

Article original

Quelle place pour une école dans un hôpital dans le cadre de soins associés au décrochage scolaire

Adolescents at risk of school dropout: Is scholar intervention within an adolescent psychiatric department a therapeutic option?

A. Franceschini-Mandel^{a,b,c,d,*}, J. Brunelle^{a,b,c,d}, S. Soriano^{a,b,c,d}, N. Bodeau^{a,b,c,d},
F. Frénet^{a,b,c,d}, J. Dubois^{a,b,c,d}, E. Delaporte^{a,b,c,d}, E. Cordeiro^{a,b,c,d}, G. Bado^{a,b,c,d},
L. Radivoniuk^{a,b,c,d}, D. Cohen^{a,b,c,d}, D. Périssé^{a,b,c,d}

^a Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Pitié-Salpêtrière, 43, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

^b Centre scolaire Georges-Heuyer, 75013 Paris, France

^c Association l'école à l'hôpital, 75006 Paris, France

^d CNRS UMR 7222, institut des systèmes intelligents et robotiques, université Pierre-et-Marie-Curie, place Jussieu, 75005 Paris, France

Résumé

Contexte. – Bien que le décrochage scolaire ne soit pas un diagnostic psychiatrique, il est une préoccupation fréquente pour le pédopsychiatre, et recouvre des situations psychopathologiques variées. En outre, les psychopathologies sévères de l'adolescence sont aussi à risque de décrochage scolaire, grevant par là-même le pronostic. Intégrer le soin dans la problématique du décrochage scolaire paraît être une piste intéressante. Nous avons depuis 2008 réorganisé le partenariat entre le dispositif de soins spécialisé hospitalier, et le groupe scolaire détaché dans notre hôpital pour répondre à ces demandes en augmentation. Nous proposons ici de reprendre les 50 premiers patients qui ont bénéficiés de ce dispositif, d'évaluer leur situation clinique à leur sortie (t1) et à 30 mois (t2) et d'explorer les facteurs potentiellement associés à leur réinsertion.

Méthodes. – Les variables sociodémographiques et cliniques ont été recueillies rétrospectivement à t0 et t1. Concernant le devenir à t2, les données ont été obtenues par appel téléphonique. Les critères de réinsertion retenus à 30 mois sont : la reprise d'une scolarité (classique, adaptée, ou de type médico-sociale) ou l'existence d'une activité professionnelle.

Résultats. – Entre 2008 et 2012, nous avons accueilli 52 sujets (dont 36 garçons, 69 %) dans le dispositif scolaire de l'hôpital en association avec des soins de consultation ($n=20$) ou en hospitalisation de jour ($n=32$). Ils présentent des profils psychopathologiques variés. Au total, 37 sont des collégiens (71 %) et la durée de déscolarisation moyenne est de 6,7 mois. La durée moyenne de prise en charge dans le dispositif fut de 4 mois. Au devenir à 30 mois, 34 sujets (65 %) ont une réinsertion scolaire avec une amélioration clinique globale significative (30 % d'augmentation du score EGF). Seule l'existence d'une mesure éducative à t0 et la sévérité clinique (CGI-S et EGF) à t1 sont associées de manière significative à une moins bonne réinsertion à t2.

Conclusion. – Les adolescents à risque de décrochage scolaire ont bénéficié du dispositif sur le plan de leur adaptation psychosociale et de leur réinsertion scolaire. Bien que les profils psychopathologiques soient variés, le seul facteur pronostique retrouvé est l'existence d'une mesure de protection aide sociale à l'enfance.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Décrochage scolaire ; Réinsertion scolaire ; Dysfonctions familiales

Abstract

Background. – Although school dropout is not a psychiatric diagnosis, it is a frequent concern for child psychiatrists, and covers a variety of psychopathological situations. In addition, severe psychopathologies in adolescence also constitute a risk of school dropout, hence undermining

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : annefranceschinimandel@gmail.com (A. Franceschini-Mandel).

the prognosis. Integrating care into the issue of dropping out of school seems like an interesting lead. Since 2008 we have reorganized the partnership between the specialized hospital care system and the detached school group in our hospital to meet these increasing demands. Here we propose to reevaluate the first 50 patients who benefited from this device, to assess their clinical situation at discharge (t1) and at 30 months (t2) and to explore the factors potentially associated with their reinsertion.

Methods. – Socio-demographic and clinical variables were retrospectively collected at t0 and t1. Regarding evaluation at t2, the data were obtained by telephone call. The retained criteria for reintegration at 30 months are: the resumption of schooling (classical, adapted, or medico-social type) or the existence of a professional activity.

Results. – Between 2008 and 2012, we received 52 subjects (36 boys, 69%) in the hospital's educational system in combination with consultation ($n=20$) or day hospitalization ($n=32$). They had miscellaneous psychopathological profiles. In total, 37 were pupils (71%) and the average period of school absence was 6.7 months. The average duration of care in the care plan was 4 months. At age 30 months, 34 subjects (65%) had school rehabilitation with significant overall clinical improvement (30% increase in EGF score). Only the existence of an educational measure at t0 and the clinical severity (CGI-S and EGF) at t1 was significantly associated with poor reinsertion at t2.

