l'avenir par le biais d'un projet scolaire. Ses aptitudes seront évaluées en se basant sur son type d'investissement du savoir, son fonctionnement intellectuel, sur l'analyse des processus d'apprentissage et de leurs entraves. L'ensemble de ces éléments sert d'éclairage dans l'approche clinique de l'adolescent et apporte des éléments de compréhension psychopathologique.

Ce partage d'informations entre soignants et enseignants pose la question du secret professionnel, des renseignements médicaux à rapporter ou non aux enseignants. Le corps enseignant est soumis au *secret professionnel partagé*. Les informations pertinentes sont

transmises afin que les enseignants puissent donner du sens à leur prise en charge et connaître les évolutions cliniques pouvant avoir une influence sur la scolarité. Dans certains établissements, un « professeur référent » participe aux réunions cliniques et restitue aux autres professeurs uniquement ce qui va avoir un intérêt pour la prise en charge pédagogique du jeune. Cette question du secret professionnel est délicate pour les enseignants, constamment à « la recherche du juste milieu, entre un enseignement décevant parce que trop loin de la réalité interne des patients, ou un enseignement décevant parce que trop proche de leur problématique » (M. Botbol et *al*, 2005).

Ces synthèses médico-pédagogiques réévaluent le projet pédagogique en fonction des évolutions du patient. En effet, la scolarité confronte l'adolescent à la réalité et interroge de ce fait ses limites et ses capacités. Nous allons voir comment cela va être utilisé dans une visée thérapeutique.

D. CONFRONTATION A L'EPREUVE DE REALITE

Les jeunes pris en charge ont généralement été en rupture scolaire un certain temps et souffrent des répercussions de la pathologie mentale sur leurs possibilités intellectuelles, affectives et sociales.

L'opportunité pour l'adolescent de pouvoir reprendre sa scolarité en intégrant ce dispositif soins-études l'amène à se construire, en amont de l'admission un projet idéalisé. À son arrivée dans l'établissement, il traverse un temps jubilatoire de « l'illusion groupale partagée » entre psychiatre, enseignants et patient (D. Monchablon). Puis arrive le moment de l'épreuve : celle de la confrontation à la réalité de la scolarité. Tout un cheminement va alors s'opérer pour que l'adolescent passe d'un projet idéalisé à un projet adapté.

« Les études et le cadre scolaire réunissent toutes les caractéristiques d'une *médiation thérapeutique* en venant marquer l'évolution du patient et réguler ses relations thérapeutiques autour d'un espace partagé dans une aire d'illusion » (M. Botbol et *al*, 2006).

1. La mise en œuvre du projet soins-études

Les projets scolaires sont définis par le directeur des études après consultation du médecin référent du patient. Selon les établissements, ces projets sont établis dès l'admission ou au terme d'une phase d'évaluation des acquis scolaires par les enseignants.

L'enseignement dispensé est adapté aux capacités de l'adolescent mais se confronte aux exigences d'une scolarité normale, avec le respect des programmes, ce qui sert d'ancrage dans la réalité.

Les bilans neuropsychologiques explorent les différents domaines cognitifs et apportent des éléments de compréhension complémentaires sur les capacités d'apprentissage du sujet. Ces évaluations sont utilisées comme un support au travail sur la maladie et ses conséquences sur la scolarité.

Suite à ces évaluations, un travail de réflexion se développe sur les capacités du patient, ou non, à poursuivre une scolarité ordinaire et sur les moyens à mettre en œuvre pour réussir l'élaboration d'un projet individuel, réaliste et adapté, compatible avec ses capacités d'apprentissage. Cela suppose une construction commune entre le patient, la famille, le médecin, les équipes soignantes et pédagogiques. L'état du projet est réévalué régulièrement afin de mesurer l'adéquation entre les moyens engagés et les objectifs. L'évolution du patient sur le plan symptomatique, sa motivation, ses capacités de mobilisation intellectuelle et relationnelle, ainsi que son autonomisation, influent bien évidemment sur l'élaboration de son accompagnement en soins-études.

Le projet soins-études travaille tout particulièrement les différents aspects de « *l'illusion d'apprendre* ». En effet, « l'adolescent est confronté à la nécessité de construire un projet, ce qui suppose qu'il puisse se fonder sur quelque chose qui promet de l'avenir en échange d'un effort immédiat – lequel serait « à fonds perdus » - s'il n'y avait pas de croyance suffisante en cette promesse » (M. Botbol et *al,* 2005). L'illusion est donc une condition pour qu'apprendre soit possible. Toutefois, pour certains jeunes souffrant de troubles psychopathologiques, elle risque d'alimenter le déni de la pathologie.

On assiste, de fait, à deux types de stratégies de soins autour de l'illusion d'apprendre. La première stratégie est d'éviter la déception le plus longtemps possible, avec l'idée de tout faire pour rendre la scolarité à nouveau désirable. La seconde est d'insister sur la déception des investissements irréalistes le plus tôt possible.

H. Danon-Boileau et *al* (1968) avaient remarqué que « l'échec devant un but normalement accessible caractérise la névrose, l'obstination et la répétition à présenter une épreuve impossible à réussir est la marque de la psychose ». La stratégie qui consiste à favoriser « l'illusion d'apprendre » s'adresserait donc aux patients « névrotiques », alors que pour les patients « psychotiques » il s'agirait d'insister sur la déception des investissements irréalistes.

2. Le travail autour du réinvestissement de la scolarité

Pour pouvoir réinvestir la scolarité, l'adolescent doit pouvoir s'appuyer sur ses ressources et ses potentialités de développement. Cela semble possible si ses oppositions, ses résistances à aller en cours ou au projet scolaire, sont respectées.

« Les parties saines de l'adolescent vont être l'objet d'un soutien et d'un renforcement », ce qui permettra à la scolarité d'être à nouveau désirable (P. Huerre, 2005). Le désir de savoir, la *pulsion épistémophilique* va être relancée, ce qui soutient les apprentissages. Ainsi, le jeune peut progresser dans sa scolarité, ce qui participe à « rendre moins massifs et paralysants les enjeux d'équivalence entre réussite des études et valeur personnelle » (N. Mammar, 2008).

Pour accompagner ce réinvestissement de la scolarité différents aménagements peuvent être proposés comme l'allègement de l'emploi du temps, la participation à des cours dans des classes de différents niveaux, ou encore une année scolaire sur deux ans. Ces aménagements sont modulables et adaptés à l'évolution clinique. La reprise d'une scolarité adaptée permet au patient d'acquérir de nouvelles compétences, lui apportant une sécurité narcissique et contribuant à son amélioration thérapeutique.

Les enjeux de l'adolescence peuvent à nouveau se mettre en scène dans la scolarité. Le *travail de sublimation* pourra reprendre et va participer à la résolution des conflits adolescents par le déplacement des investissements affectifs de l'enfance aux investissements intellectuels. La reprise d'un exercice intellectuel a également des effets directs sur le *fonctionnement cognitif*, altéré dans les différents troubles psychopathologiques. La stimulation de ces processus favorise leur développement et renforce chez l'adolescent son intérêt porté à la scolarité. L'adolescent devient acteur de ses apprentissages et s'autonomise. Les processus de pensée vont alors procurer à l'adolescent un plaisir à penser, à fonctionner et à produire un travail. Ces réaménagements et la conquête des apprentissages sont sources de gratification narcissique et lui apportent le sentiment de disposer de compétences personnelles. Cette reprise de confiance en soi contribue à la naissance de son désir en tant que sujet.

Ce travail de réinvestissement de la scolarité ne concerne pas tous les patients. La scolarité peut aussi être hyperinvestie ou investie de façon irréaliste.
L'hyperinvestissement de la scolarité se retrouve chez les patients souffrant d'anorexie mentale. Le travail consiste alors à réaménager cet investissement en limitant le temps de scolarité. Il s'agit d'un travail douloureux venant faire effraction sur les mécanismes de défense et qui doit être accompagné par les équipes soignantes et pédagogiques. Il est important de surveiller le risque d'évolution vers un désinvestissement dépressif.
Pour d'autres, la scolarité est investie de façon irréaliste. Par exemple, on retrouve des patients inscrits dans une évolution déficitaire qui s'accrochent à une poursuite des études à laquelle ils sont les seuls à croire. Ils bloquent tout autre projet dans une conviction mégalomaniaque en des capacités déréelles. Certains pensent que la reprise des études sera la

solution à tous leurs problèmes ou sera un moyen de repousser la confrontation à la réalité de leur maladie. « Tant que je fais des études, je ne suis pas fou … ».

3. De l'investissement irréaliste à la renaissance du projet

Une attention particulière est portée sur l'accompagnement de certains jeunes contraints à faire le « deuil des études », parfois en lien direct avec l'ampleur des troubles psychopathologiques. Les projets soins-études mettent l'accent sur le travail du jeune autour de sa relation à la scolarité et non pas sur la réussite scolaire. L'amélioration de son fonctionnement psychique est privilégiée. Comme le souligne Ph. Besnoit, « il vaut mieux aller mieux sans diplôme, qu'obtenir un diplôme sans aller mieux ».

La confrontation à l'échec et à la perte des illusions va servir de « tremplin à l'élaboration d'un nouveau projet de vie sociale et professionnelle » (A. Jamet, 2004), à la représentation d'un autre avenir. L'accent est mis sur l'accompagnement du patient dans la prise de conscience de ses capacités préservées et le travail autour de sa pathologie. Il s'agit donc d'un temps difficile narcissiquement, un moment de tension important où l'on doit se confronter à sa réalité. Cependant, le fait de nommer leurs difficultés et de prendre la décision d'une interruption de scolarité peut être aussi un réel soulagement.

Dans ce contexte, la participation active des enseignants est indispensable pour faire admettre au jeune les limites de ses capacités et pour trouver les méthodes les plus adaptées pour faire fructifier ses connaissances. Les alternatives à la scolarité ordinaire apparaissent indéniablement nécessaires. Selon les établissements, le service des études met à disposition des modules d'orientation, d'insertion et de formation professionnelle qui accompagnent l'élève dans sa réorientation scolaire et pré-professionnelle (*cf* annexe C). Ces modules offrent un temps de réflexion dans la construction d'un nouveau projet adapté et favorisent la recherche de pistes d'orientation, de métier, de domaine d'intérêt. Ils amènent l'adolescent à redonner du sens aux apprentissages, à retrouver le plaisir d'apprendre et à se préparer au passage vers la vie professionnelle. Les pratiques de ces modules diffèrent de l'enseignement traditionnel. En effet, la classe est fixe, les cours sont adaptés au rythme et aux capacités de chacun, il n'y a pas d'évaluation notée, ni de programme obligatoire. Le travail autour de la recherche et de la réalisation de stage sert d'épreuve de réalité pour ces jeunes et souvent de première immersion dans le monde du travail. Ces modules permettent au jeune de garder néanmoins son statut d'élève, garant de son identité sociale et de son narcissisme d'adolescent. Cela évite la vacuité, risque de décompensation psychiatrique.

Cet accompagnement à la réalisation d'un nouveau projet adapté s'inscrit dans une dynamique de « soins-études-insertion ». La mise en place d'un travail en réseau avec des structures axées sur la réhabilitation psychosociale ou l'insertion socioprofessionnelle est importante.

Le travail thérapeutique engagé par les équipes médico-pédagogiques confronte l'adolescent à des orientations qui engagent son avenir et supposent qu'il puisse exprimer ses désirs personnels. Or, le projet d'étude et la question du devenir professionnel mobilisent les représentations que les parents se font de leur enfant, objet de leurs exigences et projections.

La construction de cette démarche, propre à l'adolescent en tant qu'individu, l'amène donc à faire le constat des enjeux familiaux dans sa scolarité et vient interroger la question de l'autonomisation et de la séparation d'avec ses parents.

E. TRAVAIL SUR LA SEPARATION D'AVEC LA FAMILLE

Le travail de l'adolescence se caractérise par la nécessité de distanciation d'avec les figures parentales sexualisées, séparation également nécessaire pour que l'adolescent se défasse des liens de dépendance et acquière une autonomie suffisante. Cette question de la séparation est d'autant plus compliquée pour les adolescents souffrant de pathologies psychiatriques, qui sont un moyen de « protéger le lien ambivalent aux imagos parentales et de tenir la main du passé » (Ph. Jeammet, 2001).

Nous allons voir comment se travaillent les liens familiaux en apportant des éléments de réflexion sur la fonction de l'hospitalisation et des entretiens familiaux.

1. La fonction de l'hospitalisation

L'hospitalisation en établissement soins-études se conçoit comme un espace tiers entre la famille dont l'adolescent se sépare et la société qu'il devra intégrer. C'est dans ce lieu que le droit à la différenciation lui est donné. L'hospitalisation implique une *séparation d'avec la famille* venant mobiliser la dynamique familiale. Les problématiques de dépendance ainsi mises à jour peuvent être abordées. La scolarité, durant l'hospitalisation, amène une temporalité qui respecte le rythme des week-ends et des vacances. L'adolescent bénéficie donc de permissions en famille, validées sur autorisation médicale en fonction de son état clinique. Elles sont un support concret pour le travail sur les relations familiales ainsi que pour l'évolution de l'adolescent dans ses processus de séparation-individuation et d'autonomisation. Dans certaines situations, les difficultés de séparation d'avec la famille peuvent être travaillées autour de temps d'hospitalisations limités, ce qui favorise une symbolisation progressive de cette séparation, qui devient alors possible.

L'intérêt du dispositif institutionnel réside dans le fait que la problématique de la dépendance peut se déplacer sur l'institution et, par ce biais, être travaillée. « Il faut commencer par parler le langage du patient pour en décrypter le sens et que se répète dans la relation ce qui

l'entrave pour pouvoir lui donner d'autres moyens d'expression. À la perversion du lien de dépendance de la pathologie répond l'offre d'un lien pouvant susciter lui-même une dépendance possiblement iatrogène, mais que l'aménagement de la vie institutionnelle avec ses médiations et le contrat thérapeutique s'offrent à dépervertir » (Ph. Jeammet).

Le dispositif soins-études permet à l'adolescent de suivre une scolarité qui lui donne les moyens de mettre en œuvre le *processus de séparation-individuation*. En effet, l'adolescent est confronté à des choix scolaires qui impliquent son désir propre et va trouver des supports identificatoires dans la relation à ses pairs et aux enseignants.

2. Les entretiens familiaux

L'hospitalisation implique une mise à distance de la famille qui peut éventuellement avoir des effets iatrogènes. « Le recours à des intervenants extérieurs à la cellule familiale s'accompagne chez les parents d'un sentiment d'échec et d'incompétence (…), l'adolescent est vécu comme disqualifiant et persécuteur et peut devenir ainsi objet de désinvestissement et de rejet » (S. Maes, 2003). Aussi, l'implication des familles est indispensable dans la prise en charge.

Les familles sont reçues régulièrement en entretien avec une fréquence ajustée selon les besoins. Effectivement, un des risques est de ne pas laisser suffisamment d'espace au jeune pour travailler son projet personnel et pour éprouver le processus de séparation-individuation. À l'inverse, si ces entretiens s'avèrent trop espacés, le risque est de créer une trop grande distance avec la famille, nuisant au travail sur les enjeux familiaux. Même dans le cas de familles identifiées comme maltraitantes, le lien doit être maintenu et les rencontres adaptées aux situations.

