



HAL
open science

Le mal-être des adolescents et sa prise en charge en santé scolaire

Caroline Savalle

► **To cite this version:**

Caroline Savalle. Le mal-être des adolescents et sa prise en charge en santé scolaire. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01079607

HAL Id: dumas-01079607

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01079607>

Submitted on 3 Nov 2014

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2013-2014

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

SAVALLE Caroline

NEE LE 15 JANVIER 1986 A PARIS 14ème

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14 OCTOBRE 2014

**Le mal-être des adolescents
et sa prise en charge en santé scolaire**

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Pierre Czernichow

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Alain Collet

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET - C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN – J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M. BENOZIO - J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION - DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT - J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - M^{le} MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF**

| |
|--------------|
| I - MEDECINE |
|--------------|

PROFESSEURS

| | | |
|--|-------------------|---|
| M. Frédéric ANSELME | HCN | Cardiologie |
| Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR | HCN | Chirurgie Plastique |
| M. Bruno BACHY (<i>Surnombre</i>) | HCN | Chirurgie pédiatrique |
| M. Fabrice BAUER | HCN | Cardiologie |
| Mme Soumeya BEKRI | HCN | Biochimie et Biologie Moléculaire |
| M. Jacques BENICHOU | HCN | Biostatistiques et informatique médicale |
| M. Jean-Paul BESSOU | HCN | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>Surnombre</i>) | CRM ^{PR} | Médecine physique et de réadaptation |
| M. Guy BONMARCHAND | HCN | Réanimation médicale |
| M. Olivier BOYER | UFR | Immunologie |
| M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>) | HCN | Médecine et santé au Travail |
| M. François CARON | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| M. Philippe CHASSAGNE | HB | Médecine interne (Gériatrie) |

| | | |
|---|-----|--|
| M. Vincent COMPERE | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| M. Antoine CUVELIER | HB | Pneumologie |
| M. Pierre CZERNICHOW | HCH | Epidémiologie, économie de la santé |
| M. Jean - Nicolas DACHER | HCN | Radiologie et Imagerie Médicale |
| M. Stéfan DARMONI | HCN | Informatique Médicale/Techniques de communication |
| M. Pierre DECHELOTTE | HCN | Nutrition |
| Mme Danièle DEHESDIN (Surnombre) | HCN | Oto-Rhino-Laryngologie |
| M. Jean DOUCET | HB | Thérapeutique/Médecine Interne Gériatrie |
| M. Bernard DUBRAY | CB | Radiothérapie |
| M. Philippe DUCROTTE | HCN | Hépto – Gastro - Entérologie |
| M. Frank DUJARDIN | HCN | Chirurgie Orthopédique - Traumatologique |
| M. Fabrice DUPARC | HCN | Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique |
| M. Bertrand DUREUIL | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mme Hélène ELTCHANINOFF | HCN | Cardiologie |
| M. Thierry FREBOURG | UFR | Génétique |
| M. Pierre FREGER | HCN | Anatomie/Neurochirurgie |
| M. Jean François GEHANNO | HCN | Médecine et Santé au Travail |
| M. Emmanuel GERARDIN | HCN | Imagerie Médicale |
| Mme Priscille GERARDIN | HCN | Pédopsychiatrie |
| M. Michel GODIN | HB | Néphrologie |
| M. Guillaume GOURCEROL | HCN | Physiologie |
| M. Philippe GRISE | HCN | Urologie |
| M. Didier HANNEQUIN | HCN | Neurologie |
| M. Fabrice JARDIN | CB | Hématologie |
| M. Luc-Marie JOLY | HCN | Médecine d'urgence |
| M. Pascal JOLY | HCN | Dermato - vénéréologie |
| M. Jean-Marc KUHN | HB | Endocrinologie et maladies métaboliques |
| Mme Annie LAQUERRIERE | HCN | Anatomie cytologie pathologiques |
| M. Vincent LAUDENBACH | HCN | Anesthésie et réanimation chirurgicale |
| M. Joël LECHEVALLIER | HCN | Chirurgie infantile |
| M. Hervé LEFEBVRE | HB | Endocrinologie et maladies métaboliques |
| M. Thierry LEQUERRE | HB | Rhumatologie |
| M. Eric LEREBOURS | HCN | Nutrition |
| Mme Anne-Marie LEROI | HCN | Physiologie |
| M. Hervé LEVESQUE | HB | Médecine interne |
| Mme Agnès LIARD-ZMUDA | HCN | Chirurgie Infantile |
| M. Pierre Yves LITZLER | HCN | Chirurgie Cardiaque |

| | | |
|--|-----|--|
| M. Bertrand MACE | HCN | Histologie, embryologie, cytogénétique |
| M. David MALTETE | HCN | Neurologie |
| M. Christophe MARGUET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Isabelle MARIE | HB | Médecine Interne |
| M. Jean-Paul MARIE | HCN | ORL |
| M. Loïc MARPEAU | HCN | Gynécologie - obstétrique |
| M. Stéphane MARRET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Véronique MERLE | HCN | Epidémiologie |
| M. Pierre MICHEL | HCN | Hépto - Gastro - Entérologie |
| M. Francis MICHOT | HCN | Chirurgie digestive |
| M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>) | HCN | Neurologie |
| M. Jean-François MUIR | HB | Pneumologie |
| M. Marc MURAINÉ | HCN | Ophthalmologie |
| M. Philippe MUSETTE | HCN | Dermatologie - Vénérologie |
| M. Christophe PEILLON | HCN | Chirurgie générale |
| M. Jean-Marc PERON | HCN | Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale |
| M. Christian PFISTER | HCN | Urologie |
| M. Jean-Christophe PLANTIER | HCN | Bactériologie - Virologie |
| M. Didier PLISSONNIER | HCN | Chirurgie vasculaire |
| M. Bernard PROUST | HCN | Médecine légale |
| M. François PROUST | HCN | Neurochirurgie |
| Mme Nathalie RIVES | HCN | Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod |
| M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>) | HCN | Réanimation Médicale Médecine d'urgence |
| M. Horace ROMAN | HCN | Gynécologie Obstétrique |
| M. Jean-Christophe SABOURIN | HCN | Anatomie – Pathologie |
| M. Guillaume SAVOYE | HCN | Hépto – Gastro |
| Mme Céline SAVOYE – COLLET | HCN | Imagerie Médicale |
| Mme Pascale SCHNEIDER | HCN | Pédiatrie |
| M. Michel SCOTTE | HCN | Chirurgie digestive |
| Mme Fabienne TAMION | HCN | Thérapeutique |
| Mme Florence THIBAUT | HCN | Psychiatrie d'adultes |
| M. Luc THIBERVILLE | HCN | Pneumologie |
| M. Christian THUILLEZ | HB | Pharmacologie |
| M. Hervé TILLY | CB | Hématologie et transfusion |
| M. François TRON (<i>Surnombre</i>) | UFR | Immunologie |
| M. Jean-Jacques TUECH | HCN | Chirurgie digestive |
| M. Jean-Pierre VANNIER | HCN | Pédiatrie génétique |

| | | |
|----------------------------|-------|--|
| M. Benoît VEBER | HCN | Anesthésiologie Réanimation chirurgicale |
| M. Pierre VERA | C.B | Biophysique et traitement de l'image |
| M. Eric VERIN | CRMPR | Médecine physique et de réadaptation |
| M. Eric VERSPYCK | HCN | Gynécologie obstétrique |
| M. Olivier VITTECOQ | HB | Rhumatologie |
| M. Jacques WEBER | HCN | Physiologie |

MAITRES DE CONFERENCES

| | | |
|---|-----|--|
| Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG | HCN | Bactériologie – Virologie |
| M. Jeremy BELLIEN | HCN | Pharmacologie |
| Mme Carole BRASSE LAGNEL | HCN | Biochimie |
| M. Gérard BUCHONNET | HCN | Hématologie |
| Mme Mireille CASTANET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Nathalie CHASTAN | HCN | Physiologie |
| Mme Sophie CLAEYSSENS | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. Moïse COEFFIER | HCN | Nutrition |
| M. Stéphane DERREY | HCN | Neurochirurgie |
| M. Eric DURAND | HCN | Cardiologie |
| M. Manuel ETIENNE | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| M. Serge JACQUOT | UFR | Immunologie |
| M. Joël LADNER | HCN | Epidémiologie, économie de la santé |
| M. Jean-Baptiste LATOUCHE | UFR | Biologie Cellulaire |
| M. Thomas MOUREZ | HCN | Bactériologie |
| M. Jean-François MENARD | HCN | Biophysique |
| Mme Muriel QUILLARD | HCN | Biochimie et Biologie moléculaire |
| M. Vincent RICHARD | UFR | Pharmacologie |
| M. Francis ROUSSEL | HCN | Histologie, embryologie, cytogénétique |
| Mme Pascale SAUGIER-VEBER | HCN | Génétique |
| Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN | HCN | Anatomie |
| M. Pierre Hugues VIVIER | HCN | Imagerie Médicale |

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

| | | |
|-------------------------------|-----|---------------|
| Mme Dominique LANIEZ | UFR | Anglais |
| Mme Cristina BADULESCU | UFR | Communication |

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

| | |
|---|------------------------|
| M. Thierry BESSON | Chimie Thérapeutique |
| M. Jean-Jacques BONNET | Pharmacologie |
| M. Roland CAPRON (PU-PH) | Biophysique |
| M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite) | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| M. Loïc FAVENNEC (PU-PH) | Parasitologie |
| M. Jean Pierre GOULLE | Toxicologie |
| M. Michel GUERBET | Toxicologie |
| M. Olivier LAFONT | Chimie organique |
| Mme Isabelle LEROUX | Physiologie |
| M. Paul MULDER | Sciences du médicament |
| Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH) | Microbiologie |
| Mme Elisabeth SEGUIN | Pharmacognosie |
| M. Rémi VARIN (PU-PH) | Pharmacie Hospitalière |
| M Jean-Marie VAUGEIOS | Pharmacologie |
| M. Philippe VERITE | Chimie analytique |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--|--|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et Minérale |
| Mme Dominique BOUCHER | Pharmacologie |
| M. Frédéric BOUNOURE | Pharmacie Galénique |
| M. Abdeslam CHAGRAOUI | Physiologie |
| M. Jean CHASTANG | Biomathématiques |
| Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation pharmaceutique et économie de la santé |
| Mme Elizabeth CHOSSON | Botanique |
| Mme Cécile CORBIERE | Biochimie |
| M. Eric DITTMAR | Biophysique |
| Mme Nathalie DOURMAP | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUC | Pharmacologie |
| M. Abdelhakim ELOMRI | Pharmacognosie |
| M. François ESTOUR | Chimie Organique |

| | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| M. Gilles GARGALA (MCU-PH) | Parasitologie |
| Mme Najla GHARBI | Chimie analytique |
| Mme Marie-Laure GROULT | Botanique |
| M. Hervé HUE | Biophysique et Mathématiques |
| Mme Laetitia LE GOFF | Parasitologie Immunologie |
| Mme Hong LU | Biologie |
| Mme Sabine MENAGER | Chimie organique |
| Mme Christelle MONTEIL | Toxicologie |
| M. Mohamed SKIBA | Pharmacie Galénique |
| Mme Malika SKIBA | Pharmacie Galénique |
| Mme Christine THARASSE | Chimie thérapeutique |
| M. Frédéric ZIEGLER | Biochimie |

PROFESSEUR CONTRACTUEL

| | |
|--------------------------------|---------|
| Mme Elizabeth DE PAOLIS | Anglais |
|--------------------------------|---------|

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

| | |
|--------------------------------|---------------|
| M. Imane EL MEOUCHE | Bactériologie |
| Mme Juliette GAUTIER | Galénique |
| M. Romy RAZAKANDRAINIBE | Parasitologie |

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SERVIN** UFR Médecine Générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

| |
|---|
| LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE |
|---|

| | |
|--|-----------------------------------|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et Minérale |
| M. Thierry BESSON | Chimie thérapeutique |
| M. Roland CAPRON | Biophysique |
| M Jean CHASTANG | Mathématiques |
| Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation, Economie de la Santé |
| Mme Elisabeth CHOSSON | Botanique |
| M. Jean-Jacques BONNET | Pharmacodynamie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| M. Loïc FAVENNEC | Parasitologie |
| M. Michel GUERBET | Toxicologie |
| M. Olivier LAFONT | Chimie organique |
| Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET | Physiologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON | Microbiologie |
| Mme Elisabeth SEGUIN | Pharmacognosie |
| M. Mohamed SKIBA | Pharmacie Galénique |
| M. Philippe VERITE | Chimie analytique |

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**
moléculaire

Biochimie et biologie

(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**
moléculaire

Biochimie et biologie

(UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN**

Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline **GAILDRAT**

Génétique moléculaire humaine

(UMR 1079)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mme Isabelle **TOURNIER**

Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV**

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su **RUAN**

Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

Au président du jury, Monsieur le Professeur Pierre Czernichow,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

Aux membres du jury,

Madame le Professeur Véronique Merle,

Vous m'avez fait l'honneur d'être membre du jury de cette thèse.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil,

Vous m'avez fait l'honneur d'être membre du jury de cette thèse.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

Monsieur le Docteur Vincent Belloncle,

Vous m'avez fait l'honneur d'être membre du jury de cette thèse.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Alain Collet,

Vous m'avez accompagnée et soutenue dans ce travail.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

A Madame le Docteur Catherine Goubault

Votre soutien m'a été très précieux pendant la rédaction du manuscrit.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

MERCI

A tous les chefs d'établissements qui ont accueilli mon projet d'étude.

A tous les infirmiers de ces établissements sans qui cette thèse n'aurait pu voir le jour.

A tous ceux et celles qui m'ont soutenue, de près ou de loin, pendant mes années de formation et pendant ce travail de thèse.

A tous les médecins qui m'ont formée pendant mes études.

Au seul médecin des âmes et des corps.

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Assistant de service Social

BEF : Bassin d'Education et de Formation

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CG : Conseils Généraux

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CNED : Centre National d'Enseignement à Distance

COP : Conseiller d'Orientation Psychologue

CPE : Conseiller Principal d'Orientation

CREA : Communauté d'Agglomération Rouen-Elbeuf-Austreberthe

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSDEN : Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale

EN : Education Nationale

EPS : Education Physique et Sportive

HBSC (enquête) : Health Behaviour in School-aged Children

HPST (loi) : Hôpital Patient Santé Territoire

IC_{95%} : Intervalle de confiance à 95 %

LGT : Lycée d'enseignement Général et Technologique

LP : Lycée d'enseignement Professionnel

MDA : Maison de l'Adolescent

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MEN : Médecin de l'Education Nationale

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

PRS : Projet Régional de Santé

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

SROS : Schéma Régional de l'Organisation des Soins

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

6ème : classe de sixième au collège
5ème : classe de cinquième au collège
4ème : classe de quatrième au collège
3ème : classe de troisième au collège
2nde : classe de seconde au lycée
1ère : classe de première au lycée
(...) : coupure dans les propos cités

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| A] Problématique et objectifs du travail..... | 18 |
| B] Introduction..... | 19 |
| I. Les adolescents et leur santé..... | 19 |
| I.1. L'adolescence..... | 19 |
| I.2. La santé des adolescents..... | 21 |
| II. Souffrance psychique et santé mentale des adolescents..... | 27 |
| II.1. La santé mentale..... | 27 |
| II.2. La souffrance psychique..... | 27 |
| II.3. Les conséquences de la souffrance psychique..... | 28 |
| II.4. La pathologie mentale..... | 30 |
| II.5. Quels recours possibles ?..... | 31 |
| II.6. Et l'école dans tout ça ?..... | 31 |
| III. La santé mentale des adolescents : un enjeu de santé publique..... | 32 |
| III.1. Les besoins de soins en santé mentale..... | 32 |
| III.2. Les lois et les plans..... | 33 |
| III.3. Un enjeu de santé publique en Haute-Normandie..... | 36 |
| III.4. La place de l'école dans la politique de santé mentale..... | 38 |
| IV. Les intervenants autour de la santé mentale des adolescents..... | 38 |
| IV.1. Les missions de santé à destination des élèves..... | 38 |
| IV.2. Les autres intervenants autour de l'adolescent..... | 41 |
| C] Matériel et méthode..... | 48 |
| I. Type d'étude..... | 48 |
| II. Elaboration du questionnaire..... | 48 |
| III. Critères d'inclusion dans l'étude..... | 48 |
| IV. Choix des établissements scolaires..... | 49 |
| V. Déroulement du recueil de données..... | 49 |
| VI. Analyse des données..... | 50 |
| D] Résultats..... | 51 |
| I. Description des établissements..... | 51 |
| II. Description de l'échantillon..... | 52 |
| II.1. Description des élèves..... | 52 |
| II.2. Caractéristiques socio-démographiques..... | 54 |

| | |
|---|-----|
| II.3. Consommations à risque..... | 56 |
| III. Souffrance psychique et recours à l'infirmier de l'Education Nationale..... | 56 |
| III.1. Modes d'entrée..... | 56 |
| III.2. Motifs du passage à l'infirmierie..... | 57 |
| IV. Réponses apportées par l'infirmier de l'Education Nationale..... | 66 |
| IV.1. Description globale des réponses apportées..... | 66 |
| IV.2. Orientation interne à l'établissement scolaire..... | 67 |
| IV.3. Orientation externe à l'établissement scolaire..... | 70 |
| V. Attente des élèves consultant à l'infirmierie de l'établissement..... | 73 |
| V.1. Prise en charge infirmière..... | 74 |
| V.2. Demande d'orientation vers un professionnel ou un établissement de soins..... | 74 |
| V.3. Autres demandes..... | 75 |
| E] Discussion..... | 76 |
| I. Discussion des résultats et confrontation à la littérature..... | 76 |
| I.1. Caractéristiques des jeunes et composition de l'échantillon..... | 76 |
| I.2. Recours à l'infirmier de l'Education Nationale..... | 80 |
| I.3. Plaintes des élèves et motifs de passage à l'infirmierie..... | 81 |
| I.4 Les réponses apportées par les infirmiers de l'Education Nationale..... | 85 |
| I.5 Les attentes des jeunes..... | 92 |
| II. Forces et limites de l'étude..... | 92 |
| II.1. Forces..... | 92 |
| II.2. Limites..... | 93 |
| III. Ouvertures et perspectives..... | 95 |
| III.1. Pour la prise en charge en interne à l'établissement scolaire..... | 95 |
| III.2. Pour une collaboration optimale entre professionnels de l'Education Nationale et professionnels extérieurs à l'Education Nationale..... | 99 |
| F] Conclusion..... | 102 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 103 |
| ANNEXES | |
| Annexe 1 : Questionnaire..... | 108 |
| Annexe 2 : Résultats des régressions logistiques univariées et multivariées..... | 110 |

A] Problématique et objectifs du travail

Entre l'enfance et l'âge adulte se situe la période délicate de l'adolescence au cours de laquelle les jeunes peuvent être confrontés à des situations de mal-être. Cette souffrance psychique se manifeste dans les différents lieux de vie du jeune, et notamment à l'école, où le jeune passe une grande partie de son temps.

Il existe de nombreux travaux sur la souffrance psychique des jeunes et sa prise en charge. Plusieurs plans de santé publique la mettent au coeur de leurs priorités. Des mesures ont été mises en place pour améliorer la prise en compte et la prise en charge de cette souffrance. Cela conduit à s'interroger sur la place des professionnels de santé des établissements scolaires dans ce domaine.

Dans une première partie, ce travail a pour objectif de dresser un portrait de l'adolescent et de sa santé, de défricher la problématique complexe de la souffrance psychique qui peut survenir au cours de l'adolescence, de situer sa place dans les politiques de santé publique et de décrire sa prise en charge.

La deuxième partie est constituée de l'étude originale qui a été menée dans plusieurs établissements scolaires de l'académie de Seine-Maritime. Les objectifs de cette étude étaient de décrire et d'analyser la souffrance psychique des adolescents, collégiens et lycéens, ainsi que la prise en charge initiale de cette souffrance psychique, effectuée par les infirmiers de l'éducation nationale (EN), premiers interlocuteurs soignants des jeunes en milieu scolaire.

Une troisième partie discute les résultats obtenus afin d'en faire émerger des perspectives.

B] Introduction

I. Les adolescents et leur santé

I.1. L'adolescence

I.1.1 Définition

Le petit Larousse illustré définit l'adolescence comme la “période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite.” L'adolescent est donc la personne qui est dans l'adolescence. Le mot adolescent vient du latin *adolescens* qui signifie “celui qui croît, qui grandit”. Une définition administrative de l'adolescence est nécessaire et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en établit les limites entre 10 et 19 ans. Cependant, beaucoup d'études et d'enquêtes s'intéressent aux jeunes entre 12 et 25 ans, voire entre 15 et 30 ans.

L'adolescence est une période de transition délicate, une période de maturation et de sortie de l'enfance. Elle est le lieu d'un processus de réorganisation structurante permettant la recherche active de la réalisation de ses désirs et l'acquisition de l'autonomie. Parmi les grandes caractéristiques de l'adolescence, on retrouve les changements corporels, le développement des émotions et la sexualisation de l'identité (1,2,3,4). Au cours de l'adolescence, la puberté, phénomène somatique physiologique, entraîne un remaniement complet de la relation au corps par les différentes modifications physiques qui surviennent (maturation des gonades et de l'appareil génital, développement des caractères sexuels secondaires et de l'aptitude à la procréation). Ces modifications physiques ont un potentiel “quasi traumatique” puisque leur déclenchement ne se commande pas. Le *moi* se sent alors débordé (1). Des modifications cognitives surviennent également avec l'apparition de l'intelligence opératoire formelle.

L'adolescence est la période où le jeune va révéler et développer son identité. Il doit répondre à la question “qui suis-je ?” (5). Les contours de l'identité personnelle ne se définissent pas en un jour. C'est un long chemin à parcourir au cours duquel l'adolescent devra supporter l'incertitude, les hésitations, les détours. Pour contourner cette période délicate d'attente et de maturation, certains adolescents vont développer des personnalités provisoires, parfois définitives. Ils vont chercher à se différencier de la génération précédente et à s'identifier à un groupe, parfois en entrant dans des consommations à risque de dépendance (tabac, alcool, cannabis) ou en décrochant du circuit scolaire (5).

Ce changement d'état peut se vivre comme une période nécessaire de crise, qu'il ne faut pas banaliser sans pour autant dramatiser. Il peut être la source de mal-être et le lieu d'apparition des premiers signes d'une pathologie psychiatrique. Le mal-être peut se manifester par différents comportements allant d'un "simple" trouble du comportement ou d'un absentéisme scolaire à une tentative de suicide. Il n'est pas toujours évident de distinguer le travail psychique normal de l'adolescent des manifestations pathologiques.

1.1.2 L'adolescence selon les cultures (6)

L'adolescence n'est pas un phénomène universel et homogène. L'adolescent occupe différentes places dans la société, selon les époques, les milieux socio-économiques, les cultures ou les religions. Le concept d'adolescence prend naissance à la seconde moitié du XXème siècle. Il constitue un luxe des sociétés modernes que les sociétés coutumières ne peuvent pas se permettre. En effet, dans les sociétés coutumières, le fonctionnement est bipartite : jeunes et vieux. Les enfants passent du monde des enfants au monde des adultes en effectuant un rite de passage.

Ce concept de rite de passage a été défini au début du XXème siècle. Il représente la manière dont les êtres humains assument collectivement les épreuves de la vie. Il existe des rites de passage plus fondamentaux, correspondant aux grandes crises de la vie : le rite d'enfantement, le rite de puberté sociale (qui disparaît avec l'apparition de l'adolescence), le rite d'alliance, le rite de funérailles. Dans les sociétés modernes, ces rites n'ont plus la fonction de cohésion sociale qu'ils avaient auparavant et qu'ils conservent dans les sociétés coutumières. En effet, dans les sociétés modernes, le collectif s'efface derrière l'individu. Cependant il est toujours important de marquer le passage d'un statut social à un autre. Ainsi, dans nos sociétés modernes, les conduites à risques des adolescents assument cette fonction de rite de passage.

Par essence, ces conduites à risque ne sont pas pathologiques mais, poussées à l'extrême, elles peuvent le devenir et mettre en jeu la vie du jeune. Dans ces comportements, trois éléments sont importants : le rapport au corps, le rapport au signifiant "mort" et le rite intime de passage. Dans nos sociétés modernes, le rite de passage dans son rapport au corps doit être visible. Il se manifeste par le tatouage, le piercing ou la scarification. Par ces conduites à risques, ces conduites ordaliques, l'adolescent tente de se poser en maître de son destin. En ce sens, il n'a pas réellement envie de mourir mais il entre dans un jeu de mort, un flirt avec la mort pour une plus-value de vie. On constate en effet que le suicide des jeunes est en baisse constante depuis 10 ans, tandis que les tentatives de suicide restent élevées.

1.1.3 L'adolescence et l'environnement

De nombreux facteurs extérieurs ont un impact sur l'adolescence comme par exemple la structure et les relations familiales, les parents, le milieu social, économique, culturel ou éducatif (7). Ainsi, l'adolescence, par ces grands bouleversements, est le reflet de ce qui a pu être intériorisé au cours de l'enfance. Plus l'adolescence est abordée avec un passé troublé, fait de multiples traumatismes, dans une dépendance exagérée à l'environnement, plus elle sera déstabilisante et difficilement vécue car source d'insécurité pour l'adolescent (1,2).

La nécessaire prise de distance vis-à-vis des parents et des adultes est une grande caractéristique de l'adolescence. Cette prise de distance ne retire pas le besoin d'être reconnu, d'être renforcé dans sa propre estime de soi, d'être rassuré sur sa propre valeur. L'estime de soi est en effet essentielle au développement de la personnalité. L'image que chacun a de lui-même est étroitement liée au regard que les autres portent sur lui (3,8). L'estime de soi est un équilibre complexe entre amour/reconnaissance des autres et construction/affirmation de sa personnalité. Elle se construit peu à peu, au fur et à mesure des rencontres et des événements de vie. Elle permet de devenir soi-même et de le rester. L'estime de soi n'est pas quelque chose de statique. Elle se construit, se forge et évolue, surtout au moment de l'adolescence. Elle est alimentée par la confrontation à la réalité, à la vie, aux autres et à la possibilité de l'échec. Plus l'individu se sent fragile, plus il a une mauvaise estime de lui. Le regard de l'entourage est central. C'est par son intermédiaire que l'adolescent se construit l'image positive de lui dont il a besoin. A travers le groupe, l'individu cherche qui il est et ce qu'il vaut. Il cherche une forme de reconnaissance. Il cherche à être aimé. Tout cela lui donne sa dignité. Le groupe exerce ainsi une forme de pression. Il constitue un miroir qui peut cependant être trompeur.

Ainsi, s'enrichir des atouts des adultes sans être complètement dépendants d'eux constitue une des ambivalences des adolescents. L'étape d'autonomisation par laquelle le jeune doit passer suppose une solidité et une bonne qualité des acquis antérieurs intériorisés dans l'enfance.

I.2. La santé des adolescents :

1.2.1 Définition de la santé

D'après la définition de l'OMS, “la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité” (9). L'individu ou le groupe, pour parvenir à cet état de complet bien-être physique, mental et social,

“doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec le milieu ou s'y adapter. (...) La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. C'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques.” (10)

De nombreux facteurs influencent l'état de santé de chaque individu. Ces facteurs ne sont pas indépendants les uns des autres et interagissent entre eux. Ils sont individuels (sexe, âge, patrimoine biologique et génétique, habitudes personnelles de vie), socio-environnementaux (éducation, culture, emploi et conditions de travail, environnement social et physique, services de soins) ou encore économiques (niveau de revenu, statut social) (11).

1.2.2 Etat de santé perçu des jeunes

L'état de santé des jeunes n'échappe pas à ces influences. Les analyses du Baromètre santé 2010 concernant la santé des français de 15 à 30 ans ainsi que les données de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) concernant la santé des collégiens en France en 2010 nous donnent de précieux renseignements sur l'état de santé des jeunes.

Les jeunes de 15 à 30 ans expriment globalement moins de craintes en matière de santé que la population générale (12), notamment en ce qui concerne certaines maladies chroniques, les accidents domestiques ou de la circulation ou la consommation d'aliments pollués ou transformés. Ils expriment autant de craintes que les 31-75 ans pour les maladies liées à l'alcool et à la profession mais ils sont plus craintifs au regard des maladies liées au tabac.

Les jeunes ont une bonne perception de leur état de santé. 59,5 % des jeunes de 15 à 19 ans perçoivent leur santé comme excellente ou très bonne (13). De même, 51,3 % des collégiens perçoivent leur santé comme bonne et 36,6 % comme excellente (14). Pour les collégiens comme pour les 15-30 ans, cette perception est meilleure chez les garçons que chez les filles, notamment pour la santé mentale et la santé physique. Cette perception de l'état de santé se dégrade avec l'âge, quel que soit le sexe.

Parmi les 15-30 ans, le score de santé mentale est le plus dégradé pour les 15-19 ans. Chez les collégiens également les plaintes psychiques sont fréquentes. 31,5 % expriment des difficultés d'endormissement, 22,5 % une irritabilité, 21,4 % de la nervosité et 15,3 % le sentiment d'être déprimé. Des plaintes somatiques (dorsalgies, céphalées, douleurs abdominales) sont retrouvées chez 15 à 18 % des collégiens, intervenant dans un syndrome de plainte (au moins deux plaintes conjointes plus d'une fois par semaine) chez 29,3 % des garçons et 50 % des filles. Chez les 15-30 ans, les problèmes de poids (notamment la maigreur), le tabagisme et la consommation

d'alcool à risque chronique entraînent des représentations plus négatives sur la santé.

Face à ces perceptions de leur état de santé, 75,8 % des 15-30 ans ont eu recours au médecin généraliste au cours de l'année 2010 (13). 82,7 % des 15-19 ans avaient déjà effectué une visite de routine chez leur médecin généraliste, dont 60 % il y a moins d'un an. L'utilisation d'internet pour la santé est importante chez les 15-19 ans (39 %). Elle a remplacé la consultation chez un médecin pour 25 % d'entre eux. Elle était sans lien avec une consultation pour 22,6 % d'entre eux. Elle a entraîné une modification du comportement pour 35,4 % (15). Parmi ceux qui n'ont pas utilisé internet pour la santé au cours des 12 derniers mois, 73,6 % estiment qu'il est préférable d'aller voir un médecin.

1.2.3 Facteurs influençant l'état de santé des jeunes

a) Environnement familial, amical et scolaire

En 2010, 72,1 % des collégiens en France vivaient au sein d'un foyer "traditionnel", avec leurs deux parents. 13,8 % vivaient dans une famille monoparentale et 12,5 % dans une famille recomposée. Les deux parents travaillaient dans 84,3 % des cas.

Les relations dans la famille sont marquées par un lien plus fort entre les garçons et leur père ainsi qu'entre les filles et leur mère. 76,5 % des collégiens qualifient le dialogue avec leurs parents comme facile ou très facile (16). Un lien a été retrouvé entre d'une part une communication facile et d'autre part un contrôle parental élevé et une bonne qualité du lien parent-enfant.

Au cours de l'adolescence, les relations avec les pairs sont importantes. C'est à travers elles que le jeune acquiert son autonomie relationnelle par rapport à son environnement parental (17). Les adolescents passent en moyenne deux fois plus de temps avec leurs amis qu'avec leurs parents, et ce d'autant plus avec le développement des nouvelles technologies de communication. Les données françaises de l'enquête HBSC en 2010 concernant les relations avec les pairs (18) montrent que 0,7 % des élèves se disent isolés alors que 93,3 % ont au moins trois véritables amis. Il s'agit le plus souvent d'amis du même sexe. L'utilisation quotidienne des nouvelles technologies de communication augmente avec l'âge et est plus élevée chez les filles.

Les adolescents passant plus de temps à l'école que dans les autres contextes de vie, le vécu scolaire impacte fortement la vie des jeunes. D'après les indicateurs de l'OCDE (19), 84,2 % des français de 15 à 19 ans étaient scolarisés en 2010 (86,7 % en Europe et 82,9 % dans l'OCDE).

Le volume horaire annuel moyen est bien supérieur en France (1065 heures entre 12 et 14 ans et 1147 heures à 15 ans) qu'en Europe (respectivement 907 et 941 heures) et dans l'OCDE (respectivement 922 et 948 heures). Cependant, le rapport de l'UNICEF en 2010 (20) révèle que si la France est en milieu de classement lorsque sont considérés ensemble les bien-être matériel, éducationnel et sanitaire, elle est en avant-dernière position (23^{ème}/24) en matière d'égalité éducationnelle.

Les données françaises de l'enquête HBSC 2010 (21) illustrent les conséquences des choix en matière d'organisation du système scolaire français. 12,5 % des collégiens déclaraient ne pas du tout aimer l'école et 19,4 % déclaraient percevoir les exigences scolaires comme élevées. 68,5 % des collégiens déclaraient aimer l'école et plus de trois collégiens sur quatre ne pas être stressés par leur travail scolaire. Cependant il est observé une diminution avec l'âge de la proportion d'élèves déclarant aimer l'école.

Le milieu scolaire peut être le lieu de harcèlement, de violence et de bagarres. 35,6 % des collégiens déclarent avoir déjà subi des harcèlements ou des brimades (22). 20,8 % des collégiens déclarent avoir déjà été victimes d'autres formes de violences telles que coups, vols ou rackets. 44,3 % déclarent s'être bagarrés au cours de l'année. 72,5 % n'expriment aucune inquiétude particulière concernant la violence à l'école ou aux alentours.

b) Mode de vie et prises de risques

A l'adolescence les besoins nutritionnels sont accrus. Les habitudes alimentaires influencent le développement psychique et physique des jeunes. De mauvaises habitudes alimentaires favorisent le développement de l'obésité, qui perdure alors fréquemment à l'âge adulte. Les analyses du baromètre santé 2010 (23) et les données de l'enquête HBSC (24) montrent que 88,5 % des jeunes de 12 à 15 ans prennent trois repas par jour. Le repas le plus fréquemment sauté est le petit-déjeuner : seuls 58,3 % des jeunes déclaraient en prendre un tous les jours. Plus de 80 % des 12-18 ans déjeunent au domicile ou en restauration scolaire ou universitaire et moins de 6 % dans un fast-food ou dans la rue. La consommation recommandée à hauteur de 5 fruits et légumes par jour est atteinte par moins de 10 % des élèves. Il est relevé une consommation importante de sucreries (24,8 %) et de boissons sucrées (27,3 %). 2,9 % des collégiens consomment des boissons énergisantes.