Conclusion. – Adolescents at risk of dropping out of school have benefited from the system in terms of psychosocial adjustment and reintegration into school. Although psychopathological profiles were diverse, the only prognostic factor was the existence of a child protection measure.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: School dropout; Rehabilitation; Families dysfunctions

1. Introduction

Le décrochage scolaire se définit par une sortie précoce du système de formation initiale sans un diplôme national du secondaire ou un titre professionnel qualifiant enregistré et classé au répertoire national des certifications professionnelles [1]. Le décrochage scolaire se situe entre l'absentéisme scolaire, défini par plus de 4 demi-journées d'absences par mois non justifiées, et l'abandon scolaire, acté après 5 ans de décrochage [2]. Toutes les situations de refus scolaire, et de déscolarisation, quelles qu'en soient les causes, sont des situations à risque de décrochage [3]. En France, le décrochage scolaire touche 1 élève sur 8, soit 12 % des élèves ; environ 150 000 élèves sont concernés chaque année, et 50 millions d'euros sont alloués annuellement à cette cause [4]. Il est un prédicteur important de risque de comorbidités à l'âge adulte [5–9].

Au plan européen, le taux moyen de décrochage scolaire est de 13 %. Il varie de 4,8 % à 28 % selon les pays ; le taux de décrochage au Royaume-Uni est de 13,5 %, les pays du pourtour méditerranéen accusent des moyennes plus hautes (18 % pour l'Italie, 25 % pour l'Espagne et 28 % pour le Portugal), à l'inverse des pays d'Europe centrale qui ont un taux aux alentours de 4–5 % pour la Slovénie, la Slovaquie et la Pologne [10]. Au plan national, le risque de décrochage scolaire concerne les villes où des fragilités économiques et familiales se cumulent, comme certaines villes du nord, et du Sud-Est de la France, et certains départements ruraux de l'auréole du bassin parisien [11].

La littérature sur le décrochage scolaire rapporte des situations à forte problématique sociale, à l'instar des troubles des conduites chez des jeunes adolescents caractérisés comme ayant des troubles dits limites, ou des troubles externalisés, rencontrant des situations de carences plus ou moins sévères [3,12,13]. Parallèlement, la littérature sur le refus scolaire fait davantage référence à des troubles « internalisés », à plus forte valence « médicale » et « pédopsychiatrique » que « social pur », bien que les deux dimensions puissent être, bons nombres de fois, intriquées. L'anxiété de séparation, les troubles dépressifs, sont

régulièrement mis en avant comme les psychopathologies prédominantes [14–20]. Les troubles « somatoformes non spécifiés » constituent un tableau fréquent, touchant les grands adolescents de 17–18 ans, venant consulter pour fatigue chronique, plaintes somatiques diverses, doutes invalidants, avec une forte anxiété de performance, et une tendance au perfectionnisme [21,22]. Les situations de troubles des apprentissages, non diagnostiqués, et mal connus par certains, peuvent faire l'objet de situations de rejet mutuel, entre professeurs et élèves [23,24], ou de harcèlement par les pairs [25,26]. Il arrive enfin que le refus scolaire survienne dans un contexte de symptômes psychiatriques plus invalidants, dans les cas d'émergence d'une schizophrénie ou d'une maladie bipolaire [27–29]. Bien sûr, toutes ces situations de refus et de rupture scolaire sont à risque de décrochage si elles ne sont pas prises en charge [30].

D'un point de vue psychologique, selon certains auteurs, le « moi scolaire » recouvrant les représentations que l'élève a de lui-même et de ses performances, renvoie au moi physique, social, émotionnel, et aussi à son « moi futur », composé de valeurs « supposées correspondre à celles des adultes » [31]. Le phénomène de décrochage « cognitif » du jeune pré-adolescent pourtant toujours présent sur les bancs de l'école, questionne la bonne organisation des processus de refoulement classiquement à l'œuvre à la période de latence [32]. Les décrocheurs physiquement absents, quant à eux, questionnent le rapport au travail, à l'institution scolaire, les modalités d'interactions sociales, les leurs, celles des adultes qui les entourent, et celles de la société dans laquelle ils évoluent [33–35]. En effet, l'absentéisme met en avant la question des droits et des devoirs, la question du temps, de la satisfaction immédiate et de la capacité à s'organiser pour obtenir des bénéfices à long terme [36,37]. De façon plus générale, le décrochage scolaire pose aussi la question du rapport à la mort, au travers des liens entre pulsion de vie et investissement personnel dans l'acquisition du savoir, d'une part, mais aussi au travers de la dynamique de déni du cadre [38,39]. L'enfant qui apprend est confronté à la question de qui il est, mais aussi à celle de qui est celui qui lui apprend : on peut se demander ce qui détermine un acte de désobéissance, ce qu'il signifie, et à qui

il s'adresse. Est-ce qu'on pourrait évoquer pour certains élèves, un phénomène de résistance vis-à-vis d'un sentiment d'emprise imaginaire et fantasmée de la part d'une figure d'autorité ? N'y a-t-il pas à un moment donné du développement un idéal de déso-béissance, nécessaire à la constitution d'un moi autonome [40] ? Que représente l'institution scolaire dans son ensemble, et de quel type de société est-elle l'emblème [41,42] ? Par ailleurs, les questions de loyauté vis-à-vis de la famille et de maintien au sein du groupe de pairs sont aussi importantes dans la problématique de la réussite scolaire [43–46].

Située à la frontière du médical, du social, et du sociétal [47], la question du décrochage scolaire a soulevé une certaine énergie chez les acteurs sociaux et politiques, ce qui a permis de mettre en place des expérimentations et des dispositifs de prise en charge et de prévention [48,49,34,50–52]. Affectant les jeunes mineurs, ce phénomène ne peut pas être laissé de côté par le psychiatre d'enfant, qui est régulièrement sollicité au plan clinique. L'enjeu du décrochage scolaire se pose tout autant pour les élèves présentant une anxiété majeure, avec ou sans symptômes somatiques, les élèves présentant un trouble des conduites ou un fonctionnement limite et des carences multiples, que pour les élèves présentant une pathologie psychiatrique sévère, qu'ils présentent ou non un trouble des apprentissages ou un trouble complexe du neuro-développement.