Un axe de travail potentiel porte sur les *enjeux intergénérationnels et identificatoires*. Les conflits entre l'adolescent et ses parents sont mis en perspective à partir d'évènements survenant sur la scène des dispositifs de soins et scolaires. L'intérêt de parler des conflits est d'en dédramatiser les enjeux afin que l'adolescent puisse se positionner de façon plus souple, dans son ambivalence entre attachement et opposition à ses parents. Cela contribue à la réélaboration des liens infantiles par le travail de deuil de l'enfance et le réaménagement des liens familiaux. Une autre partie du travail avec la famille repose sur l'accompagnement des parents dans la *reconnaissance de la maladie* de leur enfant. Leur pathologie a des conséquences sur la poursuite de la scolarité et il faut parfois accepter de faire le deuil des études. Il s'agit d'envisager leur future intégration sociale par le prisme de la pathologie. Les parents sont aussi confrontés à une épreuve de réalité blessante narcissiquement puisqu'elle implique un renoncement à l'enfant idéal et à un avenir rêvé pour lui.

On note également l'importance des groupes de parole pour les parents. En effet, ces groupes leur permettent de se soutenir entre eux et leur offrent des ouvertures vers d'autres modalités

relationnelles possibles avec leur enfant. Leurs sentiments de solitude et de culpabilité sont alors atténués.

L'expérience de groupe de parole pour la fratrie des patients s'est également révélée très intéressante. La fratrie peut ainsi aborder les phénomènes d'identification, de comparaison, de conflits et aussi, les incompréhensions auxquelles la maladie de leur frère ou sœur la confronte.

CONCLUSION

L'hospitalisation soins-études offre à l'adolescent un socle relationnel solide, a une fonction pare-excitante et évite que l'adolescent ne s'enferme dans la destructivité.

Le principe du soins-études est de redonner à l'école son rôle de support au développement du sujet et d'avoir pour objectif l'amélioration psychique du patient en lui donnant les moyens de réaliser son projet de vie réaliste. Cette alliance entre le champ du médical et le champ de la scolarité, définissant la place pédagogique comme partie intégrante du projet thérapeutique, n'est possible que par le fait de l'intégration de l'école dans un cadre hospitalier. Comme le souligne N. Mammar (2008), « le soin est susceptible de servir les études, mais inversement les études sont susceptibles de servir le soin », et c'est parce que les études sont extérieures aux soins qu'elles peuvent le servir. Pour cela, les espaces ainsi que les rôles de chacun des acteurs des services de soins et des études doivent être bien différenciés, et ces acteurs doivent travailler en articulation.

La scolarité accompagne la relance et la stimulation des processus psychiques de l'adolescence par ses effets sur le fonctionnement cognitif, affectif et social. Elle favorise le travail de séparation-individuation et d'autonomisation avec la mise en œuvre d'un projet d'avenir qui s'articule à un désir subjectif. La scolarité confronte aussi l'adolescent à une épreuve de réalité, celle de ses limites et de ses capacités. Il va alors progressivement prendre conscience de ses difficultés et des origines de celles-ci. L'objectif est de l'accompagner dans la construction d'un projet adapté à ses capacités et à sa psychopathologie. Il s'agit de faire émerger ses capacités préservées, de l'amener à acquérir des compétences et une réussite suffisante. Ce contexte lui redonne confiance, le rassure et va participer à la régression de la symptomatologie.

Ce modèle soins-études, riche et complexe, se doit d'être évalué tant dans sa construction que dans son efficacité afin d'identifier ses limites et les questions qui se posent.

4ème CHAPITRE : DISCUSSION

4ème CHAPITRE : DISCUSSION

Dans ce travail, nous nous sommes interrogés sur le rapport entre la psychopathologie à l'adolescence et la scolarité. Nous sommes partis du constat que le développement psychologique de l'adolescent se déroule pendant le temps de sa scolarité.
À partir du parallèle entre le temps du développement psychologique de l'adolescent et celui scolaire, nous avons dans le premier chapitre, apporté des éléments de réflexion sur la fonction « nourricière » de l'école. À cette occasion, nous avons pu remarquer que c'est principalement dans sa fonction d'intégration sociale qu'elle est l'objet d'attention des politiques scolaires, avec notamment le développement de nombreuses lois prônant le maintien de l'enfant ou l'adolescent malade dans un cadre scolaire. Cependant, nous nous sommes interrogés sur cette synchronie de la scolarité et de la période de l'adolescence, dans la perspective de mettre en évidence que l'apport de la scolarité ne se limite pas à un rôle d'intégration. Effectivement, elle sert également de support au développement de la personnalité de l'adolescent.

Dans le deuxième chapitre, nous nous sommes intéressés à l'analyse des modalités d'expression dans la scolarité, des manifestations psychologiques de l'adolescence ainsi que des troubles psychiatriques émergents. Nous avons décrit un « cercle vicieux » mettant en évidence un effet de conjugaison et de renforcement mutuel entre les difficultés scolaires et les troubles psychopathologiques. Dans cette situation, le risque d'échec scolaire et de déscolarisation est alors important avec comme conséquence une scolarité démunie de sa fonction « nourricière » et devenue un vecteur d'exclusion sociale.

Dans le troisième chapitre, nous avons interrogé la modalité de prise en charge soins-études proposées par la FSEF. Il s'agissait notamment de voir en quoi elle pouvait répondre à ces deux points précédents : l'importance de la fonction de l'école dans le développement psychologique de l'adolescent et le risque qu'elle s'estompe chez les adolescents souffrant de troubles psychopathologiques. Finalement, il apparaît que le concept soins-études développé à la Fondation, en recréant des conditions scolaires dans un lieu de soin, favorise le maintien de ce parallèle entre le développement psychologique de l'adolescent et sa scolarité, interrompt ce « cercle vicieux » et redonne à la scolarité sa fonction de support au développement. C'est la mise en place du « cercle vertueux ».

À la suite de ces constats, plusieurs questions s'imposent à nous. Dans un premier temps, nous interrogerons les modalités d'hospitalisation dans ce cadre singulier, en faisant référence à l'organisation institutionnelle et à la fin des prises en charge. Puis, nous apporterons des éléments de réflexion sur l'équilibre instable de la place des études dans le projet de soins, et enfin, nous poserons la question de la place du soins-études dans le dispositif de soins en psychiatrie de l'adolescent.

Cinq études traitant des pratiques soins-études sont détaillées dans l'annexe A.

A. LES QUESTIONS SUR LES MODALITES D'HOSPITALISATION

La société actuelle accorde une grande importance à la scolarité et au niveau de diplôme, devenus critères de réussite des parcours individuels et promesse d'une insertion sociale facilitée. Les adolescents d'aujourd'hui sont confrontés aux transformations dans le réel des conditions d'inscription dans l'univers des adultes, bouleversés par la crise de l'emploi et les évolutions du travail. En effet, l'évolution socio-économique rend difficile l'entrée des jeunes dans le marché du travail. Il est donc particulièrement complexe de travailler sur l'orientation professionnelle pour les patients du soins-études.

Les projets soins-études peuvent être investis par les jeunes et leur famille ainsi que par les médecins adresseurs comme une « solution idéale », une « dernière chance ». Le risque est de voir les patients et leurs familles se focaliser sur les études, qu'ils idéalisent voire même investissent d'un pouvoir magique de normalisation, au détriment des soins.

1. L'organisation institutionnelle

L'association sur un même lieu des services de soins et des études peut engendrer un risque de mise en place de relations totalisantes et de déni des troubles pour certains patients qui considèrent ce dispositif soins-études comme un lycée ordinaire ou un internat médicalisé. De plus, comme nous l'avons souligné précédemment, les projets scolaires sont souvent idéalisés par les patients et leurs familles. Les résultats de l'étude de I. Gasquet et M. Choquet (1993) ont d'ailleurs soulevé des difficultés d'adaptation au monde extérieur pour les patients pris en charge, pouvant être liées à une insuffisance d'ouverture de l'institution sur l'extérieur.

Une autre problématique peut être liée à l'inégalité de la répartition des établissements soins-études sur le territoire français (*cf* annexe B). L'éloignement du lieu d'habitation des familles, en ne favorisant pas les retours à domicile, limite alors les possibilités de travail autour de ce lien à la famille.

De même, des effets de résonance, de co-excitation entre adolescents, comme des conduites d'automutilation ou des consommations de toxiques, peuvent perturber le dispositif institutionnel, ce qui nécessite une rigueur dans la mise en place du cadre.

Pour limiter ces difficultés, cinq axes de travail ont été proposés : la mise en place pour chaque patient d'une référence psychiatrique extérieure à l'établissement, la partialisation temporelle des prises en charge, la médiatisation des relations entre soignants et soignés au travers d'une offre diversifiée de médiations thérapeutiques, de caractère non scolaire, la collaboration avec les familles, et enfin, l'externalisation des psychothérapies individuelles ou familiales.

2. La fin de la prise en charge

Le projet soins-études se termine le plus souvent au moment d'un passage de cycle supposant le passage d'un établissement à un autre, ou lorsque l'orientation a lieu en milieu professionnel. À la sortie de l'établissement, le patient peut ne pas retourner dans son établissement d'origine. Des difficultés peuvent alors apparaître dans la séparation avec l'institution et dans le relais de soins

a. Le travail de séparation avec l'institution

Idéalement, « les sorties devraient se faire progressivement, vers un extérieur sécure et investi qui viendrait prendre la place de l'intérieur d'une institution (...) qui aura été utile un temps » (N. Mammar, 2008). C'est pourquoi, tout un travail de séparation avec l'institution doit se faire et nécessite que la constitution d'assises narcissiques soit suffisante pour accepter cette séparation.

Différents cas de figure se présentent : la sortie peut se dérouler naturellement pour certains jeunes dont l'état s'est amélioré et pour lesquels l'envie de quitter la clinique se manifeste. Pour d'autres, la sortie sera difficile devant la crainte d'avoir à se confronter au monde extérieur et à sortir de la « chrysalide » institutionnelle, ainsi qu'aux enjeux de séparation douloureux, du fait de la dépendance liée à l'idéalisation excessive de l'institution. Certains quittent brutalement le service, d'autres multiplient les transgressions pour se faire exclure ou décompensent des troubles avant la sortie, d'autres encore mettent en échec leur projet de sortie.

Certains dispositifs, comme la « maison de sortie » et les « appartements relais », paraissent intéressants en ce qu'ils permettent un travail autour de la séparation, par un départ progressif de l'institution. La maison de sortie correspond à une zone de transition entre l'hospitalisation et la sortie de l'établissement, où l'adolescent va poursuivre son travail d'autonomisation avec un sevrage progressif de ses liens de dépendance à l'institution et une prise progressive de responsabilité dans un cadre groupal (*cf* annexe D). Les appartements relais facilitent la transition entre le dedans institutionnel et le dehors privé et social. La discontinuité de la présence médicale et infirmière, ainsi que le travail sur un projet d'hébergement autonome, permettent de décentrer progressivement le lieu thérapeutique et le lieu de vie.

b. La référence au secteur

Comme nous l'avons souligné ci-dessus, il est essentiel de pouvoir garder un lien avec l'extérieur durant toute la durée de la prise en charge, dans l'objectif de préparer la sortie.

La référence au secteur est fondamentale dans la mesure où elle est garante de la cohérence et de la continuité du projet de soins après l'hospitalisation soins-études. Elle vient faire tiers entre l'adolescent et l'institution. Selon les cliniques, ces liens sont maintenus avec les psychiatres référents qui peuvent participer aux synthèses cliniques, continuent à recevoir régulièrement les patients en entretien et restent garants de la prescription médicamenteuse.

À leur sortie, certains patients sont confrontés au passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, ce qui implique des difficultés d'articulation.

Pour d'autres, c'est la difficulté de l'organisation des soins liée au changement de secteur qui se pose. Certains patients prennent la décision de ne pas retourner au domicile parental et de s'installer dans la ville où ils ont suivi leur projet soins-études.

B. L'EQUILIBRE INSTABLE DE LA PLACE DES ETUDES DANS LE PROJET DE SOINS

La difficulté de l'alliance entre soin et scolarité réside dans la justesse de l'équilibre des deux, afin d'éviter que l'un ne fasse obstacle à l'autre. D'une part, le risque est de n'entendre que le mot étude dans la dénomination « soins-études » et de réduire la problématique psychique à une problématique d'ordre scolaire. Les projets peuvent donner l'illusion d'une guérison par les études et participer à la scotomisation des soins. D'autre part, il faut veiller à ce que les soins laissent suffisamment de temps à l'adolescent pour se consacrer à sa scolarité et que la multiplication des médiations thérapeutiques ne favorise pas les comportements d'évitement de la scolarité.

1. Difficulté à définir l'équilibre entre soins et études

Les équipes de soins-études sont amenées quotidiennement à s'interroger sur plusieurs problématiques. En effet, plusieurs risques sont à éviter. D'une part, pousser le patient à des études qui seraient psychiquement coûteuses pourrait être source d'angoisses et favoriser des décompensations psychiatriques. D'autre part, limiter les études pourrait signifier s'accommoder de symptômes déficitaires et décourager certaines orientations.

Il serait intéressant d'établir des évaluations plus précises autour de ces problématiques, notamment par la recherche de critères qui amèneraient à définir jusqu'où les soins sont à privilégier par rapport à la scolarité, à évaluer la pertinence de la poursuite de prise en charge et le temps nécessaire pour conclure à une impossibilité de reprise scolaire et à une interruption du projet.

2. Pertinence de l'épreuve de réalité dans la confrontation aux études ?

L'enseignement dispensé par le service des études doit permettre de se confronter aux exigences d'une scolarité en milieu ordinaire. Les professeurs ne disposent d'ailleurs d'aucune formation particulière, néanmoins le critère motivationnel est pris en compte dans leur recrutement.

Cependant, on note de nombreuses différences entre l'enseignement prodigué dans les établissements soins-études et celui prodigué en milieu ordinaire. Les plus notables sont : les faibles effectifs en classe, les prises en charge individualisées et les allègements d'emploi du temps, autorisant une pédagogie différenciée. Le professeur doit effectivement enseigner à des élèves ayant des capacités et des modes d'apprentissage très différents et tenter de donner une réponse à cette hétérogénéité des classes par des pratiques adaptées à chaque patient-élève. De plus, il paraît difficile pour un professeur de faire abstraction des conditions de santé des élèves dont il a la responsabilité, d'autant plus que le projet scolaire ne saurait s'imposer comme un impératif catégorique. « L'équipe pédagogique peut être tentée de ne plus poser les limites du cadre scolaire traditionnel » (E. Berthaut, 2005) comme, par exemple, une plus grande tolérance vis-à-vis des problèmes de discipline, d'absentéisme et des évaluations scolaires, devant la crainte que cela soit vécu de façon traumatique pour ces adolescents fragilisés. Il existe aussi un risque pour l'enseignant de succomber à une tentation thérapeutique, de devenir « ensoignant » pour reprendre un néologisme du directeur national des études et de la pédagogie à la FSEF.
« La réalité est que nous soumettons l'équipe pédagogique à une demande paradoxale : d'un côté, nous attendons qu'elle tienne compte du contexte de soins en tolérant par exemple les absences qui y sont liées (...) et d'un autre côté, nous lui demandons de ne pas tenir compte de ce même contexte dans l'évaluation scolaire de ces adolescents » (E. Berthaut, 2005). Ces éléments soulèvent la question de la « normalité » de l'enseignement.

La question se pose de savoir si les capacités scolaires du jeune dans l'enceinte de la clinique sont vraiment représentatives de celles en dehors de l'établissement. L'adolescent est-il suffisamment préparé pour poursuivre des études ou s'insérer professionnellement à sa sortie dans un milieu beaucoup moins étayant et contenant ?

La recherche de réponses cohérentes et efficientes soulève la nécessité de réaliser des études portant sur l'évaluation du devenir des patients à plus long terme. La Fondation SEF va d'ailleurs lancer, sous l'égide de son conseil scientifique, la réalisation d'une étude sur le devenir des patients à cinq ans.

L'ensemble de ces questionnements doit être considéré. « Les ambiguïtés du projet soins-études sont inévitables. Il n'y a pas lieu de tenter de les faire disparaître mais il est nécessaire d'en être pleinement conscients pour les interroger quotidiennement. C'est le sens du travail institutionnel que nous avons à mener » (E. Berthaut, 2005).