Ces conduites alimentaires peuvent être perturbées, allant d'une préoccupation excessive de son poids à des pathologies psychiatriques majeures. Dans tous les cas, une insatisfaction face à sa propre image corporelle peut entraîner une détresse psychologique. Lorsque le rapport à la

nourriture est devenu pathologique, des complications somatiques peuvent survenir, allant parfois jusqu'à la tentative de suicide ou au décès par suicide.

En 2006, respectivement 3,5 % et 14,3 % des jeunes de 3 à 17 ans étaient obèses ou en surpoids. Parmi les 15-17 ans, le taux de jeunes en surpoids allait de 11,8 % à 12,9 % et celui de jeunes obèses allait de 3,8 % à 4,7 % (25). En 2010, 10,6 % des collégiens étaient en surpoids ou obèses (26). L'obésité concernait 1,4 % des collégiens. 74,3 % des collégiens en surpoids et 87,7 % des collégiens obèses avaient un bon jugement sur leur poids (un peu ou trop élevé) et cherchaient à contrôler ce poids (respectivement 74,9 % et 90,7 %).

Un des besoins physiologiques du corps humain est le sommeil. Celui-ci joue un rôle fondamental sur la santé physique, le bien-être, ainsi que sur l'équilibre psychologique et émotionnel des individus. De la 6ème à la 3ème, le temps de sommeil des collégiens est en baisse continue, avec une perte de 20 minutes de sommeil chaque année (27). En classe de 3ème, la dette moyenne de sommeil pour les filles est d'1 heure et 53 minutes et d'1 heure et 30 minutes pour les garçons. Un jeune en classe de 3ème sur cinq dort 7 heures ou moins par nuit et trois jeunes sur dix ont des difficultés d'endormissement. Un des facteurs de risque de dette de sommeil chez les collégiens est le temps passé devant un écran (télévision, ordinateur, téléphone portable). Avec en moyenne 7 heures et 37 minutes de sommeil par nuit au lieu des 8 heures et 24 minutes nécessaires en moyenne, 30,3 % des 15-19 ans sont en dette de sommeil (28). En 2010, 39,7 % déclaraient avoir eu peu ou beaucoup de troubles du sommeil dans les 8 jours précédents. 17,1 % étaient insatisfaits de leur sommeil, 11,8 % déclaraient une insomnie chronique et 7,8 % une somnolence diurne. Enfin, 7,1 % des 15-19 ans prennent des médicaments pour s'endormir, plus souvent les femmes (9,6 %) que les hommes (4,7 %).

Une autre dimension importante de l'adolescence est l'essor des relations amicales et le développement des relations affectives, amoureuses et sexuelles. La sexualité génitale concerne un faible nombre de jeunes de moins de 15 ans mais les premiers rapports sexuels sont de plus en plus précoces, entraînant des risques d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées. Plus de 75 % des jeunes de 3ème ou 4ème déclaraient en 2010 avoir déjà eu une relation amoureuse et 18 % avoir déjà eu un rapport sexuel (29). 38 % de ceux qui ont déjà eu un rapport sexuel déclaraient l'avoir eu à 13 ans ou moins. Ce premier rapport n'était pas désiré ou était jugé trop précoce par 17 % des jeunes collégiens. Aucun moyen de contraception n'a été utilisé dans 11 % des rapports sexuels. Au contraire, parmi les jeunes de 15 à 19 ans, 95 % déclaraient avoir eu recours à un moyen de contraception, la contraception orale arrivant en tête (30). Cependant, 20,5 %

des 15-19 ans déclaraient avoir eu recours au moins une fois à la contraception d'urgence au cours de l'année 2010. C'est ainsi qu'en 2011, les interruptions volontaires de grossesses concernaient dix jeunes filles de 15 à 17 ans pour mille en France (10,4/1 000 en Haute-Normandie (31)). Ces actes ne sont pas sans effets sur la santé psychique des jeunes.

Le collège est l'âge des premières expérimentations. C'est une période où des habitudes de consommation peuvent s'installer durablement et se poursuivre au lycée puis dans la vie professionnelle. Les consommations de tabac, d'alcool et d'autres drogues illicites ne sont pas sans conséquences sur la santé physique et mentale, sur le vécu scolaire et les apprentissages ou encore sur les relations interpersonnelles. La loi HPST de 2009 a renforcé les interdictions de vente de tabac et d'alcool ainsi que les actions de prévention concernant les drogues illicites. Cependant de nombreux jeunes sont encore en situation de dépendance vis-à-vis de ces substances. Ces consommations peuvent être le reflet de situations de mal-être et de souffrance.

En France, en 2010, 44 % des fumeurs actuels (51 % en Haute-Normandie) ont entre 15 et 30 ans (32). La prévalence du tabagisme régulier est de 23,6 % chez les 15-19 ans et augmente avec l'âge. Seulement quatre jeunes de 15 à 19 ans sur dix n'ont jamais fumé. En 2011, près de sept jeunes de 17 ans sur dix ont déjà expérimenté le tabac (33). Chez les collégiens, l'expérimentation du tabac concerne un peu moins d'un élève sur trois, avec une augmentation de la 6ème (12,7 %) à la 3ème (51,8 %) (34). Même si elle est le plus souvent occasionnelle, la consommation de chicha est également fréquente chez les jeunes de 15 à 19 ans (13,4 %) (32).

La consommation d'alcool en France est fortement intégrée aux relations sociales et est assez peu stigmatisée. Elle est même valorisée comme un plaisir adulte. Sept collégiens sur dix l'ont déjà expérimentée, ce qui place ce produit en tête des produits consommés au collège (34). Si l'expérimentation de ce produit augmente avec l'âge, de moins de 60 % en classe de 6ème à 80 % en classe de 3ème, le taux d'ivresse, lui, est multiplié par cinq de la 6ème à la 3ème. Chez les plus âgés, la consommation quotidienne est rare mais le taux de jeunes rapportant au moins une ivresse alcoolique dans l'année augmente depuis 2005. En 2011, 50 % des jeunes de 17 ans rapportaient au moins une ivresse alcoolique dans l'année (33), tandis qu'en 2010, un tiers des 15-19 ans rapportait une ivresse au cours des 12 derniers mois (35). Un jeune de 15 à 30 ans sur dix a une consommation d'alcool à risque chronique ou à risque de dépendance.

L'adolescence est aussi la période d'expérimentation d'autres drogues. La France est classée au premier rang des pays européens en termes de fréquence d'usage du cannabis. Celui-ci est ainsi la première drogue illicite consommée par les adolescents. Parmi les 15-19 ans, en 2010, 17 % des hommes et 13,2 % des femmes ont un usage actuel de cannabis (au moins une fois au cours des

douze derniers mois). 10,2 % des hommes et 7 % des femmes ont déjà expérimenté le cannabis (au moins une fois au cours de la vie). 5,1 % des hommes et 2,2 % des femmes ont un usage régulier de cannabis (au moins dix fois au cours des trente derniers jours) (36). L'usage régulier de cannabis concernait 6,5 % des jeunes de 17 ans en 2011. 22,4 % des jeunes de 17 ans déclaraient au moins un usage par mois et 34,6 % au moins un usage par an (33). D'autres drogues illicites sont également consommées au collège par 8,7 % des élèves en classe de 4^{ème} et de 3^{ème}, indépendamment du sexe. Les filles consomment plutôt des produits à inhaler et des médicaments (34). Chez les 15-19 ans, le poppers est la drogue la plus répandue en 2010 (5,6 % d'expérimentateurs et 2,7 % d'utilisateurs actuels), suivi de la cocaïne (1,4 % d'expérimentateurs et 1,1 % d'utilisateurs actuels).

Une utilisation de plus en plus fréquente des écrans est décrite chez les adolescents et peut devenir une addiction. 91,5 % des collégiens déclarent passer plus de deux heures par jour devant un écran (37). 61,3 % des jeunes passent plus de deux heures par jour devant la télévision, les garçons comme les filles. 45,3 % (principalement des filles) passent plus de deux heures par jour devant un ordinateur. Ce taux augmente de façon quasi linéaire au cours de la scolarité. 40,1 % (principalement des garçons) passent plus de deux heures par jour devant les jeux vidéo.

II. Souffrance psychique et santé mentale des adolescents

II.1. La santé mentale (38)

La santé mentale est la résultante de l'interaction entre de nombreux facteurs individuels et complexes. Ces facteurs individuels sont à la fois contextuels (relation entre la personne et son environnement), psychologiques (aspects cognitifs, affectifs et relationnels) et biologiques (caractéristiques génétiques et physiologiques). Ils évoluent de manière dynamique. A ces facteurs individuels, s'ajoutent d'autres conditions qui influencent la santé mentale, à savoir des conditions économiques, sociales, culturelles et environnementales.

II.2. La souffrance psychique

La souffrance ne s'oppose pas à la santé. Elle est l'expression douloureuse, physique ou psychique, de la vie. La souffrance psychique concerne 20 à 26 % des jeunes collégiens et lycéens et se manifeste de manière variable chez les adolescents. En Haute-Normandie, la détresse

psychologique (sensation de tristesse, d'énervement ou d'abattement) concerne 14,6 % des 15-25 ans. 26,2 % des femmes et 3,4 % des hommes de 15 à 25 ans déclarent avoir été en situation de détresse psychologique au cours des 4 dernières semaines (39). La souffrance psychique se révèle par des symptômes apparemment bénins ou par des plaintes floues et répétées. Ces signes peuvent être liés à la vie psychique du jeune (estime de soi, variation de l'humeur, phobies, angoisses, etc), à la vie relationnelle (isolement du groupe des pairs, amitié exclusive, opposition ou recherche d'anonymat vis-à-vis des adultes, etc), à des difficultés actuelles dans la vie familiale, à la vie scolaire (investissement scolaire, résultats, comportement, etc), à la vie comportementale (troubles du comportement alimentaire, consommation de produits illicites, conduites à risque, fugue, actes de délinquance, etc). Ces signes peuvent également être des signes du corps (fatigue, douleurs, variations pondérales, signes cutanés, accidents répétés, exhibition, etc). L'expression d'idées suicidaires, le passage à l'acte suicidaire ou des changements de comportements brutaux et massifs sont des signes d'alerte majeurs nécessitant une prise en charge psychiatrique urgente (5). Quels qu'en soient les signes, la souffrance psychique entraîne des difficultés d'apprentissage, des difficultés dans le milieu scolaire ou dans les relations aux autres et à soi-même (4,40,41). Elle est un enjeu majeur de santé publique par ses répercussions sur les apprentissages scolaires et la formation professionnelle, sur la vie affective et in fine sur l'insertion de l'adulte dans la vie sociale et professionnelle. Cependant, la souffrance est souvent silencieuse. Ces signes ne peuvent pas être à eux seuls des critères diagnostics ou pronostics fiables de la souffrance des jeunes (41).

Les causes de cette souffrance sont multiples : familiales (divorce, maltraitance, conflits avec les parents, autres évènements douloureux), scolaires (conflits avec les enseignants ou avec les pairs, échec scolaire, mauvaise orientation), peur de l'avenir, problèmes sentimentaux, problèmes liés à l'image de soi, etc (42,43). Parfois aucune cause n'est identifiable.

Le diagnostic de la souffrance psychique est donc difficile à établir. Il nécessite une évaluation psychodynamique attentive, prolongée et plurifactorielle qu'aucun questionnaire ne peut remplacer (44). Une collaboration efficace de tous les adultes gravitant autour de l'enfant (parents, enseignants, éducateurs, médecins) est également nécessaire pour un dépistage précoce et une prise en charge globale (4,45). Les signes d'alerte sont à repérer par chacun.

II.3. Les conséquences de la souffrance psychique

Les symptômes présentés par les adolescents peuvent être les témoins de la crise d'adolescence. Ainsi un état de morosité, de désillusion, de dévalorisation ou encore un comportement perturbateur ou violent peuvent être passagers. Il convient tout de même de les

analyser précisément afin de ne pas méconnaître un trouble plus grave (41). De même, à l'adolescence, peuvent s'installer des conduites alimentaires particulières qui témoignent du travail psychique de l'adolescent mais qui peuvent aussi marquer l'entrée dans un trouble plus prolongé comme l'anorexie mentale ou la boulimie. Ces troubles alimentaires sont renforcés par la modification ou les distorsions des représentations corporelles qui surviennent à l'adolescence (5,41).

Un symptôme fréquent chez les jeunes, notamment les jeunes filles, sont les scarifications (5). Ce sont des coupures cutanées simples, sans atteinte du réseau veineux et qui peuvent être spectaculaires. Elles ont pour fonction de soulager une souffrance psychique vécue comme intolérable. Elles ouvrent un espace de communication, permettant une continuité de vie sociale (au contraire de la tentative de suicide). Elles permettent également de retrouver la sensation d'exister à travers la sensation corporelle que cet acte procure.

Les autres conséquences de la souffrance psychique sont nombreuses : troubles relationnels, troubles du comportement, échec scolaire, prise de toxiques, etc. Une récurrence de ces troubles survient dans 30 à 50 % des cas.

Le risque de passage à l'acte suicidaire est élevé chez les jeunes en souffrance psychique. En France, chez les 15-24 ans, le suicide constitue la deuxième cause de décès (3,46). Malgré une diminution des décès par suicide depuis 1985, l'incidence des tentatives de suicide augmente constamment en France. Chez les 15-19 ans, les tentatives de suicide concernent 4 % d'entre eux et touchent beaucoup plus souvent les filles (46,47,48). Les jeunes concernés ont des origines sociales très diverses. Ils ont une vie sociale et des occupations semblables aux jeunes de leur âge, des loisirs et un réseau amical dans 97 % des cas (46). Le mode opératoire le plus fréquemment utilisé par les suicidants est l'absorption médicamenteuse (85 % des cas), avec une prédominance féminine. Le recours à la phlébotomie est observé dans 8 % des hospitalisations pour tentative de suicide chez les adolescentes de 10 à 19 ans. 5,3 % des garçons suicidants de 10 à 14 ans ont recours à la pendaison (49).

Les pensées suicidaires affectent 4,4 % des femmes et 2,2 % des hommes de 15 à 19 ans. Elles trouvent leur origine dans la vie personnelle du sujet (91 %) et dans la scolarité (38 %). Les facteurs de risque les plus importants de survenue de pensées suicidaires sont des antécédents de violences, sexuelles ou non, la solitude et la consommation de tabac (47,48).

La crise suicidaire peut être difficile à déceler, d'autant plus qu'elle ne se manifeste pas toujours par un passage à l'acte (5). Il convient donc de la repérer précocement à travers les signes qu'offre l'adolescent (signes de vulnérabilité psychique, modification des comportements et des

relations, apparitions de conduites à risque) et d'en évaluer la dangerosité et le degré d'urgence.

II.4. La pathologie mentale

Si la souffrance psychique n'est pas synonyme de pathologie psychiatrique, elle s'inscrit cependant dans le domaine de la pathologie mentale.

La pathologie mentale se définit comme “l'ensemble des troubles qui altèrent la vie émotionnelle, les cognitions et les croyances du sujet, et qui ont des répercussions négatives sur sa vie relationnelle, sur ses relations à la réalité externe, à son image de lui-même et aux autres ainsi que sur ses apprentissages et sur le développement de sa personnalité.” (1) Certaines pathologies apparaissent dans l'enfance (troubles graves du développement, troubles spécifiques des apprentissages, troubles du comportement) et peuvent favoriser l'échec scolaire, entraînant des répercussions sur l'estime de soi à l'adolescence. Des pathologies plus spécifiques apparaissent à l'adolescence (1). Il s'agit des troubles de l'humeur, de la schizophrénie, des troubles du comportement tels que les conduites d'affrontement et d'opposition voire d'agressivité et de rupture avec l'entourage. L'adolescence n'est pas un facteur de risque d'apparition de pathologies mentales mais elle constitue une période propice à l'émergence et à l'organisation des troubles mentaux, notamment les troubles du comportement. Environ 20 % des adolescents sont concernés par les troubles du comportement. Ces troubles du comportement sont variés : conduites de fugues, de vols ou de mensonges, conduites auto-agressives telles que les scarifications et les tentatives de suicide, conduites hétéro-agressives d'opposition, d'insolence, de délinquance ou de psychopathie ou encore conduites addictives (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, troubles des conduites alimentaires) (1,46). Des troubles du comportement peuvent également se manifester sur le mode de l'inhibition et du retrait, avec une restriction d'activité parfois focalisée sur un secteur particulier (rupture des contacts, refus scolaire, désinvestissement, échec partiel). Ces troubles peuvent avoir une valeur adaptative mais ils détiennent toujours un potentiel pathogène si des mécanismes d'auto-entretien et d'auto-renforcement se mettent en place.

Les femmes ont un risque 1,3 fois plus élevé que les hommes d'être atteintes de troubles de la santé mentale, en dehors des problèmes de consommation d'alcool, de drogues et des syndromes d'allure psychotique. Ce risque est également plus élevé dans les milieux sociaux à faibles revenus et à faible niveau d'éducation (50). 4 à 10 % des adolescents fuguent, principalement les filles. Les troubles psychotiques de type bouffée délirante aiguë concernent 5 à 20 % des adolescents consultant ou étant hospitalisés en psychiatrie. Les troubles anxieux ou psychologiques

post-traumatiques sont également marqués à l'adolescence (3). Les troubles du comportement alimentaire de type anorexie mentale et boulimie concernent respectivement 1 % et 4 % de la population adolescente féminine. Chaque année en France, on observe 2 500 à 6 000 nouveaux cas d'anorexie mentale, dont 90 % de filles (3). Enfin, 5 à 7 % des adolescents souffrent de dépression (3,13).

II.5. Quels recours possibles ?

Face à ces différents troubles, plusieurs solutions s'offrent aux adolescents. En 2010, 7 % des 15-30 ont bénéficié d'une consultation "psy" au cours des douze derniers mois (psychologue, psychiatre, psychanalyste, psychothérapeute). Parmi les 15-30 ans ayant déclaré avoir vécu des épisodes fréquents et prolongés de tristesse, de déprime ou d'anhédonie, 45,5 % ont consulté un professionnel (médecin généraliste le plus fréquemment, psychologue et psychiatre également) et 18,9 % ont eu recours à une structure de soins (13). Les structures sollicitées sont avant tout les centres médico-psychologiques (CMP) et les centres de jour (34,4 %), viennent ensuite les urgences hospitalières et les centres de crise (18,4 %), et enfin l'hospitalisation (10,2 %). Le recours aux médicaments psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques) au cours d'une année concerne 6,2 % des 15-19 ans (13).

Après une tentative de suicide, 45 à 50 % des 15-30 ans et 29 % des 15-19 ans ont été admis à l'hôpital. Ces hospitalisations concernent 43 adolescentes pour 10 000 et 12,5 adolescents pour 10 000. 16 % des suicidants ont déjà effectué plusieurs séjours hospitaliers pour tentative de suicide au cours des quatre dernières années. 38 % des suicidants n'ont eu recours à aucune structure ou professionnel de santé (13,47,49). 71 % des suicidants retournent à domicile après un séjour à l'hôpital et moins de 1 % décèdent à l'hôpital (49).

II.6. Et l'école dans tout ça ?

L'école est le lieu qui peut cristalliser toute cette souffrance psychique. En effet, elle est un lieu où différentes sources de pression peuvent s'exercer sur l'élève, que ce soit de la part des parents ou des enseignants mais également par la nécessité de respecter des règles définies (51). La scolarité repose sur deux principes fondamentaux : l'acquisition de savoirs et les apprentissages ainsi que la séparation du milieu familial pour s'intégrer dans un groupe de pairs (5). En cette période de remaniements psychiques, l'adolescent est particulièrement vulnérable dans ces deux domaines. L'école peut révéler la souffrance psychique par différents comportements, transitoires ou

plus prolongés tels que absentéisme, baisse des résultats scolaires ou au contraire surinvestissement, dispenses de sport abusives, passages répétés à l'infirmier, ou encore par une phobie scolaire allant jusqu'au décrochage et à la rupture scolaire totale (5). La souffrance psychique peut ainsi entraîner un désinvestissement de la formation professionnelle avec des conséquences graves sur l'insertion dans la vie sociale et professionnelle.

L'absentéisme peut être un signe révélateur de mal-être, que celui-ci soit lié à des difficultés vécues dans la famille, à l'école, avec les amis ou à des événements plus graves. Il peut en retour renforcer ce mal-être (41). En effet, des absences répétées compromettent les apprentissages, entraînent une baisse des résultats scolaires et un isolement du groupe des pairs (41). L'absentéisme peut être accompagné ou non de troubles anxieux, distinguant ainsi le "simple" refus scolaire de la phobie scolaire.

La phobie scolaire se traduit par un absentéisme important malgré l'obligation scolaire (52). Elle a été définie par Johnson en 1941 comme un syndrome de fugue ou de refus de rester à l'école dans un climat de peur irrationnelle. La phobie scolaire concerne 1 % des enfants d'âge scolaire et 5 % des consultations en milieu pédopsychiatrique. Elle est plus fréquente à l'adolescence et peut se manifester par des symptômes dépressifs ou des comportements régressifs ou violents envers des objets ou des personnes (52). Quand le jeune est en situation de rupture, l'école, par le biais des professionnels de santé présents dans l'établissement permet de créer et de maintenir un réseau autour de l'élève. Ce réseau est primordial à sa rescolarisation (43).

III. La santé mentale des adolescents : un enjeu de santé publique

III.1. Les besoins de soins en santé mentale

En France, les adolescents et les enfants représentent 25 % de la population. 12 % d'entre eux souffrent de troubles mentaux. Ces troubles ont un retentissement sur le devenir du jeune. Aujourd'hui, la morbidité et la mortalité pédiatriques sont faibles. Les enjeux de santé publique autour de la santé des enfants et des adolescents sont donc de les protéger dans leur globalité, en tenant compte du monde dans lequel ils vivent, mais aussi des conséquences de l'évolution du mode de vie et de l'environnement socio-économique et écologique (4). Dans 15 % des cas, l'adolescence est vécue avec des difficultés qui relèvent d'une prise en charge et d'un soutien extérieurs.

Dans le domaine de la santé mentale, la demande de soins psychiatriques pour des

troubles anxieux, dépressifs et psychosomatiques est en expansion, à l'image de l'augmentation de la dépression de l'adolescent (53). L'OMS rappelle que les troubles mentaux contribuent largement à la morbidité et à la mortalité prématurée et qu'en ce sens, la santé mentale doit être une priorité des politiques de santé publique (54). L'OMS classe les maladies mentales au troisième rang des maladies en termes de prévalence. En effet, elle considère que parmi les dix pathologies les plus préoccupantes du XXIème siècle, la moitié relève au domaine de la psychiatrie (schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs). Ces maladies psychiatriques sont responsables de nombreux décès par suicide mais également d'incapacités et de handicaps sévères contribuant à la détérioration de la qualité de vie. Elles sont également responsables des conséquences déjà évoquées sur la formation professionnelle et l'insertion sociale à l'âge adulte.

Le suicide, après avoir longtemps été un sujet tabou, a été reconnu comme priorité de santé publique en France dans les années 1990 (55). En effet, malgré une baisse modeste des décès par suicide, cette dernière concernant essentiellement les personnes âgées, le taux de tentatives de suicides, notamment chez les adolescentes, reste élevé. Enfin, la prise en charge des troubles mentaux implique des coûts économiques importants (54). Les soins dispensés dans ces prises en charge représentent 5 à 8 % de la consommation de soins et de biens médicaux auxquels s'ajoutent 20 % de l'activité des médecins généralistes ainsi que l'ensemble de la prise en charge non médicale (53). Les soins en santé mentale sont de l'ordre du suivi du développement, du dépistage des troubles du développement et de leur prise en charge. Ces soins sont de plus en plus associés aux problèmes sociaux des patients. Ceci ne facilite pas la tâche des professionnels de la santé mentale, et ce, d'autant plus que leur nombre est insuffisant (4).

III.2. Les loi et les plans

III.2.1 La loi de Santé Publique de 2004 (10)

La loi de Santé Publique du 9 août 2004 fixe les enjeux de santé publique en termes de réduction de la mortalité prématurée et des inégalités de santé en rapport à diverses thématiques de santé. Aucune instance d'organisation et de mise en oeuvre spécifique à l'enfant et l'adolescent n'existe au niveau national. Des groupes de travail propres à l'enfant et à l'adolescent sont mis en place, à la demande et selon des thématiques ciblées. Ceci donne lieu à plusieurs plans et programmes de santé : trouble du langage, asthme, autisme, nutrition, etc. Dans certains cas, les enfants et adolescents ont été intégrés aux différents plans stratégiques découlant de la loi de Santé

Publique (cancer, environnement, maladie rare, etc).

Cette loi stipule qu'au sein de tous ces programmes, l'approche dominante concernant l'enfant et l'adolescent soit celle de l'éducation pour la santé, dans une démarche à la fois individuelle et collective. Les réflexions doivent être menées à l'échelle nationale, régionale et départementale. Les actions dans ce domaine nécessitent une continuité entre la prévention et les soins. Il est donc important que le travail en faveur de la santé des enfants et des adolescents soit partagé entre tous les professionnels intervenants auprès de ces jeunes. Ce travail en concertation pluridisciplinaire se fait avec les acteurs décentralisés de la loi de Santé Publique que sont les services des Conseils Généraux (CG), les politiques de santé des villes, les établissements de santé, les rectorats et les académies.

III.2.2 Le plan Santé des jeunes 2008 (56)

Ce plan a pour but de protéger la santé des jeunes, principalement des 16-25 ans, et de répondre à leur besoin d'autonomie et de responsabilisation. Il répond aux préoccupations croissantes concernant les conduites à risques et le développement d'habitudes alimentaires déséquilibrées. Il s'adresse aux jeunes les plus vulnérables, notamment ceux en souffrance psychique ou à risque de crise suicidaire, mais également ceux en situation d'addiction ou de troubles des conduites alimentaires.

Les mesures de ce plan visent à renforcer les lois, à utiliser l'impact des messages publicitaires pour transmettre les bonnes idées concernant la santé, la nutrition ou les substances addictives et à développer les centres de soins spécialisés et les consultations. De nombreuses mesures concernent les jeunes en souffrance psychique, que ce soit l'évaluation et le renforcement des maisons de l'adolescent (MDA), l'amélioration de la prévention des risques liés à la sexualité, l'amélioration de la prévention, du repérage et de la prise en charge des jeunes en crise suicidaire ou encore la lutte contre la souffrance psychique liée à l'homosexualité.

III.2.3. La loi HPST et la place des Agences Régionales de Santé (ARS) (10,38,54)

La loi HPST, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, promulguée en juillet 2009, constituait principalement un projet d'organisation sanitaire. Parmi les grandes priorités, une concerne la santé et la protection des jeunes.

Depuis la loi sur la sectorisation, l'organisation des soins en santé mentale se fait selon une logique territoriale, afin de favoriser la continuité et la personnalisation des soins. Les

responsabilités territoriales ont été réaffirmées par la loi HPST du 21 juillet 2009 conférant aux ARS les missions de définition et d'organisation des territoires d'action. Le fonctionnement en territoire (territoire de santé, de proximité et de premiers recours) s'effectue souvent à l'échelle départementale. L'objectif de ce fonctionnement est de réduire les cloisonnements et de renforcer les partenariats entre les champs sanitaire, médico-social et social. Une organisation départementale est également nécessaire pour la pédopsychiatrie en vue d'une bonne articulation avec les services de l'EN, les CG, les MDA, etc.

III.2.4 Le Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 (54)

Le plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 a été élaboré afin d'établir un cadre stratégique pour les acteurs opérationnels sur le terrain. Ce plan axe ses actions sur la prévention et la promotion de la santé afin de réduire l'incidence des troubles mentaux et d'en améliorer le repérage précoce, de faciliter l'accès aux soins, de prévenir l'apparition de complications ou l'aggravation des troubles et de développer des conditions de vie et un environnement favorisant la santé mentale en luttant contre l'exclusion et la stigmatisation. L'accompagnement social comme médico-social s'inscrit dans ces stratégies d'actions et se met en oeuvre de plusieurs façons, à domicile ou en établissement, dans le milieu professionnel ou scolaire.

Les objectifs de ce plan sont multiples. Il cherche en premier lieu à prévenir et à réduire les ruptures au cours de la vie de la personne en améliorant la prévention des situations à risque (harcèlement et stress à l'école, addictions), en renforçant le repérage, notamment chez les enfants et les adolescents et en améliorant la collaboration entre les services de pédopsychiatrie et ceux des secteurs de l'éducation, du social et du judiciaire. Le plan précise qu'il est nécessaire de développer des partenariats avec les structures dédiées aux soins et au suivi à long terme. Un point de vigilance concerne les ruptures de prises en charge aux périodes de transition comme entre l'enfance et l'adolescence. Le plan vise également à prévenir et à réduire les ruptures selon les territoires, avec notamment la création et le renforcement des CMP qui permettent une prise en charge ambulatoire, proposant ainsi une alternative à l'hospitalisation.

III.2.5 Le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 (55)

Etabli en septembre 2011, par la réflexion collégiale de plusieurs ministères, ce programme concerne le développement de la prévention et de la communication autour du suicide et de la santé mentale, l'amélioration de la prise en charge des personnes à risque suicidaire et la

formation des professionnels du soin, de l'action sociale et de l'éducation. Il comprend des mesures et des actions dédiées aux jeunes et à leur entourage. Ces actions concernent le développement des compétences psychosociales des enfants et des adolescents, le développement des dispositifs d'intervention à distance, l'amélioration de la communication sur internet, le développement d'actions visant à limiter l'accès aux moyens létaux, l'élaboration de recommandations sur la prise en charge de la dépression de l'adolescent.

III.2.6 Le Plan Priorité Jeunesse (57)

Le gouvernement actuel se mobilise pour la jeunesse. Ainsi, le deuxième comité interministériel de la jeunesse a réalisé en mars 2014 le bilan de 18 mois d'action pour la jeunesse. Il réaffirme que les jeunes sont une priorité du gouvernement. Les objectifs d'action de ce plan interministériel sont la santé, le logement, les conditions de vie et la place des jeunes dans la société et dans la vie politique.

III.3. Un enjeu de santé publique en Haute-Normandie

III.3.1 Etat des lieux en Haute-Normandie

La santé mentale représente également un enjeu de santé publique en Haute-Normandie. En effet, en 2007, on observait 16,7 hospitalisations pour tentatives de suicide pour 10 000 hommes (13,6/10 000 en France métropolitaine) et 26,8 hospitalisations pour tentatives de suicide pour 10 000 femmes (22,8/10 000 en France métropolitaine) (49). La situation en Haute-Normandie est plus dégradée que la situation nationale.

Au cours de l'année scolaire 2012-2013, il a été rapporté 124 tentatives de suicide et trois décès par suicide parmi les 114 641 collégiens et lycéens scolarisés en Seine-Maritime. De façon plus ciblée, un diagnostic sanitaire a été réalisé en juillet 2013 au sein de la Communauté d'Agglomération Rouen-Elbeuf-Austreberthe (CREA) (39). Il révèle une situation sociale dégradée et une situation sanitaire préoccupante, dans un contexte d'offre de soins déficitaire, notamment en psychiatrie libérale. Le taux de mortalité des moins de 25 ans est plus faible au sein de la CREA que dans l'ensemble de la région Haute-Normandie et en France métropolitaine. Les causes de décès chez les plus de 15 ans sont principalement les traumatismes, les empoisonnements et les tentatives de suicide.

III.3.2 Le Projet Régional de Santé

a) Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) (58)

Le PSRS établi en juin 2011 par l'ARS de Haute-Normandie place la santé mentale au coeur de ses priorités. Le constat territorial décrit un dispositif d'offre de soins psychiatriques en cours de restructuration associé à une demande de soins en augmentation. Dans le domaine de la santé mentale, le PSRS axe ses actions sur la prévention des troubles psychiques en améliorant la gestion des risques psychosociaux à tous les âges de la vie par une sensibilisation et une mobilisation des acteurs institutionnels et associatifs concernés, en développant les actions d'information et de formation à la santé mentale des acteurs de première ligne, en favorisant l'écoute des jeunes et des familles. Il s'attache également à développer des programmes de prévention et de prise en charge des enfants et des adolescents.

b) Le Projet Régional de Santé (PRS) (59)

Le PRS qui découle du PSRS définit l'organisation de l'offre de soins, de l'offre médico-sociale et de la prévention pour les années 2012 à 2017. La lutte contre le suicide des jeunes est une des priorités de prévention. L'amélioration de l'accès aux soins psychiatriques et la diversification de la politique de santé mentale par territoire une des priorités de l'offre de soins. Le PRS cherche également à améliorer les services de médecine d'urgence et la permanence des soins autour des pathologies psychiatriques. Des approches thématiques ont également été déclinées dans ce PRS comme les addictions et la santé mentale, avec des points spécifiques concernant la prévention de ces troubles et leur prise en charge chez les jeunes.

c) Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) (38)

Le SROS comprend un volet psychiatrique dont certaines orientations concernent les enfants et les adolescents. Il cherche à améliorer la démographie médicale en poursuivant le développement de la filière de psychiatrie infanto-juvénile, à améliorer les réponses aux demandes non programmées dans les CMP et aux situations de crise et d'urgence dans les établissements de soins et la prise en charge de suicidants, à améliorer les prestations de psychiatrie infanto-juvénile ou encore à améliorer les articulations de la psychiatrie infanto-juvénile avec les secteurs médico-social et social, tels que les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les instituts

d'éducation spécialisée.