2. Objectifs

Le service hospitalo-universitaire du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière travaille en collaboration constante avec le centre scolaire Georges-Heuyer (http://speapsl.aphp.fr/diversdocs/Centre_scolaire.pdf) qui fait partie intégrante du dispositif hospitalier. Le centre scolaire se compose d'un directeur et d'une équipe d'enseignants détachés de l'éducation nationale, couvrant les programmes d'enseignement du primaire et du secondaire. L'équipe pédagogique est renforcée par des bénévoles de l'association « l'École à l'hôpital », sous la direction d'un coordinateur (<http://ecolealhopital-idf.org/>). Afin de rendre compte de l'intérêt de ce partenariat pour les adolescents, dont la problématique scolaire est centrale, et dans le contexte de la prévalence actuelle du décrochage, nous avons choisi de réaliser une étude rétrospective concernant 52 adolescents et pré-adolescents, de 10 à 18 ans, en rupture scolaire de plus de 3 semaines consécutives, qui ont bénéficié d'une prise en charge par notre dispositif scolaire Georges-Heuyer, associée ou non à une prise en charge en hôpital de jour. Après avoir décrit les 52 sujets sur le plan démographique et clinique, nous avons évalué l'impact de la prise en charge, à la sortie du dispositif, et 30 mois après la sortie. Enfin, nous avons cherché à repérer les facteurs pronostiques de la réinsertion scolaire.

3. Méthodes

3.1. Description du dispositif Georges-Heuyer

Tous les patients hospitalisés dans le service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, en temps plein ou à l'hôpital de jour, sont a

priori scolarisés au sein du centre scolaire Georges-Heuyer, sauf contre-indication médicale. Le centre propose également sur indication médicale une scolarité dite « externe », où les jeunes viennent dans le service uniquement pour bénéficier des cours. Pour notre étude, nous avons choisi d'appeler « dispositif Georges-Heuyer » la scolarité proposée aux patients d'hôpital de jour ($n = 32$), et aux patients « externes », pris en charge en consultation ($n = 20$). Aucun des patients recrutés n'est hospitalisé à temps plein dans le service, mais 75 % d'entre eux l'ont été avant leur passage dans le dispositif.

Le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de la Pitié-Salpêtrière est un service hospitalo-universitaire de niveau 3 disposant de plusieurs unités d'hospitalisation temps plein et de jour.

3.2. Critères d'inclusion : patients dits à risque de décrochage scolaire

Tous les patients hospitalisés en temps plein dans le service présentent des troubles psychiatriques aigus qui retentissent évidemment sur leur scolarité ; pour autant, ils ne sont pas tous à risque de décrochage scolaire. Nous avons sélectionné rétrospectivement tous les sujets entre 2008 et 2012 pour lesquels une durée de déscolarisation supérieure à 3 semaines consécutives, était rapportée avant leur admission dans le service. 52 patients répondaient à ce critère.

3.3. Variables recueillies

Afin de décrire notre échantillon à l'admission (t0), les variables démographiques et cliniques ont été recueillies rétrospectivement dans les dossiers de soins. Au plan social et démographique, nous avons colligé l'âge, le genre, le niveau scolaire, la durée de déscolarisation, l'existence d'une mesure éducative ambulatoire ou avec placement. Au plan clinique, nous avons recueilli les variables suivantes à l'entrée : les diagnostics cliniques aigus et développementaux, selon les critères du DSM IV-R, le niveau de fonctionnement, avec les échelles de fonctionnement et d'impression clinique globale (Échelle Globale de Fonctionnement [EGF] et Impression Clinique Globale-Sévérité [CGI-S]) [53,54].

À la sortie du dispositif (t1), nous avons recueilli la durée de prise en charge (en mois), l'EGF et la CGI-S. Enfin, pour apprécier le devenir à 30 mois en moyenne (t2) nous avons mesuré par téléphone auprès du patient, de sa famille, et/ou du médecin référent, les scores EGF, CGI, et recueilli l'existence ou non d'une réinsertion scolaire ou professionnelle, et ses modalités. En accord avec les principes de l'éducation nationale, nous avons retenu les critères suivants de réinsertion :

- reprise d'une scolarité classique ordinaire (générale ou professionnelle) ou spécialisée (SEGPA, EREA, ULIS), d'une intégration en établissement soins-études, ou en établissement médico-social (ITEP, IME) ;
- ou existence d'une activité professionnelle (stage professionnel, emploi salarié).

3.4. Analyses statistiques

L'évolution clinique entre les 3 temps de l'entrée t0, de la sortie t1 et du devenir t2, est évaluée en comparant les scores EGF entre t1 et t0, entre t2 et t1, puis entre t2 et t0. Enfin, nous avons cherché à mettre en évidence des facteurs qui pourraient être associés à la réinsertion à t2. Pour cela, nous avons testé plusieurs variables en nous appuyant sur les données de la littérature concernant le devenir des sujets ayant présenté un refus scolaire et/ou des troubles psychiatriques sévères à l'adolescence [16,20,55–64]. Nous avons testé l'âge, le niveau scolaire, le genre, la durée de déscolarisation, le score EGF à T0, la durée de prise en charge dans le dispositif, l'existence d'un traitement psychotrope, l'existence d'une mesure de protection, la présence d'un trouble des apprentissages, la présence d'un trouble anxieux majeur, d'un trouble des conduites, d'une pathologie psychiatrique sévère (dépression sévère avec ou sans TS, schizophrénie, bipolarité), avec l'association éventuelle d'un trouble développemental complexe, la présence d'un trouble psychiatrique chez au moins un des deux parents, l'absence d'un parent (hors décès) dans l'éducation de l'enfant.