C. LA PLACE DU SOINS-ETUDES DANS LE DISPOSITIF DE SOINS EN PSYCHIATRIE DE L'ADOLESCENT

L'étude de I. Gasquet et M. Choquet (1993) porte sur l'évaluation de ces structures soins-études, à travers deux questions qui se sont posées en priorité : qui sont ces adolescents hospitalisés dans les différentes structures ? et quels sont les facteurs qui influencent l'adaptation des jeunes à l'institution ? (*cf* annexe A).
Concernant la population accueillie, les auteurs de cette étude font le constat d'un niveau socioculturel globalement privilégié pour les jeunes hospitalisés à la FSEF. Ils précisent que les durées d'hospitalisations sont longues, en moyenne de 9,7 mois et qu'un tiers des patients reste plus de neuf mois dans l'institution. Les délais d'attente pour l'admission sont longs, en moyenne quatre mois.
Cette étude soulève donc le décalage entre les besoins et les capacités d'accueil psychiatrique, reflété par la « sélection » des patients sur le niveau socioculturel et la longueur du délai d'attente pour l'admission. Comment éviter cette « sélection » des patients ? Faut-il diversifier les modalités de prise en charge ? Et comment limiter ces attentes pour l'admission ? Faut-il réduire les durées d'hospitalisation pour permettre à davantage de patients d'intégrer ces établissements ?

Dans le cadre de notre travail, tous les établissements de la FSEF pratiquant le soins-études en psychiatrie ont été visités. Il ressort de ces visites que les modalités de prise en charge ne sont pas homogènes entre les établissements et peuvent varier dans leur application. Il nous est apparu que l'impact de l'histoire de la structure mais aussi des propositions pédagogiques différentes ont leur influence, non seulement sur ces paramètres, mais aussi sur le type de patient pris en charge, les objectifs et les modalités de soins. Par exemple, les établissements disposant de filières professionnelles vont davantage s'orienter sur la dynamique d'insertion, ce qui permet de mieux appréhender le travail de deuil des études. L'influence sur le type de patients pris en charge est certaine : on retrouve plus de patients souffrant de troubles psychotiques qui s'orientent vers des apprentissages compatibles à leurs possibilités cognitives. Ces établissements s'inscrivent dans une culture du « soins-études-insertion ». Quant aux établissements ne disposant que de filières générales, la tentation est d'accompagner le plus possible les patients, par l'intermédiaire d'aménagements de la scolarité, vers la réussite des examens, le passage du baccalauréat et l'entrée en études post-baccalauréat. Cela pose la question de l'offre pédagogique comme critère de sélection et de la nécessité de diversifier l'éventail pédagogique.

Au cours des années, nous relevons également un rajeunissement de la population accueillie ainsi que l'évolution des pathologies avec l'augmentation des pathologies limites. Cela soulève la question de la nécessité d'adapter ces modalités de prise en charge, au regard de ces évolutions.

CONCLUSION :

Les modalités de prise en charge soins-études doivent sans cesse être interrogées.

L'organisation institutionnelle est à considérer, tant dans ce qu'elle a de bénéfique, que dans les risques qu'elle comporte. Il faut tenir compte de la dimension iatrogène, des dérives éventuelles comme la mobilisation de dynamiques de dépendance ou la mise en place de déni des troubles chez les patients. L'approche soins-études soulève aussi la question de l'équilibre entre les soins et la scolarité. Dans ce sens, il serait intéressant de rechercher des critères permettant de définir jusqu'où les soins sont à privilégier par rapport à la scolarité. D'autre part, évaluer la pertinence de la poursuite de prise en charge pourrait être un autre point de recherche. À partir de ces éléments, nous pourrions mettre en évidence le temps nécessaire pour conclure à l'utilité, ou non, de la reprise scolaire, voire du projet soins-études. La réalisation d'études sur le devenir des patients à plus long terme serait aussi utile à l'analyse des conditions de la pertinence de ce type de prise en charge.

Il serait enfin nécessaire d'évaluer plus précisément la façon dont de ce type d'établissement s'intègre dans le paysage sanitaire local et vient répondre à la demande des adresseurs potentiels et aux besoins des adolescents, notamment par l'analyse des indications et des durées d'hospitalisation.

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : Anaïs COLIN-MADAN

TITRE : Psychopathologie à l'adolescence et scolarité. Le concept soins-études : une approche singulière des établissements de la Fondation Santé des Etudiants de France.

CONCLUSION

Notre travail, au cours de prises en charge d'adolescents et de visites effectuées dans différents établissements de la Fondation Santé des Etudiants de France, nous a conduit à nous interroger sur le rapport entre la psychopathologie à l'adolescence et la scolarité.

Le temps du développement psychologique de l'adolescent se joue en parallèle du temps scolaire. Cette synchronie met à la fois en évidence le rôle d'intégration de la scolarité mais aussi son rôle de support au développement de la personnalité de l'adolescent.

Les difficultés scolaires, en dehors des capacités cognitives et scolaires propres à chaque sujet, peuvent être influencées de façon marquante soit par une insuffisante maturation ou élaboration des conflits psychiques liés au processus adolescent, soit par des pathologies psychiatriques émergentes. Ces difficultés scolaires se conjuguent avec les troubles psychopathologiques, se renforcent mutuellement, formant un « cercle vicieux », avec à terme un risque de déscolarisation. La scolarité perd alors sa fonction de support au développement et devient un vecteur d'exclusion sociale. Le risque est de laisser l'adolescent dans une identité mal étayée positivement, une image négative de soi. En s'organisant sur un mode pathogène, son devenir risque fort d'être confronté à une entrée dans une pathologie avérée.

L'hypothèse avancée dans notre travail est que l'approche soins-études des établissements de la FSEF, en recréant les conditions scolaires dans un établissement de soin, tente d'apporter une réponse au cœur de la problématique psychopathologique de ces adolescents. Les services médicaux et pédagogiques participent à une forme « d'alliance thérapeutique », conçue comme un élément du soin. Cette approche singulière permet de redonner à la scolarité sa fonction de support au développement. *Elle fait de l'école, lieu de manifestation des troubles, un levier thérapeutique indispensable.* L'adolescent va pouvoir travailler et retisser un lien au scolaire, dans un cadre suffisamment étayant et préoccupé par son intériorité. L'objectif est de l'accompagner dans la reprise de l'apprentissage scolaire avec ses difficultés et parfois ses désillusions. Il pourra s'appuyer sur cet espace-temps scolaire pour son développement psychique, dans ses dimensions cognitive, affective, sociale et familiale. Cela participe à la revalorisation d'une image de soi altérée et à la socialisation. Aussi, cette confrontation à la scolarité se conçoit comme une épreuve de réalité : elle permet de repérer la valeur symptomatique d'une difficulté scolaire, de mettre en évidence les capacités préservées pour travailler sur des investissements adaptés aux difficultés psychiatriques du patient. La confrontation du patient à ses limites peut l'amener à renoncer à sa scolarité et s'orienter vers

des dispositifs classiques de soins, de réhabilitation psychosociale ou d'insertion professionnelle.

L'objectif de cette approche soins-études est d'aider l'adolescent souffrant de troubles psychopathologiques à renouer avec une réalité souvent difficile, l'acheminer vers une meilleure compréhension de lui-même, une meilleure autonomie psychique. L'adolescent est amené à se structurer en intégrant les données de la réalité extérieure et celles de son monde interne dans une mise en relation constructive, et à élaborer un projet de vie réaliste adapté à ses capacités, dans une dynamique d'autonomisation et d'individuation.

Cette approche soins-études apparaît clairement pertinente au vu de ce qu'elle peut apporter dans l'accompagnement de ces adolescents.

Il serait intéressant que d'autres structures puissent bénéficier de ce savoir faire. Un travail de collaboration avec les équipes de secteur psychiatrique et les établissements scolaires permettrait d'enrichir la réflexion autour de situations d'adolescents en difficultés, souffrant de troubles psychiques. Cela pourrait prendre la forme d'une équipe mobile réunissant des personnels médicaux, soignants et de l'Education Nationale.

Cette approche soins-études mériterait cependant la réalisation d'études prospectives sur différentes thématiques, telles que, l'élaboration de critères objectifs et pertinents de prise en charge, l'intégration des établissements soins-études dans le paysage sanitaire local, notamment par l'analyse des indications et des durées d'hospitalisation, et enfin le devenir affectif et social de ces patients.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

GRENOBLE, le 6/9/2011

LE DOYEN

JP. ROMANET

FACULTÉ DE MÉDECINE SCOLARITÉ

LE PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR Th. BOUGEROL

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

BIBLOGRAPHIE GENERALE

BIBLIOGRAPHIE PSYCHOPATHOLOGIE A L'ADOLESCENCE ET SCOLARITE

ALLEON AM, MORVAN O, LEBOVICI S. Adolescence terminée, adolescence interminable. PUF, Psychiatrie de l'enfant. Paris,1985

AUSSILLOUX C, BAGHDADI A. Handicap mental et société : soigner, éduquer, intégrer. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2006 ; 54 : 336-340

AYOUN P. L'hospitalisation à temps complet des adolescents et ses indications en psychiatrie. Information psychiatrique, 2008 ; 84 : 701-707

BAILLY D. Adolescence et schizophrénie. L'Encéphale, 2009 ; suppl 1 : S10-19

BAZIN P. Face aux handicaps mentaux, la place des études. Nervure, 2002 ; 15 (3) : 26-29

BIRRAUX A. La psychanalyse entre au lycée. Nervure, 1997 ; 10 (1) : 53-58

BIRRAUX A. Refus scolaire et difficultés d'apprentissage l'adolescence. Enc Med Chir, 1999 ; 37-216-D-10

BIRRAUX A. S'absenter à soi-même. In : Huerre P, editor. L'absentéisme scolaire, du normal au pathologique. Paris : Hachette Littérature ; 2006

BOTBOL M. Le processus de l'adolescence. Echouer pour en sortir. Nervure, 1999 ; 12 (8) : 44-45

BOTBOL M. Accès aux soins et non demande en psychiatrie de l'adolescent. Nervure, 2000 ; 13 (1) : 14-16

BOTBOL M., LECOUTURE C., « Les parents et l'école », dans L. Solis-Ponton (éd.), La parentalité, Paris, PUF, coll. « Le Fil rouge », 2000

BOTBOL M, BARRERE Y. Du cognitif sans le savoir dans la prise en charge psychiatrique des patients schizophrènes. Cah Obs schizoph Lab lilly, 2002 : 45-50

BOTBOL M. Quelle loi pour faire tiers en psychiatrie de l'adolescent. Nervure, 2003 ; 16 (1) : 20-22

BOTBOL M. Les médiations entre groupe et institution. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 2003 ; 41 : 71-76

BOTBOL M, ATGER I, MAMMAR N. Travail avec les familles dans les hospitalisations au long cours à l'adolescence. Perspectives psy, 2006 ; 45 : 47-52

BOTBOL M, BALKAN T. Etats limites en institution : une psychothérapie par « l'environnement ». Psychothérapies, 2006 ; 26 : 15-20

BOURDIEU P. L'école conservatrice. Les inégalités devant l'école et devant la culture. Revue française de sociologie, 1966 ; 7 (3) : 325-347
BRANDIBAS G. Santé psychique et scolarité. Diversité, 2005 ; 143 : 81-90

BURSZTEJN C. Quelles sont les manifestations des schizophrénies débutantes sur le plan des troubles de la scolarité ? In : Schizophrénies débutantes, conférence de consensus. Paris : John Libbey Eurotext ; 2003

CANNON M, JONES P, GILVARRY C, RIFKIN L, McKENZIE K. Premorbid social functioning in schizophrenia and bipolar disorder : similarities and differences. Am J Psychiatry, 1997 ; 154 : 1544-50

CANNON M, JONES P, HUTTUNEN MO et al. School performance in finnish children and later development of schizophrenia. A population based longitudinal study. Arch Gen Psychiatry, 1999 ; 56 : 457-63

CANNON M, CASPI A, MOFFITT TE et al. Evidence for early-chilhood, pa-developmental impairment specific to schizophreniform disorder. Arch Gen Psychiatry, 2002 ; 59 : 449-56

CATHELINE N. Quand penser devient douloureux. Intérêt du travail thérapeutique de groupe en institution et avec médiateur dans la pathologie du jeune adolescent. La psychiatrie de l'enfant, 2001 ; 44 (1) : 169-210

CATHELINE N. Environnement scolaire de l'enfant et de l'adolescent. Enc Med Chir, 2006 ; 37-200-E-40

CATHELINE N. Psychopathologie de la scolarité. Masson 2ème édition, 2007

CATHELINE N. Refus scolaire et difficultés scolaires à l'adolescence. Enc Med chir, 2010 ; 37-216-D-10

CHABERT C. Commencer sa vie d'adulte. Adolescence, 2000 ; 18 (2) : 375-378

CONSTANT J. Innovations dans la prise en charge des adolescents. Annales médico-psychologiques, 2001 ; 10 : 679-687

CORCOS M, JEAMMET Ph. Expression névrotique. Etats limites. Fonctionnement psychotique à l'adolescence. Encycl Méd Chir, 2002 ; 37-215-B-20

CORCOS M. Les troubles de l'humeur à l'adolescence. L'Information Psychiatrique, 2003 ; 79 (8) : 709-16

CORCOS M, FLAMENT M, JEAMMET Ph. Les conduites de dépendance : dimensions psychopathologiques communes. Masson, Paris, 2003

CORCOS M, CONSOLI A, NICOLAS I, CLERVOY P, BOCHEREAU D, JEAMMET Ph. troubles maniaco-dépressifs à l'adolescence. Enc Med chir, 2006 ; 37-214-A-50

CORCOS M, DUPONT ME. Approche psychanalytique de l'anorexie mentale. Nutrion clinique et métabolisme, 2007 ; 21 : 190-200

DELAROCHE P. Le prix de l'absence. In : Huerre P, editor. L'absentéisme scolaire. Du normal au pathologique. Paris, Hachette littérature, 2006

DIATKINE R. Le psychiatre d'enfants et les enseignants. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1985 ; 33 (8-9) : 347-351

DUBAR C. La catégorie de jeunesse. Informations sociales, 2000 ; 14 (2) : 28-37

DURAND-PILAT I, VINCENT T. Le lien au savoir de l'anorexique. Adolescence, 2002 ; 40 : 287-301

EPELBAUM C, TARAGANO O, LAUDRIN S, ATTIA M, CORRE JM et al. Psychopathologie parentale et psychopathologie de l'adolescent. Place et enjeux du travail avec les familles dans une unité d'hébergement psychothérapeutique. Psychiatrie de l'enfant, 2001 ; 44 (1) : 267-306

FAHS H, CHABAUD F, DUPLA V, MARCELLI D. A propos d'une enquête épidémiologique auprès de 465 adolescents scolarisés. Neuropsychiatr. Enfance Adolesc, 1998 ; 46 (5-6) : 340-349

FALLA W, MONTREYNAUD V, CAILLIER V, THEVENOT JP. Du temps pour la rupture. Information psychiatrique, 2004 ; 80 (3) : 235-40

FORGET JM. L'échec scolaire à l'adolescence, pour garçons et filles, même combat ? Journal Français de Psychiatrie, 2009 ; 34 (3) : 38-39

FREUD S. Psychologie collective et analyse du Moi. Essais de psychanalyse, Paris, Payot, 1921

FREUD S. La vie sexuelle. PUF : Paris, 1969

FREUD S. Malaise dans la civilisation. PUF : Paris, 1973

GALLAND O. La lente construction de l'identité adulte. Informations sociales, 2000 ; 14 (2) : 84-91