III.4. La place de l'école dans la politique de santé mentale

L'école joue un rôle essentiel dans l'éducation à la santé, l'information, le repérage des troubles et leur prévention. La mise en place d'une politique éducative de santé représente un levier en faveur du bien-être des élèves, de leur réussite scolaire et de l'égalité entre tous. La circulaire du 2 décembre 2011 précise les orientations nationales de la politique éducative qui inscrit parmi ses sept objectifs prioritaires, la prévention du mal-être, le repérage des signes d'alerte et l'organisation de la prise en charge des élèves repérés (60). La souffrance psychique se manifeste de diverses manières, que ce soit par des plaintes somatiques, des troubles du comportement ou encore une tentative de suicide. Il convient de repérer les symptômes de mal-être dès les prémices pour éviter le passage à l'acte suicidaire. Plusieurs actions sont ainsi mises en oeuvre à l'échelle académique ou à l'échelle des établissements scolaires : formation et information des jeunes et des professionnels, développement des liens entre les équipes éducatives et les équipes de santé mentale, etc. (60).

L'école s'inscrit dans les préoccupations politiques comme une forme d'investissement social, en présumant que les dépenses consacrées à l'éducation et à la prévention permettront d'éviter une partie des dépenses réparatrices survenant en l'absence d'efforts de prévention.

IV. Les intervenants autour de la santé mentale des adolescents

IV.1. Les missions de santé à destination des élèves

IV.1.1 Définition et rôle

L'école a une double responsabilité en matière de santé : veiller à la santé des élèves qui lui sont confiés et les éduquer à la santé (61,62). L'éducation à la santé est intégrée dans les programmes scolaires, de l'école primaire au lycée. Le suivi de santé des élèves est assuré tout au long de la scolarité par des professionnels de santé, infirmiers et médecins, auxquels sont confiés des missions de santé auprès des élèves.

Bien que les responsabilités en matière de santé des jeunes ne relèvent pas uniquement de l'EN, cette dernière est concernée en première ligne par le suivi de la santé des élèves. En effet, des problèmes de santé ou des carences de soins peuvent entraîner des difficultés d'apprentissage et

un échec scolaire. Le rôle de l'EN est également d'aider les élèves à adopter des comportements favorables à leur santé, dans le respect d'eux-même et d'autrui, en développant leurs compétences à cet égard par des enseignements adaptés à leurs attentes, à leurs besoins ainsi qu'aux enjeux de santé publique (61,63). “L'objectif est de leur permettre d'acquérir des connaissances, de développer leur esprit critique et d'adopter par là même des comportements favorables à leur santé en développant leur accès à l'autonomie et à la responsabilité.” (61)

Les professionnels de santé des établissements scolaires ont également pour mission de “mieux connaître, mieux repérer et prendre en compte les signes de souffrances psychiques des enfants et des adolescents” (61) pour “favoriser l'équilibre et le bien-être physique, mental et social des élèves afin de contribuer à la réalisation de leur projet personnel et professionnel.” (63) L'institution scolaire, par sa grande diversité de professionnels et sa place prépondérante dans la vie de l'adolescent, est un lieu privilégié d'observation et de prévention (43).

IV.1.2 Le médecin de l'Education Nationale (MEN)

La responsabilité des actions de prévention de la santé en faveur des élèves est, depuis le décret du 21 décembre 1984, passée au ministère de l'EN. Elle est tenue par le MEN, en collaboration avec les infirmiers de l'EN.

La circulaire du 24 juin 1991 définit ainsi les missions du MEN : “Le médecin a un rôle spécifique de conseiller technique en prévention sanitaire individuelle et collective auprès des inspecteurs de l'EN, des directeurs d'établissements et directeurs d'école de son secteur d'intervention, des scolarisés et de leurs parents, et de référent santé au sein de la communauté éducative. Il assure dans son secteur d'activité l'ensemble de ses missions en collaboration avec les divers partenaires institutionnels et en relais avec les réseaux environnementaux”. Ces missions sont redéfinies par la circulaire n°2001-013 du 12 janvier 2001 (63) qui stipule que “la mission des MEN s'inscrit dans la politique de promotion de la santé en faveur des élèves et plus largement dans la politique générale du pays en matière sanitaire et en matière d'éducation à la santé. (...) Ils interviennent pour tous les élèves en exerçant une action de prévention qui s'inscrit dans la continuité. (...) Ils ont pour rôle de veiller au bien-être des élèves et de contribuer à leur réussite. Ils ont aussi un rôle spécifique de repérage, de diagnostic, d'évaluation des situations pathologiques aussi bien d'ordre somatique que psychique, et d'orientation vers les structures de prise en charge adaptées. (...) Ils assurent un lien entre le système éducatif et le système de prévention et de soins. Ils sont garants du respect du secret médical qui engage leur responsabilité.”

Les missions principales du MEN, en faveur de tous les élèves, sont la réalisation des bilans de santé réguliers, le développement d'une dynamique d'éducation à la santé, la mise en place d'actions permettant d'améliorer la qualité de vie des élèves en matière d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie. Le MEN a des missions spécifiques auprès de certains élèves, comme le suivi des élèves signalés par les membres de l'équipe éducative, les infirmiers, les assistants de service social (AS), les parents ou les élèves eux-mêmes, la mise en place de dispositifs adaptés en cas d'évènements graves ou de maladies transmissibles survenant dans la communauté scolaire. Il intervient en urgence auprès des enfants ou des adolescents en danger, victimes de maltraitance ou de violences sexuelles. Il aide à la scolarisation des enfants et adolescents atteints de pathologies chroniques. Le MEN a également une mission de recherche, principalement dans le champ de la surveillance épidémiologique, ainsi qu'une mission de formation. Dans le domaine de la santé mentale, les missions du MEN sont avant tout de l'ordre de la prévention, du dépistage, de l'orientation vers les spécialistes et du suivi des troubles de santé mentale, en lien avec la scolarité. Il est sollicité lorsque le jeune se met en danger ou lorsqu'il est dangereux pour les autres. Il incite aux soins et facilite l'organisation des différentes prises en charge. Il met en place des aménagements de la scolarité, en lien avec l'équipe éducative, afin de faciliter l'intégration des élèves en difficulté. Il travaille ainsi à la préparation du retour de l'élève dans l'établissement après une tentative de suicide (51,64).

Le MEN doit mener ses missions en étroite collaboration avec les partenaires internes et extérieurs à l'EN. Il est donc une interface entre les jeunes, le monde de la santé, le monde de l'enseignement et le tissu familial et social. De par sa double appartenance (système éducatif et système de soin), le MEN peut travailler avec chacun des partenaires et faire le lien entre tous, tout en restant garant du secret professionnel. Il a un rôle de médiateur et de soutien auprès des professionnels de l'EN et des familles (51,64,65). Il fait le lien avec les professionnels extérieurs comme les médecins généralistes, pédiatres ou psychiatres qui suivent le jeune ainsi qu'avec les services hospitaliers ou sociaux (64).

IV.1.3 Les infirmiers de l'Education Nationale

Les infirmiers de l'EN travaillent en collaboration avec le MEN et constituent un corps particulier au ministère de l'EN. Leurs missions s'inscrivent dans la politique générale de l'EN de promotion de la réussite des élèves et des étudiants. Ces missions sont définies dans la circulaire n°2001-014 du 12 janvier 2001 (63).

Dans les établissements scolaires, l'infirmier de l'EN, "placé sous l'autorité du chef d'établissement est présent au quotidien dans l'environnement des élèves tout au long de leur scolarité. Dans l'établissement scolaire, il est le référent santé, tant dans le domaine individuel que dans le domaine collectif. Il a un rôle de conseiller en matière de prévention, d'éducation à la santé, d'hygiène et de sécurité auprès des directeurs d'école et des chefs d'établissement." (63) De par sa proximité et sa disponibilité auprès des élèves, l'infirmier de l'EN a un rôle à la fois relationnel, technique et éducatif.

Les infirmiers de l'EN mènent des actions en direction de l'ensemble des élèves comme l'accueil, l'accompagnement et le suivi des élèves qui les sollicitent, quel que soit le motif, y compris pour un motif d'ordre relationnel ou psychologique. Ils contribuent à l'organisation des urgences et des soins. Ils participent aux bilans de santé réguliers, au développement d'une dynamique d'éducation à la santé et à la mise en place d'actions permettant d'améliorer la qualité de vie des élèves en matière d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie. Les infirmiers de l'EN agissent spécifiquement auprès de certains jeunes, comme ceux de l'enseignement technique et professionnel, des sections d'enseignement adapté ou ceux signalés par les membres de l'équipe éducative, en lien avec le MEN. Les infirmiers de l'EN participent à la mise en place de dispositifs adaptés en cas d'évènements graves ou de maladies transmissibles survenant dans la communauté scolaire. Ils interviennent en urgence auprès des enfants ou des adolescents en danger (victimes de maltraitance ou de violences sexuelles). Ils aident à la scolarisation des enfants et adolescents atteints de pathologies chroniques. Comme les MEN, les infirmiers de l'EN ont une mission de recherche, par l'observation et la surveillance épidémiologique, ainsi qu'une mission de formation.

Les infirmiers de l'EN sont tenus au secret professionnel et nouent de ce fait une relation de confiance avec les élèves. La position privilégiée de l'infirmier de l'établissement favorise cette relation. Les élèves savent qu'ils y seront écoutés et qu'il n'y aura pas de contrôle des résultats scolaires ou des absences, même si ces éléments sont recherchés par les infirmiers de l'EN pour évaluer l'état de bien-être de l'élève.

IV.2. Les autres intervenants autour de l'adolescent

IV.2.1 Les professionnels de l'EN

Les collèges et lycées ont avant tout un but pédagogique d'enseignement. Etant les

“lieux de travail” des élèves, ils assument aussi une fonction sociale à travers l'apprentissage de la vie en groupe. Les premiers éducateurs sont les parents mais l'EN assure, au sein de ses établissements, une responsabilité éducative nécessitant de mettre en place des conditions satisfaisantes d'accueil et de travail, pour permettre la réalisation du projet pédagogique de l'établissement et l'épanouissement des élèves. Ainsi, l'établissement scolaire doit être un lieu d'observation du bien-être du jeune et de repérage d'une éventuelle souffrance psychique ainsi qu'un lieu d'action en faveur de la santé mentale, au même titre que les autres lieux de vie (44). Pour ce faire, plusieurs professionnels sont sollicités dans l'accompagnement de chaque élève.

a) L'assistant de service social (AS)

Ses missions sont définies par l'article 3 du décret portant statut particulier du corps interministériel des AS des administrations de l'Etat (66). Les AS “mettent en œuvre, en collaboration avec d'autres intervenants, des actions visant à aider les agents, les personnes, les familles connaissant des difficultés sociales ou socioprofessionnelles, en recherchant les causes qui compromettent leur équilibre psychologique, économique ou social et en menant toutes actions susceptibles de prévenir et de remédier à ces difficultés dans le cadre d'actions individuelles et collectives.”

Dans l'EN, l'AS partage son temps de travail entre plusieurs établissements scolaires. Il suit les élèves dont la situation le justifie et collabore en ce sens avec les infirmiers de l'EN.

b) Le Conseiller d'Orientation Psychologue (COP)

Le COP accompagne les élèves dans le développement de leur capacité à s'orienter tout au long de la vie. “Il assure et coordonne l'organisation de l'information des élèves sur la connaissance de soi, des métiers et des formations, en lien avec les équipes éducatives.” (62) Il exerce son activité sous l'autorité du directeur du centre d'information et d'orientation dont il relève. Il participe à l'élaboration et à la réalisation des projets scolaires, universitaires et professionnels des élèves.

Le COP contribue à l'observation continue des élèves. Il est un partenaire dans la prise en charge du mal-être des jeunes (65). En effet, ce mal-être peut venir de l'orientation choisie ou de l'incertitude face à l'avenir et aux orientations à prendre.

c) Le personnel de direction

Principal de collège ou proviseur de lycée, il participe à l'encadrement du système éducatif et aux actions d'éducation. Il est chargé de conduire la politique pédagogique et éducative de l'établissement, en concertation avec l'ensemble de la communauté éducative. Son action a pour objectif d'offrir les meilleures conditions d'apprentissage aux élèves (62). Il est le garant de la sécurité de toutes les personnes fréquentant l'établissement (élèves comme employés) et il assure le fonctionnement régulier de l'établissement dans les domaines pédagogiques, éducatifs, disciplinaires, de la vie scolaire et du maintien de l'ordre (67).

d) Le Conseiller Principal d'Education (CPE)

Il organise et anime la vie scolaire, sous l'autorité du chef d'établissement. Il assure le suivi individuel des élèves ainsi que leur évaluation, en lien avec le personnel enseignant (67). Il est, de ce fait, très informé des comportements des élèves, de leurs changements d'humeur, de l'absentéisme, des inflexions des résultats scolaires. Il conseille les élèves dans le choix de leur projet d'orientation, en collaboration avec les enseignants et avec les différents partenaires (COP, AS, MEN et infirmiers de l'EN), auxquels il peut référer les élèves.

e) Les enseignants

Ils ont un rôle dans l'observation des comportements des jeunes. Ce rôle va bien au-delà de leurs tâches primaires mais il est primordial. En effet, les enseignants sont aux premières loges pour observer les comportements des élèves et leur bien-être. Leur rôle est d'orienter vers les CPE ou les infirmiers de l'EN, de suggérer d'aller consulter un professionnel de santé ou encore simplement d'attirer l'attention des parents (44).

IV.2.2 Les professionnels et établissements des secteurs médical et social

a) L'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile (3,68)

La plupart des services publics de psychiatrie sont sectorisés, c'est-à-dire définis par des zones géographiques appelées "secteurs", correspondant à des divisions de départements. Chaque secteur est rattaché administrativement à un centre hospitalier. Une équipe pluridisciplinaire

(psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, assistants de travail social, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs, etc) assure tous les soins de psychiatrie, de la prévention à la réinsertion sociale, pour les habitants d'une zone géographique donnée. Les soins pour les enfants et les adolescents sont assurés par une équipe spécifique, appartenant aux intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile (ou service de pédopsychiatrie).

Chaque secteur de psychiatrie dispose de plusieurs lieux de soins, répartis sur son territoire : CMP, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpitaux de jour, consultations spécialisées et unité d'hospitalisation, etc. Les alternatives à l'hospitalisation et les soins ambulatoires se développent de plus en plus dans chaque secteur. Ainsi, environ 75 % des adultes et 97 % des enfants et adolescents sont suivis en ambulatoire par les services publics de psychiatrie, sans jamais être hospitalisés.

Les CMP sont souvent le lieu de la première consultation. Ils ont une double fonction d'accueil du public d'une part et d'élaboration et de coordination des soins d'autre part, que ce soit au sein de l'équipe du CMP ou avec les partenaires extérieurs. A la suite de cette première rencontre et des différents bilans réalisés, des soins, une orientation, une aide ou un suivi sont proposés. L'équipe du CMP garantit l'articulation harmonieuse et la continuité des soins pour chaque jeune.

Les CATTP sont des structures intermédiaires qui proposent une prise en charge séquentielle par activité ou par demi-journée. Ils permettent une prise en charge plus longue qu'au cours d'une consultation. Les modes de fonctionnement sont divers (soins du soir, soins le mercredi, soins par séquence dans la journée) permettant une adaptation au rythme de chaque jeune, en lien avec l'école et l'organisation familiale. Un travail en partenariat avec les professionnels de l'EN est important afin d'assurer le lien avec la scolarité.

L'hospitalisation de jour s'adresse à des jeunes présentant des troubles graves du développement ou du comportement. La prise en charge s'y effectue par une équipe pluridisciplinaire dispensant des soins polyvalents et intensifs. Cette prise en charge s'articule avec les lieux de vie habituels, le milieu scolaire, les activités sociales et culturelles, la vie familiale.

Toutes ces structures assurent la prévention primaire, secondaire et tertiaire, en collaboration avec les familles, les enseignants et les éducateurs. Des liens étroits avec les services de santé scolaire sont nécessaires, notamment pour la prévention primaire et secondaire.

b) Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) (3,68,69)

Sous la tutelle du ministère des affaires sociales, les CMPP sont des centres de consultation qui assurent le dépistage, le diagnostic et le traitement des troubles neuro-psychiques et des troubles du comportement des enfants et des adolescents. Ils sont gérés en majorité par des Associations Loi 1901 et ne sont pas sectorisés. Les professionnels des CMPP travaillent en lien avec ceux des CMP, des services de protection maternelle et infantile, des établissements scolaires, des services sociaux et avec les médecins libéraux.

Ils associent les approches médicales, psychologiques et pédagogiques dans des projets de soins ambulatoires, sans retirer l'enfant ou l'adolescent du milieu scolaire ni de son milieu familial.

c) Les maisons de l'adolescent (MDA) (2,10,38,70)

Les MDA sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'accompagnement, d'évaluation, d'orientation et de prévention. Les adolescents, reçus individuellement, peuvent exprimer leurs maux, déposer tout ce qui est lié à la crise qu'ils traversent et reconstruire leur sécurité intérieure. Les MDA sont aussi des lieux de consultations et de soins psychologiques. Le travail et l'accompagnement sont mis en place par une équipe pluridisciplinaire, à la demande de l'adolescent. Ils ne se substituent pas aux prises en charge existantes mais permettent de mieux les investir. Les MDA ont aussi pour rôle de favoriser l'échange des connaissances entre les professionnels de l'adolescence, de leur apporter un soutien dans leur mission auprès des adolescents ainsi que de les fédérer et de former un réseau départemental autour de l'adolescent. Les MDA doivent donc relever le défi de la pluridisciplinarité et de l'articulation avec de nombreuses structures dédiées aux adolescents. Elles doivent travailler en étroite collaboration avec les structures impliquées en amont ou en aval comme les services de pédiatrie et de médecine de l'adolescent, les secteurs de pédopsychiatrie, les médecins libéraux, les centres de planning familial, la santé scolaire et les structures d'accueil social et médico-social.

Dans l'agglomération rouennaise, la MDA, ouverte depuis 2009, est installée sur deux sites fonctionnant de manière complémentaire. L'équipe pluridisciplinaire du site ville accueille sans délai tout jeune qui se présente avec des troubles de santé mentale ou d'adaptation sociale. Elle lui propose une écoute, une évaluation, une orientation et une prise en charge. Le site CHU, adossé à l'activité d'hospitalisation d'urgence et d'hospitalisation programmée spécifique accueille, sur indication médicale, les adolescents de 12 à 18 ans qui présentent des pathologies mixtes,

nécessitant des prises en charge spécifiques à la fois somatique, psychique et psychiatrique.

d) La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

La MDPH est un lieu destiné à faciliter les démarches d'accès aux droits et prestations pour les personnes handicapées (71). La souffrance psychique n'entraîne pas nécessairement de handicap. Dans certains cas de troubles sévères et prolongés ou de pathologies mentales, les professionnels de l'EN travaillent en collaboration avec ceux de la MDPH et avec les parents afin de mettre en place les aménagements nécessaires à la poursuite de la scolarité. Ces aménagements sont de différents ordres : soutien par une tierce personne, intégration dans une classe spécialisée, apport de matériels pédagogiques, aide financière, etc.

e) Professionnels libéraux (4)

Psychologues, psychiatres et pédopsychiatres libéraux, pédiatres libéraux et médecins généralistes sont autant de professionnels amenés à prendre en charge et à suivre les enfants et les adolescents pour différents problèmes de santé. Les professionnels de santé de l'établissement scolaire, en concertation entre eux, peuvent adresser les élèves, selon leurs besoins, vers ces différents professionnels libéraux.

Les pédiatres libéraux, malgré leur spécificité à soigner les enfants et les adolescents, prennent en charge seulement 20 % des jeunes. Leurs missions sont le suivi du développement normal ou pathologique, l'éducation pour la santé, la prévention des pathologies aiguës, la surveillance des maladies chroniques et des handicaps, la prise en charge des problèmes sociaux. Cependant, leurs spécificités sont méconnues par la population, de même que le rôle de recours qu'ils peuvent avoir auprès des médecins généralistes.

f) Pénurie démographique

Quels que soient la spécialité et le mode d'exercice, les professionnels travaillant auprès des enfants et des adolescents sont confrontés à une pénurie démographique.

Une étude de la DREES (72) montre qu'au 1er janvier 2013, les pédiatres en France métropolitaine sont majoritairement des femmes (64,8 %) et qu'ils ont en moyenne 50 ans. En Haute-Normandie, 40 % des pédiatres sont âgés de 50 à 64 ans. Par ailleurs, la densité de pédiatres pour 100 000 enfants de moins de 15 ans en Haute-Normandie est inférieure à la moyenne nationale

de plus de 20 %. En France métropolitaine, les psychiatres sont en majorité des hommes (52,8 %) et sont âgés en moyenne de 52,6 ans. En Haute-Normandie, 53 % des psychiatres sont âgés de 50 à 64 ans. La densité de psychiatres pour 100 000 habitants y est inférieure à la moyenne nationale de plus de 20 %.

En Haute-Normandie, comme dans d'autres régions françaises, l'offre de soins institutionnelle en santé mentale est globalement déficitaire par rapport à la moyenne nationale. De plus, elle est inégalement répartie sur le territoire et souffre de problèmes de ressources humaines, notamment en médecins psychiatres, que ce soit en établissements de soins ou en établissements médico-sociaux (38).

C] Matériel et méthode

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, quantitative, descriptive et analytique, réalisée à partir d'un questionnaire. Le questionnaire a été rempli par un enquêteur, l'infirmier de l'EN de l'établissement, au cours ou à l'issue de la consultation avec l'élève.

II. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré en collaboration avec le médecin responsable du service de santé scolaire de la Direction des services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN) de Seine-Maritime, l'infirmière coordinatrice de la DSDEN de Seine-Maritime, une infirmière de l'EN et un MEN. Avant sa validation, le questionnaire a été testé en pratique quotidienne dans un établissement. Ce test a permis de valider la faisabilité du recueil.

Le questionnaire comporte des questions fermées. Les questions et les propositions de réponses ont été définies en fonction de la problématique de l'étude, de la recherche bibliographique effectuée en amont et de l'expérience des professionnels de terrain confrontés à la souffrance psychique des jeunes. Il a été choisi de recueillir des données concernant le jeune et sa situation familiale, afin de mieux connaître l'environnement des jeunes en souffrance psychique.

Le questionnaire est totalement anonyme. Il a été rempli exclusivement par l'infirmier de l'EN qui pouvait ajouter les commentaires jugés pertinents pour l'analyse de la fiche de recueil. Le questionnaire est présenté en annexe 1.

III. Critères d'inclusion dans l'étude

Les jeunes inclus sont des collégiens ou des lycéens, venant solliciter spontanément un entretien d'écoute auprès de l'infirmier de l'EN ou ayant été convoqué par l'infirmier de l'EN suite à une demande d'un autre professionnel de l'établissement scolaire (enseignants, CPE, etc).

Il pouvait s'agir d'une première rencontre avec l'infirmier de l'EN, ou non. Cette rencontre devait être réalisée en dehors d'un suivi déjà mis en place depuis septembre 2013 par

l'infirmier de l'EN. Il était important de ne remplir qu'un seul questionnaire par jeune, sauf dans le cas où le jeune revenait consulter pour une problématique différente de celle ayant donné lieu à la première consultation.

IV. Choix des établissements scolaires

Des établissements situés dans deux bassins d'éducation et de formation (BEF) ont été inclus (BEF Barentin-Rouen-Nord et BEF Elbeuf-Rouen-Sud). Le BEF est défini par la circulaire du 28 juin 2011. Il apporte un cadre de fonctionnement facilitant les relations entre les différents acteurs de la DSDEN. Il permet de développer une réflexion et une action commune entre les différents établissements scolaires et leurs professionnels (B37).

Au sein de ces deux BEF, certains établissements ont été sélectionnés. La sélection a été faite sur différents critères : type d'établissement, mixité des origines sociales des jeunes fréquentant les établissements, possibilité de collaborer avec les infirmiers de l'EN présents.

4 collèges, 4 lycées professionnels (LP) et 2 lycées d'enseignement général et technologique (LGT) ont été sélectionnés.

V. Déroulement du recueil de données

Les infirmiers de l'EN de chaque établissement ont été contactés puis rencontrés individuellement en janvier 2014. L'étude et le questionnaire ont été présentés au cours de cet entretien.

Le recueil des données a débuté le 1er février 2014 et a été clôturé le 19 avril 2014, pour une durée totale de 9 semaines. Les infirmiers de l'EN ont été contactés régulièrement pendant la période de recueil des données. Un bilan intermédiaire plus approfondi a été réalisé du 10 au 15 mars 2014.

Les questionnaires ont été collectés en mai 2014 au cours d'un entretien avec les infirmiers de l'EN ayant participé au recueil de données. Cet entretien a permis de recueillir leurs impressions et leurs critiques. Il a permis également d'échanger sur la problématique du mal-être des jeunes en général ainsi que sur les possibilités et les difficultés de prises en charge de ces jeunes. Les données issues de ces entretiens avec les infirmiers ont été utilisées dans la quatrième partie de ce travail.

VI. Analyse des données

La saisie des données a été faite sur fichier Excel, dans sa version OpenOffice. L'analyse descriptive des données a été réalisée sous Excel, dans sa version OpenOffice. Les intervalles de confiance à 95 % (IC_{95%}) ont été calculés avec le logiciel EpiInfo, version 6. Les comparaisons de moyennes et de proportions ont été réalisées également avec le logiciel EpiInfo, version 6, en utilisant les tests appropriés : test de Student pour les comparaisons de moyennes et test du Chi² pour les comparaisons de proportions. Le test du Chi² de Yates a été réalisé lorsque les effectifs étaient trop faibles.

Des odds ratio (OR) ont été calculés par des régressions logistiques univariées et multivariées. Le logiciel SAS, version 9.2 a été utilisé. Les variables incluses dans les modèles multivariés étaient celles ayant une valeur de $p \leq 0,25$. Il a été choisi d'ajuster systématiquement, quelle que soit la valeur de p , les analyses multivariées sur le sexe et sur une mesure de l'âge (variable "âge" ou variable "niveau", distinguant les collégiens des lycéens et pouvant être considérée comme un proxy de l'âge). Les régressions logistiques multivariées ont été réalisées selon une procédure d'élimination descendante. Les résultats détaillés des régressions logistiques univariées et multivariées sont fournis sous forme de tableaux en annexe 2.

La significativité des tests a été retenue pour une valeur de $p \leq 0,05$.

D] Résultats

I. Description des établissements (Tableau 1)

| | | Collèges | Lycées | |
|--------------------------------|---------------------|----------|--------|-------|
| | | | LP | LGT |
| BEF | Barentin-Rouen-Nord | 3 | 2 | 1 |
| | Elbeuf-Rouen-Sud | 1 | 2 | 1 |
| Capacité d'accueil | Minimum | 423 | 223 | 1260 |
| | Maximum | 950 | 518 | 1471 |
| Nombre d'élèves ciblés | | 2 226 | | 4 020 |
| Taux d'élèves boursiers | Minimum | 20 % | | 15 % |
| | Maximum | 50 % | | 45 % |

Tableau 1 : Description globale des établissements

Un LP et un LGT étant situés au même endroit et disposant d'une infirmerie commune, ces deux établissements ont été considérés comme un seul. Ainsi 5 lycées ont été distingués dans cette étude. Un collège comporte un internat. Deux collèges proposent des classes de SEGPA et un des classes à horaires aménagées. Tous les lycées, sauf un, disposent d'un internat sur place.

Les milieux socio-économiques des élèves sont divers d'un établissement à l'autre et au sein d'un même établissement. Dans les collèges, les jeunes scolarisés sont issus de quartiers riches et de quartiers plus populaires. Un brassage d'origine ethnique et culturelle est également présent dans plusieurs des collèges. De même, il existe une grande mixité sociale au sein des lycées du fait des différentes filières proposées et du large secteur géographique d'attractivité (secteurs urbains et ruraux, quartiers favorisés et quartiers plus populaires).

Dans chaque établissement, les missions de santé sont assurées par un ou plusieurs infirmiers de l'EN, présent à mi-temps ou à temps plein selon le type d'établissement, et par un MEN, lorsque le secteur en est pourvu. Deux collèges et deux lycées sont situés dans des secteurs dépourvus de MEN. Les professionnels de santé des établissements travaillent en lien avec l'AS, présent entre une journée et demie et trois journées par semaine. Ils coopèrent régulièrement avec les COP et les membres des équipes éducatives, pédagogiques et de direction (CPE, enseignants,

principal ou proviseur). Des commissions mensuelles, bimensuelles ou trimestrielles auxquelles participe l'infirmier de l'EN ont lieu dans les établissements (commission de suivi ou de veille, commission absentéisme, commission éducative, commission vie scolaire). Ces commissions permettent de discuter entre plusieurs professionnels et d'organiser l'aide à apporter à aux élèves qui en ont besoin. Des échanges plus informels ont lieu fréquemment entre les CPE et l'infirmier de l'établissement afin d'aborder les problèmes rencontrés pour certains élèves. Ces échanges constituent une première alerte et entraînent une vigilance renforcée auprès de ces élèves.

II. Description de l'échantillon

Cette étude cible une population totale de 6 246 élèves. 36 % des élèves sont des collégiens et 64 % des lycéens.

II.1 Description des élèves

105 fiches ont été recueillies dans les 9 établissements inclus. Cinq fiches ont été exclues. Quatre correspondaient à des doublons et une ne répondait pas aux critères d'inclusion puisqu'il s'agissait d'un surveillant venu solliciter de l'aide auprès de l'infirmier de l'EN.

100 fiches ont donc été analysées, correspondant à 100 élèves différents. 25 fiches (25 %) ont été recueillies dans des infirmeries de collèges et 75 fiches (75 %) dans des infirmeries de lycées (*Figure 1*).

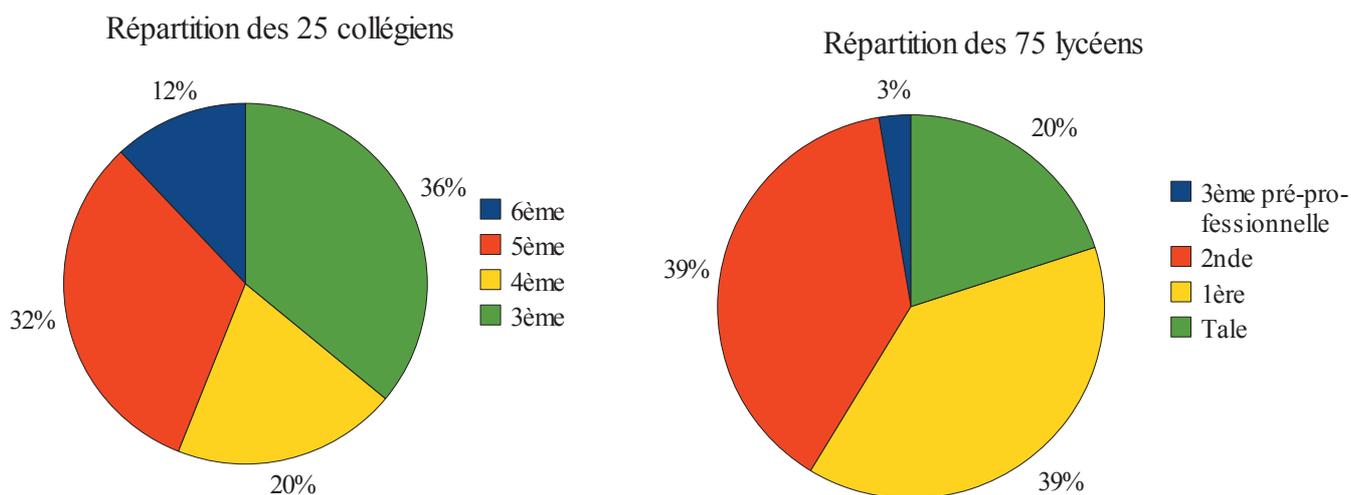


Figure 1 : Répartition des 100 élèves par classe de niveau (% d'élèves)

23 élèves, dont 82,6 % de lycéens ont déjà redoublé une classe. Deux lycéens et un collégien ont redoublé deux fois. Un élève de terminale a plus de quatre années de retard scolaire. 18 élèves, tous des lycéens, sont internes dans leur établissement. 10 élèves sont externes et 70 demi-pensionnaires. Deux données sont manquantes pour cette variable.

Dans l'échantillon, 30 élèves (30 % IC_{95%} [21,2-40]) ont un suivi médical extérieur en cours (Figure 2). Deux élèves sont suivis par plusieurs professionnels. Un des suivi est réalisé par un acupuncteur et un autre n'est pas précisé. 76,7 % de ces élèves sont des lycéens. 86,7 % sont déjà connus par l'infirmier de l'établissement.

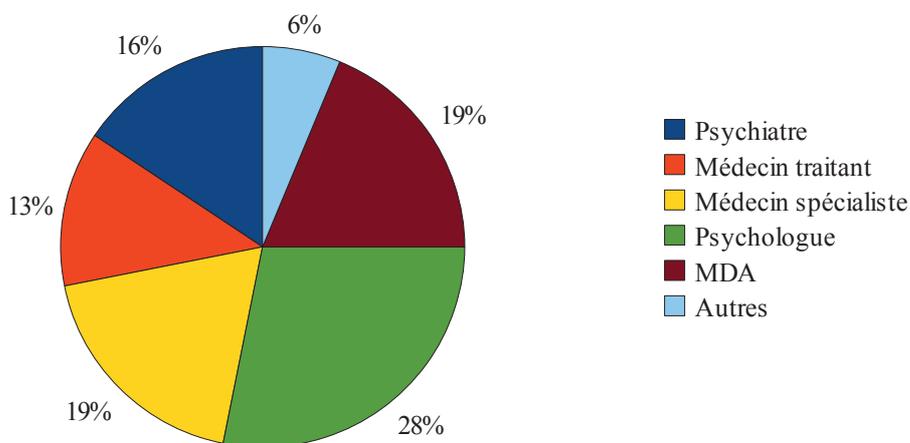


Figure 2 : Suivis médicaux en cours (% de jeunes ayant ces suivis)

Pour 26 élèves, dont 4 collégiens (15 %), ce passage à l'infirmerie est le premier passage de l'année scolaire.