Les analyses ont été réalisées en utilisant le logiciel R. Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé le test de Student, et pour les variables qualitatives, nous avons utilisé le test de Fisher. L'évolution clinique des scores EGF au cours du temps a été évaluée grâce à un modèle mixte.

4. Résultats

4.1. Description sociodémographique et clinique

Les données descriptives sont résumées dans les [Tableaux 1 et 2](#). Les sujets inclus sont majoritairement des garçons ($n=36$, 69 %), des collégiens ($n=37$, 71 %), avec une durée moyenne de déscolarisation de 6 mois (écart-type = 2,8), et adressés pour 75 % d'entre eux dans le dispositif

Tableau 1
Description de l'échantillon à l'entrée ($n=52$).

	<i>n</i>	%
Garçons	36	69
Filles	16	31
Âge moyen	14,6 (10–18)	–
Scolarité et hôpital de jour	32	62
Scolarité « externe »	20	38
Niveau primaire	2	4
Niveau collège	37	71
Niveau lycée	13	25
Mesure de protection	18	35
Dont mesure avec placement	4	7
Durée de la déscolarisation (en mois)	6,7 mois (écart-type = 2,8)	
Durée moyenne de prise en charge dans le dispositif	4 mois (écart-type = 1,8)	
Score EGF à l'entrée dans le dispositif	52 (écart-type = 10,9)	
Score CGI à l'entrée dans le dispositif	4 (écart-type = 0,8)	

EGF : échelle globale de fonctionnement ; CGI-S : Clinical Global Impression-Severity.

Répartition M/F par niveau scolaire

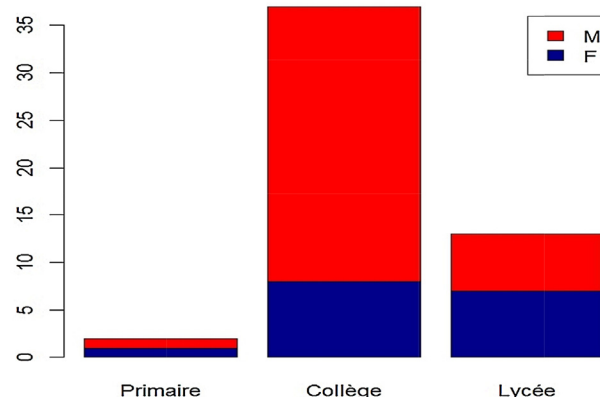


Fig. 1. Répartition des 52 élèves à risque de décrochage à l'entrée dans le dispositif.

Georges-Heuyer à la suite d'une hospitalisation temps plein dans le service (Fig. 1).

Parmi eux, 18 (35 %) bénéficient d'une mesure de protection, qu'elle soit administrative, judiciaire, ambulatoire ou avec placement, ce qui rend compte de la sévérité de la situation des élèves qui entrent dans le dispositif et de l'intrication des problématiques médico-sociales.

À l'admission dans le dispositif (t0), le score moyen de l'EGF est de 52, ce qui correspond à un handicap important dans le fonctionnement social et scolaire. Ceci est corroboré par le score moyen à la CGI-S à t0 qui est de 4,4, correspondant à un « état de maladie » manifestement important.

Sur le plan clinique, l'échantillon présente la répartition diagnostique suivante : 26 sujets (50 %) présentent une pathologie psychiatrique sévère (épisode dépressif majeur avec ou sans TS, schizophrénie, bipolarité), 18 sujets (34 %) ont des troubles anxieux majeurs, et 9 (16 %) des troubles des conduites. 33 sujets (62,5 %) ont un trouble du développement. En effet, 11 (20,5 %) sujets ont un trouble des apprentissages, type « multi-dys », ou troubles attentionnels, et 22 (42 %) ont un trouble « complexe » du développement, type *multiple complex developmental disorder*, troubles du spectre autistique, ou déficience intellectuelle. Seulement 20 sujets (37,5 %) des patients accueillis dans le dispositif ne présentent aucun trouble du développement ([Tableau 2](#)).

4.2. Évolution clinique à la sortie du dispositif (t1) et au devenir (t2)

La durée moyenne de prise en charge au sein du dispositif Georges-Heuyer est de 4 mois (écart-type = 1,8). L'évolution clinique à la sortie du dispositif est significativement favorable avec une variation significative du score EGF à la sortie par rapport au score d'entrée. La même significativité se retrouve dans la diminution du score CGI entre ces 2 temps. Au devenir (t2), soit 30 mois après la sortie du dispositif, nous avons évalué à nouveau les scores EGF, et CGI, ainsi que la réinsertion scolaire ou professionnelle. La durée moyenne du devenir (t2) est de 30 mois sachant que 3 sujets ont été perdus de vue (5,7 %). Sur

Tableau 2
Répartition diagnostique des élèves à risque de décrochage qui ont bénéficié du dispositif.