GIBELLO B. Brève histoire de la scolarisation des enfants malades mentaux. Psychiatrie Française, 2008 ; 2 : 23-41

GIRET G, BENCHETRIT B. Nécessité d'hospitalisation dans un service de psychiatrie pour permettre une séparation et la constitution de leur identité chez certains adolescents. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1994 ; 42 (8-9) : 508-512

GIVRE Ph, TASSEL A. le tourment adolescent, pour une théorisation de la puberté psychologique. Fil Rouge-PUF, 2007

GOLSE B. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Compléments sur l'émergence du langage. Masson 4ème édition, 2008

GOMEZ M. Mise en place d'un programme soins-études dans un cas de phobie scolaire chez une jeune patiente. Enfances et psy, 2005 ; 28 : 119-126

GUEDENEY N, JEAMMET Ph. Objectifs et diversité des modalités du travail des équipes soignantes avec les parents d'adolescents hospitalisés. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1991 ; 39 : 533-539

GUEDJ MJ. De la continuité des soins. Nervure, 2001 ; 14 : 34-7

GUILLAUMIN J. Y a-t-il une post-adolescence ? Adolescence, 2000 ; 18 : 375-378

GUTTON Ph. Le pubertaire. Paris : Fil Rouge-PUF, 1996

GUTTON Ph, OUVRY O. Le pubertaire et la complémentarité des sexes. Nervure, 1999 ; 12 (8) : 34-8

HAIM A. Les suicides d'adolescents. Payot, Paris, 1970
HOLZER L, HALFON O. Le refus scolaire. Archives de pédiatrie, 2006 ; 13 : 1252-58

HOUZEL D. Les enjeux de la parentalité. Eres : Paris, 2001

HUERRE P. L'histoire de l'adolescence : rôles et fonctions d'un artifice. J Fr Psychiatr, 2001 ; 14 (3) : 6-8

HUERRE P, HOCINI F. Pathologie psychiatrique de l'adolescent et scolarité.. Médecine Thérapeutique Pédiatrie, 2004 ; 5-6 : 367-372

HUERRE P. Quand apprendre ne va pas de soi. Enfances et psy, 2005 ; 3 : 116-118

HUERRE P. L'absentéisme scolaire. Du normal au pathologique. Hachette littérature, 2006

ISOHANNI I, JARVELIN MR, JONES P, JOKELAINEN J. Can excellent school performance be a precursor of schizophrenia ? A 28-year follow-up in the Northern Finland 1966 birth cohort. Acta Psychiatr Scand, 1999 ; 100 : 17-26

JEAMMET Ph. Réalité interne et réalité externe à l'adolescence. Revue Française de Psychanalyse 1980 ; 44 : 481-521

JEAMMET Ph. Vers une clinique de la post-adolescence. Nervure, 1991 ; 4 (5) : 9-15

JEAMMET Ph. Les enjeux des identifications à l'adolescence. Journal de la psychanalyse de l'enfant, 1991 ; 10 : 140-163

JEAMMET Ph. La thérapie bifocale, une réponse possible à certaines difficultés de la psychothérapie à l'adolescence. Adolescence, 1992 ; 10 (2) : 371-383

JEAMMET Ph. Les vicissitudes du travail de séparation à l'adolescence. Neuropsychiatrie de l'enfance, 1994 ; 42 (8-9) : 395-402

JEAMMET Ph, CORCOS M. Adolescence : évolution des problématiques. Paris, Doin, coll. Références en psychiatrie, 1999

JEAMMET Ph. Être adulte ou comment gérer la place de l'infantile. Adolescence, 2000 ; 18 : 419-431

JEAMMET Ph. La place des parents dans le dispositif de soins pour adolescents et l'évolution de cette place. Groupal, 2000 ; 7 : 161-171

JEAMMET Ph. Temps-espace et soins à l'adolescence. Pratiques en santé mentale, 2001 ; 47 (1) : 36-42

JEAMMET Ph. Innovations en clinique et psychopathologie de l'adolescence. Ann Med Psychol, 2001 ; 159 : 672-8

JEAMMET Ph. Diagnostic et évaluation des troubles psychiques à l'adolescence. L'Information Psychiatrique, 2003 ; 79 : 701-8

JEAMMET Ph. Comment comprendre les pathologies mentales à l'adolescence. Revue de philosophie et de sciences sociales, 2004 ; 5 : 99-120

JEAMMET Ph. Réflexions sur la parentalité. Adolescence, 2006 ; 24 : 69-77

JEAMMET Ph. Clinique des remaniements à l'adolescence. Les limites : un repère nécessaire au narcissisme. Psychiatrie Française, 2006 ; 37 : 37-69

JEAMMET Ph. Comment comprendre les pathologies mentales de l'adolescence ?. Texte disponible sur www.yapaka.be, 2007

JONES P, RODGERS B, MURRAY R, MARMOT M. Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. Lancer, 1994 ; 344 : 1398-402

KAES R. Le groupe et le sujet du groupe :éléments pour une théorie psychanalytique du groupe. Edition Dunod 2004

KUTCHER S, ROBERTSON HA, BIRD D. Premorbid functioning in adolescent onset bipolar I disorder: a preliminary report from an ongoing study. Journal of Affective Disorders, 1998 ; 51 (2) : 137-44

LAGET J, HALFON O. Problèmes des prises en charge psychologiques et psychiatriques des adolescents scolarisés dans le secondaire. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1992 ; 40 (3-4) : 222-227

LALAS C, CORCOS M, JEAMMET Ph. Psychothérapies à l'adolescence. Encycl Med Chir, Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 2007 ; 37-217-A-10

LAMIDE J, WATERSON H. De la scolarité à l'insertion professionnelle des jeunes psychotiques. Nervure, 2002 ; 15 (3) : 22-25

LAMOTTE F, DONCKER E, GOEB JL. Les phobies scolaires à l'adolescence. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2010 ; 58 : 256-262

LANTERI-LAURA G. Regards historiques sur la prise en charge des adolescents en psychiatrie. Nervure, 1997 ; 10 (1) : 19-25

LASSARE D. Le stress à l'école : une perspective psychosociale. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2001 ; 49 : 552-5

LAZARTIGUES A. La famille contemporaine fait-elle de nouveaux enfants ? Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 2001 ; 49 : 264-76

LAZARTIGUES A. Nouvelles familles, nouveaux enfants, nouvelles pathologies. Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 2007 ; 55 : 304-320

LESOURD S. Comment taire le sujet ? des discours aux parlottes libérales. Erès, 2006

LESOURD S. La construction adolescente. Editions Erès 2007

MAES S. Le passage à l'acte comme outil thérapeutique en milieu institutionnel. Nervure, 2003 ; 16 (1) : 23-25

MAESTRE M. Les enseignants, précepteurs ou substituts parentaux ? Quelle est la fonction parentale de l'école. Le Journal des Psychologues, 2006 ; 237 : 27-30

MALE P. Le sens du refus scolaire en psychiatrie infantile. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2002 ; 50 : 346-49

MAMMAR N. Quelles sont les approches médico-pédagogiques les mieux adaptées pour le traitement d'un sujet présentant une schizophrénie débutante ? In : Schizophrénies débutantes, conférence de consensus. Paris : John Libbey Eurotext ; 2003

MAMMAR N. Dépressions à l'adolescence. MT Pédiatrie, 2008 ; 11 (2) : 108-14

MARCELLI D, BRACONNIER A. Adolescence et psychopathologie. Masson, 7ème édition, 2008

MARTY F. Penser la latence dans l'adolescence avec André Green. Adolescence, 1999 ; 17 (1) : 101-110

MARTY F. L'adolescence dans l'histoire de la psychanalyse. Evol Psychiatr, 2006 ; 71 : 247-258

MILLE C, GUYOMARD C, NIESEN N. L'évolution des formes psychopathologiques et des modalités d'accès aux soins en pédopsychiatrie. Information psychiatrique, 2003 ; 79 (8) : 675-682

MISES R, QUEMADA N. Les troubles des apprentissages à la pré-adolescence. Une étude épidémiologique. Neuropsychiatr. Enfance Adolesc, 1998 ; 46 (5-6) : 279-284

MISES R. La signification du fléchissement scolaire chez l'adolescent. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2002 ; 50 : 368-370

MISES R, EPELBAUM C. La pédopsychiatrie. Ann Med Psychol, 2002 ; 160 : 779-783

MISES R. Un « élève handicapé » peut-il encore relever de mesures thérapeutiques : les MDPH. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2010 ; 59 (4) : 197-199

MONCHABLON D, FERVEUR C. « Sécher » n'est pas joué. In : Huerre P. L'absentéisme scolaire. Du normal au pathologique. Paris, Hachette littérature, 2006

MONNIELLO G, MALTESE A. transfert et contre-transfert dans la clinique institutionnelle d'adolescents. Perspective Psy, 1998 ; 37 (2) : 126-133

NICOLAS JD, CONSOLI A, PERISSE D, COHEN D, MAZET P. Manie et desinhibition sexuelle chez l'adolescent : intrications médico-légales et thérapeutiques, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2005 ; 53 : 142-148

OLIN SS, MEDNICK SA. Risk factors of psychosis : identifying vulnerable populations premorbidity. Schizophr Bull, 1996 ; 22 : 223-40

OTHMAN S, BAILLY D, BOUDEN A, RUFO M, HALAYEM MB. Troubles bipolaires chez l'enfant et l'adolescent. Une étude clinique à partir de 50 cas. Annales Médicopsychologiques, 2005 ; 163 : 138-146

OULD FERHAT L. « N'avoir que le bac mais avoir quand même le bac ». Informations sociales, 2000 ; 14 (2) : 74-83

OURY F, VASQUEZ A. Vers une pédagogie institutionnelle ?. Paris, Matrice, 1967 réedité 1998

OUSS L, BASQUIN M. Les adolescents à la Salpêtrière. Nervure, 1997 ; 10 (1) : 33-37

PAGNER I, BOUCRIS JC. Soin, éducation et pédagogie. À propos de deux classes intégrées. Neuropsychiatr. Enfance Adolesc, 1998 ; 46 (5-6) : 335-339

PARNAS J, SCHULSINGER F, TEASDALE TW, SCHULSINGER H, FELDMAN PM et al. Perinatal complications and clinical outcome within the schizophrenic spectrum. Br J Psychiatry, 1982 ; 140 : 416-20

PIAGET J. Psychologie et pédagogie. Edition Denoël 1969

POINSO F, DA FONSECA D, CAMERA E, ZARRO C, GUELFI J et al. Etude du développement cognitif et de la pensée logique dans l'anorexie mentale. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2006 ; 54 : 289-296

PORRET JM. Devenirs de la sublimation et de l'idéalisation au cours du processus d'adolescence. Adolescence, 1997 ; 15 : 63-76

POSTIC M. Comment voyait-on la question de la relation éducative ?. Nervure, 1997 ; 10 (1) : 38-41

QUACKENBUSH D, KUTCHER S, ROBERTSON HA, BOULOS C, CHABAN P. Premorbid and postmorbid school functioning in bipolar adolescents : description and suggested academic interventions. Canadian Journal of Psychiatry, 1996 ; 41 (1) : 16-22

RACAMIER PC. Adolescences et institutions psychiatriques. Les troubles à l'adolescence, 1972, CMEA, Editions du scarabée, p123-150

RAULT A, BURGUET-RAULT M. Les précurseurs de la psychiatrie infantile face à l'échec scolaire. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1990 ; 38 (3) : 97-106

REGNIER JM, BOTBOL M. Charte pour la santé des adolescents. Pratiques en santé mentale, 2002 ; 48 (2) : 33-35

SARFATI Y. Quels sont les apports du bilan psychométrique et cognitif au diagnostic de schizophrénie débutante ? In : Schizophrénies débutantes, conférence de consensus. Paris : John Libbey Eurotext ; 2003

SCHWARTZ B. L'insertion qualifiante des jeunes. Nervure, 1997 ; 10 (1) : 50-51

SEGUIN E. Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés. 1846

SERVANT D. L'enfant et l'adolescent anxieux. Paris : Odile Jacob, 2005

TUSET A, Garnier B. D'un « suivi adolescent » à un « suivi adulte ». Nervure, 2003 ; 16 (1) : 40-43

VIANIN P. La motivation scolaire : comment susciter le désir d'apprendre ? Editions De Boeck Université, 2006

VINCENT T. Soigner les anorexies graves ; la jeune fille et la mort. Edition Erès, 2002

WELNIARZ B, MEDJDOUB H. L'hospitalisation temps plein en psychiatrie infanto-juvénile : un état des lieux. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2007 ; 55 (7) : 401-406

YUNG AR, Mc GORRY PD. The prodromal phase of first-episode psychosis : descriptive and qualitative aspects. Aust N Zeal J psychiatry, 1996 ; 30 : 587-99

ZAKARI S, WALBUR V, CHABROL H. Etude du phénomène d'épuisement scolaire, de la dépression et des idées de suicide chez les lycéens français. Journal de thérapie comportementale et cognitive, 2008 ; 18 : 113-118

BIBLIOGRAPHIE SOINS-ETUDES

AYADI N. MAALEJ M, JARRAYA A. Devenir scolaire des lycéens et étudiants psychotiques. À propos de 154 cas. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1995 ; 43 : 375-380

BAZIN P. Dupré : 40 ans après. Nervure, 1997 ; 10 (1) : 59-63

BERTHAUT E. Projet soins-études en psychiatrie : limites et ambiguïté. Propos de l'adolescence, Mai 2005

BESNOIT Ph. Le lien soins-études-insertion. Journée soins-études-insertion du Centre Médical et Pédagogique J.Arnaud, Mars 2009

BOTBOL M, BARRERE Y. L'illusion d'apprendre. Enf Psy, 2005 ; 28 : 127-39

BOTBOL M, MAMMAR N, BARRERE Y. Institutions soins études en psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte. Encycl Méd Chir, 2006 ; 37-218 : 1-11

DANON-BOILEAU H, DELESALLE S, GAUGUE D, LAB P, LEVY E et al. Le rôle d'une orthopédagogie dans le traitement des maladies mentales de l'adolescent scolaire et de l'étudiant. Annales médico-psychologiques, 1963 ; 1 : 13-28

DANON-BOILEAU H, ARNULF G, COR J, LAB P, LEVY E. De l'utilisation des études et de la pédagogie comme moyens thérapeutiques dans la cadre d'une clinique pour étudiants malades mentaux. Psychische Storungen bei Studenten, Berlin 1968 ; 22 : 285-296

DANON-BOILEAU H, ARNULF G, LAB P, LEVY E. Incidence des problèmes scolaires et universitaires sur la psychopathologie de l'adolescent. Confrontations psychiatriques, 1971 ; 7 : 199-223

DANON-BOILEAU H. Modes de début de la schizophrénie en milieu scolaire et universitaire. Actualités psychiatriques, 1974 ; 1 : 51-2

DANON-BOILEAU H. Les études et l'échec : de l'adolescence à l'âge adulte. Paris : Payot, 1984

DANON-BOILEAU H. Les débuts de la psychiatrie de l'étudiant. Nervure, 1997 ; 10 (1) : 26-29

DANON-BOILEAU H. L'étudiant et l'université. In : Lebovici S, Diatkine R, Soulé M, editors. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Quadrige/PUF, 1999 : 2859-76

DARCQ. N. Parcours de soins, parcours scolaire à partir d'une expérience soins-études. Enfances et Psy, 2006 ; 1 (30) : 101-9

DOUADY D, JEANGUYOT MT, NEEL D, DANON-BOILEAU H, LAB P, BROUSSELLE A. L'organisation des cliniques médico-psychologiques de la fondation : santé des étudiants de France. Revue de Neuropsychiatrie infantile. 1967 ; 15 : 505-35

FISCHER D, MORDER R. La Fondation Santé des Etudiants de France au service des jeunes malades depuis 1923. Un, Deux… Quatre Editions : Clermont-Ferrand, 2010

GASQUET I, CHOQUET M. Evaluation d'une structure de soins pour adolescents, Fondation santé des étudiants de France. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 1993

GASQUET I, CHOQUET M, HALFON O, FRANCOIS N. Qui sont les adolescents hospitalisés en psychiatrie à la Fondation Santé des Etudiants de France et comment sont-ils pris en charge ?

Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1995 ; 43 (9) : 366-374

GIRARDON N. Avec des parents réputés difficiles. Enfances et Psy, 2003 ; 21 : 105-112

GOEB JL, BOTBOL M, GOLSE B. Pour une nouvelle clinique des schizophrénies à l'adolescence dans leur rapport avec les psychoses infantiles : Intérêt d'un diagnostic différentiel « par les études ». Inf Psychiatr, 2005 ; 81 (3) : 237-42

HALFON O, LAGET J, EKBATANI A, BARBAUX J. Etude prospective d'évaluation psychiatrique et pédagogique dans un service pour adolescents de la Fondation Santé des Etudiants de France. L'Encéphale, 1992 ; 43 : 617-22

HUERRE P, BAZIN P, JAMET A. Du travail scolaire à l'emploi. Adolescence, 1996 ; 28 : 115-127

HUERRE P., VACHER-NEILL N. Le syndrome de l'après bac ou les paradoxes de la réussite. Nervure, 1997 ; 10 (8) : 76-79

JAMET A. De l'illusion à la réalité dans la démarche d'insertion en psychiatrie. Réadaptation, 2004 ; 504 : 15-17

LEVITCHI M, BOTBOL M. Facteurs prédictifs du devenir des patients psychotiques et états limites hospitalisés à la Clinique Dupré pour des projets soins études. Evolution psychiatrique, 2003 ; 4 (68) : 531-550

MAMMAR N, ATGER I, BOTBOL M. Hospitalisations séquentielles dans les soins institutionnels au long cours en psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte. L'Information Psychiatrique, 2004 ; 80 : 93-101

MAMMAR N. De la rupture scolaire à l'articulation soins études. Novembre 2008

MAMMAR N, BENOIST P, BIE C, LESIEUR Ph. Les permissions lors des hospitalisations soins-études. Mars 2010

PAPANICOLAU G. Pour une prise en compte des spécificités de l'insertion professionnelle des jeunes « travailleurs intellectuels ». Nervure, 2002 ; 15 (3) : 30-33

PERAUD MC, DANON-BOILEAU H, LAB P. le devenir de 1000 malades étudiants hospitalisés entre 1956 et 1966 : enquête catamnéstique. Ann Med Psychol, 1975 ; 1 : 1-50

PIRON V. Vous avez dit « soins-études » ?. Master de philosophie pratique, spécialité « Ethique médicale et hospitalière ». Université de Marne-La-Vallée. 2006-2007

RAFFIN C. Espace et temps scolaire en unité d'hospitalisation psychiatrique : de l'obligation d'instruction à la construction d'une alliance. DIU Adolescents « difficiles, approche psychopathologique et éducative, 2009-2010

VACHER-NEILL N. Un entre-deux, l'hospitalisation soins-études à long terme. Enfances et Psy, 2001 ; 13 (1) : 101-107

VIGOUROUX F. 1923-2003, 80 ans d'histoire de la Fondation Santé des Etudiants de France. Document préparé à l'occasion du 80ème anniversaire de la FSEF

VINCENT T. Le SASPA de la clinique médico-universitaire Georges Dumas : un lieu de crise pour les adolescents. Nervure, 2001 ; 14 (2) : 32-33

ANNEXES

A. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUR LE SOINS-ETUDES A LA FSEF

Nous allons détailler les résultats de cinq études portant sur les pratiques soins-études :

- Etude de I. Gasquet et M. Choquet (1993) : « Évaluation d'une structure de soins pour adolescents, Fondation Santé des Etudiants de France »
- Etude de M.C Peraud et *al* (1975) : « Le devenir de 1000 malades étudiants hospitalisés entre 1956 et 1966 : enquête catamnestique »
- Etude de O. Halfon et al (1992) : « Etude prospective d'évaluation psychiatrique et pédagogique dans un service pour adolescents de la Fondation santé des Etudiants de France »
- Etude de M. Levitchi et M. Botbol (2003) : « Les facteurs prédictifs du devenir des patients psychotiques et états limites hospitalisés à la clinique Dupré pour des projets soins-études »
- Etude de L. Gibert et K. Lestdeau (2008) : « Le devenir des patients hospitalisés en soins-études à la clinique Dupré : recherche de facteurs prédictifs de bonne évolution de leur santé mentale »

Les autres références sont précisées dans la bibliographie générale.

Etude de I. Gasquet et M. Choquet (1993) : « Évaluation d'une structure de soins pour adolescents, Fondation Santé des Etudiants de France »

Enquête transversale réalisée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, en collaboration avec la Fondation SEF qui porte sur l'ensemble des 13 à 24 ans hospitalisés durant le premier semestre 1993, soit 1069 dossiers de patients issus des services psychiatriques et somatiques. Les patients psychiatriques constituent 41,9% des dossiers (N=447).

Parcours psychiatrique avant l'hospitalisation soins-études : l'âge de la 1ère consultation pour motif psychiatrique varie entre 16 et 17ans, de la 1ère hospitalisation entre 17 et 18 ans, le nombre d'hospitalisation est de 1,7. La durée cumulée d'hospitalisation est de 5,7 mois.
Le délai d'attente entre la demande d'admission et l'admission définitive est de 16,8 semaines.
Outre le motif strictement psychiatrique, l'hospitalisation est motivée par des problèmes scolaires (87% des cas), des problèmes familiaux (78%) et plus rarement des problèmes sociaux (23%) ou somatiques (5%).

L'hospitalisation plein temps est la règle (89%) et la durée de séjour est en moyenne de 9,7 mois avec un tiers des sujets hospitalisés pour plus de 9 mois.

Caractéristiques scolaires (article I. Gasquet et *al*, 1995)

QUI SONT LES ADOLESCENTS HOSPITALISÉS EN PSYCHIATRIE ?

TABLEAU III

Caractéristiques scolaires (N = 413)

	Total (N = 413) (%)	PSYCH (N = 200) (%)	ANX-DÉP (N = 116) (%)	TCA (N = 48) (%)	CPAD (N = 49) (%)	P (1)
• *Scolarisé avant l'hospitalisation*	89	84	89	98	98	***
• *Redoublements (durant la vie)*						
0-2	80	79	80	85	86	ns
≥ 3	20	21	20	15	14	
• *Niveau scolaire atteint*						
primaire, 2e cycle court	13	14	9	0	31	**
1er, 2e cycle long	61	50	66	79	61	
enseignement supérieur	26	36	25	21	8	
• *Effet de la maladie sur la scolarité*						
aucun	29	19	33	50	46	***
modéré	35	31	41	27	29	
important	36	50	26	23	25	

PSYCH : troubles psychotiques ; ANX-DÉP : troubles anxio-dépressifs ; TCA : troubles des conduites alimentaires ; CPAD : comportements perturbateurs et autres diagnostics.
(1) Ajusté sur l'âge.

Il est important de préciser qu'il s'agit de patients qui ont été scolarisés en milieu normal jusqu'au déclenchement de leur trouble.

Caractéristiques sociales et familiales des adolescents hospitalisés :

- niveau socioculturel globalement privilégié par rapport aux jeunes scolaires étudiés lors d'une enquête nationale sur la santé des jeunes en 1993. Par contre le niveau socioculturel ne diffère pas selon la pathologie.
- surreprésentation des pères cadres ou qui exercent une profession libérale (35% contre15% parmi les jeunes scolaires) et moins de pères employés ou ouvriers (24% contre 48%). Les mères sont moins souvent au foyer (23% contre 31% en milieu scolaire) et celles qui travaillent appartiennent plus souvent à une catégorie socioprofessionnelle élevée (22% de cadres ou de professions libérales contre 6%).
- moins d'adolescents de nationalité étrangère parmi les patients de le FSEF (3% contre 7%)
- taux de familles monoparentales nettement au-dessus de la moyenne observée en population scolaire. Plus de parents séparés, soit par divorce (25% contre 16%), soit par décès (12% contre 4%)
- fréquence des troubles psychiatriques chez les parents très supérieure (dépression surtout)

La comparaison avec les jeunes hospitalisés à l'hôpital général, révèle des problèmes scolaires plus fréquents chez les jeunes hospitalisés à la FSEF (89% contre 52% à l'hôpital général). Les jeunes de la présente étude ont également plus de problèmes familiaux (89%

contre 67%). Par contre les problèmes sociaux sont aussi fréquents qu'à l'hôpital général (environ 40%) et ceci malgré le niveau social élevé à la FSEF.

Comparaison entre les différentes pathologies :
L'analyse permet de caractériser 4 profils de patients (diagnostics spécifiques principaux portés sur l'axe I).
Les psychotiques (48% de l'effectif)
Près de la moitié des patients a un diagnostic de schizophrénie (23% de l'effectif total) dont la forme la plus fréquente est paranoïde. On retrouve 9% de troubles schizophréniformes et 8% de troubles schizo-affectifs.
En moyenne ces patients sont plus âgés que les autres (50% ont plus de 21 ans).
Leur niveau scolaire avant l'hospitalisation est plus élevé (plus d'un tiers a suivi des études supérieures) mais ils sont également plus souvent déscolarisés à l'arrivée (16%) et présentent plus de problèmes scolaires (retard scolaire dans ¾ des cas).
Le début de leur prise en charge psychiatrique est plus tardif (17 ans d'âge moyen pour la première consultation), néanmoins c'est pour ces jeunes que *la pathologie a le plus fort retentissement sur le fonctionnement personnel et scolaire* (la moitié a un niveau de fonctionnement psychique mauvais ou très mauvais et souffre de troubles entraînant des répercussions importantes sur le niveau scolaire).

Au cours de l'hospitalisation :
- délai d'admission long : 18 semaines, durée de séjour la plus importante : 11 mois
- articulation avec des médecins extérieurs fréquente : 91%
- hospitalisation le plus souvent motivée par des problèmes sociaux (28%)
- traitement psychotrope le plus lourd (2,6 spécialités par jour), traitement psychothérapique (87% : environ le même pour toutes les pathologies)
- 96% scolarisés, plus d'un tiers bénéficie d'une pédagogie « adaptée »
- moins bien adaptés point de vue scolaire (24% de bonne adaptation) et dans leurs relations avec l'extérieur (8% de bonne adaptation) mais relations avec la famille jugées bonnes
- Se disent le plus souvent « bons élèves » (51%)

Les patients anxio-dépressifs (28%)
Un diagnostic de troubles dépressifs a été porté pour 28% des sujets. L'épisode dépressif majeur concerne 11% des patients, la dysthymie 6%, les troubles bipolaires dépressifs ou mixtes 3%, la cyclothymie 3% et les autres troubles dépressifs 5%. Les troubles bipolaires maniaques concernent 4% des patients.
Un diagnostic de troubles anxieux est retrouvé chez 13% des patients. Les plus fréquents sont l'anxiété généralisée et les troubles obsessionnels compulsifs (2% chacun). Dans ce même groupe, on retrouve les troubles somatoformes ou dissociatifs.
La pathologie se répercute sur les capacités scolaires (66% de baisse du niveau scolaire).
C'est dans ce groupe, que le niveau de fonctionnement personnel est le mieux conservé.

Au cours de l'hospitalisation :
- délai d'admission (14 semaines) et durée de séjour (8 mois) parmi les plus courts
- traitement psychotrope : 2,4 spécialités par jour
- 92% scolarisés, faible proportion d'études « adaptées » (18%)
- relations avec la famille négatives (87%)
- évolution à l'intérieur de l'institution envisagée comme meilleure que celle des autres adolescents

Les patients présentant des troubles des conduites alimentaires (12%)
On retrouve 8% d'anorexiques, 3% de boulimiques et 1% de troubles alimentaires non spécifiés.
Age intermédiaire (60% ont 18-21 ans).
Ces patients présentent moins de problèmes scolaires que les autres (98% scolarisés avant l'hospitalisation). Par contre, ces adolescents ont le passé psychiatrique le plus lourd et le plus long (sept mois en moyenne d'hospitalisation avant l'admission).
Leur début de prise en charge hospitalière est relativement précoce (16 ans pour la première consultation psychiatrique).
Ces adolescents ont aussi plus souvent des problèmes familiaux graves (75%).

Au cours de l'hospitalisation :
- délai d'admission le plus long (19 semaines), durée de séjour courte (8 mois)
- articulation avec médecin extérieur : 88%
- Problèmes somatiques qui motivent l'hospitalisation dans 11% des cas
- Traitement psychotrope moins prescrit (2,3 spécialités par jour)
- 96% scolarisés, pédagogie « adaptée » le moins souvent nécessaire
- adaptation scolaire et avec le monde extérieur meilleure que pour les autres groupes
- le plus de tentatives de suicide (19%)
- se sentent moins souvent que les autres « bons élèves » (26%)
- disent le plus souvent que la relation avec leurs parents est inchangée depuis l'hospitalisation

Les patients présentant des comportements perturbateurs ou d'autres diagnostics (12%)
Les troubles des conduites et les troubles impulsifs concernent 4% des sujets, les troubles induits par des substances sont rares. Dans les autres diagnostics les plus fréquents sont les troubles de l'identité et les troubles de l'adaptation.
Ils sont en moyenne plus jeunes que les autres patients (50% ont 13-17 ans) et sont plus souvent de nationalité étrangère que les autres patients. Ils sont plus fréquemment issus de familles dissociées.
Ils ont le niveau scolaire le plus bas avant l'hospitalisation mais sont scolarisés à 98%.
Leur prise en charge psychiatrique est plutôt précoce (16 ans) et leur parcours hospitalier est le plus court avant d'être hospitalisé à la FSEF (3 mois).

Au cours de l'hospitalisation :
- délai d'admission (17 semaines) et durée de séjour (10 mois) intermédiaires
- articulation avec des médecins extérieurs plus rares que dans les autres groupes (71%) mais articulation avec les services sociaux plus fréquentes (32%)
- traitement psychotrope le moins prescrit (1,9)
- 100% scolarisés mais adaptation scolaire rarement bonne (23%)
- relations avec leurs famille les plus mauvaises (14% de bonne adaptation)
- effet bénéfique de l'hospitalisation sur les difficultés familiales

QUI SONT LES ADOLESCENTS HOSPITALISÉS EN PSYCHIATRIE ?

TABLEAU VI

Prise en charge thérapeutique et scolaire (N = 413)

	Total (N = 413) (%)	PSYCH (N = 200) (%)	ANX-DÉP (N = 116) (%)	TCA (N = 48) (%)	CPAD (N = 49) (%)	P [1]
• *Psychotropes prescrits*						
neuroleptiques	74	91	67	44	61	***
antidépresseurs ou thymorégulateurs	57	48	69	72	55	***
anxiolytiques ou hypnotiques	61	63	62	75	39	**
• *Psychothérapie*	87	85	89	94	82	ns
• *Entretiens familiaux*						
non	8	5	12	8	10	ns
irréguliers	54	54	55	46	55	
réguliers	38	41	33	46	35	
• *Ergothérapie*	39	43	27	53	39	**
• *Scolarisation*						
non	6	5	8	4	0	*** [2])
spécifique	65	58	16	19	33	
normale	29	37	76	77	67	

PSYCH : troubles psychotiques ; ANX-DÉP : troubles anxio-dépressifs ; TCA : troubles des conduites alimentaires ; CPAD : comportements perturbateurs et autres diagnostics.
[1] Ajusté sur l'âge.
[2] Comparaison PSYCH/TCA, ANX-DÉP et CPAD.