II.2. Caractéristiques socio-démographiques

II.2.1 Sexe et âge (Tableau 2)

| | | Echantillon total | Collèges | Lycées |
|-------------------------|----------------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| Garçons (%) | | 24 % | 16 % | 26,7 % |
| Sexe ratio (H/F) | | 0,32 | 0,19 | 0,36 |
| Âge | Moyenne (écart type) | 15,82 (1,94) | 13,32 (1,25) | 16,65 (1,3) |
| | Médiane (min-max) | 16 (11-23) | 13 (11-15) | 17 (15-23) |

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques de l'échantillon

Les proportions de garçons ne diffèrent pas significativement entre le groupe des lycéens et le groupe des collégiens ($p = 0,28$).

La valeur d'âge extrême (23 ans) d'un élève de lycée ne modifie pas les valeurs calculées de la médiane et de la moyenne.

II.2.3 Milieu familial

45 élèves ont des parents en couple, 45 des parents divorcés et 10 n'ont de contact qu'avec un seul de leurs deux parents. Les taux de parents divorcés, en couple ou seul ne diffèrent pas significativement selon l'établissement (collège versus lycée) ($p = 0,82$).

Le statut socio-professionnel du père est connu pour 75 élèves. Celui de la mère l'est pour 86 élèves (*Figures 3 et 4*). Dans 17,4 % des foyers, le seul parent présent ou les deux parents ne travaillent pas. Dans 26,4 % des foyers, la classe socio-professionnelle la plus élevée est intermédiaire ou haute.

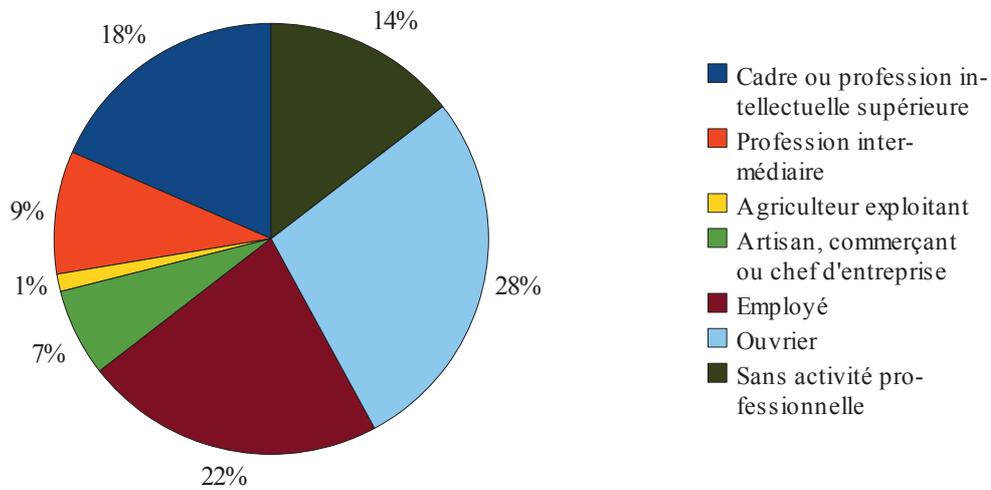


Figure 3 : Catégories socioprofessionnelles des pères des élèves de l'échantillon

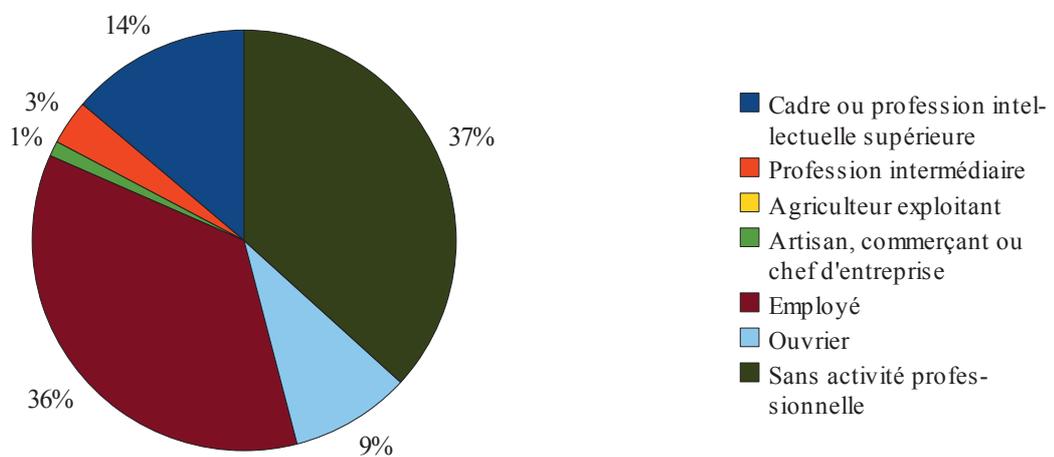


Figure 4 : Catégories socioprofessionnelles des mères des élèves de l'échantillon

II.3. Consommations à risque

Pour 13 élèves (tous des lycéens), l'information n'a pas pu être recueillie. L'analyse de cet item a donc été faite à partir des 87 données recueillies (23 garçons et 54 filles).

65,5 % des élèves (IC_{95%} [54,6-75,4]) déclarent ne pas avoir de consommations néfastes pour la santé. Ils représentent 96 % des collégiens et 53,2 % des lycéens (p = 0,0001).

Parmi les 30 élèves (13 garçons et 17 filles) en situation de consommation néfaste pour la santé, un seul, un garçon âgé de 14 ans, est au collège, en classe de 5^{ème}. Il présente une addiction au cannabis. Huit élèves déclarent plus d'une consommation, un en déclarait trois.

Les garçons sont significativement plus touchés que les filles (56,5 % versus 31,5 %, p = 0,04). Les élèves en situation de consommation sont significativement plus âgés : 16,8 ans versus 15,3 ans (p = 0,0007).

21 élèves (24 %) sont dépendants au tabac. Six élèves (6,9 %) consomment régulièrement de l'alcool, tous en association avec un tabagisme actif. Neuf élèves (10,3 %) consomment du cannabis, dont trois filles. Il a été noté pour deux élèves une utilisation abusive des écrans et pour un élève une consommation régulière d'antalgiques, en dehors de toute prescription médicale.

III. Souffrance psychique et recours à l'infirmier de l'EN

III.1. Modes d'entrée

Le mode d'entrée spontané est le principal mode d'entrée mis en évidence dans cette étude. 48 % des entrées au collège (IC_{95%} [27,8-68,7]) et 57,3 % des entrées au lycée (IC_{95%} [45,4-68,7]) sont spontanées, sans différence statistiquement significative entre ces deux proportions (p = 0,42).

Au total, 55 élèves (55 % IC_{95%} [44,7-65]) sont entrés spontanément, 30 (30 % IC_{95%} [21,2-40]) ont été adressés par les professionnels des équipes éducatives, pédagogiques ou de direction et 15 (15 % IC_{95%} [8,6-23,5]) sont entrés par un autre biais (camarades, AS, COP, documentaliste, visite systématique, malaise) (*Tableau 3*).

| Mode d'entrée | | Collège | Lycée |
|--|------------------------|-------------|-------------|
| Spontané | | 12 (48,0 %) | 43 (57,3 %) |
| Par l'équipe éducative, pédagogique, de direction | CPE | 1 (4,0 %) | 11 (14,7 %) |
| | Enseignants | 5 (20,0 %) | 7 (9,3 %) |
| | Assistants d'éducation | - | 4 (5,3 %) |
| | Personnel de direction | - | 2 (2,7 %) |
| Par un autre biais | Camarades | 2 (8,0 %) | 6 (8,0 %) |
| | AS | 2 (8,0 %) | - |
| | COP | - | 1 (1,3 %) |
| | Documentaliste | 1 (4,0 %) | - |
| | Visite obligatoire | 2 (8,0 %) | - |
| | Symptôme physique | - | 1 (1,3 %) |

Tableau 3 : Modes d'entrée à l'infirmerie des élèves de collège et de lycée

Aucun facteur n'a été retrouvé lié au mode d'entrée spontané en analyses univariée et multivariée.

III.2. Motifs du passage à l'infirmerie

Une seule question permettait de renseigner à la fois le motif du passage et celui de la souffrance psychique du jeune. L'analyse porte donc sur ces deux éléments conjointement.

Les motifs de passage à l'infirmerie sont variées et parfois multiples. 50 % (IC_{95%} [39,8-60,2]) des élèves de l'échantillon déclarent au moins deux motifs et 15 % (IC_{95%} [8,6-23,5]) au moins trois motifs. Au maximum cinq motifs ont été retrouvés. Au total, 173 motifs de passage et/ou de souffrance ont été déclarés par les élèves (*Figure 5*).

Les motifs classés “autres” sont de différents ordres : physique nécessitant un soin, du repos ou une écoute (blessures, scarifications, crise d'angoisse, symptômes physiques tels que toux ou vomissements, pathologie chronique, dispense d'EPS) ou psychologique nécessitant une écoute et un accompagnement (antécédent de viol ou d'attouchement sexuel, décès d'un proche, traumatisme après la projection d'un film, mal-être général et manque de confiance en soi). Parmi les troubles de l'hygiène de vie sont classés les troubles du sommeil, les troubles de l'alimentation sans pathologie reconnue et le stress. Les pathologies psychiatriques retrouvées sont : trouble du

comportement alimentaire de type boulimie ou anorexie, dépression sévère, maladie bipolaire, trouble obsessionnel compulsif, phobie scolaire.

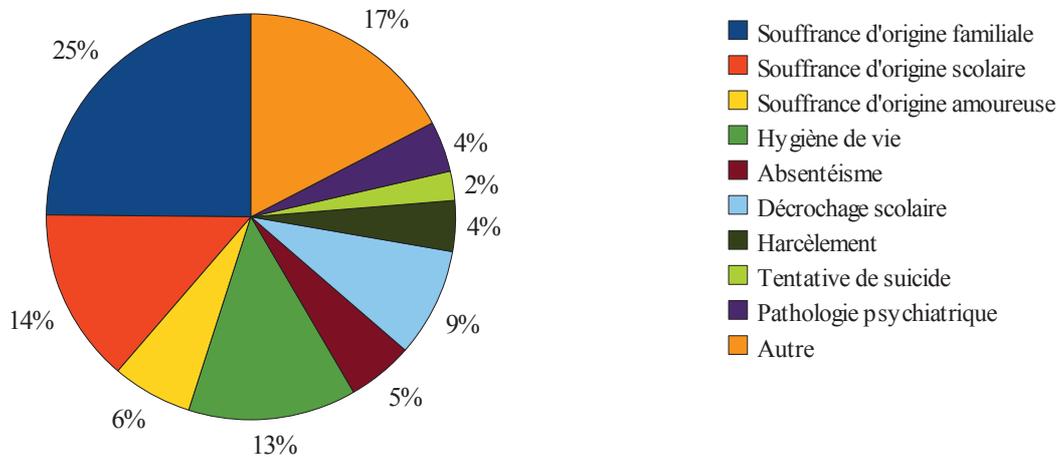


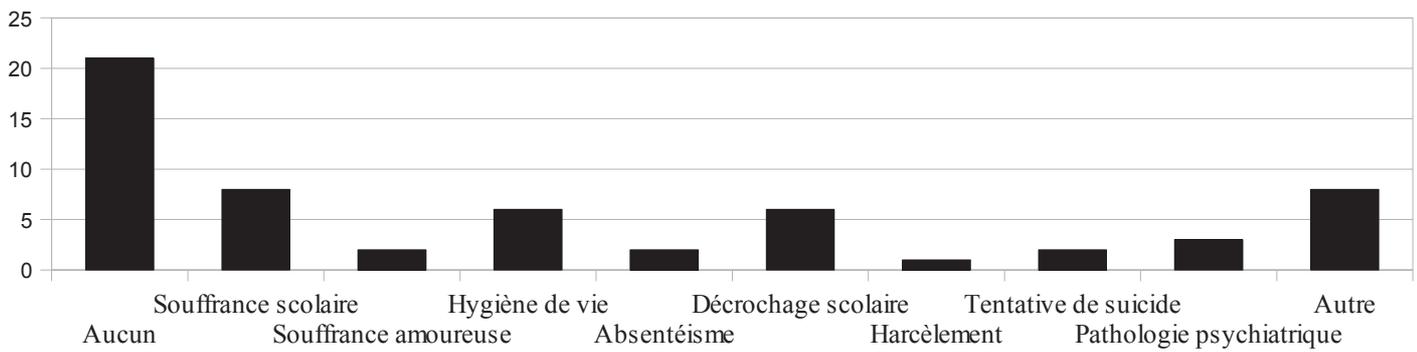
Figure 5 : Motifs de passage à l'infirmerie (% de jeunes ayant ces motifs)

III.2.1 Souffrance d'origine familiale

43 jeunes (43 % IC_{95%} [33,1-53,3]) déclarent une origine familiale à leur souffrance ; 52 % des collégiens (IC_{95%} [31,3-72,2]) et 38,7 % des lycéens (IC_{95%} [27,6-50,6]) (p = 0,24). Cette origine est retrouvée aussi fréquemment chez les garçons que chez les filles (37,5 % versus 44,7 %, p = 0,53) et significativement plus souvent chez les jeunes dont les parents sont divorcés ou seul (56,4 % versus 26,7 %, p = 0,003).

L'analyse multivariée montre que l'origine familiale de la souffrance est significativement associée au statut marital des parents (divorcé ou seul versus en couple) (OR = 3,5 IC_{95%} [1,52-8,3] p 0,034).

Parmi ces jeunes ayant une souffrance d'origine familiale, 23 (53,5 %) déclarent un deuxième motif de passage ou de souffrance, 10 (23,3 %) un troisième, 5 (11,6 %) un quatrième et 1 (2,3 %) un cinquième (Figure 6).



*Figure 6 : Plaintes ou motifs de passage associés à la souffrance d'origine familiale
(nombre de jeunes)*

III.2.2 Souffrance liée à la scolarité

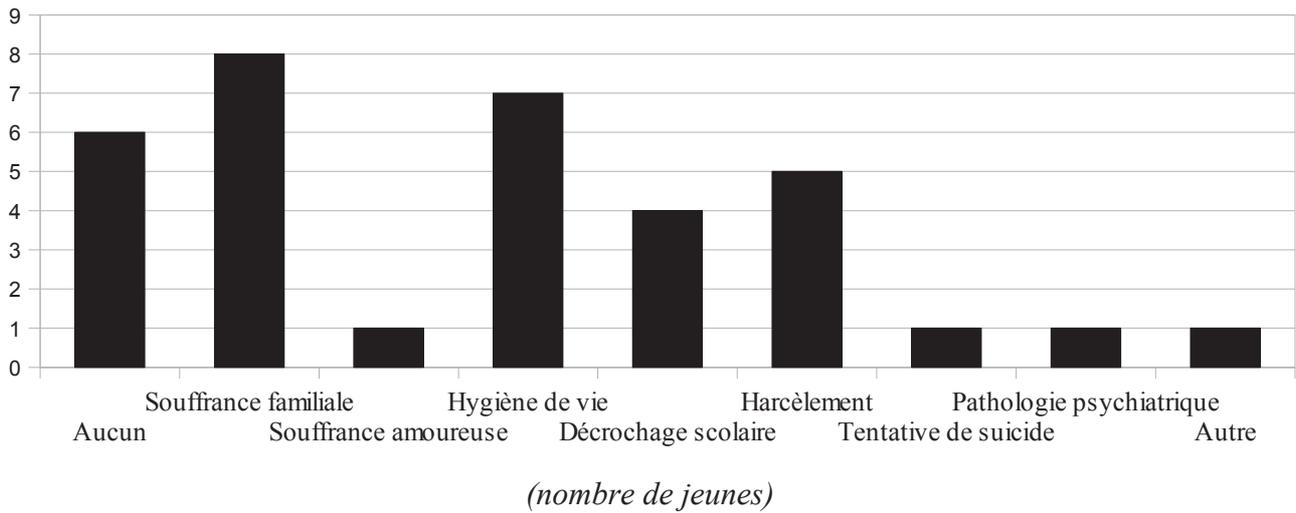
39 % des jeunes (IC_{95%} [29,4-48,3]) déclarent une plainte en lien avec la scolarisation ; 56 % des collégiens (IC_{95%} [34,9-75,6]) et 33,3 % des lycéens (IC_{95%} [22,9-45,2]) (p = 0,04). En analyse univariée, les lycéens ont significativement moins de risque de déclarer ce type de souffrance que les collégiens (OR = 0,39 IC_{95%} [0,16-0,99] p = 0,05). Cette association disparaît en analyse multivariée.

a) Souffrance d'origine scolaire

24 jeunes (24 % IC_{95%} [16-33,6]) déclarent un conflit scolaire à l'origine de leur souffrance (trouble relationnel avec les pairs ou avec les professeurs) ; 44 % des collégiens (IC_{95%} [24,4-65,1]) et 17,3 % des lycéens (IC_{95%} [9,6-27,8]) (p = 0,007).

Parmi eux, 18 (75 %) identifient un deuxième motif de passage ou de souffrance, 7 (29 %) un troisième, 2 (8 %) un quatrième et 1 (4 %) un cinquième (*Figure 7*).

Figure 7 : Plaintes ou motifs de passage associés à la souffrance d'origine scolaire



b) Harcèlement

7 jeunes (7 % IC_{95%} [2,9-13,9]) déclarent subir des harcèlements (71,4 % de harcèlement direct moral). 57 % d'entre eux sont des collégiens. Tous, sauf un, déclarent d'autres motifs de passage ou de souffrance associés. Tous, sauf deux, sont en souffrance du fait d'un conflit scolaire. (Figure 8).

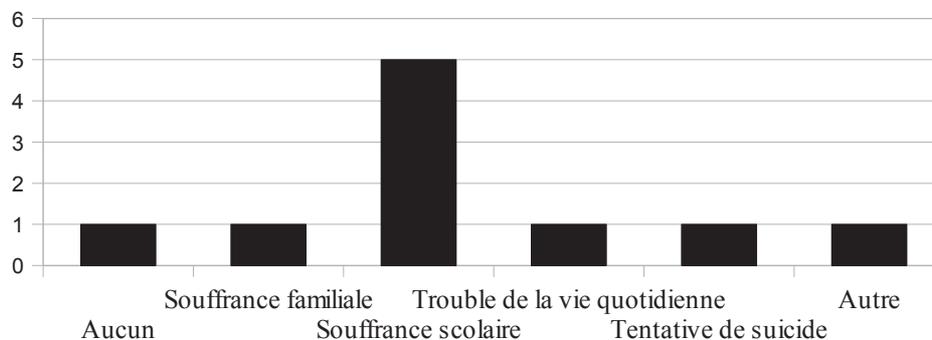
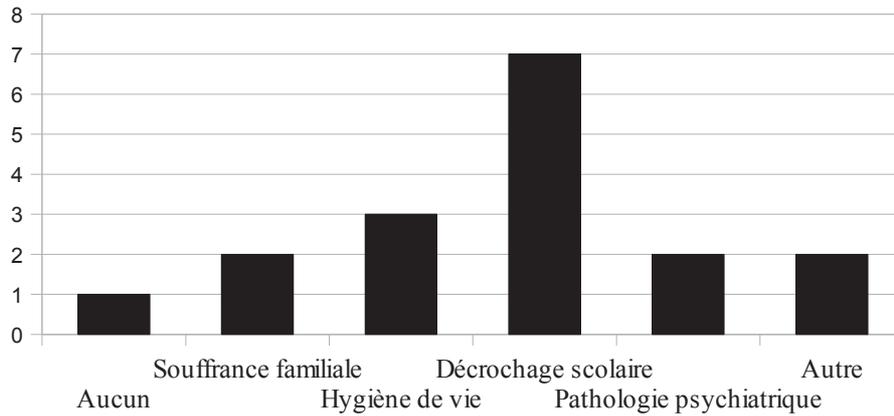


Figure 8 : Plaintes ou motifs de passage associés aux harcèlements (nombre de jeunes)

c) Absentéisme

9 jeunes (9 % IC_{95%} [4,2-16,4]) reçus à l'infirmerie pour un mal-être sont en situation d'absentéisme. Un seul d'entre eux est scolarisé au collège et tous, sauf un, ont d'autres motifs de passage ou de souffrance. Un décrochage scolaire est associé dans 77,8 % des cas (Figure 9).

Figure 9 : Plaintes ou motifs de passage associés à l'absentéisme (nombre de jeunes)



d) Décrochage scolaire

15 jeunes (15 % IC_{95%}[8,6-23,5]), dont 53,3 % de collégiens, sont adressés pour décrochage scolaire. Un seul l'est uniquement pour ce motif (*Figure 10*).

Les collégiens sont significativement plus en décrochage scolaire que les lycéens (32 % versus 9,3 %, p = 0,02).

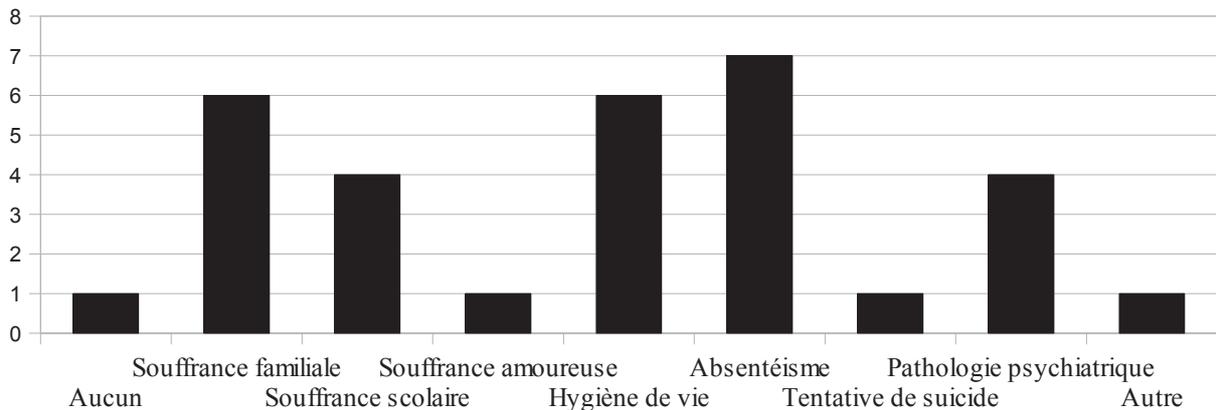


Figure 10 : Plaintes ou motifs de passage associés au décrochage scolaire (nombre de jeunes)

III.2.3 Souffrance d'origine amoureuse

11 jeunes (11 % IC_{95%}[5,6-18,8]), dont 81,8 % de lycéens, déclarent une origine amoureuse à leur souffrance ; 8 % des collégiens et 12 % des lycéens (p = 0,85).

En analyses univariée et multivariée, aucun facteur n'est retrouvé significativement associé à ce type de souffrance.

Parmi ces jeunes, cinq (45,5 %) identifient une deuxième origine à leur souffrance ou un

deuxième motif de passage et deux (18,2 %) un troisième. Un élève (9,1 %) déclare cinq plaintes ou motifs de souffrance (*Figure 11*).

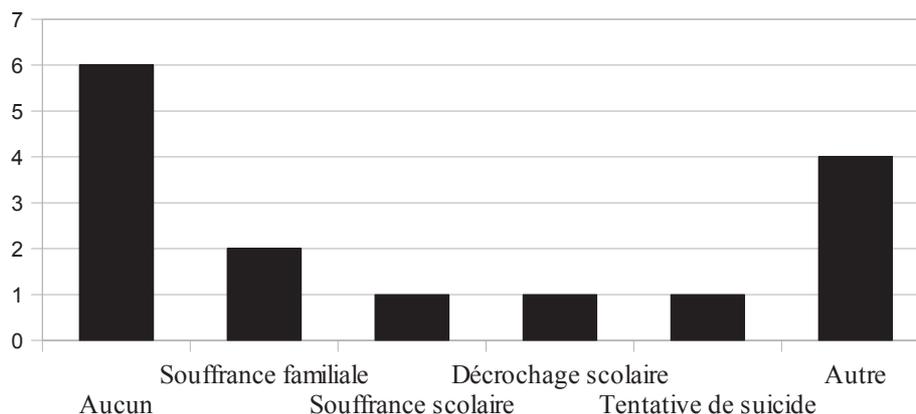


Figure 11: Plaintes ou motifs de passage associés à la souffrance d'origine amoureuse (nombre de jeunes)

Deux jeunes présentent une blessure à la main et un porte des scarifications. Un élève a eu une crise d'angoisse. L'élève ayant fait une tentative de suicide est adressé par les enseignants et décrit de multiples origines à sa souffrance (familiale, scolaire, amoureuse, ainsi qu'un décrochage scolaire). Un jeune est en souffrance du fait d'une grossesse non désirée.

III.2.4 Troubles de l'hygiène de vie

23 jeunes (23 % IC_{95%} [15,2-32,5]) déclarent présenter des troubles de leur hygiène de vie (sommeil, alimentation, stress) ; 32 % des collégiens (IC_{95%} [14,9-53,5]) et 18,7 % des lycéens (IC_{95%} [10,4-29]) (p = 0,16). En analyses univariée et multivariée, aucun facteur n'est significativement associé à ce type de souffrance.

La plupart des élèves souffrent de stress. Trois élèves (13 %) sont en souffrance du fait d'une obésité ou d'un surpoids.

18 élèves (78,3 %) identifient un deuxième motif de passage ou de souffrance, 8 (34,7 %) un troisième et 4 (17,4 %) un quatrième (*Figure 12*).

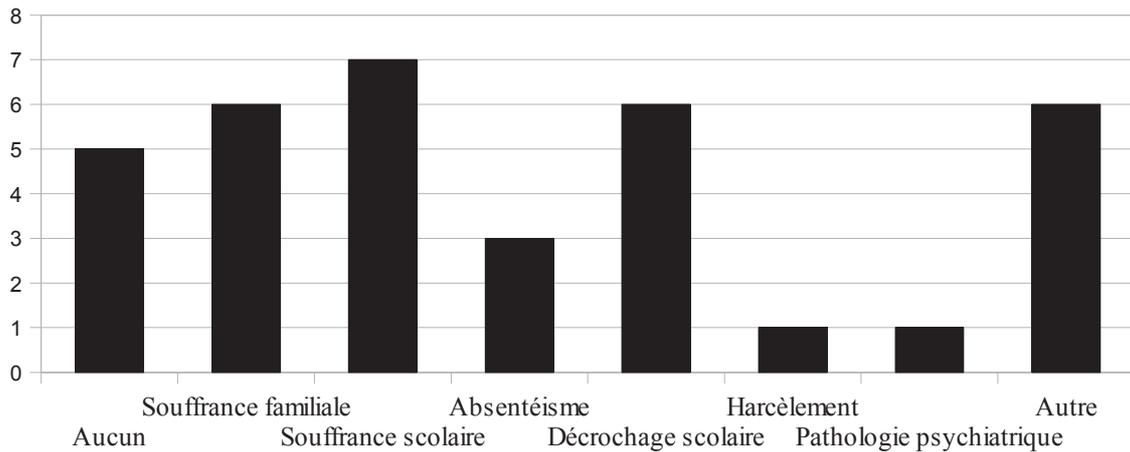


Figure 12 : Plaintes ou motifs de passage associés aux troubles de l'hygiène de vie (nombre de jeunes)

III.2.5 Pathologies psychiatriques et risque suicidaire

a) Pathologies psychiatriques

7 jeunes (7 % IC_{95%}[2,86-13,89]) souffrent d'une pathologie psychiatrique (2 % d'un trouble du comportement alimentaire, 2 % d'un trouble dépressif, 2 % de phobie scolaire et 1 % de trouble obsessionnel compulsif). Tous sont des lycéens. Un seul élève ne déclare aucun autre motif de passage ou de souffrance. Il venait consulter l'infirmière de l'établissement pour l'informer de sa pathologie, source de souffrance. Les motifs de souffrance associés sont détaillés dans le graphique ci-dessous (*Figure 13*).

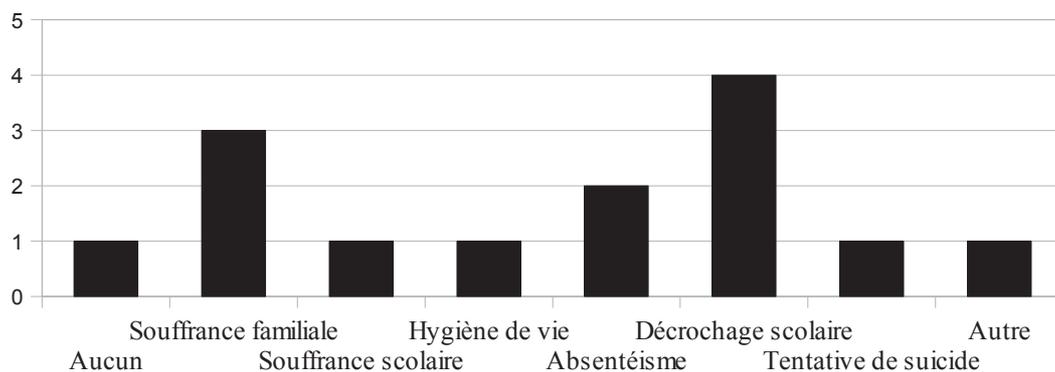


Figure 13 : Plaintes ou motifs de passage associés à la présence d'une pathologie psychiatrique (nombre de jeunes)

b) Tentatives de suicide

Dans l'échantillon, quatre jeunes (4 % IC_{95%} [1,1-9,9]) ont fait une tentative de suicide. 75 % d'entre eux sont des filles. Deux d'entre eux sont issus de milieux socio-économiques favorisés. Dans 75 % des cas les parents de l'élève sont en couple. 50 % des suicidants sont des lycéens. Ainsi, 2,7 % des lycéens de l'échantillon ont fait une tentative de suicide. Ces jeunes ont en moyenne 15,5 ans (+/- 2,52).

Pour un collégien, il s'agit d'une manipulation par un autre élève autour d'un projet de suicide collectif. Pour l'autre élève de collège, de multiples causes de souffrance sont associées. Pour l'un des lycéens concernés, la tentative de suicide s'inscrit dans une dépression sévère avec une souffrance d'origine familiale.

Tous les élèves concernés rapportent au moins une autre plainte : souffrance d'origine familiale, scolaire ou amoureuse, décrochage scolaire, harcèlement, dépression, symptômes physiques ou scarifications. 25 % des jeunes ont une pathologie psychiatrique associée.

c) Risque suicidaire

36 jeunes (36 % IC_{95%} [26,6-46,2]) présentent un risque suicidaire ; 40 % des collégiens et 34,7 % des lycées (p = 0,63). 10 jeunes (10 % IC_{95%} [4,9-17,6]) présentent un risque suicidaire reconnu (90 % de lycéens) et 26 (26 % IC_{95%} [17,7-35,7]) un risque suicidaire suspecté (65,3 % de lycéens).

La moyenne d'âge de ces élèves est de 15,56 ans (+/- 2,29). 77,8 % d'entre eux sont des filles. Les proportions d'élèves présentant un risque suicidaire ne diffèrent pas significativement entre les garçons et les filles (33,3 % versus 36,8 %, p = 0,75)

En analyses univariée et multivariée, l'origine familiale de la souffrance augmente significativement le risque suicidaire (OR = 4 IC_{95%} [1,5-10,4] p = 0,005). Il en est de même pour la présence de scarifications (OR = 32,9 IC_{95%} [3,8-288,7] p = 0,002).

De multiples motifs de passage ou de souffrance sont déclarés par ces jeunes (*Figure 14*). 61 % en déclarent au moins deux. 8 % d'entre eux ont une pathologie psychiatrique associée.

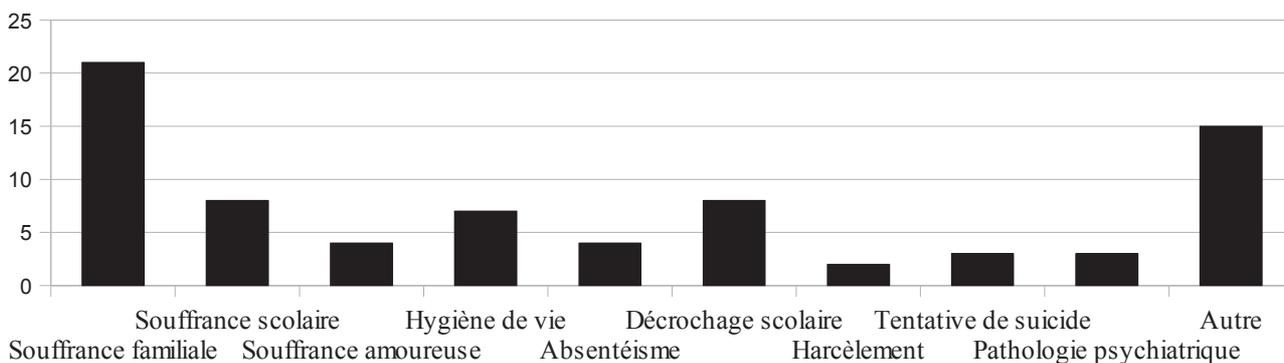


Figure 14 : Plaintes ou motifs de passage associés à un risque suicidaire suspecté ou reconnu (nombre de jeunes)

d) Scarifications

11 élèves (11 % IC_{95%} [5,6-18,8]) portent des scarifications. 90,9 % de ces élèves sont des filles et 54,5 % des élèves de collège. Les collégiens se scarifient significativement plus que les lycéens (24 % versus 6,7 %, p = 0,04). En revanche, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les garçons et les filles (4,2 % versus 13,2 %, p = 0,39). La moyenne d'âge de ces jeunes est de 14,27 ans (+/- 1,49).

En analyse univariée, être issu d'une famille de statut socio-économique élevé augmente significativement le risque de se scarifier (OR = 4 IC_{95%} [1,03-16,2] p = 0,05). Ce facteur n'est pas statistiquement significatif après ajustement sur les autres variables. En analyse multivariée, l'augmentation d'une année de l'âge diminue significativement le risque de se scarifier (OR = 0,64 IC_{95%} [0,44-0,95] p = 0,025). Au contraire, exprimer une envie suicidaire augmente significativement le risque de se scarifier (OR = 22,7 IC_{95%} [2,7-193] p = 0,004).

Les motifs de souffrance de ces jeunes sont variés et souvent multiples (*Figure 15*).