Diagnostic clinique à l'entrée	Troubles du développement		
	Absent (37,5 %)	Trouble des apprentissages (20,5 %)	Trouble complexe du développement ^a (42 %)
Trouble anxieux (34 %)	7 (13,5 %)	4 (7 %)	7 (13,5 %)
Trouble des conduites (16 %)	4 (7 %)	2 (3,5 %)	3 (5,5 %)
Trouble psychiatrique sévère ^b (50 %)	9 (17 %)	5 (10 %)	12 (23 %)

^a Patients présentant un trouble spécifique mixte du développement incluant les dysharmonies évolutives, et patients présentant un trouble envahissant du développement.

^b Épisode dépressif sévère avec ou sans TS, schizophrénie, bipolarité.

le plan clinique, le score EGF à t2 est significativement plus élevé qu'à t0 et même qu'à t1, montrant une évolution clinique favorable des sujets entre les trois temps ($p < 0,05$).

Concernant le devenir des sujets sur le plan de leur réinsertion scolaire (Fig. 2), 65 % des élèves ($n = 34$) ont repris une scolarité, avec 42 % ($n = 22$) qui poursuivent une scolarité au sein de l'éducation nationale, 17 % ($n = 9$) en clinique soins-études, 6 % ($n = 3$) en institut médico-social (ITEP ou IME). À l'inverse, 29 % des sujets ($n = 15$) ne se sont pas réinsérés scolairement à 30 mois, avec 20 % ($n = 10$) qui sont hospitalisés en temps plein ou en hôpital de jour, et 10 % ($n = 5$) qui sont sans activité. Ce résultat confirme l'importance de la part des troubles psychiatriques sévères présentés par les élèves de notre dispositif. En effet, sur le plan des diagnostics cliniques des 15 patients non réinsérés, nous retrouvons 5 patients schizophrènes, 4 patients avec un épisode dépressif sévère, 4 patients avec un trouble anxieux majeur compliquant un trouble complexe du développement, 1 patient bipolaire, et 1 patient avec trouble des conduites. Sur ces 15 patients, 8 ont une mesure de protection à l'entrée (Fig. 3).

4.3. Variables potentiellement associées à la réinsertion scolaire à t2

Nous n'avons pas retrouvé d'association significative entre la réinsertion scolaire à t2 et les variables quantitatives socio-démographiques et scolaires suivantes : l'âge ($p = 0,88$), le genre masculin ($p = 0,46$), la durée de déscolarisation ($p = 0,39$), la durée de prise en charge dans le dispositif ($p = 0,28$). En effet, la comparaison des sujets ayant une réinsertion scolaire à t2 avec les sujets non réinsérés scolairement ne montre pas de différence significative entre les collèves et lycée ($p = 0,88$). Aucune association significative n'est retrouvée non plus entre le devenir et les modalités de prise en charge dans le dispositif (scolarité externe versus hôpital de jour, $p = 0,20$). De même, aucun diagnostic en particulier n'est significativement associé à la réinsertion à t2, que ce soit la présence d'un trouble des apprentissages ($p = 0,99$), d'un trouble complexe du développement ($p = 0,45$), d'un trouble anxieux sévère ($p = 0,88$), d'un trouble des conduites ($p = 0,78$), ou d'une pathologie psychiatrique sévère ($p = 0,49$). L'association de deux diagnostics comme trouble anxieux sévère avec trouble des apprentissages ($p = 0,77$), ou encore trouble psychiatrique sévère avec trouble complexe du développement ($p = 0,47$), ne permet pas non plus d'objectiver d'association significative avec la réinsertion à t2.

De même pour les variables cliniques suivantes : scores EGF ou CSI-S à l'entrée ($p = 0,3$), ou l'existence d'un traitement psychotrope ($p = 0,07$). Enfin, aucune association n'est retrouvée avec la réinsertion à t2, en ce qui concerne la présence d'au moins un parent souffrant de troubles psychiatriques ($p = 0,71$) ou de la variable absence d'un parent dans l'éducation de l'enfant (hors décès) ($p = 1$).

En revanche, nous retrouvons que le score moyen de l'EGF et le score moyen de la CGI-S à la sortie du dispositif (t1), sont significativement associés à une réinsertion à t2, ce qui signifie que les sujets réinsérés à t2 avaient un score EGF à t1 significativement plus élevé et un score CSI-S à t1 significativement plus bas que ceux des sujets non réinsérés à t2 (respectivement $p = 0,008$, $p = 0,03$). Nous retrouvons également que la variable existence d'une mesure de protection, qui concerne un grand nombre de sujets à t0 (42 %), est significativement associée à l'absence de réinsertion scolaire à t2. En effet, les sujets bénéficiant d'une mesure éducative ont 5 fois moins de chance d'être réinsérés au devenir comparativement aux sujets qui n'ont pas de mesure de protection ($p = 0,02$).

5. Discussion

Sur le plan descriptif, les résultats de l'étude montrent que parmi les sujets à risque de décrochage scolaire qui ont bénéficié de notre dispositif, 70 % sont des garçons et 70 % sont des collégiens. La durée moyenne de déscolarisation des sujets est de 6 mois. Au total, 50 % d'entre eux présentent une pathologie psychiatrique sévère (dépression sévère, schizophrénie, bipolarité), et 27 % ont un trouble délirant aigu. Deux-tiers des sujets ont un trouble développemental. Enfin, 35 % ont une mesure éducative à l'entrée. Sur le plan de leur évolution clinique après passage dans le dispositif, d'une durée moyenne de 4 mois, les résultats sont encourageants, car ils montrent, d'une part, que deux-tiers des sujets sont réinsérés à 30 mois, avec environ un sur deux qui reprend une scolarité au sein de l'éducation nationale, et, d'autre part, qu'il existe une variation significative des scores EGF et CGI aux trois temps ($p < 0,05$) ; cela permet de mettre en avant l'efficacité du dispositif Georges-Heuyer pour la problématique du décrochage scolaire.