Sur l'axe II, 79% des patients ont une personnalité pathologique : 14% de troubles non spécifiés, 12% de personnalité limite, 10% de personnalité schizotypique et 9% de schizoïde. Les troubles du comportement alimentaire ont plus souvent que les autres adolescents un diagnostic de personnalité pathologique (91%). Les troubles du développement sont rares, et il n'y a aucun patient souffrant de retard mental ou de trouble envahissant du développement.

Comparaison des jeunes pendant l'hospitalisation avec une population psychiatrique de référence

Les adolescents de l'étude jugent un peu moins souvent leur hospitalisation comme un moment pénible (47,4% versus 52,7%). Ils pensent plus souvent avoir été mis au courant de l'évolution de leur état de santé (73,7% versus 63%) et des examens pratiqués (76,5% versus 69%). Néanmoins, ils pensent moins souvent avoir été bien soignés (74,7% versus 93,7%), ce qui peut s'expliquer par la durée de séjour qui est beaucoup plus courte dans l'enquête hospitalière, rendant la critique des soins plus difficile et les attentes moins importantes.
Pour la prise en charge, l'articulation avec le médecin de famille est moins souvent réalisée pour les jeunes hospitalisés à la FSEF (8,6% versus 52,4%), celle avec un médecin scolaire est un peu moins fréquente dans la présente étude (3,6% versus 4,6%). La prise de contact avec un autre type de médecin se fait légèrement plus souvent pour les jeunes de l'étude (37% versus 30,9%) et l'articulation avec des services sociaux intéresse également les deux groupes (25,3% versus 25,6%).

Les niveaux d'adaptation :

Concernant l'adaptation **à l'hospitalisation** en soi, les patients se plaignent du traitement médicamenteux lourd et qui comporte des effets secondaires (en particulier les neuroleptiques et les anti-dépresseurs). Parmi eux, les TCA sont les plus critiques vis-à-vis de leur traitement

pourtant moins lourd (ils ont moins de neuroleptiques et sont moins médiqués que les autres) et de leur traitement psychothérapique qu'ils suivent en majorité. Le mécontentement des patients paraît global et n'est pas lié à un point spécifique de l'hospitalisation. Il convient donc de prendre en compte ce malaise plus global de ces jeunes.
L'adaptation **scolaire** pose le plus de problèmes pour les patients psychotiques. Ce sont ces patients qui bénéficient en majorité d'une pédagogie « adaptée ». Alors que les TCA sont jugés les plus efficients par le médecin, ce sont les moins satisfaits de leur scolarité.
L'hospitalisation a un **effet sur les relations avec la famille**. En effet, elle induit une séparation d'avec les parents sur une longue durée. Les parents participent activement au projet thérapeutique, surtout ceux des TCA.

Etude de M.C Peraud et *al* (1975) : « Le devenir de 1000 malades étudiants hospitalisés entre 1956 et 1966 : enquête catamnestique »

Elle traite du devenir de 913 étudiants et lycéens atteints de maladies mentales, hospitalisés dans deux établissements de la FSEF (la clinique Dupré à Sceaux et la clinique Georges Heuyer à Paris).

A la sortie du premier séjour :
Sur le plan symptomatique, étaient considérés comme améliorés : 51% des schizophrènes, 80% des troubles bipolaires, 81% des troubles névrotiques, 93% des bouffées délirantes aigues, 46% des psychopathies et caractères pathologies, 75% des autres diagnostics.
Sur le plan scolaire : l'évolution est tenue satisfaisante pour 40% des patients, moyenne pour 18%, médiocre ou nulle pour 42%.
Les sorties sans diplôme comprennent 60% des schizophrènes, 30% des bouffées délirantes aigues et 20% des troubles bipolaires.
Les sorties avec un diplôme dans la discipline dans laquelle ils étudiaient avant leur entrée regroupent 18% des schizophrènes, 50% des bouffées délirantes aigues et des névroses, 45% des psychopathies.
Les sorties avec un autre diplôme sont retrouvées chez 24% des schizophrènes, 33% des bipolaires et 20% des autres catégories.

Le devenir des patients a été évalué de 2 à 13 ans après leur sortie :
85% des malades ayant atteint la licence sont bien insérés, contre 40% de ceux qui n'ont pas eu le baccalauréat. 20% d'entre eux sont cependant considérés comme « invalides ».
Pour les malades atteints de schizophrénie, les résultats sont moins bons : un cinquième des malades atteint le diplôme visé à l'entrée et deux cinquièmes sont insérés dans une profession. 75% des malades de ce groupe qui ont obtenu la licence sont bien insérés, alors que 23% seulement de ceux qui n'ont pas obtenu le baccalauréat le sont. Ces patients ont en moyenne un niveau d'emploi inférieur à celui des autres malades. 35% sont considérés « invalides ».

Les auteurs concluent qu'il est *à priori exclu d'abandonner toute idée d'étude pour les patients schizophrènes*, dans la mesure où les évolutions favorables ne sont pas exceptionnelles, même si elles sont moins fréquentes que pour des patients souffrant d'autres pathologies. Ils soulignent également l'intérêt de bien mesurer l'acquisition de diplômes à court terme, qui faute d'une reprise ou d'une poursuite des études, facilitera l'insertion professionnelle. *L'obtention d'un diplôme est selon eux le plus sûr garant d'un bon avenir professionnel.*

L'étude de O. Halfon et al (1992) : « Etude prospective d'évaluation psychiatrique et pédagogique dans un service pour adolescents de la Fondation santé des Etudiants de France » (à Neufmoutiers-en-Brie) apporte des résultats préliminaires.
La réalisation du projet pédagogique pendant le séjour est effective chez 30% des patients (passage dans la classe supérieure ou réussite aux examens). Pour les patients qui ont abandonné leurs études, la moitié d'entre eux a pu faire le deuil de leur scolarité.
L'orientation à la sortie est principalement scolaire pour 45% des patients, psychiatrique pour 32% et professionnelle pour 23%.
Il est précisé que le *taux de réussite scolaire est faible mais que la plupart de ces patients seraient totalement exclus du système scolaire s'ils n'étaient pas pris en charge.*

Etude de M. Levitchi et M. Botbol (2003) : « Les facteurs prédictifs du devenir des patients psychotiques et états limites hospitalisés à la clinique Dupré pour des projets soins-études »
Il s'agit d'une étude rétrospective à partir de 20 dossiers de patients ayant séjourné dans cet établissement en 1999.
Les auteurs ont recherché à partir d'un recueil de données sur le dossier des patients, des facteurs prédictifs de bonne évolution. Ils ont étudié les caractéristiques suivantes : la durée d'hospitalisation, le caractère prévu à l'avance de la sortie, la poursuite de la prise en charge par un suivi extra-hospitalier, un bon fonctionnement familial dès la pré-admission et lors du suivi, une bonne alliance thérapeutique du patient et de sa famille durant l'hospitalisation, la présence d'une psychothérapie au cours de l'hospitalisation et l'absence d'antécédent de toxicomanie.
Les résultats ont montré que seules deux variables constituent un facteur prédictif positif : *l'alliance thérapeutique et le caractère prévu à l'avance de la sortie.*

Etude de L. Gibert et K. Lestdeau (2008) : « Le devenir des patients hospitalisés en soins-études à la clinique Dupré : recherche de facteurs prédictifs de bonne évolution de leur santé mentale »
Il s'agit d'une étude prospective sur le devenir de 43 patients un an après leur sortie de la clinique Dupré.
Les auteurs se sont particulièrement intéressés à leur état de santé psychique, à la poursuite de leur parcours scolaire et/ou professionnel, leur capacité d'autonomisation et d'être en lien avec les autres.
Les résultats montrent qu'à la sortie de la clinique, 93% des patients poursuivent leur scolarité et 7% ont entamé un cursus professionnel.
Un an après leur sortie : 60,5% poursuivent une scolarité, 4,6% sont en formation professionnelle, 11,6% ont un emploi et 23,3% sont sans activité.
Il est précisé que leur autonomie est légèrement inférieure à celle de leurs pairs.
Trois facteurs prédictifs de bonne évolution des patients ont été relevés : *l'alliance avec les patients, l'alliance avec les parents ou tuteurs légaux, et le suivi en psychothérapie au moment de la sortie, quelque soit le type de psychothérapie.*

B. PRESENTATION DE LA FONDATION SANTE DES ETUDIANTS DE FRANCE

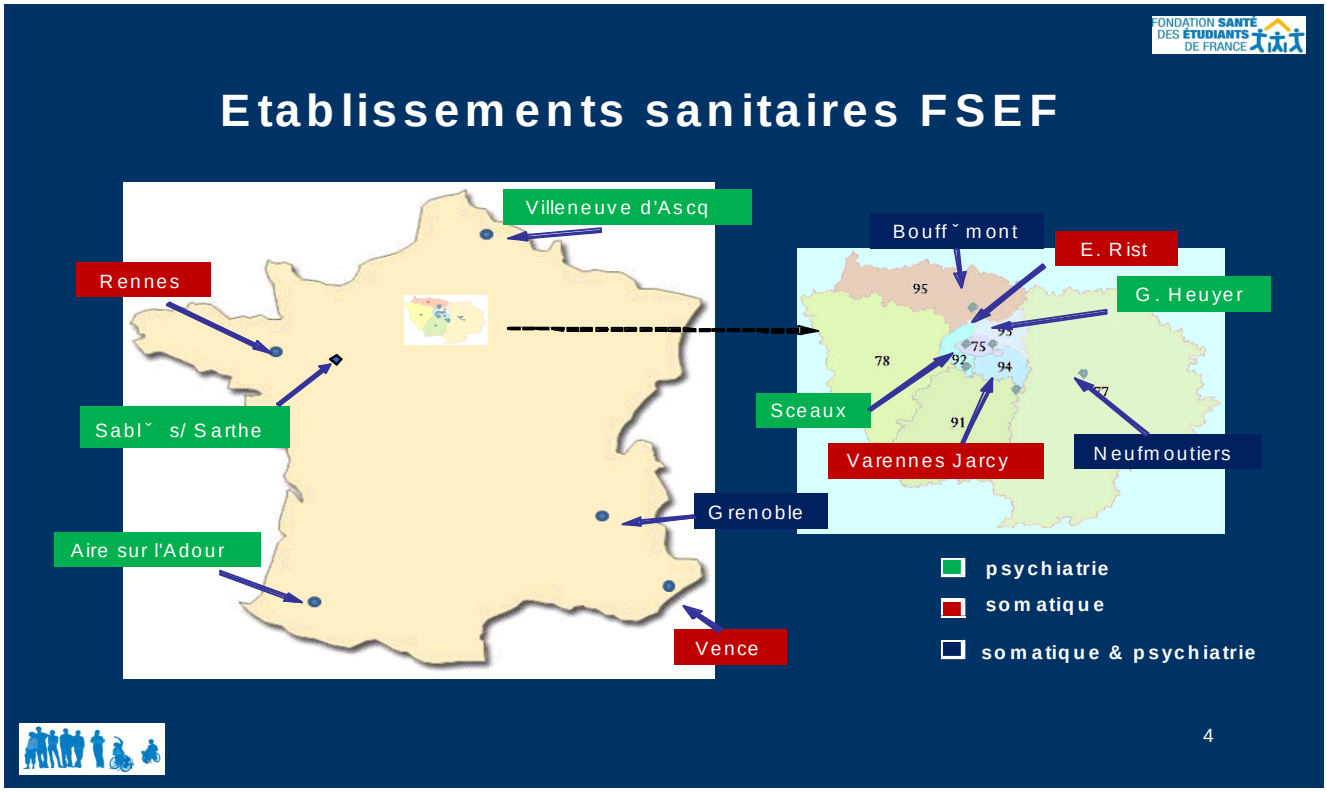
La FSEF en quelques chiffres…

- Sa mission essentielle fut, dès l'origine, de permettre à des jeunes malades et accidentés de bénéficier de soins médicaux tout en leur donnant la possibilité de poursuivre efficacement leurs études universitaires ou leur scolarité.
- Dans chaque clinique, "un service des études", rattaché administrativement à un lycée de secteur, prend en charge pédagogiquement les patients-élèves qui sont prioritairement des adolescents et des jeunes adultes âgés de **12 à 25 ans**
- La Fondation regroupe **12** établissements sanitaires et **8** structures médico-sociales.

  3 cliniques soignent des troubles somatiques

  5 cliniques soignent des troubles psychiques

  4 cliniques soignent des troubles psychiques et somatiques.
- Elle dispose de plus de **1400** lits et places agréés
- Chaque année **4500** nouveaux jeunes sont traités (séjours dont la durée varie de **3 à 9 mois** et plus, selon la pathologie et sa gravité).
- **2500** personnes sont salariées de la Fondation dont **160** médecins



Les prises en charge médicales

- Les modes de prise en charge sont diversifiés :

  Hospitalisation à temps complet

  Hospitalisation de semaine

  Hospitalisation à temps partiel de jour

  Consultations Médico-Pédagogiques (Relais Etudiants Lycéens (REL), Cellule d'Ecoute Pédagogique (CEP), Bureau Aide Psychologique Universitaire (BAPU)....)

- Dans ses **12** établissements, sont traitées **3** grandes familles de pathologies :

  la médecine physique de rééducation : handicaps d'origine orthopédique, traumatique ou neurologique,

  les soins de suites des maladies chroniques : système respiratoire, SIDA, insuffisance rénale chronique, affections cancéreuses, troubles du comportement alimentaire …

  la psychiatrie

Les spécificités de la FSEF

- Le concept **soins-études** permet aux patients hospitalisés de poursuivre leur scolarité.
- **Une prise en charge globale** : le projet de santé prend en compte, au-delà de la dimension physique et psychique de la pathologie, la prévention, les suites des maladies, l'intégration familiale, l'insertion sociale et professionnelle, l'apprentissage de l'autonomie
- **300 professeurs et 60 personnels non enseignants** de l'Éducation Nationale travaillent dans les établissements

C. ALTERNATIVES A UNE SCOLARITE ORDINAIRE

Les alternatives à une scolarité ordinaire varient selon les établissements. Nous allons en détailler quelques unes.

Le MOP: Module d'Orientation et de Projet

Objectif de ce module

Ce module s'adresse à des jeunes patients en rupture de leur scolarité pour des raisons médicales. C'est un cadre d'accompagnement et de construction de projet, soit vers une reprise d'un parcours scolaire, ou vers une formation professionnelle, soit directement vers une insertion professionnelle. La prise en charge est individualisée.

Le patient doit progressivement être en capacité de retrouver à la fois la curiosité et le plaisir d'apprendre, de se réapproprier les bases nécessaires à son projet et de redonner du sens à ses apprentissages.

Ce module est conçu comme un ensemble de moyens et non comme une finalité en soi. C'est aussi pourquoi il est susceptible d'amélioration.

Protocole d'accès

L'entrée dans le module suppose un engagement motivé du patient qui participera activement aux ateliers, aux démarches de recherche de projet et de stages en milieu professionnel : à cet effet, un contrat d'engagement à signer est proposé au patient.

Quand un arrêt de la scolarité suivie est prononcé, l'équipe médico-pédagogique évalue la pertinence du projet MOP pour le patient concerné. Les responsables du module présentent le MOP au patient et un temps de réflexion personnelle lui est accordé ensuite avant tout engagement.

La décision conjointe du directeur des études et du médecin référent prononce l'entrée dans le module.

Les responsables du module déterminent avec le patient la prise en charge individualisée avec, selon le cas, un temps maximum de 3 semaines de bilan des acquis avant de préciser le choix des ateliers et l'emploi du temps.

Le refus ou l'incapacité à tenir ce module entraînera, avec l'accord des équipes pédagogiques et médicales, l'arrêt du module.