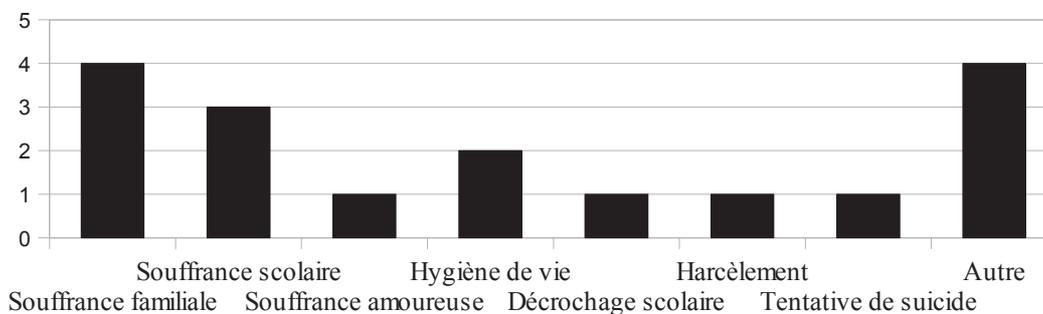
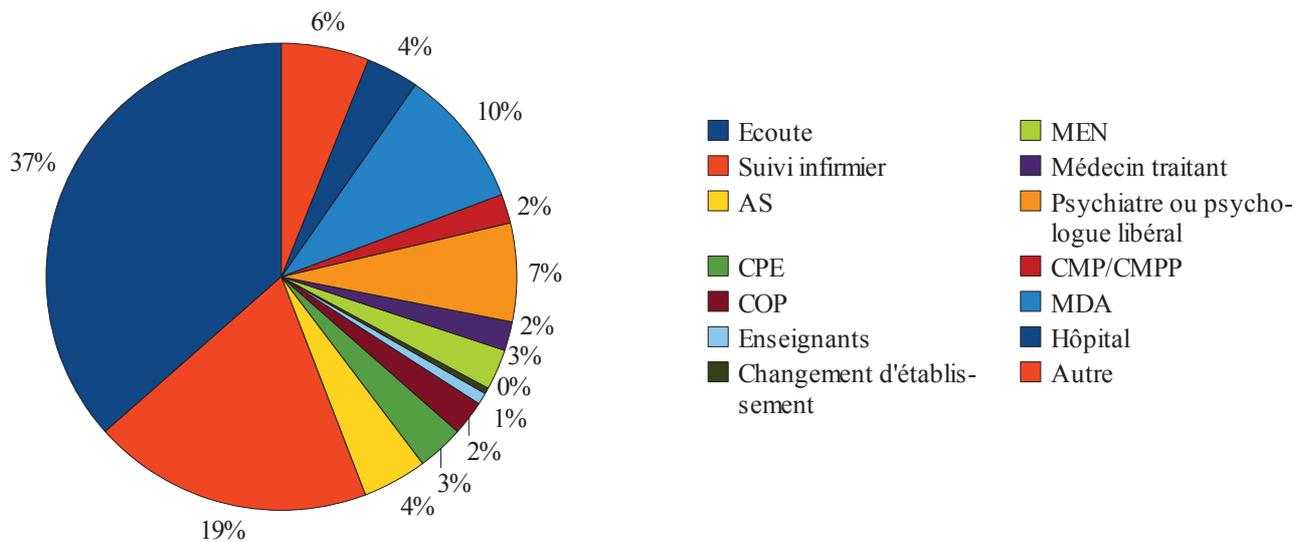


Figure 15 : Plaintes ou motifs de passage associés à la présence de scarifications (nombre de jeunes)

IV. Réponses apportées par l'infirmier de l'EN

IV.1. Description globale des réponses apportées

249 réponses au total ont été apportées aux jeunes venus consulter pour une souffrance psychique, soit en moyenne 2,5 réponses par jeune (+/- 1,17) (*Figure 16*). Le nombre médian de réponses est de 2 [min 1 – max 7].



*Figure 16 : Réponses et orientations apportées aux élèves par l'infirmier de l'EN
(% de jeunes ayant eu ces réponses)*

Les réponses classées autres sont de différents ordres : un soin physique ou médicamenteux, une évaluation infirmière, une orientation vers un éducateur, une demande de placement provisoire, une orientation vers un centre d'addictologie, un contact avec la famille, une intervention au sein de l'établissement (auprès des autres élèves de la classe ou à travers une commission de suivi).

Pour 91 jeunes (91 % IC_{95%}[83,6-95,8]), la réponse au motif de passage ou de souffrance consiste en une écoute active. Parmi ces réponses, 83,5 % sont associées à une autre réponse.

Dans 48 situations (48 % IC_{95%}[37,9-58,2]), la réponse comporte la mise en place d'un suivi par l'infirmier de l'EN. Ce suivi est toujours associé à une autre prise en charge : 26,5 %

uniquement à une écoute et 73,5 % à une orientation complémentaire, qu'elle soit interne à l'établissement scolaire ou vers un professionnel de santé extérieur (orientation associée à une écoute dans la plupart des cas).

Au total, 34 situations (34 % IC_{95%} [24,8-44,2]) ont nécessité une prise en charge uniquement infirmière, que ce soit par une écoute, un conseil, un suivi, un soin, un contact avec la famille. En analyses univariée et multivariée, la présence d'un risque suicidaire diminue la probabilité d'avoir une prise en charge uniquement infirmière (OR = 0,2 IC_{95%} [0,07-0,56] p = 0,003).

Pour 66 jeunes (66 % IC_{95%} [55,8-75,2]), une orientation vers un autre professionnel est proposée ; 14 % (IC_{95%} [7,9-22,4]) uniquement vers un professionnel interne à l'établissement scolaire (MEN, AS, professionnels de l'équipe éducative et pédagogique), 35 % (IC_{95%} [25,7-45,2]) uniquement vers un professionnel ou un centre de soins extérieurs (consultation dans le secteur libéral, CMP ou CMPP, MDA, établissement hospitalier ou mesure judiciaire), 17 % (IC_{95%} [10,2-25,8]) conjointement vers des professionnels internes et extérieurs à l'établissement scolaire.

IV.2. Orientation interne à l'établissement scolaire

31 % (IC_{95%} [22,1-41]) des prises en charge sont effectuées en interne. 54,8 % d'entre elles sont associées à une prise en charge à l'extérieur de l'établissement.

En analyse univariée, les jeunes ayant un suivi médical en cours sont plus fréquemment orientés vers un professionnel interne à l'établissement (OR = 2,5 IC_{95%} [1,03-6,05] p = 0,04). Ce facteur n'est pas statistiquement significatif après ajustement sur les covariables.

IV.2.1 Orientation vers le MEN

7 élèves, dont 2 collégiens et 5 lycéens, (7 % IC_{95%} [2,9-13,9]) font l'objet d'une orientation vers le MEN. Rapporté au nombre d'élèves de l'échantillon scolarisés dans un secteur disposant d'un MEN (36 élèves), ce taux s'élève à 19,4 % (IC_{95%} [8,2-36]).

Dans 5 cas sur 7, l'intervention du MEN est associée à une orientation extérieure et dans 5 cas sur 7 à une écoute et/ou un suivi infirmiers (*Figure 17*).

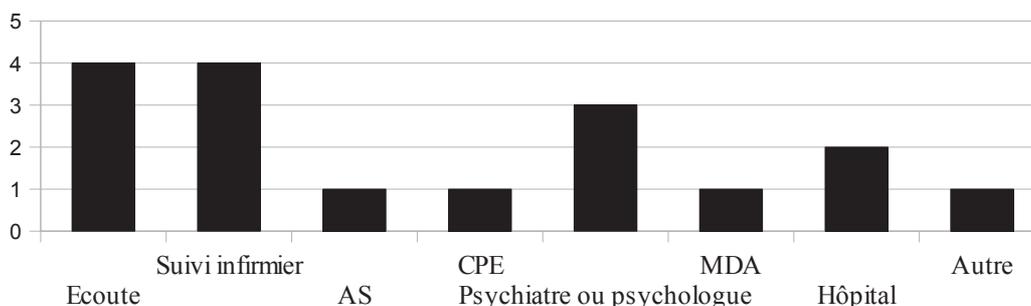


Figure 17 : Prise en charge associées à l'orientation vers le MEN (nombre de jeunes)

En analyses univariée et multivariée, aucun facteur n'est associé de manière significative à une orientation vers le MEN.

IV.2.2 Orientation vers l'AS

11 élèves (11 % IC_{95%} [5,6-18,8]) sont orientés vers l'AS ; 9,3 % des lycéens et 16 % des collégiens (p = 0,6). Tous ces élèves déclarent une origine familiale à leur souffrance. Cette orientation n'est jamais l'unique prise en charge (*Figure 18*). Une orientation extérieure est proposée à 36,4 % des élèves.

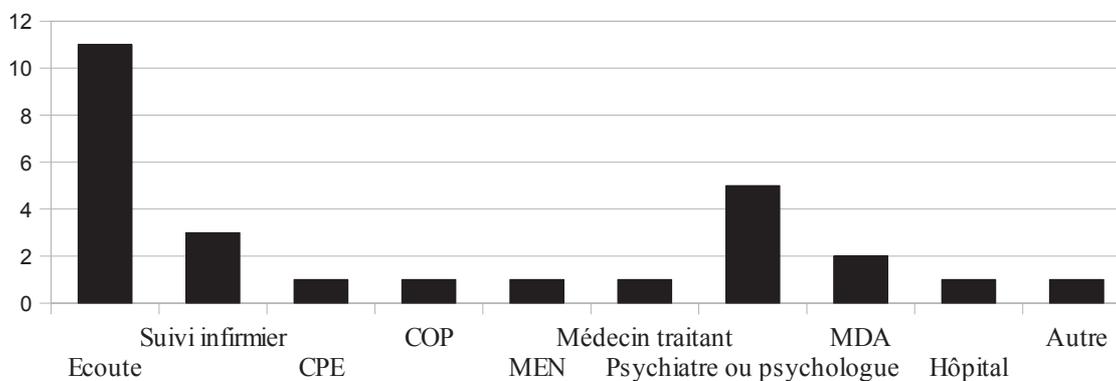


Figure 18 : Prises en charge associées à une orientation vers l'AS (nombre de jeunes)

IV.2.3 Orientation vers le COP

6 élèves, 4 collégiens et 2 lycéens, (6 % IC_{95%} [2,2-12,6]) sont orientés vers le COP. La souffrance de tous ces jeunes est liée au milieu scolaire.

Tous ces jeunes bénéficient d'une prise en charge infirmière. Dans 66,7 % des cas une prise en charge complémentaire, interne et/ou externe est proposée (*Figure 19*).

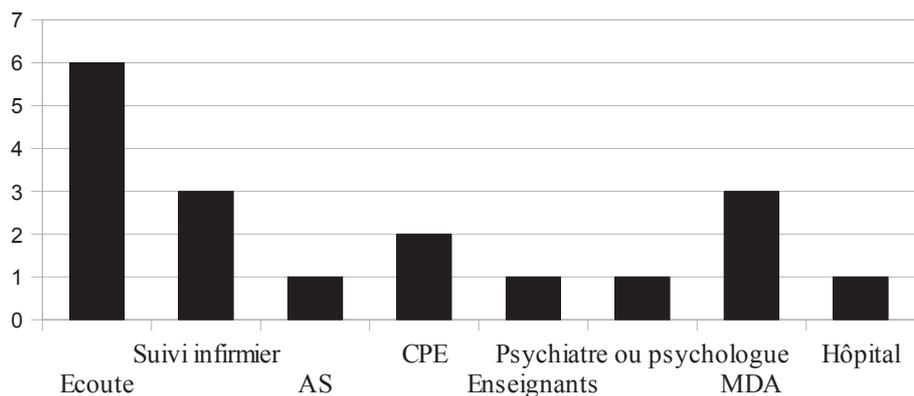


Figure 19 : Prises en charge associées à une orientation vers le COP (nombre de jeunes)

IV.2.4 Orientation vers les professionnels des équipes éducative et pédagogique de l'établissement

10 élèves (10 % IC_{95%} [4,9-17,6]) sont orientés vers un ou plusieurs professionnels des équipes éducative et pédagogique (2 vers les enseignants et 8 vers le CPE) ; soit 16 % des collégiens et 8 % des lycéens (p = 0,44). 80 % déclarent un conflit scolaire à l'origine de leur souffrance et/ou un décrochage scolaire.

Cette orientation n'est jamais l'unique prise en charge (*Figure 20*). Une orientation extérieure est proposée à 60 % des élèves.

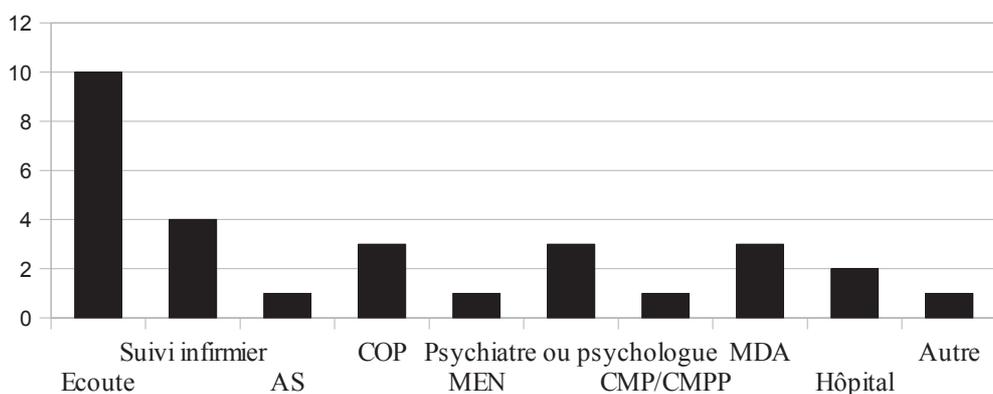


Figure 20 : Prises en charge associées à une orientation vers l'équipe éducative et pédagogique (nombre de jeunes)

IV.3. Orientation externe à l'établissement scolaire

52 jeunes (52 % IC_{95%} [41,8-62,1]) sont orientés à l'extérieur de l'établissement, vers un ou plusieurs professionnels ou établissements de soins (*Figure 21*).

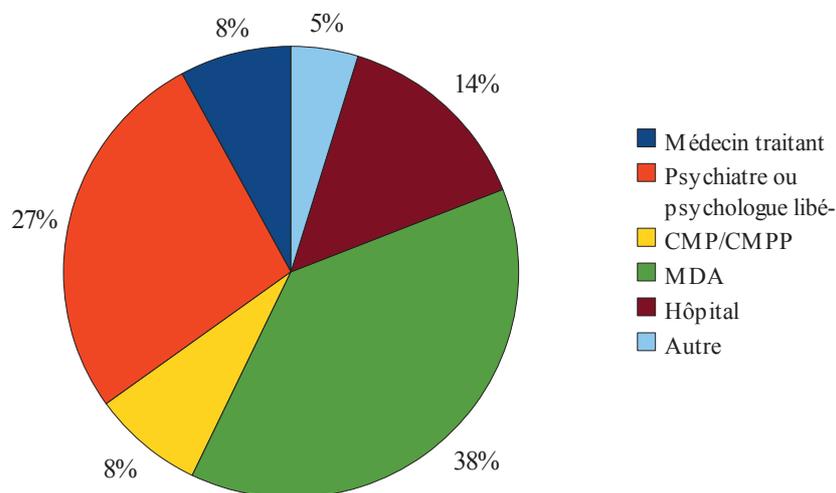
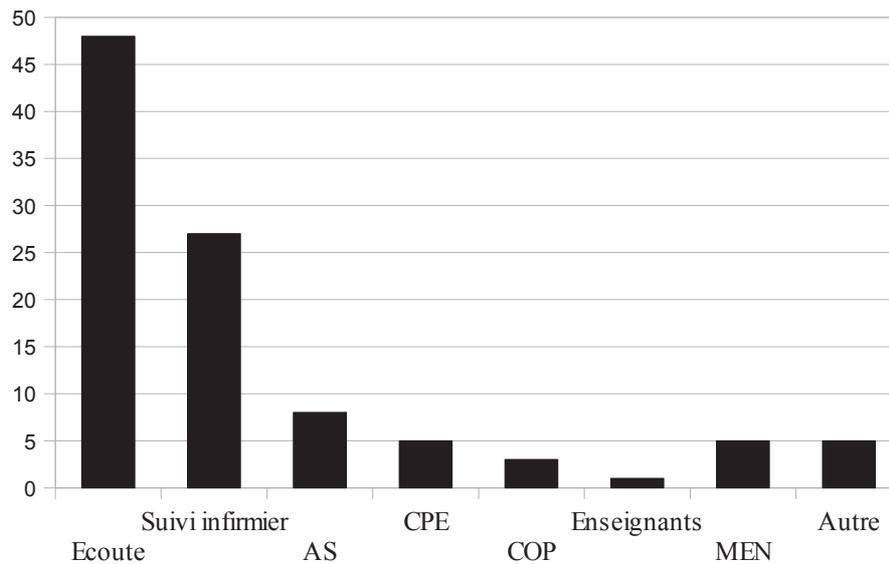


Figure 21 : Orientation vers des professionnels ou établissements de soins extérieurs à l'établissement scolaire (% de jeunes orientés vers ces professionnels extérieurs)

Les orientations extérieures classées “autres” sont de différents ordres : orientation vers l'éducateur, demande de placement provisoire ou orientation vers un centre d'addictologie.

Cette orientation est associée à une prise en charge par l'infirmier de l'EN dans 98,1 % des cas et à une orientation interne à l'établissement scolaire dans 32,7 % des cas (*Figure 22*).



*Figure 22 : Prises en charge associées à une orientation à l'extérieur de l'établissement
(nombre de jeunes)*

En analyse multivariée, les élèves internes dans l'établissement sont moins souvent orientés vers un professionnel ou un établissement de soins extérieurs que les élèves externes ou demi-pensionnaires (OR = 0,2 IC_{95%}[0,06-0,68] p = 0,01). Au contraire, ceux qui présentent un risque suicidaire sont plus souvent orientés vers un professionnel ou un établissement de soins extérieurs (OR = 4,5 IC_{95%}[1,7-11,9] p = 0,002).

IV.3.1 Orientation vers un professionnel libéral

38,5 % des jeunes orientés à l'extérieur le sont vers un ou plusieurs professionnels libéraux, soit 20 % de l'échantillon total. 32,7 % sont orientés vers un psychologue ou un psychiatre libéral et 9,6 % vers un médecin généraliste, soit respectivement 17 % et 5 % de l'échantillon total.

45 % des jeunes orientés vers un professionnel libéral sont des collégiens et 45 % sont scolarisés dans des établissements rouennais.

En analyse univariée, les jeunes à risque suicidaire sont plus fréquemment orientés vers un professionnel libéral (OR = 3,5 IC_{95%}[1,3-9,6] p = 0,02). Ce facteur ne ressort pas significatif après ajustement sur les covariables.

En analyse multivariée, les lycéens sont significativement moins souvent orientés vers un professionnel libéral que les collégiens (OR = 0,24 IC_{95%}[0,08-0,79] p = 0,02). Au contraire, ceux dont la souffrance est d'origine familiale sont plus souvent adressés vers un professionnel libéral (OR = 5,3 IC_{95%}[1,65-17,2] p = 0,005), tout comme ceux qui se présentent d'eux-mêmes à

l'infirmierie (OR = 5,2 IC_{95%} [1,46-18,8] p = 0,01).

IV.3.2 Orientation vers un centre de soins

73,1 % des jeunes orientés à l'extérieur le sont vers un centre de soins, soit 38 % de l'échantillon total. 46,2 % sont orientés vers la MDA, 9,6 % vers un CMP ou un CMPP et 17,3 % vers un établissement hospitalier, soit respectivement 24 %, 5 % et 9 % de l'échantillon total.

Les jeunes orientés en CMP ou CMPP sont tous des lycéens. Tous, sauf un, sont scolarisés dans des établissements non rouennais.

Parmi les 9 jeunes orientés vers un établissement hospitalier, 77,8 % sont des filles. 77,8 % sont scolarisés au lycée et la moyenne d'âge est de 15,2 ans (+/-1,39). 44,4 % ont un risque suicidaire reconnu et 33,3 % un risque suicidaire suspecté. Deux élèves portent des scarifications.

Parmi les 24 jeunes orientés à la MDA, 70,8 % sont des filles. 70,8 % sont scolarisés au lycée et 62,5 % dans des établissements rouennais. La moyenne d'âge est de 15,9 ans (+/- 1,56). Dans 62,5 % des cas, cette orientation est associée uniquement à une prise en charge infirmière. Les motifs de souffrance de ces jeunes sont multiples dans 54 % des cas (*Figure 23*).

En analyse univariée, les jeunes ayant déjà un suivi médical en cours sont moins souvent orientés vers la MDA (OR = 0,3 IC_{95%} [0,07-0,95] p = 0,04). Ce facteur n'est pas statistiquement significatif après ajustement sur les covariables.

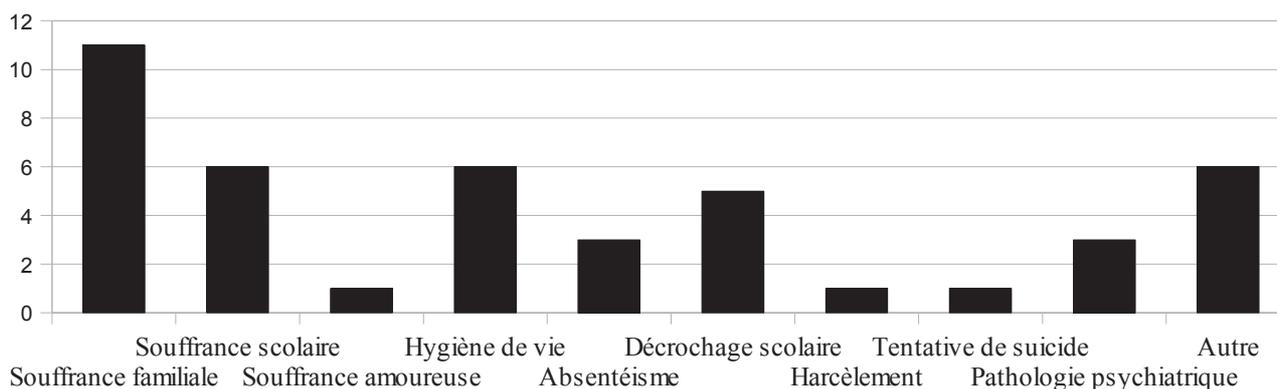


Figure 23 : Plaintes et motifs de passage des jeunes orientés vers la MDA (nombre de jeunes)

V. Attente des élèves consultant à l'infirmier de l'établissement

13 jeunes (13 % IC_{95%} [7,1-21,2]) n'attendent rien de cette consultation. Ils sont venus sur convocation ou par obligation de la part d'un professionnel de l'établissement scolaire. Les motifs de souffrance de ces jeunes sont variés et multiples pour 61,5 % d'entre eux (*Figure 24*).

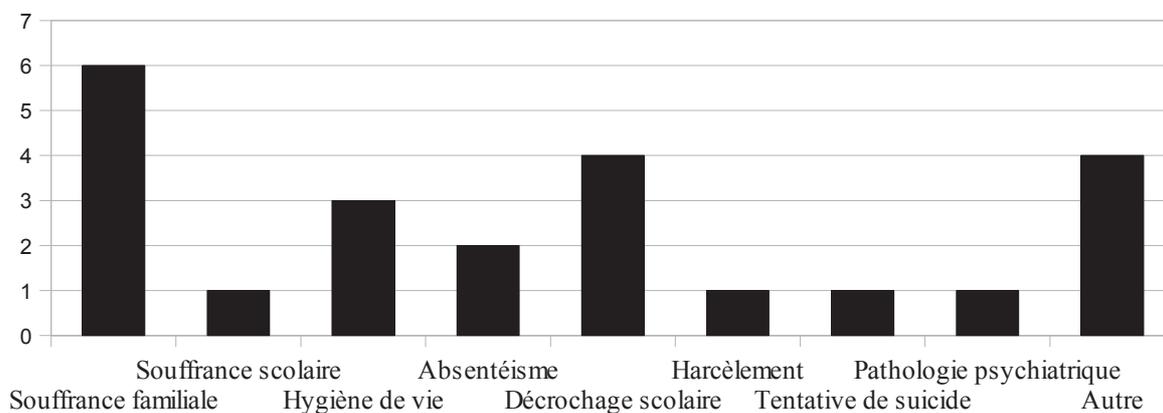


Figure 24 : Plaintes ou motifs de souffrance des élèves venus sans attente particulière à l'infirmier (nombre d'élèves)

Les 87 jeunes venus sans contrainte à l'infirmier, déclarent des attentes variées et multiples. 33,3 % (IC_{95%} [23,6-44,3]) déclarent au moins deux attentes. Au total, 120 attentes des jeunes ont été recueillies (*Figure 25*).

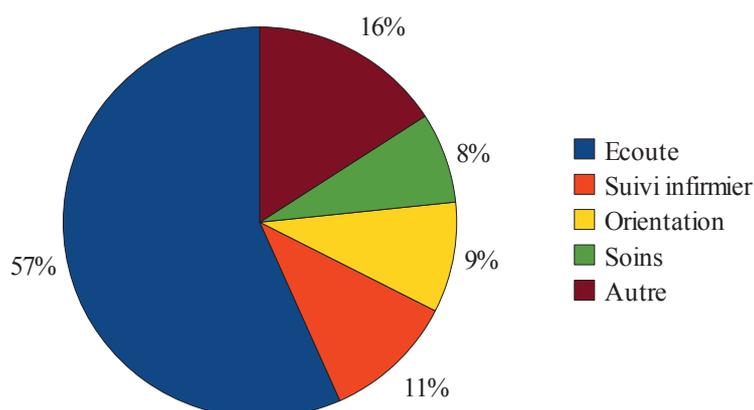


Figure 25 : Attentes des élèves de leur passage à l'infirmier (% de jeunes ayant ces attentes)

V.1. Prise en charge infirmière

90,8 % des jeunes venus avec une demande particulière (79/87) (IC_{95%} [82,7-95,9]) sollicitent une prise en charge infirmière (écoute, mise en place d'un suivi, soins).

Cette demande de prise en charge infirmière est associée de manière significative au mode d'entrée spontané (OR = 11,8 IC_{95%} [3,17-43,63] p = 0,0002), indépendamment du sexe, de l'âge, du statut dans l'établissement et des antécédents de passage à l'infirmierie.

V.1.1 Demande d'écoute, de conseils, de soutien

68 jeunes (78,1 % IC_{95%} [68-86,3]) attendent une écoute, un conseil, un soutien. Cette demande est l'unique attente pour 43 d'entre eux (63,2 %). Tous ces jeunes ont reçu l'écoute attendue.

67,4 % de ceux qui ne demandent qu'une écoute ont reçu une prise en charge complémentaire (suivi par l'infirmier de l'EN ou orientation interne ou externe à l'établissement scolaire).

V.1.2 Demande de suivi infirmier

13 jeunes (14,9 % IC_{95%} [8,2-24,2]) attendent un suivi par l'infirmier de l'EN. 92 % ont obtenu le suivi recherché. 84,6 % de ces jeunes ont plusieurs attentes. 69,2 % de ces élèves ont reçu une proposition d'orientation (interne ou extérieure à l'établissement scolaire) associée à la prise en charge infirmière.

V.1.3 Demande de soins infirmiers

9 jeunes (10,3 % IC_{95%} [4,8-18,7]) demandent des soins infirmiers (prise médicamenteuse ou soins techniques). 66,7 % n'attendent rien d'autre que ces soins. Pour tous ces jeunes, une prise en charge complémentaire est proposée, par une écoute ou par la mise en place d'un suivi infirmier, d'une orientation interne ou d'une orientation externe à l'établissement.

V.2. Demande d'orientation vers un professionnel ou un établissement de soins

11 jeunes (12,6 % IC_{95%} [6,5-21,5]) souhaitent une orientation vers un professionnel ou

un établissement de soins. 90,9 % de ces demandes sont associées à une demande complémentaire, majoritairement une prise en charge infirmière.

V.3. Autres demandes

Les attentes classées autres sont de différents types : demande ou transmission d'informations, repos ou éviction scolaire, solution concrète à un conflit ou à la souffrance, aide pour prendre un rendez-vous ou pour contacter la famille, placement provisoire ou encore les cours du CNED.

Ce type de demande concerne 19 jeunes (21,8 % IC_{95%} [13,7-32]) et est unique dans 31,6 % des cas.

E] Discussion

I. Discussion des résultats et confrontation à la littérature

I.1. Caractéristiques des jeunes et composition de l'échantillon

I.1.1 Répartition par classe de niveau

Dans cette étude, les lycéens sont plus nombreux à être en situation de mal-être que les collégiens (75 % des élèves de l'échantillon sont des lycéens). La population cible étant composée d'une majorité de lycéens, il n'est pas surprenant de retrouver plus de lycéens que de collégiens dans l'échantillon. Cependant, la répartition des lycéens et des collégiens dans l'échantillon (respectivement 75 % et 25 %) n'est pas la même que dans la population source (respectivement 64 % et 36 %). Cette étude suggère donc que les lycéens sont plus souvent en situation de souffrance psychique que les collégiens ou du moins qu'ils viennent plus souvent l'exprimer auprès de l'infirmier de leur établissement scolaire.

Les jeunes les plus touchés sont ceux scolarisés en classes de 4ème et de 3ème au collège et en classes de 2nde et de 1ère au lycée. Ceci s'explique en partie par le fait que les élèves des classes de 6ème et de 5ème ne sont pas encore entrés complètement dans l'adolescence et que les élèves des classes de terminale sont parfois déjà sortis de la période de crise d'adolescence. Le développement même du jeune est également à prendre en compte. Au début du collège, les jeunes sont encore très attachés à leurs parents qui sont alors leurs principaux interlocuteurs. Au contraire, les jeunes en fin de lycée sont en recherche d'indépendance, notamment vis-à-vis de leurs parents et ont besoin de se confier à une tierce personne (1,2,3,4).

I.1.2 Répartition selon le sexe

La répartition filles/garçons de l'échantillon suggère que les filles sont plus souvent en situation de mal-être que les garçons, ou du moins qu'elles l'expriment plus que ces derniers (76 % des élèves de l'échantillon sont des filles). Ceci concorde avec la littérature qui décrit, d'une part une moins bonne estime de soi chez les filles que chez les garçons (26), et d'autre part des taux plus élevés de troubles du comportement alimentaire, de fugue ou de détresse psychologique chez les filles (3,39). Cependant la population source de cette étude est constituée d'une majorité de filles, notamment pour les lycéens, du fait des filières technologiques intéressant une population féminine

enseignées dans un LGT accueillant un grand nombre d'élèves. Il s'agit ici d'un biais de sélection.

1.1.3 Statut socio-économique et marital des parents

Dans notre échantillon, les jeunes ont plus souvent des parents divorcés ou seuls (55 %) qu'en 2010 (26,3 %). La proportion de foyers au sein desquels les deux parents ne travaillent pas (17,4 %) est nettement supérieure à celle retrouvée en 2010 parmi les collégiens (1,1 %) (73). Bien que tous les milieux socio-économiques soient représentés dans la population d'étude, les catégories socio-professionnelles prédominantes sont celles des ouvriers et des employés. Globalement les élèves sont issus de milieux socio-professionnels moins favorisés que dans la littérature : 24,6 % de jeunes de cet échantillon sont issus de foyers dont la catégorie socio-professionnelle la plus haute est intermédiaire ou haute versus 60 % des collégiens en 2010 (73). Les taux, parfois élevés, d'élèves boursiers dans les établissements inclus témoignent d'une population plus fragile.

Les infirmiers rencontrés décrivent des populations fragilisées dans certaines zones géographiques, vivant dans une grande misère sociale, voire dans des situations de maltraitance. Cette misère sociale n'entraîne pas nécessairement de souffrance psychique. Elle fait partie du quotidien des jeunes et ils y sont habitués. Cette étude ne permet pas de mettre en évidence de lien entre niveau socio-économique et soutien familial apporté aux élèves. Cependant plusieurs infirmiers de l'EN insistent sur l'importance du soutien et de la collaboration des familles dans la prise en charge et l'accompagnement des élèves en souffrance. Les professionnels de l'EN travaillent à ne pas exclure les parents de la prise en charge des jeunes. Ils ont un souci particulier des parents. Ils cherchent à les soutenir dans leur rôle de parents et à respecter leur place auprès de leur enfant. Or, dans de nombreuses situations, les familles sont absentes, inaccessibles ou simplement fragiles. Cette fragilité entraîne des retards à la prise en compte de la souffrance du jeune et un allongement du délai de réactivité face à cette souffrance. Il s'agit alors de développer différentes stratégies pour solliciter les parents. L'infirmier de l'EN peut accompagner les familles dans la prise de rendez-vous et parfois tenir le rôle de médiateur entre les parents et l'adolescent. Ce lien avec les familles doit être fait par les professionnels de santé (infirmiers de l'EN et MEN) lorsqu'il s'agit d'un problème de santé. Il peut l'être aussi par les professionnels des équipes éducatives, pédagogiques et de direction lorsqu'il s'agit de problèmes liés à la scolarisation.

1.1.4 Consommations de substances et addictions

24 % des élèves, tous des lycéens, sont en situation de tabagisme régulier. Ceci

concorde avec les données de la littérature dans lesquelles 23,6 % des 15-19 ans et 30 % des jeunes de 17 ans fument régulièrement (32,33). L'usage quotidien du tabac concerne un collégien sur six, essentiellement ceux de 4ème et de 3ème (34). Plus de la moitié des collégiens de notre échantillon sont en classe de 4ème et de 3ème. Les collégiens inclus dans cette étude sont donc moins souvent en situation de tabagisme. Dans la littérature, l'usage du tabac semble être lié aux conditions de vie, avec une consommation plus élevée parmi les collégiens ayant déjà redoublé et parmi ceux vivant au sein d'une famille monoparentale (34). Chez les plus âgés, un usage anxiolytique de la cigarette est également supposé. L'usage de la cigarette peut ainsi être initié ou augmenté dans une situation de mal-être.