Les résultats à 30 mois montrent que 20 % des sujets sont ré-hospitalisés soit en hôpital de jour, soit en temps plein. Ces patients présentent soit des troubles chroniques, soit une rechute, dans un contexte socio-affectif n'offrant parfois pas la possibilité de consolider une amélioration acquise après une première prise

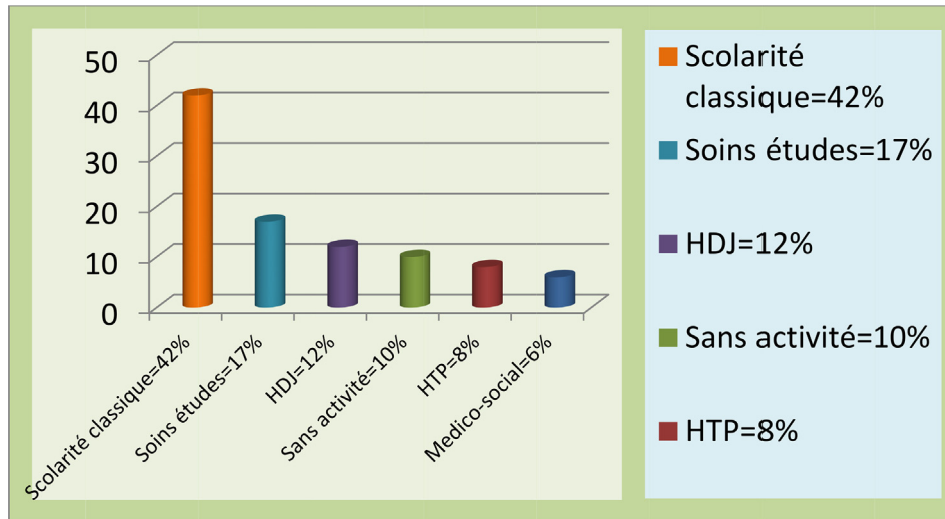
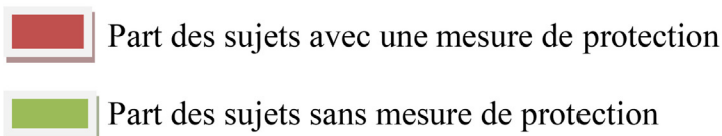
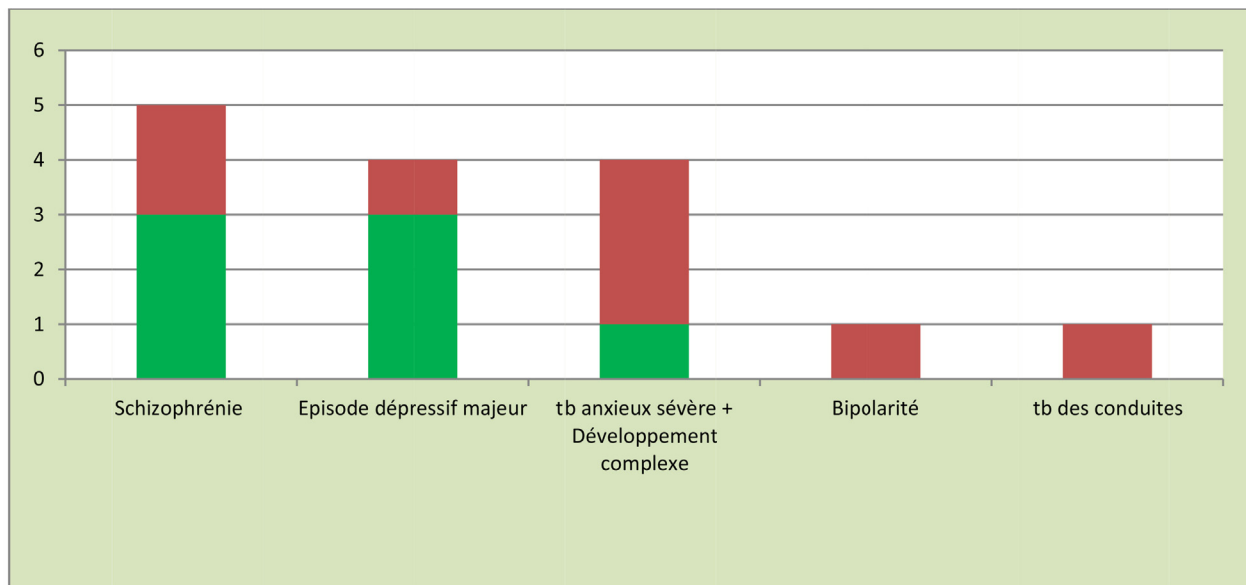


Fig. 2. Répartition du devenir des élèves décrocheurs à T2 (30 mois).

Fig. 3. Répartition diagnostique des sujets non réinsérés à 30 mois ($n=15$), et représentation de la part des mesures de protection parmi ces sujets ($n=8$).

en charge dans le dispositif. Parmi ces sujets, nous retrouvons un tiers de sujets schizophrènes, et 50 % de sujets avec une mesure de protection. Rappelons que 70 % des sujets de notre dispositif ont bénéficié d'une hospitalisation temps plein en amont, avant d'entrer dans le dispositif, ce qui souligne bien la sévérité des cas de notre étude.