Les ateliers

Les ateliers permettent de garder une possibilité de prise en charge pédagogique. La scolarité maintient un rythme nécessaire à ces jeunes et l'horaire des ateliers laisse du temps pour envisager des stages en milieu professionnel. Les cours ne peuvent pas être de l'enseignement traditionnel, étant donné l'hétérogénéité de niveau de ces jeunes, il s'agit plutôt d'une classe mosaïque avec une prise en charge individualisée.

Chaque atelier de ce module a une durée de 2 h et accueille au maximum 6 ou 8 patients.

- **Un travail sur le projet et les démarches à effectuer**

Travail sur les représentations des métiers, la motivation, les valeurs, informations sur les secteurs et métiers en tension par intervention de professionnels, information sur les formations…
Démarches d'emploi : l'objectif est d'apprendre à les effectuer soi-même. Sera notamment proposé d'utiliser la méthode d'enquête PIE (Plaisir Information Emploi) qui utilise une mise en acte progressive dans la difficulté (enquêter sur un sujet qui passionne, enquêter sur un métier en projet, enquêter dans le cadre d'une recherche) ; apprentissage des techniques de recherche d'emploi ; participation à des manifestations extérieures comme les forums sur l'emploi. Des entretiens individuels peuvent être proposés en complément.

- **Un atelier de Vie Sociale et Professionnelle (VSP)** permet d'aborder les connaissances nécessaires à l'autonomie : les infrastructures de la cité, la protection sociale (fiche de sécurité sociale...), la gestion du budget, la consommation (droits et obligations du consommateur, qualité des produits et services...), les assurances, le contrat de travail (fiche de paye), l'environnement (déchets, eau, énergies)...

- **2 ateliers de biologie** :

Le **1er** atelier de biologie concerne la partie santé de la VSP : le concept de santé, l'organisation du corps humain, l'alimentation et les besoins nutritionnels, les rythmes biologiques et le sommeil, l'hygiène corporelle et du milieu environnant

Le **2ème** atelier de biologie est une préparation aux concours des professions de santé (Aide-Soignant…)

- **2 ateliers de français** :

Le **1er** est une remise à niveau, le **2ème** est une aide au projet professionnel (CV, lettre de motivation...)

- **2 ateliers de mathématiques** :

Le **1er** est une remise à niveau, le **2ème** est plus professionnel avec des exercices de logique.

- **2 ateliers d'Anglais (niveau 1 et niveau 2)**
- **1 atelier d'Histoire & Géographie**
- **1 atelier d'EPS**

Les stages

Les stages ou mises en situation en milieu professionnel font l'objet d'un rapport de la part du stagiaire. Le référent en entreprise communique en fin de stage un bilan au service des études et au service médical concerné. À cet effet un questionnaire-bilan est annexé à la convention de stage envoyée à l'entreprise pour signature. Des rencontres avec le tuteur en entreprise seront organisées. Il est également demandé à l'entreprise de fournir un certificat de stage.

Suivi médico-pédagogique

Des bilans médico-pédagogiques se feront avant chaque vacances scolaires selon un calendrier établi en début d'année pour vérifier l'état des projets des patients.

Une collaboration avec des partenaires extérieurs permet d'engager éventuellement un travail complémentaire : bilan de compétences, bilan jeune, évaluation, en concertation avec les équipes médicales.

Le MOIP: Module d'Orientation et d'Insertion Professionnelle

Public: patients élèves ou étudiants, en rupture scolaire, et se situant dans l'une ou l'autre des situations suivantes ou cumulant ces situations

- en voie de déscolarisation (marqués par des échecs scolaires successifs conduisant à découragement et incompréhension)
- en recherche de projets scolaires et professionnels
- en errance scolaire (déscolarisation égale ou supérieure à 1 année)

Objectifs:

- permettre aux adolescents de reprendre confiance en eux et de se restructurer dans un parcours d'apprentissage individualisé et souple. (nouveaux domaines d'apprentissages, valorisation de compétences non mises en œuvre précédemment)
- construire un projet professionnel partiel ou structuré en positionnant dans les différentes étapes

du projet, des apprentissages adaptés (soutien, préparation aux concours…)

Organisation :

Trois modules sont proposés:

- **MOIP non spécifique:** accueil des élèves sans projets spécifiques
- **MOIP tertiaire:** accueil des élèves préparant plus spécifiquement les concours de l'union professionnelle des métiers tertiaires. Travail sur les compétences et les connaissances demandées pour les 3 niveaux de l'examen de l'union professionnelle
- **MOIP paramédical:** accueil des élèves préparant plus spécifiquement les concours d'aide-soignants ou infirmiers

Moyens :

- 3 Professeurs à plein temps pour la partie technique: Economie Gestion administrative ou comptable, enseignement des tableurs, texteurs et de l'économie droit
- Interventions de professeurs de mathématiques, lettres modernes, anglais, SVT, Sciences Physiques et Arts appliqués

Evaluation :

Quatre évaluations par an portant sur:

- l'acquisition d'outils et notamment des outils informatiques
- l'adéquation des enseignements suivis avec le projet envisagé
- la pertinence du choix et son éventuel évolution

Le Positionnement en MOIP

Les élèves sont positionnés en MOIP après entretien avec le Directeur des études et devant le constat d'une impossibilité momentanée à suivre un cursus ordinaire.

Le choix du MOIP est complexe et un accompagnement particulièrement attentif .Il requiert l'adhésion de l'élève ou de l'étudiant et la nécessité, pour les enseignants de lui donner un sens.

L'EEP-A: Entreprise d'Entraînement Pédagogique Adaptée

« Entreprise virtuelle pour de vrais résultats de savoir faire et savoir être en milieu professionnel »

L'Entreprise d'Entraînement Pédagogique Adaptée (EEPA) est un outil de formation dans le secteur tertiaire, multimédia. Elle cherche à mettre en adéquation les compétences, les talents des jeunes de la clinique médico-universitaire avec des besoins d'entreprises. Elle se donne pour objectif une orientation professionnelle forte, et vise l'insertion et l'emploi dans des filières tertiaires. Elle met en pratique les métiers en partant des postes «d'accueil» jusqu'à des postes de «chargé de projet» en passant par des spécialisations en gestion communication des entreprises…

Ces orientations sont définies en fonction des possibilités des bénéficiaires au niveau intellectuel, psychique et physique. La convergence de ces différents éléments permet à l'EEPA de s'inscrire dans une réalité professionnelle. L'un des points forts de cette formation est de tenir compte de la personnalité de chacun pour la mettre en valeur, condition préalable à l'épanouissement de ses compétences professionnelles.

Public :

Stagiaires entre 18 à 26 ans. Pré-requis : niveau Bac

La sélection des participants à l'EEPA se fera en partenariat entre l'équipe médicale de la clinique et l'équipe pédagogique du Greta concerné via l'Unité Soins-Etudes

Les futurs stagiaires doivent posséder une Reconnaissance de Travailleur Handicapé (RTH) et/ou une Allocation Adulte Handicapé (AAH) ou en avoir fait la demande.

Fonctionnement :

en partenariat avec le dispositif tertiaire multimédia d'un Greta l' Unité Soins-Etudes de la clinique crée une EEPA avec une activité d'appui à la gestion administrative, organisationnelle et commerciale des entreprises PME-PMI. Plusieurs entreprises locales présentant cette activité sont contactées pour que l'EEPA puisse bénéficier de leur parrainage.

Des rencontres régulières des entreprises marraines avec le groupe de stagiaires sont prévues dans le but de travailler dans un contexte calqué sur la réalité, permettant ainsi aux jeunes de mieux gérer leurs difficultés et surtout de les surmonter. Ce premier sas d'insertion est consolidé par une période de stage en entreprise.

L'EEPA bâtit individuellement un véritable parcours d'insertion rythmé en trois phases et tenant compte des possibilités physiques et mentales de chacun, validé par le corps médical :

- Construction du projet en fonction du séjour à la clinique
- Formation et apprentissage en entreprise d'entraînement
- Accompagnement à l'autonomie et préparation à l'insertion

L'EEPA est un lieu de formation professionnelle et sociale. Hiérarchie, mixité des publics, des niveaux et des objectifs d'insertion caractérisent et dynamisent les synergies individuelles et collectives de formation et d'insertion. Elle fonctionne sur une permanence de 30 h par semaine. Les temps de participation des jeunes seront définis à partir des avis médicaux.

L'enseignement comporte:

- **Un aspect théorique** : Les stagiaires apprennent les logiciels bureautiques et multimédia couramment utilisés (Word, Excel, PowerPoint, Publisher, Photoshop, Xpress, Open source…), les principes de bases de la gestion.
- **Un aspect pratique** : Les stagiaires sont mis dans une situation réelle d'employés d'entreprise. Pendant leurs cinq semaines de formation, ils travaillent tour à tour dans les différents services de l'entreprise d'accueil.

L'Evaluation:

- l'acquisition des outils nécessaires à la professionnalisation
- l'adéquation des apprentissages avec le projet envisagé
- la pertinence du choix professionnel et son éventuel évolution en fonction de l'état psychique des patients
- le retour des bilans médico-pédagogiques qui se font tout au long de la formation et qui servent à accompagner et vérifier l'état des projets des patients.

Une collaboration avec des partenaires extérieurs qui permet d'engager complémentairement un travail d'évaluation par des bilans de compétences en concertation avec les équipes médicales.

La classe-projets

La création de la Classe-Projets au sein du Centre Médical et Pédagogique de Rennes-Beaulieu a pour objectif de répondre à des demandes de plus en plus nombreuses de reprise de scolarité émanant d'adolescents en souffrance psychique et de leur famille.

La mise en place de cette classe s'inspire de l'esprit de la loi du 11 février 2005, dite « *Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* ».

Quatre points essentiels de cette loi fondent cette initiative pédagogique:

- Une définition du handicap qui fait de celui-ci la résultante de la relation d'une personne souffrant d'une « *altération substantielle, durable ou définitive* » avec son environnement, et

dont la conséquence est une « *limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société* ».
- Pour la première fois la reconnaissance du handicap psychique.
- L'introduction d'un « *droit à compensation des conséquences du handicap quels que soient l'origine et la nature de la déficience, l'âge ou le mode de vie* ». La description de ce droit à compensation incite le milieu scolaire à répondre aux besoins spécifiques concernant la scolarité des jeunes.
- La volonté d'intégration des jeunes dans le milieu scolaire ordinaire, volonté consacrée par la disparition du vocable « *éducation spéciale* » et dont l'objectif consiste à répondre au droit à compensation par un certain nombre de dispositions pédagogiques concrètes.

Tous les adolescents admis dans la Classe-Projets souffrent d'une altération de leurs facultés psychiques pour des raisons diverses mais attestées par les soins, parfois les hospitalisations, dont ils avaient été, ou étaient encore, l'objet souvent depuis plusieurs années. Ces troubles psychiques ont occasionné pour eux un handicap dans l'environnement scolaire, handicap se traduisant par l'absentéisme, la déscolarisation, la phobie scolaire, les comportements à risques. Tous ces adolescents étaient, par ailleurs, au moment où nous les avons accueillis, très désireux de reprendre une scolarité, mais incapables de le faire dans des conditions ordinaires.

L'objectif éthique est, comme l'indique l'intitulé de la loi, « *l'égalité des chances* ».

L'idée d'une « classe » est née du constat que le suivi individualisé des élèves en souffrance psychique dont nous avions déjà l'expérience dans le Service des Etudes, non seulement n'était pas suffisant mais, de plus pouvait être contre productif dans la mesure où l'isolement et la stigmatisation de l'élève dans une telle démarche risquaient de renforcer ses troubles.

Objectifs:

L'objectif principal de la Classe-Projets est de permettre à l'adolescent en souffrance psychique de retrouver l'accès à ses capacités et à ses compétences propres. Pour cela il nous est apparu nécessaire de créer une structure dont les moyens pédagogiques sont réorganisés de façon, d'une part à confirmer le lien avec la scolarité dont l'élève a pris l'initiative en venant au Service des Etudes, et d'autre part à restaurer la confiance de l'élève en lui-même ainsi que l'estime de lui-même.

Moyens:

- Un emploi du temps adapté qui ne concerne que les après-midis.
- Des interventions d'enseignants à partir d'un thème fixé pour toute la durée du cycle de la Classe-Projets qui est de six semaines. Le contenu de ces interventions ne fait apparaître aucune référence à un niveau de classe ou à un programme d'enseignement.
- Des travaux en autonomie que les élèves entreprennent, deux après-midis par semaine, à partir de pistes de recherche librement choisies.
- Absence d'évaluation et de pression en termes de résultats.
- Une sixième semaine durant laquelle les élèves suivent des cours dans des classes ordinaires afin d'éprouver, d'évaluer leurs choix dans la perspective d'une rescolarisation. Au cours de cette semaine une réflexion est engagée avec les élèves autour du bilan qu'ils font de leur passage dans la Classe-Projets et à partir du texte de la loi du 11 février 2005.
- Une séance d'échanges, en fin de semaine, avec l'ensemble de la classe à partir des travaux de recherche de chaque élève. Chacun doit pouvoir y exposer sa démarche quand bien même elle ne serait pas aboutie.
- Une séance de théâtre par semaine.
- Des sorties dont l'objectif est en relation avec le thème.
- L'organisation d'un tutorat.
- La rencontre chaque vendredi avec un enseignant référent.

Perspectives:

La Classe-Projets est conçue comme un ensemble de moyens et non comme une finalité en soi. C'est pourquoi elle est susceptible d'amélioration. Sa finalité est clairement l'intégration de l'élève dans un

cursus scolaire ordinaire. Chaque cycle de Classe-Projets donne lieu à un bilan et à une réflexion partagée avec l'ensemble de l'équipe pédagogique, sur les facteurs d'amélioration éventuels.

- Le bilan du passage des élèves en Classe-Projets se fera dans la perspective de faire prendre conscience à chaque élève, à partir des pistes de recherches qu'il aura travaillées, des ses goûts, de ses motivations, de ses capacités à s'auto-évaluer et à concevoir un projet scolaire.
- Un travail avec les élèves autour des notions de choix et de projet afin de leur donner les outils conceptuels leur permettant de penser leur avenir
- Une information précise sur l'organisation du système scolaire en termes de filières, d'examens, de passerelles, d'orientation afin de communiquer à l'élève les éléments susceptibles de lui permettre de concrétiser ses choix.
- La rédaction d'un Projet d'Accompagnement Individualisé (PAI), sur la base des échanges avec le professeur référent consigne les conditions d'intégration de l'élève dans les **Pôles d'Enseignements Choisis.**

Les Pôles d'Enseignements Choisis:

Les Pôles d'Enseignement Choisis constituent un outil pédagogique complémentaire au dispositif d'accompagnement des élèves en souffrance psychique, en même temps qu'un élargissement de ce dispositif à des élèves qui, du fait d'itinéraires marqués par la pathologie, les soins, les hospitalisations se sont éloignés du cursus scolaire et souhaitent y revenir.

Les Pôles d'Enseignement Choisis répondent ainsi, en termes de scolarité, au droit à compensation et constituent une étape vers l'intégration scolaire en milieu ordinaire. Ils répondent surtout à la nécessité, dont nous avons pu faire le constat pour les élèves sortant des Classes-Projets, de réserver un temps de préparation et de mise en œuvre du choix de leur parcours dans la scolarité. Ceux-ci doivent y apprendre à choisir et à ordonner leurs choix de façon à produire un projet cohérent. En effet, à l'issue de la Classe-Projets, si l'on peut considérer qu'un grand nombre d'élèves a renoué avec une certaine confiance en soi et un réel désir de scolarité, force est de constater que la conversion de cette (re)construction, à l'équilibre souvent encore précaire, en capacité de choix effective et déterminée n'est pas assurée.