7 % des jeunes de l'échantillon déclarent consommer régulièrement de l'alcool. Ils sont tous des lycéens. Ce taux est plus élevé que ceux retrouvés dans la littérature : 2,5 % des 15-30 ans et moins de 1 % des jeunes de 17 ans ont une consommation quotidienne d'alcool (33,35). Cependant dans cette étude, les consommations quotidiennes n'ont pas été distinguées des consommations régulières. De même, aucune question à propos des ivresses ou de l'expérimentation n'a pas été directement posée. Or, chez les jeunes, ces comportements sont plus fréquents qu'une réelle consommation régulière. D'ailleurs, les données de la littérature portent avant tout sur ces questions (3,33,34,35). Ainsi en 2010, 38,6 % des 15-30 ans ont eu une consommation ponctuelle importante dans l'année et 25,5 % en ont eu une par mois (35). En 2011, près de 80 % des jeunes de 17 ans consomment de l'alcool une fois par mois et 10 % plus de dix fois par mois (33).

Aucune consommation d'alcool n'a été observée chez les collégiens de notre échantillon. Dans la littérature, même si le collège n'est pas le lieu d'une expansion massive de la consommation d'alcool, une augmentation de la fréquence des consommations est notée à partir de la classe de 3ème. De plus, tous niveaux confondus, un collégien sur six a déjà eu une ivresse alcoolique. Au collège, l'expérimentation de l'alcool et l'ivresse sont positivement liées au sexe masculin, à la situation familiale (recomposée, monoparentale ou autre) et au niveau de scolarisation (34). Comme pour le tabagisme, de telles consommations peuvent être des marqueurs de situation de mal-être.

Il existe plusieurs biais dans le recueil des données concernant les consommations d'alcool. En effet, à l'adolescence, cette consommation a lieu principalement en groupe le week-end, lors de fêtes entre amis, dans un domicile privé (3,35). Ces consommations n'étant pas visibles au sein de l'établissement, l'infirmier n'a pas pu confirmer ou infirmer la réponse de l'élève. En outre, une consommation occasionnelle d'alcool a pu être prise en compte comme une addiction.

Enfin, dans la littérature, l'âge moyen de la première ivresse (18,1 ans chez les garçons et 20,1 ans chez les filles) (35) est plus élevé que l'âge moyen des élèves de l'échantillon (15,8 ans).

Il est donc peu surprenant que la consommation d'alcool soit moins fréquente dans cette étude.

La consommation de cannabis est plus faible dans cet échantillon que dans la littérature. De même que pour la consommation d'alcool, les analyses de la littérature distinguent l'expérimentation de l'usage actuel ou régulier et il est difficile de faire des comparaisons. Dans notre échantillon, 4 % des collégiens et 9 % des lycéens sont concernés par la consommation de cannabis. Or en 2010, l'usage du cannabis concernait près d'un collégien de 3ème sur quatre (3,34) et 48,6 % des 15-19 ans avaient accès au cannabis. En 2011, 41,5 % des jeunes de 17 ans étaient concernés par l'expérimentation du cannabis (33,36). Chez les collégiens, l'expérimentation et l'usage régulier de cannabis sont positivement liés au sexe masculin, au redoublement, à la situation familiale (recomposée, monoparentale ou autre), à la classe (3ème versus 4ème) (34). Comme pour les autres substances, ces consommations peuvent être des marqueurs d'une situation de mal-être.

Les conséquences de la consommation de cannabis sont problématiques tant sur la motivation, l'investissement des apprentissages que sur les capacités de concentration et de mémorisation (5). Les signes visibles sont donc une baisse du rendement scolaire et des résultats, une baisse de l'attention et un absentéisme. Dans cette étude, aucun lien de ce type n'a pu être mis en évidence compte tenu du faible nombre de jeunes consommant du cannabis.

Une addiction de plus en plus fréquemment retrouvée chez les jeunes est celle concernant les écrans (télévision, ordinateur, téléphone portable, etc). Une utilisation abusive a été retrouvée chez 2 % des jeunes de l'échantillon. Ce taux est beaucoup plus faible que ceux retrouvés dans la littérature où il est décrit que plus de 90 % des jeunes collégiens passent plus de 2 heures par jour devant un écran (37). Cependant, le recueil de cette donnée présente les mêmes limites que les données précédentes. Cette étude ne permet pas d'évaluer le taux de jeunes en situation d'utilisation abusive voire d'addiction aux écrans.

Quelle que soit le type de substance, l'évaluation d'une consommation ou d'une utilisation abusive est difficile au cours d'un unique entretien. Le temps a pu faire défaut au professionnel pour l'évaluer. De plus le jeune peut être réticent à aborder ce sujet. Ainsi les données recueillies ne reflètent que partiellement la réalité.

1.1.5 Prises en charge en cours

Une part non négligeable des jeunes en souffrance (19 %) bénéficie déjà d'une prise en

charge psychiatrique ou psychologique (en libéral ou à la MDA). De même, la plupart des jeunes de l'échantillon (74 %) étaient déjà connus de l'infirmier de l'EN. Ces résultats concordent avec les données de la littérature indiquant que le mal-être se manifeste dans des endroits divers, sous de multiples facettes et qu'il nécessite un diagnostic, une prise en charge ainsi qu'un suivi et un accompagnement pluridisciplinaires et prolongés (44).

I.2. Recours à l'infirmier de l'EN

I.2.1 Recours spontané

Le mode de recours à l'infirmier de l'établissement scolaire est le plus souvent spontané. Les jeunes identifient l'infirmier comme un professionnel de santé auquel ils peuvent avoir recours spontanément et en qui ils peuvent avoir confiance. La place particulière de l'infirmier de l'EN dans l'environnement des élèves favorise le lien entre ce professionnel de santé et les élèves. Ce lien est renforcé par le secret professionnel auquel, en tant que professionnel de santé, l'infirmier de l'EN est lié. Il est intéressant de souligner que, dans cette étude, aucun facteur n'influence le recours spontané des élèves à l'infirmier. Ainsi les élèves viennent rencontrer l'infirmier de leur établissement scolaire quels que soient leurs caractéristiques socio-démographiques, leur statut dans l'établissement (interne ou non), le motif de leur souffrance, un suivi médical déjà en cours ou encore une addiction.

L'infirmier est un lieu où les élèves savent qu'ils pourront être accueillis, écoutés et aidés, loin des exigences de présence et de résultats. C'est un lieu reconnu par les élèves comme l'espace d'écoute confidentiel et anonyme dont ils ont besoin au cours de cette période de changements qu'est l'adolescence. Pour les infirmiers rencontrés, il est important de bien connaître les élèves et d'avoir un premier contact positif avec eux. Ce premier contact permet d'établir une relation de confiance avec l'élève, relation nécessaire pour qu'il ose revenir par la suite.

I.2.2 Orientation par d'autres professionnels internes à l'établissement scolaire

30 % des jeunes sont adressés par les professionnels des équipes éducatives, pédagogiques et de direction. Certains de ces professionnels sont attentifs aux signes de souffrance des élèves. Ils se sentent concernés par les problèmes des jeunes et vont les signaler aux professionnels de santé. Cependant, un certain nombre d'enseignants ne se sentent pas à l'aise avec cette problématique, parce qu'ils ne sont pas formés pour répondre à de telles situations, parce qu'ils

considèrent que cela ne rentre pas dans le cadre de leurs missions ou parce qu'ils sont eux-mêmes fragiles (42,43,64). Le rôle des professionnels de santé dans les établissements scolaires prend donc toute son importance dans la sensibilisation, l'accompagnement et la formation des enseignants. Les infirmiers rencontrés décrivent des relations variables avec les enseignants. Néanmoins les enseignants tiennent une place privilégiée dans le repérage. Ils portent sur l'élève un regard complémentaire dont les professionnels de santé ont besoin. Pour beaucoup d'infirmiers, il est important d'entretenir des échanges réguliers avec les membres de l'équipe éducative (CPE et assistants d'éducation) et de bien collaborer avec tous les professionnels de l'établissement scolaire.

I.3. Plaintes des élèves et motifs de passage à l'infirmierie

Les plaintes des jeunes ou motifs de consultation sont souvent multiples. Près de la moitié des élèves de l'échantillon en déclare au moins deux. Les motifs de passage les plus fréquents sont familiaux (42,6 %), liés à la scolarité (38,6 %) et liés à l'hygiène de vie (22,8 %).

I.3.1 Souffrance d'origine familiale

L'adolescence est la période où le jeune construit sa personnalité. Il est encore attaché aux adultes, à ses parents mais il cherche de plus en plus à trouver et à manifester son indépendance vis-à-vis d'eux (1). Il est ainsi observé une diminution progressive avec l'âge de la qualité des rapports et du dialogue avec les parents (16). L'adolescent reste cependant très sensible à cet environnement parental. Les jeunes sont affectés par les problèmes de leurs parents, quels que soient leur âge et leur sexe. C'est ce que souligne cette étude par le lien entre le statut "divorcé" ou "seul" des parents et la souffrance d'origine familiale.

L'expérience de terrain révèle que les jeunes sont affectés par l'état de mal-être de leurs parents et par les conflits existants entre eux. C'est également ce que relatent les infirmiers rencontrés. Les jeunes sont de plus en plus confrontés aux problèmes des adultes. Ils portent et supportent beaucoup de situations parentales problématiques. Les jeunes sont de plus en plus parentalisés, confrontés à des conflits qui durent longtemps et tiraillés par des situations complexes. 10 % des jeunes de l'échantillon ne voient ou ne connaissent qu'un seul de leurs deux parents. Ils sont inscrits dans l'établissement scolaire par l'un deux et le deuxième ne se manifeste pas. Ce manque d'équilibre a un impact sur le jeune qui ne retrouve pas la relation triangulaire nécessaire à son développement. Les jeunes ont besoin de repères stables et fiables. Ils peuvent chercher ces repères auprès des professionnels de santé comme auprès des professionnels des équipes éducatives,

pédagogiques ou de direction de leur établissement scolaire. Ils sont également en recherche affective et peuvent trouver une réponse auprès des infirmiers de l'EN.

1.3.2 Souffrance liée à la scolarité

Les jeunes passent plus de la moitié de leur journée dans l'établissement scolaire. Il n'est donc pas surprenant que ce lieu cristallise une grande partie de leurs problèmes. De plus, les relations avec les pairs sont primordiales à cette étape de la vie. C'est à travers elles que le jeune acquiert son autonomie relationnelle (17). Plusieurs analyses des données de l'enquête HBSC ont montré l'importance d'une bonne intégration dans le groupe de pairs. Celle-ci entraîne moins de symptômes anxio-dépressifs, une moindre vulnérabilité, une plus grande entente avec leurs parents et une plus grande appétance pour l'école. Au contraire, chez les adolescents solitaires, on observe une plus mauvaise estime de soi, une appréciation de la vie plus négative avec une augmentation des sentiments dépressifs et une probabilité plus grande d'être victime de brimades.

Selon la personnalité du jeune et selon son environnement, des situations de conflits ou de harcèlements peuvent altérer les relations avec les pairs et devenir une source de souffrance. Ce phénomène est amplifié par le développement des nouvelles technologies de communication et l'essor des réseaux sociaux où toute intimité est dévoilée, toute information diffusée largement, sans respect ni pudeur. Dans cette étude, seul le harcèlement a été analysé distinctement des autres formes de conflits ou de violence. Le type de harcèlement le plus souvent déclaré est direct moral. Le taux d'élèves déclarant subir des harcèlements (6,7 %) est moindre que dans la littérature (35,6 % des collégiens en 2010) (22). De même, 40 % des élèves se déclarent victimes de cyber-violence, 20,3 % destinataires de messages téléphoniques humiliants, 6 % victimes de cyber-harcèlement (74). La cyber-violence demeure un problème d'actualité. Elle recouvre des phénomènes et des réalités variés. Les jeunes ont besoin d'être guidés pour reconnaître les risques de certains usages du numérique. L'école a la mission de les éclairer sur ces points et d'apporter des réponses à leurs questions (75).

L'absentéisme et le décrochage scolaire (respectivement 8,9 % et 14,5 % dans l'échantillon) sont plus souvent une conséquence du mal-être des jeunes qu'une réelle plainte de l'élève (42). Ces éléments interpellent les professionnels des équipes éducatives et pédagogiques et entraînent une rencontre avec l'élève et éventuellement sa famille ou une orientation vers les professionnels de santé de l'établissement. Il s'agit donc plutôt d'un point d'appel, d'un signal d'alarme. Ces deux éléments sont souvent associés, en un cercle vicieux.

Enfin, dans cette étude, les lycéens sont moins affectés par ce type de souffrance que les

collégiens. Ceci concorde avec les données de la littérature qui montrent que les jeunes scolarisés en classe de 2nde sont plus nombreux à déclarer aimer l'école que ceux scolarisés en classe de 3^ème (21).

1.3.3 Troubles de l'hygiène de vie

Plus d'un jeune sur cinq déclare des troubles de l'hygiène de vie. Cet item regroupe les troubles du sommeil et de l'alimentation, ainsi que le stress. Le questionnaire ne demandant pas de préciser le type de trouble dont souffrait le jeune, aucune analyse détaillée de cette plainte n'a pu être effectuée. Quelques informations complémentaires ont cependant été renseignées. Elles révèlent que 3 % des élèves sont en souffrance du fait d'une obésité ou d'un surpoids. Le pourcentage de jeunes en surpoids ou obèses est nettement plus élevé dans la littérature (14,3 % en 2006 (25) et 10,6 % en 2010 (26)). Cette enquête ne s'attachant pas à repérer le nombre d'élève en surpoids ou obèses, il est possible que ce pourcentage sous-estime la réalité. De plus, tous les jeunes ne sont pas nécessairement en souffrance du fait de leur poids.

Des comportements de contrôle du poids, fréquents à l'adolescence, peuvent aboutir à un rapport compulsif à l'alimentation. Ainsi en 2010, 23 % des jeunes de poids normal ou insuffisant s'estimaient un peu ou trop gros et avaient des comportements de contrôle de leur poids. 7,1 % des 15-19 ans déclaraient avoir souvent mangé en cachette au cours de l'année. 48 % déclaraient avoir déjà mangé énormément avec de la peine à s'arrêter et 17,1 % déclaraient avoir déjà redouté de commencer à manger par peur de ne pas pouvoir s'arrêter (76). Ces troubles du comportement alimentaire sont fréquemment associés à des troubles psychologiques (détresse, souffrance psychique). Les collégiennes sont également plus nombreuses que les garçons à suivre un régime ou à estimer avoir besoin de perdre du poids. L'idéal du corps mince promu par la société affecte beaucoup les adolescents. Ainsi, 30 % des collégiens se trouvent un peu ou beaucoup trop gros, plus souvent les filles que les garçons. Il y a une augmentation de cette proportion avec l'âge chez les filles (26).

Enfin, le stress, retrouvé fréquemment chez les jeunes dans cette étude, est avant tout un signe de souffrance psychique plutôt qu'une cause de souffrance.

Dans cette étude, aucun facteur n'est lié à ce type de souffrance. Les jeunes sont touchés par ces problèmes quelles que soient leurs caractéristiques socio-démographiques.

1.3.4 Souffrance d'origine sentimentale

Une origine sentimentale à la souffrance est décrite par 1 jeune sur 10. Ces jeunes sont des lycéens pour la plupart. La proportion de jeunes confrontés à une grossesse non désirée dans cette étude est similaire à celle de la Haute-Normandie (environ 1 %).

Tout comme les relations amicales avec les pairs, la relation amoureuse est une dimension importante de l'adolescence. Au cours de cette période, il existe un essor des relations amoureuses et des relations sexuelles. L'enquête HBSC montrait qu'en 2010, 75 % des jeunes de 3ème et de 4ème déclarent avoir déjà eu une relation amoureuse (29). Ces relations amoureuses ne sont pas toujours une source de souffrance. Cependant, la souffrance liée à la relation amoureuse peut être grave. Elle peut s'associer à des comportements auto-agressifs (blessures par coup, scarifications ou tentatives de suicide) comme dans cette étude. Cependant, aucun facteur significativement associé à ce type de souffrance n'a été mis en évidence.

1.3.5 Pathologies psychiatriques et risque suicidaire

7 % des jeunes de l'échantillon souffrent d'une pathologie psychiatrique. Les types de pathologies et leurs prévalences concordent avec la littérature, notamment en ce qui concerne les troubles du comportement alimentaire qui touchent 2 % des jeunes de notre étude et entre 1 % et 4 % dans la littérature (3). Il en est de même pour la phobie scolaire qui touche 2 % des jeunes de cette étude et 1 % dans la littérature (52). Au contraire, la littérature décrit plus de jeunes souffrant de dépression (5 à 7 %) (3,13) que cette étude (2 %).

35,6 % des jeunes ont été évalués par les infirmiers comme ayant un risque suicidaire, reconnu ou suspecté et plus de 10 % des jeunes portent des scarifications.

Dans notre étude, 2,7 % des lycéens ont fait une tentative de suicide. Ce pourcentage concorde avec la littérature. En 2010, 2 % des femmes de 15 à 19 ans ont fait une tentative de suicide au cours de l'année. 57 % des suicidants de 15 à 19 ans ne souhaitaient pas mourir. Ce geste constitue un appel à l'aide (47).

Dans la littérature, les principaux facteurs de risque associés aux tentatives de suicide chez les hommes sont le fait d'avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie ainsi que d'autres violences au cours des 12 derniers mois. Chez les femmes, les facteurs de risque de tentative de suicide décrits sont l'âge entre 15 et 19 ans et le fait d'avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie ou d'autres violences au cours de 12 derniers mois (47,48). Le risque suicidaire est également plus élevé chez les personnes homosexuelles ou bisexuelles. Il concerne 10 à 12 % de ces

personnes, contre 3 à 5 % des personnes hétérosexuelles (77,78). La présence d'un trouble mental représente également un facteur de risque de tentative de suicide. Il est présent dans 90 % des comportements suicidaires. Dans 30 % des cas, une tentative de suicide chez un adolescent est la conséquence d'une pathologie psychiatrique (3). Dans cette étude, 25 % des jeunes ayant fait une tentative de suicide, déclarent avoir une pathologie psychiatrique associée. 8 % des jeunes exprimant des idées suicidaires déclarent une pathologie psychiatrique associée. Tous les jeunes décrivent d'autres motifs de plainte et de souffrance. Ceci témoigne qu'une tentative de suicide ne survient pas seule ni en dehors d'un contexte particulier de souffrance. Comme dans la littérature, les motifs de souffrance associés sont le plus souvent d'origine familiale, scolaire, sentimentale (42,46,47). Dans cette étude, il existe une association significative entre risque suicidaire et souffrance d'origine familiale. Comme dans la littérature (46,47,48), les jeunes inclus dans cette étude sont touchés par le risque suicidaire quelle que soit leur origine sociale et il s'agit plus souvent de filles.

Enfin, si la scarification n'est pas un geste létal, cette étude montre le lien entre la présence de scarifications et le risque suicidaire, quel que soit le sexe et l'âge des élèves. Dans cette étude la fréquence des scarifications diminue avec l'âge.

1.3.6 Autres plaintes

Les symptômes physiques (toux, vomissements, manifestations anxieuses, blessures, scarifications) constituent des motifs fréquents de passage à l'infirmerie. Les jeunes somatisent leur mal-être, l'exprimant par leur corps. Ainsi, une porte d'entrée fréquente vers un entretien psychologique plus approfondi est la demande de soins physiques, et ce d'autant plus lorsque cette demande est répétée. Cela permet d'ouvrir le dialogue avec l'élève, notamment chez les plus jeunes, ainsi qu'avec les parents.

1.4. Les réponses apportées par les infirmiers de l'EN

Les réponses apportées par les infirmiers des établissements sont souvent multiples. Elles consistent en premier lieu en une écoute, répondant ainsi à la principale attente exprimée par les jeunes. Des orientations internes et/ou externes à l'établissement sont associées dans plus de 70 % des cas. En interne, les orientations sont variées. Dans les établissements rouennais ou de la banlieue proche de Rouen, les orientations externes se font majoritairement vers la MDA.

1.4.1 Prises en charge par les infirmiers de l'EN uniquement

34 % des prises en charge sont réalisées par l'infirmier de l'EN uniquement. Ces professionnels expliquent que beaucoup de situations se résolvent à l'intérieur de l'infirmierie par une écoute, des conseils, un soutien, un suivi infirmier et qu'elles peuvent être prises en charge en une seule consultation. En effet, les jeunes sont avant tout en recherches de relations. Ils ont besoin de se sentir accueillis, compris et écoutés. Les infirmiers décrivent des demandes et des besoins différents selon les âges et les niveaux de scolarisation. Les élèves de collège ont plus besoin d'être choyés et viennent plus facilement pour des petites blessures. Ils parlent aussi plus facilement à l'infirmier de l'établissement qu'aux autres professionnels. Au contraire, les lycéens, de par leur quête d'autonomie, sont plus réticents à se confier aux adultes. Ils sont amenés de plus en plus à faire les démarches librement, en décidant eux-mêmes de prendre en charge leur santé, de se soigner.

Les besoins des élèves sont souvent impulsifs, impératifs. Il n'est pas envisageable, lorsque le jeune est prêt à verbaliser son mal-être, de différer le rendez-vous (42). La présence d'un infirmier sur place prend donc tout son sens. Dans la plupart des collèges l'infirmier n'est présent qu'à mi-temps ce qui constitue un frein à la sollicitation de ce dernier par les élèves. Malgré cela, la présence régulière des infirmiers de l'EN dans les établissements permet d'instaurer une relation de confiance avec les élèves, facilitant la communication et la prise en charge. Pour les élèves rencontrés une seule fois, l'infirmier de l'établissement est amené à prendre des nouvelles de l'élève par l'intermédiaire des autres professionnels de l'établissement. Cela permet la continuité de la prise en charge. Cependant, aucune généralité ne peut être faite et il s'agit toujours d'une prise en charge au cas par cas.

L'infirmier de l'EN participe également au rôle éducatif de l'établissement scolaire en responsabilisant les jeunes vis-à-vis de leur santé, en les aidant à se prendre en charge et à adopter des comportements favorables à leur santé. Une des missions importantes de ces professionnels relève donc de la prévention. Un suivi rapproché de certains élèves est important afin de leur permettre d'entrer dans cette démarche de responsabilisation.

Les infirmiers regrettent de manquer de temps pour écouter et prendre en charge les élèves. Au quotidien, de nombreux élèves se succèdent à l'infirmierie et les infirmiers ne peuvent pas consacrer une heure de leur temps à un seul élève. Ils vont souvent au plus urgent, avec le risque de passer à côté de certaines souffrances qui nécessiteraient un entretien plus prolongé. Ce manque de temps constitue une limite au travail des infirmiers, les obligeant à passer la main. Cependant, si les élèves sont en confiance vis-à-vis de l'infirmier et s'ils se sont sentis écoutés lors de leur premier

passage à l'infirmier, ils oseront revenir le solliciter. Dans les établissements où l'infirmier est présent à temps plein, ce travail de mise en confiance est facilité, tout comme l'accès des élèves à l'infirmier.

Dans d'autres situations, les problèmes rencontrés par les jeunes dépassent les compétences des infirmiers, les conduisant à adresser les élèves vers d'autres professionnels de soins (MEN ou médecins spécialistes). Dans cette étude, en cas de risque suicidaire du jeune, les infirmiers sollicitent plus fréquemment un autre professionnel pour participer à la prise en charge.

1.4.2 Orientations internes associées à celle des infirmiers de l'EN

31 % des prises en charges comportent une prise en charge en interne. 55 % d'entre elles ont été associées à une prise en charge extérieure à l'établissement.

Les orientations en interne se font vers le MEN, l'AS, le COP ou les membres des équipes pédagogiques et éducatives. Ces orientations correspondent aux problématiques dont souffrent les jeunes : médicales, familiales, sociales ou scolaires.

Dans cette étude, les jeunes ayant déjà un suivi médical en cours sont plus souvent adressés vers un professionnel interne à l'établissement scolaire que ceux n'en ayant pas. Cela souligne la complexité de la souffrance psychique des jeunes et l'importance d'un travail collaboratif entre tous les professionnels intervenant auprès de l'élève. Les jeunes en souffrance doivent être pris en charge dans leur globalité et dans tous leurs milieux de vie.

a) Orientation vers le MEN de l'établissement scolaire

Dans cette étude, ce sont principalement des lycéens qui sont orientés vers le MEN. Ceci concorde avec les constats précédents. En effet, la prise en charge des collégiens passe avant tout par un contact avec les familles qui s'orientent alors vers le médecin traitant. Au contraire, dans une dynamique d'autonomisation et de détachement de leurs parents, les lycéens prennent leur santé en main, acceptant eux-mêmes les prises en charge proposées. Ils sont plus souvent demandeurs et favorables à une rencontre avec le MEN.

L'intervention du MEN est parfois l'unique prise en charge proposée. Dans la majorité des situations où le MEN a été sollicité, une prise en charge complémentaire extérieure était nécessaire. Face à la souffrance d'un jeune, une prise charge ponctuelle n'est pas suffisante. Même si le MEN est amené à revoir l'élève, il ne peut pas travailler seul à la prise en charge psychologique des jeunes en souffrance. Ce type de prise en charge constitue un travail de longue haleine et le

MEN permet de baliser la route. Dans cette étude, des orientations vers les psychiatres ou psychologues libéraux, la MDA ou encore l'hôpital ont été mises en place, en complément de celle du MEN.

Parmi les établissements inclus dans l'étude, seuls trois sont situés dans un secteur disposant d'un MEN. Si sur la totalité de l'échantillon, peu de jeunes sont orientés vers le MEN, près d'un jeune sur cinq scolarisé dans un secteur avec un MEN est orienté vers celui-ci. L'absence de MEN complique les prises en charge. Les infirmiers sollicitent alors au maximum les autres ressources médicales disponibles dans l'environnement de l'établissement scolaire. La présence du MEN est d'autant plus importante pour les élèves issus de milieux socio-économiques défavorisés et pour les élèves immigrés, pour qui l'accès aux soins est souvent plus difficile. Tout comme la présence d'un infirmier dans les établissements, celle du MEN constitue une première porte d'entrée vers le système de soins. D'après les enquêtes du baromètre santé 2010, trop peu de jeunes ont recours à un professionnel de santé ou à une structure de soins en cas d'épisode dépressif caractérisé. Il en est de même concernant le recours des jeunes au MEN ou à l'infirmier de l'EN. Or ces professionnels doivent être connus et reconnus comme des interlocuteurs privilégiés dans le cadre de la prévention et de la promotion de la santé, y compris dans le domaine de la santé mentale (13).

Le MEN a une place dans le système de santé en tant que partenaire spécifique. Il a la particularité de travailler sans réponse médicamenteuse, une réponse habituelle à la plupart des médecins. Ses missions sont principalement l'écoute, l'évaluation, le dépistage et le diagnostic, la prévention et les conseils ou encore la gestion des situations de maltraitance ou d'épidémies (63). Comme les infirmiers de l'EN, le MEN a un rôle dans l'éducation à la santé et dans la sensibilisation des élèves à la bienveillance vis-à-vis d'eux-mêmes. Le mode de travail des MEN par consultations individuelles dans les établissements scolaires leur permet d'accorder des entretiens prolongés à chaque élève et de recevoir les familles. Il a un rôle dans la prévention du suicide, notamment en matière de repérage des jeunes à risque, de suivi et d'orientation. Cette mission a deux aspects. Elle est avant tout centrée sur l'élève, dans une relation duelle par un entretien d'écoute et un examen clinique. Elle est également tournée vers la communauté éducative, en lui apportant son aide dans des situations de crise et en facilitant le partenariat avec les autres professionnels de la santé. Le MEN peut également solliciter l'aide de cette communauté éducative (64).

Par sa présence tout au long de la scolarité de l'élève et par le suivi qu'il lui propose, le MEN a un rôle de lien entre la famille, le milieu scolaire et le milieu médical. Il est le seul professionnel de santé à suivre les élèves dans leur milieu scolaire, de la maternelle au lycée. Il

favorise l'insertion de chaque jeune dans l'établissement scolaire, en adaptant ses besoins de santé aux exigences scolaires. Il donne son avis sur l'aptitude du jeune à reprendre une scolarité normale. Il participe à l'accueil et au suivi de l'élève lors de la reprise de sa scolarité. Le MEN épaulé les infirmiers en prenant le relais lorsqu'ils sont démunis, en apportant un regard complémentaire sur la situation et en exerçant une autorité particulière vis-à-vis des familles. Par son appartenance au corps médical, le MEN collabore plus facilement avec les professionnels soignants libéraux et hospitaliers. La place du MEN, en tant qu'acteur de proximité dans l'accompagnement des adolescents en souffrance et dans la prévention du suicide, est reconnue par de nombreux enseignants. Bien que ces derniers se sentent souvent mal à l'aise avec cette problématique, le travail en collaboration avec les membres de l'équipe éducative est primordial, notamment concernant le repérage (43). Ainsi, les enseignants évoquent la nécessité de dialoguer, tout en garantissant le respect du secret professionnel et la discrétion vis-à-vis de chaque élève (42,43). Beaucoup de professionnels travaillant au contact des élèves, en interne et en externe à l'établissement scolaire, reconnaissent l'importance de ce travail en équipe pluriprofessionnelle. Cependant cette démarche n'est pas toujours aisée et le sceau du secret professionnel peut l'entraver (64,65). La présence plus ponctuelle du MEN dans les établissements scolaires est également un frein à sa reconnaissance, par les équipes éducatives, pédagogiques et de direction, comme réel collaborateur dans la prise en charge des élèves (42,64,65). Néanmoins, il demeure au quotidien un référent en matière de santé que les professionnels des établissements peuvent solliciter à tout moment. Dans les secteurs vacants, une organisation est établie afin de permettre aux élèves de rencontrer un MEN en cas de besoin.

L'expérience de terrain révèle que les jeunes ont besoin d'être soutenus. Par sa présence sur le lieu de scolarisation, le MEN rencontre les élèves plus facilement, sur convocation et les accompagne dans leurs démarches de soins comme dans leur réintégration progressive dans le milieu scolaire. La place des MEN dans l'accompagnement des adolescents en souffrance et dans la prévention du suicide est discutée par les élèves, pour qui le recours à un médecin entraîne avant tout une surmédicalisation plutôt que l'écoute dont ils ont besoin (42). Le MEN est généralement consulté tardivement, que ce soit par méconnaissance de son rôle ou par peur d'avoir recours à lui (43,52,64). La présence régulière du MEN dans l'établissement à des horaires définis permettrait de faciliter le recours à ses soins ainsi que le suivi des élèves. De même, les différentes visites obligatoires sont l'occasion d'un entretien plus approfondi sur la santé mentale des élèves, comme une porte ouverte au dialogue (43).

D'autres études révèlent qu'adultes comme adolescents ont conscience du rôle de la prévention dans le domaine du mal-être. Cependant ils n'incluent pas toujours les professionnels de santé de l'EN parmi les acteurs de cette prévention (43).

b) Orientation vers d'autres professionnels de l'établissement scolaire

L'étude montre que d'autres professionnels sont sollicités en interne pour répondre aux besoins des élèves, que ce soit l'AS, le COP ou les professionnels des équipes pédagogiques et éducatives. Là encore, la multiplicité des facettes de la souffrance des jeunes et l'importance, pour les infirmiers de l'EN et pour les MEN, de collaborer avec tous les professionnels de l'établissement scolaire sont soulignées. La prise en charge de la souffrance psychique des jeunes est le fruit d'un partenariat solide entre professionnels de santé et autres professionnels. C'est également le cas pour la prévention du suicide pour laquelle tous les acteurs de l'école sont concernés, que ce soit dans la sensibilisation à ce phénomène ou dans le repérage des jeunes à risque.

La moitié des jeunes orientés en interne l'ont été aussi en externe. Le recours aux professionnels de santé extérieurs à l'établissement est un élément important de la prise en charge des jeunes en situation de mal-être.

1.4.3 Orientations externes associées à celle des infirmiers de l'EN

52 % des jeunes ont été orientés à l'extérieur de l'établissement vers un ou plusieurs professionnels ou établissements de soins. Parmi eux, 98 % ont bénéficié d'une prise en charge infirmière associée et 33 % d'une orientation interne à l'établissement scolaire associée.

L'orientation vers un professionnel ou un établissement de soins extérieurs était inversement liée au statut "interne" des élèves. Ceci peut-être lié aux sources de souffrance des jeunes en internat, nécessitant moins de prises en charge extérieures mais également à un problème d'accessibilité des soins externes pour les élèves en internat. Les élèves à risque suicidaire sont plus fréquemment orientés vers un professionnel ou un établissement de soins extérieurs que ceux sans risque suicidaire. Dans cette étude, la plupart des jeunes orientés vers un établissement hospitalier présentent un risque suicidaire.

Dans l'échantillon, les jeunes sont plus souvent orientés vers une structure de soins (38,6 %), comparativement à la littérature (18,9 %) (13). Ils sont orientés plus fréquemment vers les centres d'accueil et de soins de jour (MDA, CMP, CMPP) que dans la littérature et moins fréquemment vers les établissements hospitaliers (13). Bien que l'attention apportée aux jeunes

suicidants se soit améliorée dans les établissements hospitaliers (70 à 90 % d'entre eux se sentent bien accueillis et bien soignés) (46), ceci va dans le sens des politiques de santé publique dont l'objectif est de limiter au maximum le recours à l'hospitalisation des jeunes en souffrance et d'optimiser la prise en charge en ambulatoire, permettant une continuité de vie familiale, sociale et scolaire, nécessaire à la résolution du mal-être (54).