La littérature sur des cas moins complexe et plus typique sur le décrochage scolaire retrouve davantage de troubles des conduites et de pathologies limites que dans notre étude (50 % pour certains articles [65] versus 16 % dans notre étude). De son

côté, la littérature sur le refus scolaire rapporte plus de 70 % de troubles anxieux [20,65–68], alors que dans notre échantillon, nous retrouvons seulement 34 % de troubles psychiatrique sévères. Un des articles sur le refus scolaire rapporte que 40 % des sujets ont un parent qui souffre de trouble psychiatrique [66] ; nous retrouvons exactement la même prévalence dans notre échantillon.

En ce qui concerne les variables associées au devenir, nous ne sommes pas étonnés dans notre échantillon qu'une moins bonne amélioration clinique à la sortie du dispositif soit une dimension

pronostique du devenir. Par ailleurs, l'existence d'une mesure éducative à t0 est significativement associée à une absence de réinsertion à 30 mois. Les données de la littérature sur le devenir et la réinsertion à plus long terme des enfants placés, sont plus optimistes que ceux retrouvés dans notre étude [59–64], ce qui laisse penser que la forte significativité entre l'existence d'une mesure éducative et l'absence de réinsertion à 30 mois, retrouvée ici, est principalement liée à la durée du devenir qui n'est peut-être pas très représentative de la réalité de la réinsertion de ces sujets à plus long terme. Dans le même temps, nos sujets ont tous une pathologie psychiatrique associée ce qui complique probablement le devenir lorsqu'en plus le climat social et familial n'est pas suffisamment soutenant. La littérature rapporte également que la dysfonction parentale est un facteur de risque de décrochage scolaire, les résultats de notre étude permettent d'ajouter que la dysfonction parentale est significativement associée à l'absence de rattrapage à 3 ans. Ainsi, les sujets bénéficiant d'une mesure éducative, toujours en lien avec des dysfonctionnements familiaux sévères, ont 5 fois moins de chance d'être réinsérés scolairement à 30 mois comparativement aux sujets qui n'ont pas de mesure éducative.

Bien que le bénéfice du placement soit incontestable dans certains cas et pour certains enfants, on peut avancer l'idée selon laquelle la dimension de séparation et de rupture avec le milieu familial, est le plus souvent « subie » par le jeune qui explique souvent très bien préférer rester dans sa famille aussi compliquée soit-elle ; dès lors, les dimensions de colère et de confiance vis-à-vis des institutions, n'aident pas à accepter les règles du jeu social.

Sur le plan pronostique, la littérature sur le refus et le décrochage scolaire, rapporte à plusieurs reprises que l'absence d'une déscolarisation trop prolongée et la précocité de la reprise scolaire, est un facteur pronostique favorable [17,64,66,67] ; au sein de notre échantillon, nous n'avons pas retrouvé de corrélation significative entre la durée de déscolarisation et la réinsertion à 30 mois, mais il est vrai que nos sujets ont tous eu une déscolarisation conséquente.

Enfin, nous retrouvons également qu'en termes de réinsertion, il n'y a pas de différence significative entre les patients qui ont bénéficié de l'hôpital de jour avec scolarité incluse, et les patients qui ont bénéficié uniquement de la scolarité « externe » en ambulatoire, sachant que l'indication du dispositif était laissée au clinicien référent.

Du point de vue des limites méthodologiques de notre étude, nous n'avons pas constitué de groupe témoin, qui aurait concerné des patients à risque de décrochage scolaire, mais qui n'auraient pas bénéficié du dispositif. La généralisation de nos résultats est du coup limitée. Aussi, le fait que le recueil des scores de fonctionnement (EGF) et d'impression clinique globale (CGI-S), à 30 mois, ait été établi pour la plupart, par voie indirecte, et par appel téléphonique des parents, se heurte sans doute, au risque d'interprétation subjective de variables habituellement évaluées directement par des médecins dans un contexte d'entretien. Enfin, au regard de l'absence de significativité de la plupart des variables testées, la petite taille de l'échantillon constitue également une limite importante.

6. Conclusion

Quelle que soit la cause de la rupture scolaire, l'approche pédopsychiatrique permet le traitement « double » du sujet (avec les dimensions psychopathologiques et instrumentales) et de sa famille. À ceci, l'inclusion d'une école au sein d'un service de pédopsychiatrie ajoute encore une dimension, celle de la réalité scolaire, qui, d'une part, devient à nouveau envisageable pour le sujet et sa famille, car elle se déroule en milieu protégé, et, d'autre part, permet l'évaluation « in situ » des difficultés d'apprentissages et des modalités d'adaptation sociales. Par ailleurs, il est intéressant d'envisager le soin, à cet âge, en association au principe structurant de réalité, qui s'incarne ici dans la scolarité. La limite de ce système demeure actuellement l'accès à ce type de dispositif, qui n'est réservé qu'aux cas les plus sévères, et n'existe le plus souvent que dans les grandes villes.

Enfin, par certains aspects, nous pouvons considérer que le fait d'avoir accès à un dispositif scolaire au sein d'un service hospitalier de pédopsychiatrie, constitue déjà, en soi une forme de réinsertion, du fait non seulement de la reprise d'une scolarité, mais aussi d'une forme de réintégration sociale, bien qu'elles se déroulent dans un milieu hospitalier. Après le passage par le dispositif scolaire Georges-Heuyer, les patients bénéficient des liens entre le directeur de l'établissement et les structures scolaires d'aval, en filière générale, technologique, d'apprentissage, au sein des différents dispositifs éducation nationale, ou sanitaires pour une reprise scolaire partielle, totale, adaptée, ou ordinaire. Une conseillère d'orientation-psychologue peut également intervenir auprès du rectorat pour appuyer un dossier scolaire dans une des structures qui aura été retenue, et demandée par l'équipe médicale et la famille.