On peut dire que les Pôles d'Enseignements Choisis constituent, après la Classe-Projets, le second versant d'une même démarche d'accompagnement vers l'intégration scolaire :

- la Classe-Projets est pour l'élève ce moment de reconstruction, de réappropriation de ses compétences et de ses motivations,
- les Pôles d'Enseignement Choisis celui de la prospection et de la détermination, celui d'une pensée de l'avenir.

Cette attention à l'avenir est du reste présente dès le début de l'inscription dans les Pôles d'Enseignement Choisis : l'élève sera incité dans les échanges avec son professeur référent à réfléchir au meilleur moment pour lui de les quitter pour s'intégrer dans un parcours scolaire ordinaire et concrétiser ainsi son choix, le cycle de ces Pôles ne pouvant pas excéder sept semaines.

Le tutorat en Classe Projets:

Le tuteur exerce son rôle auprès des élèves de la Classe Projets au cours des deux après-midis qu'ils consacrent à s'exercer au travail en autonomie. Il est à la fois un appui et un regard dont la bienveillance offre aux élèves un espace de liberté dans le cadre duquel ils peuvent, en confiance, renouer avec la réflexion personnelle et prendre l'initiative d'une recherche personnelle.

Le rôle du tuteur consiste dans un premier temps à écarter toute pression, toute appréhension qui naîtrait chez l'élève d'une peur d'être jugé ou évalué.

Il est ensuite un « ***facilitateur*** » de l'accès de l'élève à ses compétences propres : entreprendre une recherche personnelle, se confronter à une documentation, c'est en effet pour l'élève commencer, ou recommencer, à construire une image de lui-même valorisante, et c'est donc créer les conditions d'une reconstruction de l'estime de lui-même.

Le tuteur est une ***personne ressource,*** principalement pour ce qui concerne l'acquisition de ***méthode,*** en vue de mettre en œuvre une démarche de recherche, une construction et une élaboration de ***problématiques,*** ainsi que la préparation à l'intervention orale.

Le tutorat est un exercice pédagogique complexe bien que passionnant. Il faut en effet, à la fois, inciter les élèves à user d'une liberté de penser qui parfois leur fait peur, et les convaincre de la nécessité des méthodes qu'ils peuvent ressentir comme contraignantes.

La complexité de cet exercice est de plus accrue du fait de la souffrance psychique qui fait obstacle à la confiance en soi, à l'estime de soi et à l'autonomie. Une liberté de recherche sans appui méthodologique peut entraîner l'élève à une dispersion qui lui renvoie une image négative de lui-même, alors qu'une transmission trop systématique ou rigide des méthodes peut, soit provoquer un refus de réfléchir, soit constituer un refuge à la peur de s'exprimer, à la défiance à l'égard de soi-même. Tout le talent des professeurs tuteurs consiste à atteindre ce but, pour chacun des élèves, dans un juste équilibre entre la liberté et les méthodes.

L'évaluation de la Classe-Projets:

L'observation de ces élèves confirme, d'une part que leurs compétences intellectuelles respectives justifient leur maintien dans la scolarité, et d'autre part que la souffrance psychique qu'ils éprouvent fait obstacle à l'organisation efficace de ces compétences et à leur épanouissement personnel.

Les objectifs qui définissent l'expérience pédagogique de la « Classe Projet » se trouvent par là même également confirmés. Il s'agit :

- d'initier une reconquête de l'estime de soi et de la confiance en soi,
- de renouer avec des capacités d'autonomie dans le travail (conséquence d'une meilleure confiance en soi),
- de renouer avec l'idée d'un projet et de poser les questions d'orientation,
- d'anticiper les conditions de l'intégration dans un cursus scolaire ordinaire.

Par rapport à ces objectifs et à l'adhésion des élèves, il semble que l'organisation de chacune des cinq premières semaines en deux après-midis consacrées à un contenu d'enseignement et deux autres aux travaux de recherche autonome, soit pertinente. Et si le projet de chaque élève n'a pas été déterminé de façon certaine et précise, on peut dire que l'idée de projet a fait partie des outils pédagogiques mis au service de leur investissement dans le travail.

La nécessité de cette expérience s'est trouve reconnue par les psychothérapeutes qui ont en charge les patients-élèves sur le versant psychologique. Par ailleurs, les responsables de la scolarité à la Maison Départementale des Personnes Handicapées, nous ont affirmé tout l'intérêt qu'il y aurait pour certains adolescents en souffrance psychique, d'inclure un passage par la « Classe Projet » dans le Projet Personnel de Scolarisation qu'ils ont à mettre en œuvre.

Le SESAME (Structure d'Evaluation de Scolarisation Adaptée et de Modules d'Exploration)

Il accueille des patients dont le niveau ou les difficultés personnelles (échec scolaire, remobilisation scolaire, préparation de dossiers) les mettent en difficultés. Ils sont pris en charge par un professeur des écoles spécialisé et par une équipe pédagogique restreinte.
Cette structure vise à prévenir la rupture scolaire, à préparer une formation professionnelle et à aider à la construction d'un projet personnel.
Les enseignements adaptés constituent une des réponses qu'offre l'école à la diversité des élèves, de leurs besoins et de leurs intérêts. C'est dans cette perspective que des emplois du temps "à la carte" sont proposés dans le cadre du SESAME.
Les classes sont à effectifs réduits, ce qui permet une meilleure connaissance des difficultés de chaque élève et la mise en œuvre de conditions individualisées propices à leur traitement et résolution, ce en partenariat avec d'autres institutions, et établissements, assumant une prise en charge partielle par convention.

Le groupe d'accroche et le groupe passerelle

Le groupe d'accroche et le groupe passerelle sont des structures modulaires qui s'adressent aux élèves en grande difficulté scolaire en voie de décrocher et aux élèves qui intègrent un établissement Soins-Etudes en cours d'année après une longue période de déscolarisation.

Le groupe d'accroche: objectif renouer avec les études

- Renouer avec l'école
  - Démêler les représentations sur l'institution, les professeurs, les savoirs, les attentes.
  - Se réconcilier avec la scolarité sans faire l'impasse avec son histoire scolaire
  - Prendre conscience de son potentiel
- Découvrir autrement les apprentissages
  - Reconstruire le contexte: temps, espace
  - Travailler sur le sens des matières disciplinaires
  - Cheminer vers la structuration de la pensée
  - Construire des liens entre les programmes et l'environnement des patients élèves
- Socialisation par le travail de groupe
  - Transdisciplinarité des interventions
  - Créer une trace écrite/orale/audiovisuelle/plastique commune
  - Créer des liens de groupes entre chaque cycle

Périodicité: cycle de modules de 6 ou 7 semaines: S1 travail d'accueil, S2 à S5 travail en ateliers, S6 temps de synthèse et d'orientation

Mise en œuvre: le projet du groupe d'approche est de travailler durant une année scolaire sur un thème commun, qui sera décliné en 4 cycles de 6 semaines. Les thématiques seront abordées à partir d'ateliers transversaux qui s'attacheront à travailler les difficultés d'apprentissage et à réutiliser les apports des sorties culturelles.

Concertation avec les équipes: afin que le projet puisse vivre, il faut mettre en place une concertation fine et rapprochée entre les équipes médicales et pédagogiques de manière à permettre le choix des élèves pouvant bénéficier le plus de cet accompagnement.

La date d'entrée dans le groupe sera fixée à chaque début de cycle. Un bilan de fin de prise en charge sera établi en fin de cycle.

Le groupe passerelle

Objectifs:

- remotiver les jeunes pour les études,
- relancer le travail intellectuel,
- travailler sur leur projet.

Le principe d'une succession de modules dans l'année scolaire permet un renouvellement, une dynamique de créativité et une relance de l'investissement.

Dans l'organisation pédagogique des groupes d'accroche et passerelle, les emplois du temps des professeurs sont annualisés.

La CAF: Classe des Acquis Fondamentaux

Public: Jeunes de 12 à 14 ans présentant des difficultés scolaires graves ou qui sont primo-arrivants avec des problèmes de compréhension de la langue française.

Objectifs: Mise en œuvre, au sein du centre, d'un parcours de formation individualisé adapté à chacun des élèves prenant en compte:

- les compétences qu'ils sont susceptibles de mobiliser
- leurs difficultés
- leur âge
- leur réinsertion future dans une filière à vocation professionnelle (SEGPA par exemple…)

Préparation aux diplômes suivants: Diplôme d'études en langue française (DELF), certificat de formation générale (CFG) et au brevet informatique et Internet (B2i)

Les acteurs du projet: Le suivi de chaque jeune est assuré par un enseignant "référent" qui peut être, soit un professeur de collège, soit un professeur de lycée professionnel.

Les matières suivantes sont proposées : Français et français langue étrangère, mathématiques, anglais, histoire et géographie, sciences et vie de la terre, technologie et informatique, arts Plastiques

Le projet CLAP : Classe Accueil Projet

Public: jeunes de 12 à 16 ans qui pour des raisons de santé:

- ont du interrompre leur parcours scolaire ou professionnel
- doivent changer de parcours scolaire
- sont en échec scolaire
- ont étudié à l'étranger

C'est un public issu du collège ou du lycée professionnel. Parfois ces jeunes ne sont plus scolarisés depuis quelques années.

Objectifs: répondre à des difficultés d'orientation et apporter des outils pédagogiques aux professeurs amenés à prendre en charge le jeune

Démarche: dés son arrivée le jeune prend contact avec la vie scolaire définir pour ses besoins.

La première question est de déterminer si le jeune est psychologiquement prêt à intégrer le CLAP. Ainsi toute période d'évaluation débute toujours par un entretien préalable entre le jeune, son médecin référent et un professeur. Pendant cet entretien il s'agit de prendre en compte:

- les capacités ou incapacités liées au handicap ou à la pathologie
- le contexte socioculturel du patient
- le cursus scolaire/professionnel antérieur
- les projets et les envies du jeune
- le comportement du jeune

Il s'agit de le rassurer en lui expliquant le fonctionnement de la structure ainsi que ses droits et ses devoirs.

Organisation: le patient-élève a un emploi du temps par semaine. Un référent, qui sera pour lui un interlocuteur privilégié, l'accompagnera pendant toute la durée de sa prise en charge. Pour construire un projet viable, le jeune sera évalué tout au long de son séjour. Ces évaluations sont reprises lors des concertations médico-pédagogiques auxquelles participent le médecin référent, les équipes soignantes et les équipes pédagogiques. En découleront des propositions d'orientation pour le jeune patient-élève.

D. LIVRET D'ACCUEIL DE LA MAISON DE SORTIE

Base de document de la Clinique du Grésivaudan.

La Maison de Sortie vous est proposée pour vous aider à établir ou à consolider vos liens à l'extérieur de la clinique, et vous permettre, dès à présent, de prendre en charge les éléments de votre vie quotidienne afin de faciliter votre sortie et votre insertion sociale.
Une équipe est là pour vous y aider. Elle se compose : d'un médecin psychiatre, d'un cadre infirmier, d'un assistant social, d'une équipe de deux infirmiers(es) référents et d'un agent de service.

La présence de l'équipe à l'intérieur de la Maison de Sortie est à temps partiel, elle correspond à l'étape que vous entreprenez dans le sens d'une plus grande autonomie.

Le travail de l'assistant social est particulièrement important pour vous aider à vous implanter dans la ville (loisirs, études, travail, lieu de résidence), pour vous aider à établir un budget ou un dossier administratif et faire avancer vos démarches (allocations-bourses).

Votre médecin d'origine reste votre médecin traitant garant avec nous de votre projet de sortie.

Les infirmiers(es) de la Maison de Sortie seront l'appui dont vous pourrez bénéficier, à la fois pour la vie dans la Maison de Sortie, et sur l'extérieur, tant dans ce qui vous concerne singulièrement, qu'en ce qui concerne votre vie dans cette collectivité, dans le concret et dans les échanges que vous aurez avec eux.

L'agent de service vous aidera à prendre soin de vos affaires, ainsi qu'à tenir en bon état les pièces de vie dont vous avez la charge avec les autres jeunes. Il vous accompagnera dans votre vie à l'intérieur de la maison et pourra vous donner des conseils sur des points pratiques.

Le médecin de la Maison de Sortie et le cadre infirmier sont là aussi pour vous accueillir, garantir la bonne marche de votre projet et en superviser la réalisation.

La gestion de la journée :
A présent vous avez en grande partie à organiser votre emploi du temps quotidien.
Le matin, vous êtes responsable de votre réveil, il doit être compatible avec votre départ pour vos activités. Vous pouvez rentrer dans la Maison de Sortie durant la journée si vous avez des moments libres. Le soir, la maison ferme à 24 h.
En dehors de la présence infirmière (tous les jours sauf le jeudi et le week-end), les infirmier(e)s et le cadre de santé (jour, nuit), effectuent des passages à la Maison de Sortie.
Le matin, les plus matinaux doivent partir sans déranger les autres. Silence à partir de 23 h pour respecter le sommeil de chacun.

Etudes-Travail :
Vous devez être régulier(e) sur les engagements pris sur l'extérieur : études-travail. Tout manquement durable est incompatible avec votre engagement à la Maison de Sortie.

Les repas :
Le petit déjeuner est à votre initiative à la Maison de Sortie.
Le repas de midi, suivant votre projet extérieur, peut se faire :

- à la faculté (ticket RU)
- sur le lieu de travail (repas préparé par vos soins ou achat),
- au self.

Le soir, les repas se feront autant que possible sur la Maison de Sortie. La vie collective y sera favorisée, la préparation des repas et le partage de celui-ci pouraa se faire ensemble. Deux repas collectifs par semaine sont organisés avec un membre de l'équipe soignante. Votre présence est indispensable.

Les soins :

- Consultations avec votre médecin d'origine et une infirmière de la Maison de Sortie.
- Rencontres avec les infirmiers(es).
- Prise de traitement une fois par jour qui sera déposé dans votre boite réservée à cet usage.
- Possibilité de faire appel aux infirmiers(es) de Belledonne le jour et la nuit si besoin en dehors de la présence des infirmières de la maison de sortie.

Utilisation des locaux :

Une chambre vous est attribuée : ce n'est pas encore votre « chez vous », mais son entretien va vous permettre d'anticiper sur ce qui sera votre tâche régulière. Un agent de service est ici pour vous y aider, superviser votre travail : chambre nettoyée et rangée.
Les pièces communes, office, escaliers sont à votre disposition. Elles vous sont confiées et représentent votre cadre de vie. Votre participation à leur entretien est obligatoire, aidée là encore par l'agent de service.

Réunions :

Une réunion mensuelle est prévue pour vous aider à débattre sur des points importants de la vie commune, pour des échanges sur des découvertes ou adresses sur l'extérieur, pour débattre les thèmes que vous choisirez et sur tout ce qui peut modifier positivement votre présence à la maison de sortie.
Une réunion hebdomadaire est organisée pour l'organisation des tâches à la Maison de Sortie, pour l'élaboration des repas collectifs (+ courses).

Visites :

Ne peuvent être à la Maison de Sortie que les personnes qui y résident, sauf autorisation préalable. Les visites sont autorisées mais réglementées, et doivent faire l'objet d'une autorisation par l'équipe, pour qui que ce soit, intérieur ou extérieur à l'Institution.
Ces consignes doivent être absolument respectées pour que le séjour puisse se poursuivre, des exclusions de la structure peuvent sanctionner immédiatement de tels manquements.

Les permissions :

Les permissions sont à demander comme dans les autres services pour les week-ends et les soirs auprès des infirmiers(es), elles seront signées par le médecin de la Maison de Sortie.

Interdictions-toxiques :

L'alcool, la drogue et tous produits toxiques sont interdits, ainsi que le stockage des médicaments. Il y aura des contrôles et une exclusion immédiate de la structure si l'équipe constate une transgression.
L'acceptation du règlement intérieur, celui de la clinique et de la Maison de Sortie, est indispensable.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.