Les jeunes orientés à la MDA sont majoritairement des lycéens et des filles. Ils sont scolarisés dans des établissements rouennais ou de la banlieue proche de Rouen avec un accès possible par les transports en commun. Les professionnels des établissements scolaires rouennais reconnaissent que la prise en charge est facilitée par le grand nombre de structures présentes dans l'environnement proche des jeunes. Un des avantages de l'organisation de la MDA est la liberté d'accès proposée aux jeunes, au contraire des CMP et CMPP où un rendez-vous doit être pris, le plus souvent par les familles. Le jeune ne peut alors pas bénéficier de la discrétion qu'il pourrait souhaiter vis-à-vis de ses parents. Dans cette étude, peu de jeunes sont orientés vers les CMP ou CMPP. Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous en CMP ou CMPP principalement, mais de plus en plus aussi à la MDA, est un des problèmes relevés par les infirmiers de l'EN. Or, pour des jeunes en souffrance, la prise d'un rendez-vous médical est compliquée. S'investir dans la prise en charge leur est encore plus difficile lorsque les délais d'attente sont prolongés ou lorsque les rendez-vous ne sont pas donnés d'une fois sur l'autre.

Dans cette étude, les jeunes ayant déjà un suivi médical en cours sont moins fréquemment adressés vers la MDA. Ceci souligne que la prise en charge par la MDA est une prise en charge à part entière qui ne se surajoute ni ne se substitue à d'autres prises en charge instaurées par d'autres professionnels.

La communication avec les professionnels de santé des établissements de soins n'est pas toujours optimale. Les comptes-rendus des prises en charge et des diagnostics réalisés dans ces structures sont parfois difficilement transmis aux infirmiers des établissements scolaires. Inversement les professionnels de ces centres de soins regrettent de ne pas être conviés lors des réunions établissant les projets d'accueil individualisés pour les élèves qu'ils suivent. Même si des progrès ont été constatés par certains infirmiers de l'EN, la communication et le partage d'information ne sont pas encore évidents.

Malgré les difficultés de communication avec les partenaires des CMP, CMPP, des établissements hospitaliers ou de la MDA, les infirmiers insistent sur l'importance de la collaboration entre ces différents intervenants dans la prise en charge des jeunes en souffrance. Il

leur semble nécessaire de confronter ce qu'il se passe au sein de l'établissement scolaire et devant le spécialiste. Le diagnostic et la prise en charge s'effectuent grâce au regard croisé de l'ensemble des professionnels intervenant autour de l'élève.

I.5. Les attentes des jeunes

79 % des jeunes de l'échantillon demandent une prise en charge par l'infirmier de l'établissement scolaire. Des études montrent que les adolescents trouvent un soutien auprès de leurs amis, du délégué de la classe, de l'infirmier de l'EN ou de la documentaliste (42,43). Ces adolescents pensent qu'il faut travailler sur le respect de la personne, améliorer la communication, créer des lieux d'écoute confidentiels et anonymes et augmenter le temps de présence du MEN dans l'établissement, même si le MEN est spontanément peu cité comme personne ressource (42,43).

Les jeunes sont peu demandeurs de consultations à l'extérieur de l'établissement scolaire (11 % des jeunes de l'échantillon). Le recours à des professionnels extérieurs, notamment à des psychologues ou des psychiatres est entravé par la réticence des jeunes à accéder à une telle prise en charge (51).

II. Forces et limites de l'étude

II.1. Forces

II.1.1 Population de l'étude

La tranche d'âge choisie, allant de la classe de 6ème à la classe de terminale, a permis d'embrasser un ensemble de situations et de prises en charge hétérogènes. De la même manière, le choix des établissements a permis de cibler une population variée, à la fois entre les établissements mais également au sein d'un même établissement.

Sans pouvoir dire que l'échantillon est représentatif de la population d'élèves scolarisés dans l'académie de Seine-Maritime, la population d'étude est représentative des jeunes souffrant de mal-être dans les établissements sélectionnés. Nous pouvons ainsi considérer que les prises en charges décrites dans cette étude reflètent assez fidèlement les prises en charge réalisées dans les établissements des BEF Barentin-Rouen-Nord et Elbeuf-Rouen-Sud.

II.1.2 Questionnaire et recueil des données

Le choix du recueil des données sous la forme d'un questionnaire est un atout. Les questions fermées et standardisées ont facilité le recueil. Le questionnaire a été élaboré en concertation avec différents professionnels de santé et validé sur le terrain. Les infirmiers ayant participé à l'étude l'ont jugé clair, compréhensible, simple à remplir et s'inscrivant bien dans leur démarche d'entretien sans être chronophage.

Les infirmiers ont été suivis et accompagnés tout au long de la période de recueil des données. Des rencontres ont eu lieu avant le début et après la fin du recueil ainsi que des contacts par courriel ou par téléphone pendant la période de recueil des données.

II.2 Limites

II.2.1 Population de l'étude

Il n'a pas été possible d'inclure la totalité des collèges et des lycées de l'académie de Seine-Maritime dans cette étude. Les données de cette étude ne sont donc pas représentatives de l'académie de Seine-Maritime.

La période de l'étude, limitée à 9 semaines, n'a pas permis de recueillir de façon exhaustive les données concernant les jeunes en situation de mal-être. En effet, le recueil des données a commencé au cours de l'année scolaire et n'a concerné que les nouveaux problèmes présentés par les élèves. Ainsi de nombreuses situations de souffrance, déjà en cours de prise en charge, n'ont pas été analysées dans cette étude.

Enfin, le recueil des données n'a pas été exhaustif dans tous les établissements. En effet, les urgences de la pratique quotidienne et les multiples sollicitations des infirmiers ont pu perturber le recueil des données.

L'absence de MEN dans certains secteurs est une autre limite de cette étude et constitue un biais pour l'analyse de leur rôle dans la prise en charge du mal-être des jeunes.

II.2.2 Questionnaire

Le questionnaire présente de nombreuses limites. Tout d'abord le motif du passage et celui de la souffrance ont été recueillis en une seule et même question. Dans de nombreuses situations, le jeune est adressé ou consulte pour un problème déclaré qui en réalité masque la

souffrance profonde. Celle-ci est alors exprimée au cours de l'entretien. Cet item regroupait donc à la fois les causes de souffrance et ses modes d'expression (absentéisme, décrochage scolaire, tentative de suicide, symptôme physique, etc).

La définition du mal-être est large et complexe. Le questionnaire avait pour but d'embrasser ce large panel des causes et symptômes de la souffrance psychique des jeunes. Cependant certains items se sont avérés trop vagues, notamment l'item "troubles de la vie quotidienne". Il se voulait être le reflet d'une mauvaise hygiène de vie (alimentation et sommeil notamment) mais également du stress des élèves. Cet item regroupe trop d'éléments. Il n'a donc pas permis une analyse fine de ces troubles.

L'item concernant les addictions a été difficile à renseigner. Les jeunes sont parfois réticents à aborder cette question au cours d'une consultation et la réponse a pu comporter un biais. De plus, chez les jeunes, il peut être difficile d'évaluer une réelle addiction au cours d'un unique entretien. S'agit-il d'une vraie dépendance ou d'une consommation/utilisation régulière ?

Il existe des limites concernant les items proposés dans la question 12 "Réponse au motif de consultation". L'item "écoute" n'a pas été sélectionné pour tous les jeunes de l'échantillon. Or, il est difficile d'envisager qu'une consultation à l'infirmerie ne fasse pas l'objet d'une écoute active. Il n'est donc pas possible de tirer des conclusions de l'analyse de cet item. De même, l'item "suivi infirmier" n'est pas précis. On peut s'interroger sur les modalités de ce suivi. S'agit-il d'un prochain rendez-vous avec l'élève ou bien d'une vigilance accrue de la part de l'infirmier qui prendra des nouvelles de l'élève auprès des autres professionnels et le convoquera de nouveau en cas de besoin ?

La question 13 portant sur ce que le jeune était venu chercher a finalement été difficile à remplir. L'interprétation est donc délicate. En effet, dans certaines situations, la question a été posée directement au jeune mais dans d'autres elle a été renseignée selon l'intuition de l'infirmier à l'issue de l'entretien.

De même il n'était pas toujours possible pour les infirmiers de recueillir au cours de la consultation les informations concernant les parents. Par ailleurs, ils ne disposaient pas toujours de ces données sur le logiciel informatique de l'infirmerie. De nombreuses données étant manquantes, l'analyse est moins fiable.

II.2.3 Analyse

Il a été réalisé avant tout une analyse descriptive des données. Celle-ci apporte une pierre supplémentaire à la connaissance du mal-être des jeunes et de sa prise en charge en milieu

scolaire.

Une analyse plus approfondie a cherché des liens entre le type de souffrance ou le type de prise en charge proposée et les caractéristiques socio-démographiques des jeunes. Cependant cette étude transversale ne permet de mettre en évidence aucun lien causal. Les analyses sont limitées par un manque de puissance malgré le nombre de jeunes inclus dans l'échantillon. En effet les analyses en sous-groupe impliquent une division de l'échantillon total. Des groupes à faibles effectifs sont ainsi apparus. De ce fait, certaines analyses n'ont pas pu être effectuées et pour d'autres les intervalles de confiance des OR sont larges. Ces éléments nous incitent à reconsidérer la validité de ces OR.

Enfin il s'agit d'une analyse quantitative. Un questionnaire ne peut pas refléter en profondeur la teneur des entretiens réalisés par les infirmiers ni la complexité de l'histoire des jeunes et de leur souffrance. Pour pallier ce manque, une rencontre avec les infirmiers à l'issue du recueil de données a été l'occasion d'un échange prolongé sur chaque fiche remplie. Cependant, une analyse qualitative et individuelle apporterait des informations complémentaires précieuses.

III. Ouverture et perspectives

III.1. Pour la prise en charge interne à l'établissement scolaire

III.1.1 Améliorer les possibilités d'écoute et d'accompagnement des élèves

Les élèves ont besoin de relations et d'écoute. Ils ont besoin de trouver des repères auprès d'adultes qui ne soient pas uniquement leurs parents car ils traversent une période de prise de distance vis-à-vis de ces derniers. Ainsi le premier rôle des infirmiers de l'EN est d'apporter cette écoute active. Les actions et orientations viennent ensuite selon les besoins de chaque jeune. Pour mener à bien cette mission d'accueil et d'écoute, les infirmiers ne sont pas assez nombreux ou pas assez présents dans les établissements, notamment dans les collèges où l'infirmier travaille à temps partiel. Une augmentation des ressources humaines permettrait aux infirmiers d'être plus disponibles et d'accorder plus de temps à chaque élève, tout en répondant aux autres sollicitations.

Le rôle d'écoute n'est pas réservé aux infirmiers de l'EN. Les enseignants sont aussi garants du bien-être des élèves et ont leur place dans l'accompagnement des jeunes en souffrance (43). Il serait intéressant de les aider à prendre conscience de leur rôle dans ce domaine et de les accompagner dans sa mise en oeuvre.

De même, les infirmiers de l'EN sont soulagés de s'appuyer sur le MEN lorsque cela est possible. En l'absence de MEN dans le secteur, les infirmiers travaillent seuls et se voient confier des tâches qui dépassent le cadre propre de leur mission. Il est certain que les infirmiers ne peuvent pas tout prendre en charge. Développer le métier de MEN et son attractivité permettra de renforcer les équipes sur le terrain.

III.1.2 Favoriser le travail collaboratif à l'intérieur de l'établissement scolaire

“La mission de promotion de la santé en faveur des élèves a pour objectif essentiel et spécifique de veiller à leur bien-être, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective. (...) La réalisation de ces objectifs repose sur l'implication et le travail de tous les personnels, membres de la communauté éducative, et plus particulièrement sur un travail en équipe pluriprofessionnelle associant les directeurs d'école, les chefs d'établissement, les enseignants, les CPE, les infirmiers, les COP, les médecins, les AS, les psychologues scolaires, les secrétaires médico-scolaires, etc. Chacun apporte ses compétences dans le champ global de la promotion de la santé à l'école, les médecins et les infirmiers ayant cependant, en tant que professionnels de santé, une mission particulière au sein d'un partenariat spécifique.”
(63)

Des ressources nombreuses et facilement mobilisables en interne améliorent la prise en charge et l'accompagnement des élèves en souffrance. Toute collaboration dépend des différents intervenants et de leurs relations mais également de la taille de l'établissement et du public accueilli. Il serait donc intéressant de sensibiliser tous les intervenants au rôle d'une bonne collaboration pour le bien-être des élèves.

Cette collaboration ne doit pas se faire en occultant la place des parents qui restent les premiers interlocuteurs de la prise en charge de leur enfant.

a) Avec les équipes pédagogiques, éducatives et de direction

Les professionnels de l'EN (enseignants, CPE, directeurs) sont des collaborateurs précieux auprès des professionnels de santé des établissements. Les enseignants placent la prévention, notamment à travers une écoute active, au coeur du sujet. Ils sont reconnus par le personnel des établissements et par les adolescents comme ayant une place privilégiée dans le repérage et l'écoute des élèves en difficulté (43). En cas de besoin, ils iront chercher de l'aide auprès de l'infirmier de l'EN, des autres professeurs, notamment le professeur principal, du conseiller

principal d'éducation (CPE) ou des assistants d'éducation.

Les infirmiers de l'EN, comme les MEN, font le lien entre le jeune et ces professionnels mais également entre les professionnels eux-mêmes (42,43,51). Une connaissance mutuelle des rôles de tous ces acteurs faciliterait le partenariat, par exemple lors des réunions préparatoires de la rentrée (43).

En interne à l'établissement, les diverses commissions et réunions de suivi ont une place importante. Elles regroupent les différents professionnels, les parents et l'élève autour d'une même table. Il semble donc important que les professionnels de santé, en particulier ceux qui travaillent au quotidien auprès des élèves (infirmiers de l'EN et MEN), participent à ces commissions (42,43).

De plus il faudrait travailler autour de la notion de secret professionnel et médical partagé afin de faciliter le dialogue avec les professionnels non soignants de l'EN (65).

b) Avec les AS

Certaines situations sont complexes à prendre en charge. Il arrive que les infirmiers soient démunis. Il leur est donc précieux de pouvoir travailler en binôme avec l'AS de l'établissement. Or celui-ci n'est pas présent à temps plein dans l'établissement. Les infirmiers se retrouvent donc parfois seuls face des situations sociales difficile, impliquant une demande de placement en urgence ou un signalement d'enfant en danger. Ils sont alors amenés, dans certaines situations, à élargir leurs compétences pour aider un élève en souffrance. Une présence plus régulière de l'AS ou une meilleure accessibilité des services sociaux seraient bénéfiques.

c) A propos du suivi psychologique

Le suivi psychologique des élèves est réalisé par les psychologues scolaires en primaire. Le relais est pris ensuite par les COP. Pour des raisons de respect des règles et des pratiques déontologiques, les psychologues scolaires ne peuvent pas toujours transmettre les informations et les comptes-rendus écrits concernant les élèves qu'ils ont suivis. Le COP doit donc parfois mettre en place un suivi sans avoir connaissance des éléments antérieurs (65). Une amélioration de ces échanges serait profitable aux élèves.

III.1.3 Répondre au besoin de formation des professionnels de l'EN

a) Infirmiers de l'EN et MEN

La formation initiale des infirmiers de l'EN et des MEN est une formation à leurs missions propres, au fonctionnement du système scolaire et aux liens entre les professionnels. Les infirmiers bénéficient également, au cours de leur première année d'exercice, de journées de formation à thème, avec des mises en situation professionnelle. Cependant, il n'existe aucune formation dans le domaine de la psychologie. Les MEN sont pourtant amenés à réaliser des consultations de pédopsychiatrie auprès des élèves. Or cela nécessite une formation spécifique non proposée lors de la formation initiale. De même, les infirmiers répondent aux besoins des jeunes selon leur expérience personnelle et professionnelle. Certains infirmiers expriment un besoin de formation spécifique sur le mal être et sa prise en charge ainsi que sur la réalisation d'un entretien psychologique.

MEN comme infirmiers de l'EN ont la possibilité de demander des formations continues ou de bénéficier de formations théoriques ponctuelles mais les places ne sont souvent pas assez nombreuses. Il serait intéressant de renforcer ces formations et d'en faciliter l'accès aux professionnels de santé de l'EN. Une première étape a été franchie par l'élaboration de guides sur les souffrances psychiques et les troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent (5,41).

b) Enseignants

Certains enseignants ont une position ambivalente quant à leur rôle dans le repérage et la prise en charge du mal-être des jeunes. Ils sont réticents à parler de ce sujet et se sentent démunis face à de tels problèmes (42,43,64). Ils sont cependant alertés par certains signes de souffrance. Pour eux, ces signes seront l'absentéisme, la baisse des résultats scolaires ou un surinvestissement, la tristesse, les troubles du comportement, du sommeil ou de l'appétit, un isolement, des plaintes corporelles persistantes et systématisées, des passages répétés à l'infirmerie ou des dispenses de sport abusives (42,43,51). Ils sont conscients que ces signes peuvent être difficiles à repérer et qu'il peut n'y en avoir aucun.

Les enseignants ont eux aussi besoin de formations dans ce domaine (43). Le MEN pourrait tenir ce rôle de formateur auprès des professionnels de l'EN (soignants et enseignants) (42), avec des outils pédagogiques à l'appui, développés au niveau national. L'amélioration de la formation dans le domaine de la santé mentale est un des objectifs du volet psychiatrie du SROS de

l'ARS de Haute-Normandie (38). Ces formations pourraient également être ouvertes aux professionnels de l'EN, soignants et enseignants.

c) Un objectif national

Dans son quatrième axe, le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 (55) évoque l'importance de la formation des professionnels. Différentes mesures sont mises en place comme le renforcement des “actions de sensibilisation et de formation sur la souffrance psychique et la crise suicidaire des enfants et des adolescents en direction des professionnels en contact avec ce public”, notamment les professionnels de l'EN.

Dans beaucoup de plans, des actions portent sur la mise en place et l'amélioration de la formation des professionnels. La mise en oeuvre de ces actions, au niveau national comme au niveau local est un bon levier pour les professionnels. Il faudrait également faciliter l'aménagement des horaires de travail des professionnels pour qu'ils puissent dégager du temps pour assister à ces formations.

III.2. Pour une collaboration optimale entre professionnels de l'EN et professionnels extérieurs à l'EN

Les jeunes sont de plus en plus impliqués dans des situations complexes, installées parfois depuis longtemps. Des pathologies psychiatriques sont découvertes ou décompensées au cours de la scolarisation. Le recours aux services extérieurs est donc nécessaire. Un travail en réseau et une bonne collaboration entre professionnels de santé en milieu scolaire et en structures de soins sont primordiaux (5,38,54). Or la collaboration entre les différents intervenants dans le domaine de la santé mentale des jeunes est parfois problématique (65). La mise en place d'espaces de partage, de réunions pluridisciplinaires et pluristructurelles pourrait être un levier pour une meilleure collaboration et une meilleure articulation entre les différents intervenants.

Là encore, cette collaboration ne doit pas se faire sans les parents qui restent les premiers interlocuteurs de la prise en charge de leur enfant. Leur place est à valoriser et à soutenir.

III.2.1 Avec les structures et centres de soins

Dans cette étude, les infirmiers de l'EN adressent souvent les jeunes à la MDA. Les MDA sont des lieux d'accueil et d'écoute, anonymes et gratuits dans lesquels les jeunes sont reçus

individuellement, accompagnés et pris en charge le cas échéant (2,70). A Rouen, le site ville de la MDA permet un accès facile aux jeunes qui souhaitent s'y rendre. Dans cette étude, ce sont principalement les élèves scolarisés dans la ville de Rouen qui y sont adressés. Le développement des antennes MDA dans les lycées situés dans des zones géographiques éloignées des lieux d'implantation des MDA permettra à un plus grand nombre de jeunes d'en bénéficier. C'est un des objectifs du volet psychiatrie du SROS de l'ARS de Haute-Normandie (38). Cependant les jeunes sont de plus en plus nombreux à solliciter les professionnels de cette structure et les délais de prise en charge de plus en plus longs.

Dans les CMP et les CMPP aussi, les listes d'attente sont grandes, à la fois par un nombre élevé de demandes mais aussi par manque de moyens humains. Les élèves plus âgés ne souhaitent pas toujours que la prise de rendez-vous se fasse par l'intermédiaire des parents. La transmission d'informations est parfois difficile. Le développement de consultations initiales au sein des établissements scolaires permettrait de faciliter l'accès des élèves plus âgés aux soins pédopsychiatriques (65). L'implication des pédopsychiatres de ces centres de soins lors de l'élaboration des projets d'orientation des élèves améliorerait également la collaboration (65). L'amélioration de l'offre de soins en CMP et de sa lisibilité est une préoccupation du SROS psychiatrie de l'ARS de Haute-Normandie (38), de même que l'amélioration des délais d'attente.

Dans le contexte de surcharge de travail ou des longues listes d'attente en CMP, CMPP ou à la MDA, les professionnels de santé de l'EN peuvent éviter les orientations en excès vers ces structures en effectuant une pré-évaluation. L'installation d'une relation de confiance et l'instauration de lien et d'échanges fréquents avec l'extérieur se font progressivement. Le partage d'information avec les infirmiers de l'EN comme avec le MEN à l'issue d'une hospitalisation ou avant le retour dans le milieu scolaire ne peut pas être optionnel. Ce partage d'informations passe par une reconnaissance des fonctions respectives de chacun et notamment du statut de professionnels de santé mentale des infirmiers de l'EN et des MEN, qui ne doivent pas être considérés uniquement comme des professionnels "scolaires" (64,65).

III.2.2 Avec les collectivités locales et les associations

Dans certaines situations sociales difficiles, le soutien des collectivités territoriales, quand il est possible, est un atout majeur, surtout en absence de l'AS. Certaines villes développent des propositions pour soutenir les élèves, par la mise à disposition de psychologues ou par des

commissions de suivi avec les professionnels du comité d'action et de promotion sociale. Il est également important de développer la collaboration avec le planning familial, les AS de secteur, etc. Autant d'initiatives qu'il convient de valoriser et de renforcer.

III.2.3 Avec les professionnels libéraux

Les professionnels libéraux sont un soutien pour les infirmiers de l'EN. Pour des questions de fonctionnement et d'organisation du temps de travail, il est parfois difficile d'être en lien avec les médecins et les psychologues libéraux. L'absence de prise en charge financière par l'assurance maladie des consultations psychologiques en ambulatoire limite l'orientation des jeunes vers ces professionnels. Une prise en charge financière de ces soins pour les jeunes pourrait leur en faciliter l'accès.

La pénurie des moyens humains en psychiatrie est une réalité. L'homogénéisation de l'offre de soins psychiatriques, tant au niveau hospitalier qu'ambulatoire, est un des axes du volet psychiatrique du SROS de l'ARS de Haute-Normandie pour les années à venir (38). Devant la désertification médicale, l'ARS encourage l'implantation de consultations spécialisées au sein des structures médicales et médico-sociales, facilement accessibles pour les jeunes. Le développement de la filière de psychiatrie infanto-juvénile et l'augmentation du nombre d'internes et d'assistants spécialistes régionaux en psychiatrie infanto-juvénile est également un des objectifs de ce volet du SROS.

Face à des enfants et des adolescents dont les facteurs de vulnérabilité sont nombreux, la psychiatrie infanto-juvénile implique une prise en charge globale, simultanée et coordonnée par des acteurs multiples. Un appui spécifique de la psychiatrie infanto-juvénile est attendu par les différents partenaires. Ainsi, la mise en oeuvre de commissions territoriales d'articulation "soins, handicap, scolarisation, enfance en danger" est une des mesures du volet psychiatrie du SROS de l'ARS de Haute-Normandie (38).

F] Conclusion

L'adolescence est une période délicate de transition au cours de laquelle chaque jeune peut être en situation de souffrance. La souffrance psychique touche tous les jeunes, quels que soient le sexe, l'âge ou l'origine socio-économique. Les principales sources de ce mal-être sont familiales et scolaires. Cette souffrance peut entraîner chez les adolescents des comportements portant atteinte à leur intégrité physique : des gestes auto-agressifs comme les scarifications, des consommations à risques et des addictions ou encore des tentatives de suicide. Les tentatives de suicide demeurent fréquentes. La souffrance psychique peut également toucher la vie scolaire. Le décrochage plus ou moins complet du système scolaire, par son retentissement sur la formation professionnelle, la vie affective et l'insertion sociale, entraîne des conséquences non négligeables sur la vie future de l'adulte. La souffrance psychique des jeunes reste donc un problème de santé publique majeur.

Les jeunes passent la plupart de leur temps au sein des établissements scolaires. Il est donc important qu'ils trouvent dans ces lieux les réponses à leurs souffrances. Dans un monde en perte de repères, la principale réponse recherchée est une écoute active de la part des adultes. Cette écoute est possible grâce à la présence quotidienne ou régulière de l'infirmier de l'EN dans l'établissement scolaire. L'école est ainsi l'un des premiers observateurs et interlocuteurs des jeunes en souffrance. Cependant elle n'agit pas sans les parents. Certaines situations de souffrance nécessitent une prise en charge complémentaire à celle de l'infirmier et impliquent la collaboration des professionnels des communautés éducatives et pédagogiques et des professionnels de santé internes ou extérieurs à l'établissement scolaire. Chaque spécialiste a une place particulière et incontournable à un moment ou l'autre de la prise en charge des jeunes en situation de souffrance psychique. Les professionnels de santé en milieu scolaire ont un rôle spécifique dans l'écoute, l'évaluation et le diagnostic précoce. Le MEN est le garant de l'intimité et de la sécurité des élèves. Il permet l'articulation entre le jeune, sa famille et les autres professionnels. Une bonne communication et une bonne collaboration sont donc des points essentiels pour une prise en charge efficace des jeunes en souffrance, et ce d'autant plus que les moyens humains manquent, parmi les MEN et les médecins spécialistes de l'enfance et de la santé mentale, dans les centres de soins et en ambulatoire.

Les politiques de santé publique doivent axer leurs priorités sur ces points : améliorer les ressources humaines dans le domaine de la santé mentale, améliorer la formation des professionnels en contact avec les adolescents à la prise en charge pédopsychiatrique et contribuer à l'amélioration de la coordination et de la communication de tous ces professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) JEAMMET P. Comment comprendre les pathologies mentales de l'adolescence ? La souffrance psychique de l'enfant et de l'adolescent. Ed AFPSSU. Actes de la journée du 20 janvier 2006, 29-37
- (2) Maisons des Adolescents. Mode d'emploi. Globules Haute-Normandie Edition spéciale ; mars 2012
- (3) MALVY J. et BOUYSSY M. Urgences psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent. Guide de poche, Ed Maloine – 2010
- (4) SOMMELET D. *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé.* Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent. Octobre 2006 <http://www.ladocumentationfrancaise.fr> consulté le 25 mars 2014
- (5) Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent. Référentiel d'observation à l'usage des médecins, pour un repérage précoce, guide du formateur. Ministère de la santé et des solidarités, Fédération Française de Psychiatrie ; 2007
- (6) GOGUEL D'ALLONDAIS T. Rites de passage et conduites à risque à l'adolescence. Conférence donnée au CHU de Rouen le 14 janvier 2014
- (7) Rapport sur l'état de santé des jeunes dans l'Union européenne. Commission européenne Direction générale Santé et protection des consommateurs UF3 Promotion de la santé, surveillance de la santé et prévention des blessures ; février 2000
- (8) L'estime de soi. Globules Haute-Normandie ; décembre 2010
- (9) Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé – 1946 n°2 p.100
- (10) Site du ministère de la santé <http://www.sante.gouv.fr/>, consulté le 25 mars et le 18 juin 2014
- (11) Site de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé <http://www.inpes.sante.fr>, consulté le 25 mars 2014
- (12) BECK F. Sentiment d'information et craintes des jeunes en matière de santé. Analyses du Baromètre santé ; Inpes – 2010 55-65
- (13) MENARD C. Santé et consommation des soins des 15-30 ans. Analyses du Baromètre santé ; Inpes – 2010 175-197
- (14) ARNAUD C. Santé et bien-être. La santé des collégiens en France. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children ; Inpes – 2010 83-94
- (15) BECK F. Usage d'internet pour la santé parmi les 15-30 ans. Analyses du Baromètre santé ; Inpes – 2010 159-170

- (16) JOVIC S. Relations dans la famille et perception des styles éducatifs parentaux.
La santé des collégiens en France. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children ; Inpes – 2010 47-56
- (17) GALLAND O. Une nouvelle adolescence. Revue française de sociologie – 2008, vol. 49
- (18) MAILLOCHON F. Relations avec les pairs.
La santé des collégiens en France. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children ; Inpes – 2010 57-66
- (19) Regard sur l'éducation 2012 : Panorama. Les indicateurs de l'OCDE – 2012
- (20) ADAMSON P. The Children Left behind, a League Table of Inequality in Well-being in the World's Rich Countries. Innocenti Research Centre ; Report card 9 ; UNICEF – 2010
- (21) GODEAU E. Vécu scolaire.
La santé des collégiens en France Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children ; Inpes – 2010 67-82
- (22) GODEAU E. Harcèlement, violences scolaires, bagarres.
La santé des collégiens en France. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children ; Inpes – 2010 195-210
- (23) ESCALON H. L'alimentation des 12-30 ans.
Analyses du Baromètre santé ; Inpes – 2010 201-215
- (24) JOURET B. Habitudes alimentaires.
La santé des collégiens en France. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children ; Inpes – 2010 105-114
- (25) Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé. Etude nationale nutrition santé ; InVS – 2006
- (26) JOURET B. Image de soi et poids.
La santé des collégiens en France. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children ; Inpes – 2010 115-124
- (27) LEGER D. Sommeil.
La santé des collégiens en France. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children ; Inpes – 2010 139-146
- (28) RICHARD J.B. Le sommeil des 15-30 ans.
Analyses du Baromètre santé ; Inpes – 2010 253-263
- (29) MAILLOCHON F. Vie sexuelle.
La santé des collégiens en France. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children ; Inpes – 2010 183-194
- (30) GAUTIER A. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans.
Analyses du Baromètre santé ; Inpes – 2010 145-154

- (31) VILAIN A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2011. ETUDES et RESULTATS (DREES) – juin 2013 (n° 843) 1-6
- (32) GUIGNARD R. La tabagisme chez les jeunes de 15-30 ans. Analyses du Baromètre santé ; Inpes – 2010 69-83
- (33) Estimations 2011 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans. Enquête ESCAPAD Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies – 2011
- (34) SPILKA S. Tabac, alcool, cannabis et autres drogues illicites. La santé des collégiens en France. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children ; Inpes – 2010 147-182
- (35) RICHARD J.B. Les consommations de boissons alcoolisées parmi les 15-30 ans. Analyses du Baromètre santé ; Inpes – 2010 87-108
- (36) BECK F. Usages de drogues illicites chez les 15-30 ans. Analyses du Baromètre santé ; Inpes – 2010 113-140
- (37) GENOLINI J.P. Activités physiques, sportives et sédentaires. La santé des collégiens en France. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children ; Inpes – 2010 125-138
- (38) Schéma Régional de l'Organisation de Soins, volet Psychiatrie, Projet Régional de Santé de Haute-Normandie 2012-2017
- (39) Diagnostic sanitaire de la Communauté d'Agglomération Rouen-Elbeuf-Austreberthe – Contribution à la détermination des priorités de santé sur le territoire de la CREA, juillet 2013 – Observatoire Régional de la Santé de Basse Normandie
- (40) “Bien être – mal être ? Mieux vous connaître” Enquête conduite auprès des jeunes dans les Missions locales et dans les Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie, Résultats 2010. Santé mentale des jeunes, décembre 2011.
- (41) Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent. Guide de repérage à l'usage des infirmiers et assistants de service social de l'éducation nationale. Ministère des affaires sociales et de la santé, Fédération Française de Psychiatrie – 2013
- (42) TANQUEREY C. Prévention du suicide : rôle du médecin de l'Education Nationale pour l'accompagnement des adolescents en souffrance : Etude dans un lycée du Nord. Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique – 1999
- (43) MARGUET D. Contribution du médecin de l'Education nationale dans la prévention du suicide. Enquête au sein d'un lycée d'enseignement général. Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique – 1999
- (44) GOLSE B. L'approche clinique chez l'enfant. La souffrance psychique de l'enfant et de l'adolescent. Ed AFPSSU. Actes de la journée du 20 janvier 2006, 17-28

- (45) Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Expertise collective de l'Inserm – 2003
- (46) CHOQUET M. et GRANBOULAN V. Les jeunes suicidants à l'hôpital. Inserm – 2004
- (47) BECK F. Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans. Analyses du Baromètre santé ; Inpes – 2010 235-249
- (48) BECK F. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. InVS ; BEH 13 décembre 2011 ; Numéro thématique (47-48) 488 – 492
- (49) CHAN-CHEE C. Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO. InVS ; BEH 13 décembre 2011 ; Numéro thématique (47-48) 492 – 496
- (50) Santé mentale en Nord-Pas-de-Calais : images et réalités. DRASS DDASS Nord-Pas-de-Calais – Septembre 2008
- (51) MORANDI S. Rôle du médecin de l'éducation nationale dans un dispositif innovant d'évaluation psychopédagogique et de soins pour adolescents. Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique – 2003
- (52) MOREAU-PASCAL C. Rôle du médecin de l'Education Nationale dans le repérage de la phobie scolaire. Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique – 2004
- (53) DEMAILLY L. La politique de santé mentale en France, acteurs, instruments, controverses. Ed Armand colin recherches – 2012
- (54) Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 ; Ministère chargé de la Santé et Ministère chargé des Solidarités
- (55) Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014) – septembre 2011
- (56) Présentation du Plan “Santé des jeunes”, dossier de presse – Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports
- (57) Site du ministère des droits des femmes, de la ville, de la jeunesse et des sports <http://www.jeunes.gouv.fr>, consulté le 18 juin 2014
- (58) Le Plan Stratégique Régional de Santé. Juin 2011. Agence Régionale de Santé de Haute-Normandie
- (59) Le Projet Régional de Santé 2012-2017. Agence Régionale de Santé de Haute-Normandie
- (60) Bulletin Officiel N°46 du 15 décembre 2011. Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
- (61) La santé des élèves, programme quinquennal de prévention et d'éducation. Bulletin Officiel N°46 du 11 décembre 2003 ; Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

- (62) Site de l'éducation nationale <http://www.education.gouv.fr> consulté le 12 juin 2014
- (63) Politique de santé en faveur des élèves. Bulletin Officiel Spécial N°1 du 25 janvier 2001 ; Ministère de l'Education Nationale et du ministère de la Recherche
- (64) VINAS-WALFISCH C. Le médecin de l'Education nationale et la prévention des tentatives de suicide de l'adolescent : Etude de l'impact des documents élaborés par un groupe de travail seine et marnais. Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique – 1999
- (65) FOURNOL P. Collaboration entre intervenants de santé mentale : Mythe ou réalité ? A propos de l'entrée dans le secondaire des élèves du secteur de Grandvilliers. Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique – 1999
- (66) Décret n° 2012-1098 du 28 septembre 2012 portant statut particulier du corps interministériel des assistants de service social des administrations de l'Etat
- (67) Guide juridique du chef d'établissement, septembre 2009. Ministère de l'Education Nationale.
- (68) Site du Psycom, information et santé mentale <http://www.psycom.org/>, consulté le 12 juin 2014
- (69) Site de la fédération des CMPP <http://www.fdcmpp.fr/>, consulté le 12 juin 2014
- (70) Site du CHU-Hôpitaux de Rouen <http://www3.chu-rouen.fr/>, consulté le 12 juin 2014
- (71) Site de la Maison Départementale des Personnes Handicapées de la Seine-Maritime <http://mdph-76.action-sociale.org/>, consulté le 04 septembre 2014
- (72) SICART D. Les médecins au 1er janvier 2013. Document de travail n°179 avril 2013 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- (73) DELPIERRE C. Statut socio-économique et structure des familles. La santé des collégiens en France. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children ; Inpes – 2010 35-46
- (74) BLAYA C. Les ados dans le cyberspace, prises de risque et cyberviolence. Ed De Bock – 2013
- (75) Guide de prévention de la cyberviolence entre élèves. Ministère de l'éducation nationale, novembre – 2013
- (76) BECK F. Conduites alimentaires perturbées des jeunes. Analyses du Baromètre santé ; Inpes – 2010 219-231
- (77) FIRDION J.M. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire en France. InVS ; BEH 13 décembre 2011 ; Numéro thématique (47-48) 508 – 510
- (78) BECK F. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et perspectives. Saint Denis. Inpes ; Santé et action – 2010

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE – SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES JEUNES

(à remplir par l'infirmier(ère) de l'établissement)

Numéro de fiche : |__| |__| |__|

I] Description du jeune :

1) Sexe : |__| 2) Age : |__| 3) Classe : |__| 4) Retard scolaire |__|
F= féminin / M= masculin en années révolues 0 / 1 / 2 années redoublées

5) Statut dans l'établissement : interne demi-pensionnaire externe

II] La demande du jeune et la réponse :

6) Premier passage à l'infirmerie (depuis septembre 2013) : oui non

7) Suivi médical ou paramédical en cours, en dehors du service de santé scolaire : oui non
si oui, lequel : _____

8) Porte d'entrée :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> spontanée | <input type="checkbox"/> camarades |
| <input type="checkbox"/> parents | <input type="checkbox"/> assistante sociale |
| <input type="checkbox"/> COP | <input type="checkbox"/> CPE |
| <input type="checkbox"/> enseignants | <input type="checkbox"/> personnel de direction |
| <input type="checkbox"/> autre, précisez : _____ | |

9) Motif de consultation à l'infirmerie / Motif de la souffrance (plusieurs choix possibles) :

- souffrance d'origine familiale
- souffrance d'origine scolaire (trouble relationnel avec d'autres élèves ou avec les professeurs)
- souffrance d'origine amoureuse / identité sexuelle
- trouble de la vie quotidienne (sommeil, alimentation, stress)
- absentéisme
- décrochage scolaire (démotivation totale +/- chute des résultats)
- harcèlement
 - direct moral
 - direct physique
 - indirect (réseaux sociaux, téléphone, mail, courrier)
- tentative de suicide
- pathologie psychiatrique, précisez laquelle : _____
- autre, précisez : _____

10) Addictions :

- médicaments, si oui, lesquels : _____
- tabac
- alcool
- cannabis
- écrans
- autre, précisez : _____

11) Risque suicidaire :

- aucun
- suspecté
- reconnu

12) Réponse au motif de consultation :

- écoute
- suivi infirmier
- orientation interne
- assistante sociale
- CPE
- COP
- enseignants
- changement d'établissement
- consultation avec le médecin scolaire
- consultation extérieure, si oui :
 - libéral
 - médecin traitant
 - médecin spécialiste
 - CMP / CMPP
 - MDA
 - hôpital
- autre, précisez : _____

13) Ce que le jeune était venu chercher (quelle était sa demande) :

- écoute ponctuelle
- suivi infirmier
- orientation vers un professionnel
- traitement médicamenteux
- autre, précisez : _____

III] Contexte familial :

14) Parents : en couple seul divorcés jeune en foyer/famille d'accueil

15) Catégorie socio-professionnelle du père :

- cadre et profession intellectuelle supérieure
- profession intermédiaire
- agriculteur exploitant
- artisan, commerçant, chef d'entreprise
- employé
- ouvrier
- sans activité professionnelle

ou réponse libre : _____

16) Catégorie socio-professionnelle de la mère :

- cadre et profession intellectuelle supérieure
- profession intermédiaire
- agriculteur exploitant
- artisan, commerçant, chef d'entreprise
- employés
- ouvriers
- sans activité professionnelle

ou réponse libre : _____

Annexe 2 : Résultats des régressions logistiques univariées et multivariées

A Variable à expliquer « Mode d'entrée spontané »

| Variables explicatives | Analyse univariée | | | Analyse multivariée | | |
|--|-------------------|-----------|-------|---------------------|--------|---|
| | OR | IC 95% | p | OR | IC 95% | p |
| Niveau (réf : collègue) | 1,46 | 0,59-3,61 | 0,42 | | | |
| Sexe (réf : garçon) | 1,63 | 0,65-4,09 | 0,30* | | | |
| Statut (réf : demi-pensionnaire ou externe) | 1,35 | 0,48-3,84 | 0,57 | | | |
| Age | 1,14 | 0,92-1,41 | 0,22* | | | |
| Premier passage à l'infirmerie (réf : non) | 0,62 | 0,25-1,52 | 0,29 | | | |
| Parents (réf : en couple) | 0,96 | 0,44-2,12 | 0,92 | | | |
| CSP des parents la plus haute (réf : basse) | | | | | | |
| versus sans profession | 0,39 | 0,12-1,34 | 0,14* | | | |
| versus CSP haute | 0,84 | 0,32-2,22 | 0,72 | | | |
| Motif unique de souffrance (réf : oui) | 1,08 | 0,49-2,38 | 0,84 | | | |
| Souffrance liée à la scolarité (réf : non) | 0,66 | 0,29-1,48 | 0,31 | | | |
| Souffrance liée à la famille (réf : non) | 0,65 | 0,29-1,44 | 0,28 | | | |
| Souffrance amoureuse (réf : non) | 1,5 | 0,41-5,47 | 0,54 | | | |
| Souffrance liée à l'hygiène de vie (réf : non) | 2,23 | 0,82-6,02 | 0,11* | | | |
| Addictions (réf : non) | 1,23 | 0,5-3,04 | 0,65 | | | |
| Suivi médical en cours (réf : non) | 1,1 | 0,47-2,61 | 0,83 | | | |

* variable incluse dans le modèle multivarié

B Variable à expliquer « Motif de souffrance familial »

| Variables explicatives | Analyse univariée | | | Analyse multivariée | | |
|---|-------------------|-----------|--------|---------------------|-----------|-------|
| | OR | IC 95% | p | OR | IC 95% | p |
| Niveau (réf : collègue) | 0,62 | 0,25-1,53 | 0,30 | | | |
| Sexe (réf : garçon) | 1,07 | 0,42-2,72 | 0,88* | | | |
| Statut (réf : demi-pensionnaire ou externe) | 0,64 | 0,22-1,88 | 0,42 | | | |
| Age | 0,87 | 0,7-1,08 | 0,20* | | | |
| Premier passage à l'infirmierie (réf : non) | 0,50 | 0,19-1,28 | 0,15* | | | |
| Parents (réf : en couple) | 3,55 | 1,52-8,30 | 0,003* | 3,55 | 1,52-8,30 | 0,003 |
| CSP des parents la plus haute (réf : basse) | | | | | | |
| versus sans profession | 0,58 | 0,17-1,95 | 0,38 | | | |
| versus CSP haute | 0,74 | 0,28-1,96 | 0,55 | | | |
| Mode d'entrée spontané (réf : non) | 0,65 | 0,29-1,44 | 0,28 | | | |
| Addictions (réf : non) | 1,33 | 0,54-3,28 | 0,54 | | | |
| Suivi médical en cours (réf : non) | 1,02 | 0,43-2,42 | 0,96 | | | |

* variable incluse dans le modèle multivarié

C Variable à expliquer « Motif de souffrance scolaire »

| Variables explicatives | Analyse univariée | | | Analyse multivariée | | |
|---|-------------------|-----------|-------|---------------------|--------|---|
| | OR | IC 95% | p | OR | IC 95% | p |
| Niveau (réf : collègue) | 0,39 | 0,16-0,99 | 0,05* | | | |
| Sexe (réf : garçon) | 0,55 | 0,22-1,39 | 0,21* | | | |
| Statut (réf : demi-pensionnaire ou externe) | 0,71 | 0,24-2,09 | 0,54 | | | |
| Age | 0,83 | 0,67-1,03 | 0,09 | | | |
| Premier passage à l'infirmerie (réf : non) | 0,78 | 0,31-1,97 | 0,59 | | | |
| Parents (réf : en couple) | 0,78 | 0,35-1,75 | 0,55 | | | |
| CSP des parents la plus haute (réf : basse) | | | | | | |
| versus sans profession | 1,34 | 0,41-4,45 | 0,63 | | | |
| versus CSP haute | 1,79 | 0,67-4,76 | 0,24* | | | |
| Mode d'entrée spontané (réf : non) | 0,66 | 0,29-1,48 | 0,31 | | | |
| Addictions (réf : non) | 0,60 | 0,24-1,52 | 0,29 | | | |
| Suivi médical en cours (réf : non) | 1,58 | 0,66-3,75 | 0,31 | | | |

* variable incluse dans le modèle multivarié

D Variable à expliquer « Motif de souffrance lié à l'hygiène de vie »

| Variables explicatives | Analyse univariée | | | Analyse multivariée | | |
|---|-------------------|-----------|-------|---------------------|--------|---|
| | OR | IC 95% | p | OR | IC 95% | p |
| Niveau (réf : collègue) | 0,53 | 0,19-1,46 | 0,22* | | | |
| Sexe (réf : garçon) | 1,67 | 0,51-5,49 | 0,40* | | | |
| Statut (réf : demi-pensionnaire ou externe) | 0,16 | 0,02-1,24 | 0,08* | | | |
| Age | 0,87 | 0,68-1,12 | 0,28 | | | |
| Premier passage à l'infirmerie (réf : non) | 0,74 | 0,24-2,25 | 0,60 | | | |
| Parents (réf : en couple) | 0,55 | 0,21-1,40 | 0,21* | | | |
| CSP des parents la plus haute (réf : basse) | | | | | | |
| versus sans profession | 1,23 | 0,33-4,60 | 0,76 | | | |
| versus CSP haute | 0,81 | 0,25-2,60 | 0,72 | | | |
| Mode d'entrée spontané (réf : non) | 2,23 | 0,82-6,02 | 0,11* | | | |
| Addictions (réf : non) | 0,69 | 0,24-1,99 | 0,49 | | | |
| Suivi médical en cours (réf : non) | 2,19 | 0,83-5,78 | 0,11* | | | |

* variable incluse dans le modèle multivarié

E Variable à expliquer « Motif de souffrance amoureux »

| Variables explicatives | Analyse univariée | | | Analyse multivariée | | |
|---|-------------------|------------|-------|---------------------|--------|---|
| | OR | IC 95% | p | OR | IC 95% | p |
| Niveau (réf : collègue) | 1,57 | 0,32-7,8 | 0,58* | | | |
| Sexe (réf : garçon) | 0,51 | 0,14-1,91 | 0,32* | | | |
| Statut (réf : demi-pensionnaire ou externe) | 1,8 | 0,43-7,59 | 0,42 | | | |
| Age | 1 | 0,72-1,39 | 0,99 | | | |
| Premier passage à l'infirmerie (réf : non) | 1,74 | 0,47-6,51 | 0,41 | | | |
| Parents (réf : en couple) | 0,65 | 0,19-2,29 | 0,50 | | | |
| CSP des parents la plus haute (réf : basse) | | | | | | |
| versus sans profession | 2,04 | 0,33-12,49 | 0,44 | | | |
| versus CSP haute | 1,75 | 0,36-8,51 | 0,49 | | | |
| Mode d'entrée spontané (réf : non) | 1,5 | 0,41-5,47 | 0,54 | | | |
| Addictions (réf : non) | 1 | 0,23-4,32 | 1 | | | |
| Suivi médical en cours (réf : non) | 0,21 | 0,03-1,69 | 0,14* | | | |

* variable incluse dans le modèle multivarié

F Variable à expliquer « Risque suicidaire »

| Variables explicatives | Analyse univariée | | | Analyse multivariée | | |
|--|--------------------------|---------------|----------|----------------------------|---------------|----------|
| | OR | IC 95% | p | OR | IC 95% | p |
| Niveau (réf : collègue) | 0,80 | 0,31-2,02 | 0,63 | | | |
| Sexe (réf : garçon) | 1,17 | 0,44-3,07 | 0,76* | | | |
| Statut (réf : demi-pensionnaire ou externe) | 1,96 | 0,70-5,52 | 0,20* | | | |
| Age | 0,89 | 0,72-1,11 | 0,31* | | | |
| Scarifications (réf : non) | 24,23 | 2,95-199,02 | 0,003* | 32,95 | 3,76-288,69 | 0,002 |
| Parents (réf : en couple) | 1,48 | 0,64-3,39 | 0,36 | | | |
| CSP des parents la plus haute (réf : basse) | | | | | | |
| versus sans profession | 0,66 | 0,18-2,39 | 0,53 | | | |
| versus CSP haute | 1,40 | 0,53-3,71 | 0,50 | | | |
| Motif unique de souffrance (réf : oui) | 2,02 | 0,88-4,64 | 0,10* | | | |
| Souffrance liée à la scolarité (réf : non) | 0,99 | 0,43-2,29 | 0,99 | | | |
| Souffrance liée à la famille (réf : non) | 2,67 | 1,15-6,19 | 0,02* | 4,00 | 1,54-10,44 | 0,005 |
| Souffrance amoureuse (réf : non) | 1,02 | 0,28-3,74 | 0,98 | | | |
| Souffrance liée à l'hygiène de vie (réf : non) | 0,72 | 0,27-1,97 | 0,53 | | | |
| Addictions (réf : non) | 1,57 | 0,62-3,96 | 0,34 | | | |
| Suivi médical en cours (réf : non) | 1,91 | 0,79-4,59 | 0,15* | | | |

* variable incluse dans le modèle multivarié

G Variable à expliquer « Scarifications »

| Variables explicatives | Analyse univariée | | | Analyse multivariée | | |
|--|--------------------------|---------------|----------|----------------------------|---------------|----------|
| | OR | IC 95% | p | OR | IC 95% | p |
| Niveau (réf : collègue) | 0,23 | 0,06-0,82 | 0,02 | | | |
| Sexe (réf : garçon) | 3,49 | 0,42-28,74 | 0,25* | | | |
| Statut (réf : demi-pensionnaire ou externe) | 0,99 | 0,19-5,01 | 0,99 | | | |
| Age | 0,62 | 0,44-0,87 | 0,006* | 0,64 | 0,44-0,95 | 0,03 |
| Risque suicidaire (réf : non) | 24,23 | 2,95-199,02 | 0,003* | 22,65 | 2,66-193,02 | 0,004 |
| Parents (réf : en couple) | 0,65 | 0,19-2,29 | 0,50 | | | |
| CSP des parents la plus haute (réf : basse) | | | | | | |
| versus sans profession | 0,94 | 0,10-9,17 | 0,96 | | | |
| versus CSP haute | 4,08 | 1,03-16,16 | 0,05* | | | |
| Motif unique de souffrance (réf : oui) | 2,98 | 0,74-11,99 | 0,12* | | | |
| Souffrance liée à la scolarité (réf : non) | 0,55 | 0,14-2,22 | 0,40 | | | |
| Souffrance liée à la famille (réf : non) | 0,73 | 0,2-2,68 | 0,64 | | | |
| Souffrance amoureuse (réf : non) | 0,79 | 0,09-6,84 | 0,83 | | | |
| Souffrance liée à l'hygiène de vie (réf : non) | 0,72 | 0,14-3,60 | 0,69 | | | |
| Addictions (réf : non) | 0,22 | 0,03-1,88 | 0,17* | | | |
| Suivi médical en cours (réf : non) | 0,86 | 0,21-3,50 | 0,83 | | | |

* variable incluse dans le modèle multivarié

H Variable à expliquer « Prise en charge infirmière uniquement »

| Variables explicatives | Analyse univariée | | | Analyse multivariée | | |
|--|--------------------------|---------------|----------|----------------------------|---------------|----------|
| | OR | IC 95% | p | OR | IC 95% | p |
| Niveau (réf : collègue) | 2,52 | 0,85-7,46 | 0,09* | | | |
| Sexe (réf : garçon) | 0,65 | 0,25-1,66 | 0,36* | | | |
| Statut (réf : demi-pensionnaire ou externe) | 1,66 | 0,59-4,71 | 0,34 | | | |
| Age | 1,12 | 0,90-1,39 | 0,32 | | | |
| Premier passage à l'infirmierie (réf : non) | 1,63 | 0,65-4,08 | 0,30 | | | |
| Parents (réf : en couple) | 1,27 | 0,55-2,92 | 0,58 | | | |
| CSP des parents la plus haute (réf : basse) | | | | | | |
| versus sans profession | 0,72 | 0,20-2,60 | 0,61 | | | |
| versus CSP haute | 0,60 | 0,20-1,76 | 0,35 | | | |
| Motif unique de souffrance (réf : oui) | 1 | 0,44-2,29 | 1 | | | |
| Souffrance liée à la scolarité (réf : non) | 0,65 | 0,27-1,55 | 0,33 | | | |
| Souffrance liée à la famille (réf : non) | 0,51 | 0,21-1,21 | 0,13* | | | |
| Souffrance amoureuse (réf : non) | 2,61 | 0,74-9,29 | 0,14* | | | |
| Souffrance liée à l'hygiène de vie (réf : non) | 0,62 | 0,22-1,75 | 0,37 | | | |
| Addictions (réf : non) | 0,74 | 0,29-1,90 | 0,53 | | | |
| Suivi médical en cours (réf : non) | 1,18 | 0,48-2,89 | 0,71 | | | |
| Scarifications (réf : non) | 0,70 | 0,17-2,84 | 0,62 | | | |
| Risque suicidaire (réf : non) | 0,20 | 0,07-0,57 | 0,003* | 0,20 | 0,07-0,57 | 0,003 |
| Mode d'entrée spontané (réf : non) | 1,06 | 0,46-2,43 | 0,90 | | | |

* variable incluse dans le modèle multivarié

I Variable à expliquer « Orientation interne à l'établissement scolaire »

| Variables explicatives | Analyse univariée | | | Analyse multivariée | | |
|--|--------------------------|---------------|----------|----------------------------|---------------|----------|
| | OR | IC 95% | p | OR | IC 95% | p |
| Niveau (réf : collège) | 0,94 | 0,37-2,43 | 0,90* | | | |
| Sexe (réf : garçon) | 1,85 | 0,66-5,20 | 0,24* | | | |
| Statut (réf : demi-pensionnaire ou externe) | 2,75 | 0,97-7,80 | 0,06* | | | |
| Age | 1,00 | 0,81-1,24 | 0,97 | | | |
| Premier passage à l'infirmerie (réf : non) | 0,61 | 0,23-1,62 | 0,32 | | | |
| Parents (réf : en couple) | 1,14 | 0,50-2,62 | 0,75 | | | |
| CSP des parents la plus haute (réf : basse) | | | | | | |
| versus sans profession | 1,08 | 0,32-3,70 | 0,90 | | | |
| versus CSP haute | 1,17 | 0,43-3,18 | 0,76 | | | |
| Motif unique de souffrance (réf : oui) | 0,92 | 0,40-2,08 | 0,83 | | | |
| Souffrance liée à la scolarité (réf : non) | 1,85 | 0,80-4,27 | 0,15* | | | |
| Souffrance liée à la famille (réf : non) | 0,83 | 0,36-1,91 | 0,66 | | | |
| Souffrance amoureuse (réf : non) | 1,07 | 0,29-3,94 | 0,92 | | | |
| Souffrance liée à l'hygiène de vie (réf : non) | 0,99 | 0,37-2,63 | 0,98 | | | |
| Addictions (réf : non) | 1,45 | 0,58-3,64 | 0,43 | | | |
| Suivi médical en cours (réf : non) | 2,5 | 1,03-6,05 | 0,04* | | | |
| Scarifications (réf : non) | 0,67 | 0,17-2,70 | 0,57 | | | |
| Risque suicidaire (réf : non) | 1,30 | 0,56-3,05 | 0,54 | | | |
| Mode d'entrée spontané (réf : non) | 1,14 | 0,50-2,62 | 0,75 | | | |

* variable incluse dans le modèle multivarié

J Variable à expliquer « Orientation vers le MEN »

| Variables explicatives | Analyse univariée | | | Analyse multivariée | | |
|--|-------------------|------------|-------|---------------------|--------|---|
| | OR | IC 95% | p | OR | IC 95% | p |
| Niveau (réf : collègue) | 2,33 | 0,29-14,04 | 0,35 | | | |
| Sexe (réf : garçon) | 3,67 | 0,39-34,63 | 0,26* | | | |
| Statut (réf : demi-pensionnaire ou externe) | 4,33 | 0,24-79,59 | 0,32 | | | |
| Age | 1,68 | 0,97-2,92 | 0,06* | | | |
| Premier passage à l'infirmerie (réf : non) | 1,53 | 0,24-9,49 | 0,65 | | | |
| Parents (réf : en couple) | 0,94 | 0,18-5,00 | 0,94 | | | |
| CSP des parents la plus haute (réf : basse) | | | | | | |
| versus sans profession | - | - | - | | | |
| versus CSP haute | - | - | - | | | |
| Motif unique de souffrance (réf : oui) | 1,08 | 0,21-5,73 | 0,93 | | | |
| Souffrance liée à la scolarité (réf : non) | 1,64 | 0,31-8,68 | 0,56 | | | |
| Souffrance liée à la famille (réf : non) | 0,33 | 0,05-1,96 | 0,22* | | | |
| Souffrance amoureuse (réf : non) | - | - | - | | | |
| Souffrance liée à l'hygiène de vie (réf : non) | 0,64 | 0,06-6,37 | 0,70 | | | |
| Addictions (réf : non) | 2,67 | 0,48-14,90 | 0,26 | | | |
| Suivi médical en cours (réf : non) | 4,19 | 0,75-23,44 | 0,10* | | | |
| Scarifications (réf : non) | 1,04 | 0,10-11,10 | 0,97 | | | |
| Risque suicidaire (réf : non) | 1,89 | 0,36-10,03 | 0,46 | | | |
| Mode d'entrée spontané (réf : non) | 3,54 | 0,59-21,40 | 0,17* | | | |

* variable incluse dans le modèle multivarié

K Variable à expliquer « Orientation externe à l'établissement scolaire »

| Variables explicatives | Analyse univariée | | | Analyse multivariée | | |
|--|-------------------|-----------|-------|---------------------|------------|-------|
| | OR | IC 95% | p | OR | IC 95% | p |
| Niveau (réf : collègue) | 0,41 | 0,16-1,07 | 0,07* | | | |
| Sexe (réf : garçon) | 1,11 | 0,44-2,78 | 0,82* | | | |
| Statut (réf : demi-pensionnaire ou externe) | 0,30 | 0,10-0,92 | 0,04* | 0,20 | 0,06-0,68 | 0,01 |
| Age | 0,89 | 0,72-1,10 | 0,27 | | | |
| Premier passage à l'infirmerie (réf : non) | 0,90 | 0,37-2,19 | 0,81 | | | |
| Parents (réf : en couple) | 0,77 | 0,35-1,70 | 0,52 | | | |
| CSP des parents la plus haute (réf : basse) | | | | | | |
| versus sans profession | 0,62 | 0,19-2,04 | 0,43 | | | |
| versus CSP haute | 1,16 | 0,44-3,07 | 0,77 | | | |
| Motif unique de souffrance (réf : oui) | 1,38 | 0,63-3,03 | 0,42 | | | |
| Souffrance liée à la scolarité (réf : non) | 1,13 | 0,51-2,53 | 0,77 | | | |
| Souffrance liée à la famille (réf : non) | 2,16 | 0,96-4,86 | 0,06* | | | |
| Souffrance amoureuse (réf : non) | 0,49 | 0,13-1,79 | 0,28 | | | |
| Souffrance liée à l'hygiène de vie (réf : non) | 1,60 | 0,62-4,12 | 0,33 | | | |
| Addictions (réf : non) | 1,63 | 0,66-4,01 | 0,29 | | | |
| Suivi médical en cours (réf : non) | 0,50 | 0,21-1,19 | 0,12* | | | |
| Scarifications (réf : non) | 1,71 | 0,47-6,26 | 0,42 | | | |
| Risque suicidaire (réf : non) | 3,11 | 1,31-7,4 | 0,01* | 4,53 | 1,72-11,94 | 0,002 |
| Mode d'entrée spontané (réf : non) | 1,07 | 0,49-2,35 | 0,87 | | | |

* variable incluse dans le modèle multivarié

L Variable à expliquer « Orientation vers un professionnel libéral »

| Variables explicatives | Analyse univariée | | | Analyse multivariée | | |
|--|-------------------|------------|--------|---------------------|------------|-------|
| | OR | IC 95% | p | OR | IC 95% | p |
| Niveau (réf : collègue) | 0,31 | 0,11-0,86 | 0,03* | 0,24 | 0,08-0,79 | 0,02 |
| Sexe (réf : garçon) | 1,33 | 0,40-4,46 | 0,64* | | | |
| Statut (réf : demi-pensionnaire ou externe) | 0,43 | 0,09-2,05 | 0,29 | | | |
| Age | 0,78 | 0,60-1,02 | 0,06 | | | |
| Premier passage à l'infirmier (réf : non) | 0,66 | 0,20-2,19 | 0,50 | | | |
| Parents (réf : en couple) | 1 | 0,37-2,68 | 1 | | | |
| CSP des parents la plus haute (réf : basse) | | | | | | |
| versus sans profession | 0,33 | 0,04-2,83 | 0,31 | | | |
| versus CSP haute | 1,77 | 0,58-5,41 | 0,32 | | | |
| Motif unique de souffrance (réf : oui) | 2,16 | 0,78-5,98 | 0,14* | | | |
| Souffrance liée à la scolarité (réf : non) | 0,81 | 0,29-2,24 | 0,68 | | | |
| Souffrance liée à la famille (réf : non) | 4,10 | 1,42-11,84 | 0,009* | 5,33 | 1,65-17,19 | 0,005 |
| Souffrance amoureuse (réf : non) | 1,59 | 0,38-6,63 | 0,53 | | | |
| Souffrance liée à l'hygiène de vie (réf : non) | 1,15 | 0,37-3,59 | 0,81 | | | |
| Addictions (réf : non) | 1,63 | 0,57-4,63 | 0,36 | | | |
| Suivi médical en cours (réf : non) | 1,33 | 0,47-3,77 | 0,59 | | | |
| Scarifications (réf : non) | 1,59 | 0,38-6,63 | 0,53 | | | |
| Risque suicidaire (réf : non) | 3,5 | 1,27-9,65 | 0,02* | | | |
| Mode d'entrée spontané (réf : non) | 3 | 1,00-9,04 | 0,05* | 5,24 | 1,46-18,79 | 0,01 |

* variable incluse dans le modèle multivarié

M Variable à expliquer « Orientation vers la MDA »

| Variables explicatives | Analyse univariée | | | Analyse multivariée | | |
|--|-------------------|-----------|-------|---------------------|--------|---|
| | OR | IC 95% | p | OR | IC 95% | p |
| Niveau (réf : collègue) | 0,75 | 0,27-2,10 | 0,59* | | | |
| Sexe (réf : garçon) | 0,70 | 0,25-1,97 | 0,50* | | | |
| Statut (réf : demi-pensionnaire ou externe) | 0,38 | 0,08-1,78 | 0,22* | | | |
| Age | 1,04 | 0,82-1,31 | 0,78 | | | |
| Premier passage à l'infirmerie (réf : non) | 1,61 | 0,59-4,38 | 0,35 | | | |
| Parents (réf : en couple) | 0,62 | 0,24-1,55 | 0,30 | | | |
| CSP des parents la plus haute (réf : basse) | | | | | | |
| versus sans profession | 0,63 | 0,16-2,57 | 0,52 | | | |
| versus CSP haute | 0,46 | 0,14-1,57 | 0,22* | | | |
| Motif unique de souffrance (réf : oui) | 1 | 0,40-2,50 | 1 | | | |
| Souffrance liée à la scolarité (réf : non) | 1,82 | 0,72-4,59 | 0,21* | | | |
| Souffrance liée à la famille (réf : non) | 1,16 | 0,46-2,93 | 0,75 | | | |
| Souffrance amoureuse (réf : non) | 0,29 | 0,04-2,37 | 0,25* | | | |
| Souffrance liée à l'hygiène de vie (réf : non) | 1,16 | 0,40-3,37 | 0,79 | | | |
| Addictions (réf : non) | 1,32 | 0,48-3,66 | 0,60 | | | |
| Suivi médical en cours (réf : non) | 0,26 | 0,07-0,95 | 0,04* | | | |
| Scarifications (réf : non) | 0,68 | 0,14-3,37 | 0,63 | | | |
| Risque suicidaire (réf : non) | 1,37 | 0,54-3,52 | 0,51 | | | |
| Mode d'entrée spontané (réf : non) | 0,78 | 0,31-1,93 | 0,57 | | | |

* variable incluse dans le modèle multivarié

N Variable à expliquer « Demande de prise en charge infirmière »

| Variables explicatives | Analyse univariée | | | Analyse multivariée | | |
|--|-------------------|------------|---------|---------------------|------------|--------|
| | OR | IC 95% | p | OR | IC 95% | p |
| Niveau (réf : collègue) | 1,69 | 0,59-4,84 | 0,32 | | | |
| Sexe (réf : garçon) | 1,36 | 0,46-4,00 | 0,58* | | | |
| Statut (réf : demi-pensionnaire ou externe) | 2,49 | 0,53-11,83 | 0,25* | | | |
| Age | 1,25 | 0,96-1,61 | 0,10* | | | |
| Premier passage à l'infirmierie (réf : non) | 0,48 | 0,17-1,34 | 0,16* | | | |
| Parents (réf : en couple) | 0,70 | 0,26-1,87 | 0,48 | | | |
| CSP des parents la plus haute (réf : basse) | | | | | | |
| versus sans profession | 0,58 | 0,15-2,24 | 0,43 | | | |
| versus CSP haute | 0,88 | 0,27-2,94 | 0,84 | | | |
| Motif unique de souffrance (réf : oui) | 0,70 | 0,26-1,83 | 0,46 | | | |
| Souffrance liée à la scolarité (réf : non) | 0,64 | 0,24-1,68 | 0,36 | | | |
| Souffrance liée à la famille (réf : non) | 0,62 | 0,24-1,63 | 0,33 | | | |
| Souffrance amoureuse (réf : non) | 2,90 | 0,35-24,02 | 0,32 | | | |
| Souffrance liée à l'hygiène de vie (réf : non) | 1,35 | 0,40-4,49 | 0,63 | | | |
| Addictions (réf : non) | 1 | 0,35-2,83 | 1 | | | |
| Suivi médical en cours (réf : non) | 0,63 | 0,23-1,72 | 0,36 | | | |
| Scarifications (réf : non) | 2,90 | 0,35-24,02 | 0,32 | | | |
| Risque suicidaire (réf : non) | 0,89 | 0,33-2,41 | 0,82 | | | |
| Mode d'entrée spontané (réf : non) | 11,55 | 3,13-42,73 | 0,0002* | 11,77 | 3,17-43,63 | 0,0002 |

* variable incluse dans le modèle multivarié

Résumé

Titre de la thèse : Le mal-être des adolescents et sa prise en charge en santé scolaire.

Contexte : L'adolescence peut modifier l'équilibre psychique des jeunes. La souffrance psychique a des origines variées. Ses conséquences, parfois graves, sont à prendre en compte. La santé mentale des jeunes est un problème de santé publique autour duquel de nombreux acteurs de santé interviennent.

Méthode : Une étude transversale a été menée dans des établissements scolaires de l'académie de Seine-Maritime. Un questionnaire a été rempli par les infirmiers de l'Education Nationale (EN) pour chaque jeune sollicitant un entretien d'écoute. Des analyses descriptives et analytiques ont été réalisées.

Résultats : 100 élèves, dont 76 filles, ont été inclus. 55% (IC_{95%}[45-65]) ont consulté spontanément. 43% (IC_{95%}[33,1-53,3]) déclarent une origine familiale à leur souffrance et 39% (IC_{95%}[29,4-48,3]) un lien avec la scolarisation. 50% déclarent plusieurs motifs de souffrance. 36% (IC_{95%}[26,6-46,2]) présentent un risque suicidaire. 34% des prises en charge sont uniquement infirmières. Elles sont inversement liées au risque suicidaire (OR = 0,2 IC_{95%}[0,07-0,56]). 35 % des élèves sont orientés vers un professionnel de l'établissement scolaire et 52 % vers un professionnel extérieur. Une orientation vers le médecin de l'EN a lieu pour un jeune sur cinq.

Discussion : Les jeunes trouvent des réponses auprès des infirmiers de l'EN. La place du médecin de l'EN est également incontournable. Une amélioration des possibilités d'écoute et d'accompagnement ainsi qu'une amélioration de la formation des professionnels travaillant auprès des jeunes en souffrance sont attendues. Le renforcement de la coordination entre ces différents professionnels est nécessaire.

Mots-clés : adolescents, mal-être, santé scolaire, santé publique