Sans être du sur-mesure, le centre scolaire Georges-Heuyer attaché au service de pédopsychiatrie, permet d'offrir aux jeunes qui en bénéficient, un ajustement intéressant, de l'environnement à l'individu, qui est un peu à l'inverse des modalités adaptatives habituelles. Même si nous soutenons le mouvement général d'inclusion scolaire des patients suivis en psychiatrie dans le milieu ordinaire, nous pensons que pour certains patients ce principe inclusif d'école au sein d'un service de pédopsychiatrie permet d'inclure, par voie de réinsertion sociale et scolaire, les jeunes les plus en difficultés, du point de vue de leur projet d'avenir. Nous espérons que ce type d'étude puisse inspirer la création d'autres dispositifs de cette nature, au sein des services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] <http://www.education.gouv.fr>.
- [2] Potvin P, Pinard R. « Deux grandes approches au Québec en prévention du décrochage scolaire : l'approche scolaire et l'approche communautaire ». In: Gilles J-L, Potvin P, Tièche CC, éditeurs. *Les alliances éducatives pour lutter contre le décrochage scolaire*. Berne: Peter Lang; 2012. p. 129–47.

- [3] Fortin L, Picard Y. Les élèves à risque de décrochage scolaire : facteurs discriminants entre décrocheurs et persévérants. *Rev Sci Educ* 1999;25(2):359–74.
- [4] http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2014/11/21/qui-sont-les-jeunes-en-decrochage-scolaire_4527096_4355770.html.
- [5] McMahon WW. Education and development: measuring the social benefits. Clarendon Press; 2000.
- [6] McMahon WW. Higher learning, greater good: the private and social benefits of higher education. JHU Press; 2009.
- [7] Henry KL, Knight KE, Thornberry TP. School disengagement as a predictor of dropout, delinquency, and problem substance use during adolescence and early adulthood. *J Youth Adolesc* 2012;41(2):156–66.
- [8] Grant MJ, Hallman KK. Pregnancy-related school dropout and prior school performance in KwaZulu-Natal, South Africa. *Stud Fam Plann* 2008;369–82.
- [9] Crum RM, Ensminger ME, Ro MJ, McCord J. The association of educational achievement and school dropout with risk of alcoholism: a twenty-five-year prospective study of inner-city children. *J Stud Alcohol* 1998;59(3):318–26.
- [10] Taux de décrochage scolaire dans les différents pays d'Europe. Source Eurostat. Commission Européenne; 2013.
- [11] Les zones à risque d'échec scolaire. Extrait de l'Atlas académique « des risques sociaux d'échec scolaire : l'exemple du décrochage ». Cereq: Centre d'études et de recherches sur les qualifications; 2014.
- [12] Dupont H. Des difficultés scolaires et familiales à la prise en charge totale : le cas des jeunes orientés en Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique. *Lien Soc Polit* 2013;70:227–40.
- [13] Khemiri AK, Derivois D. La violence scolaire du point de vue des professionnels des maisons d'enfants à caractère social : une étude exploratoire. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012;60(7):516–25.
- [14] Denis H. Le refus scolaire anxieux. *Enfances Psy* 2005;3:98–106.
- [15] Desombre H, Fournier P, Revol O, De Villard R. Le refus anxieux de l'école. *Arch Pediatr* 1999;6(1):97–101.
- [16] Holzer L, Halfon O. Le refus scolaire. *Arch Pediatr* 2006;13(9):1252–8.
- [17] Girardon N, Guillonnet J. Phobie scolaire à l'adolescence. *Perspect Psy* 2009;48(4):375–81.
- [18] Baranger É. La phobie scolaire, définition et symptomatologie. *Soins Pediatr Pueric* 2012;267:14–7.
- [19] Bernardi M. Dépression et phobie scolaire la préadolescence. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1998;46(10–11):543–52.
- [20] d'Orléans-Tours A. Le refus scolaire anxieux à l'adolescence : une étude clinique de 183 cas accueillis dans un centre de consultations de 2009 à 2012 (Doctoral dissertation). Université François Rabelais; 2012.
- [21] Deniker P, Ganry H. Une échelle pour évaluer la psychasthénie. *Encephale* 1992;18(3):247–50.
- [22] Madioni F. Contribution à l'étude clinique et psychopathologique du syndrome de fatigue chronique. *Ann Med Psychol Rev Psychiatr* 2001;159(6):431–6 [Elsevier Masson].
- [23] Mazeau M. Dyspraxies de l'enfant et répercussions scolaires. *Pediatric* 1999;35(172):83–8.
- [24] Kayser C, Jaunay E, Giannitelli M, Deniau E, Brunelle J, Bonnot O, et al. Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et ayant recours à des soins hospitaliers. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2011;59(7):393–403.
- [25] Catheline N. Harcèlements en milieu scolaire. *Enfances Psy* 2010;4:82–90.
- [26] Dewulf MC, Stilhart C. Le vécu des victimes de harcèlement scolaire. *Med Ther Pediatr* 2005;8(2):95–100.
- [27] Bursztejn C. Qu'elles sont les manifestations des schizophrénies débutantes sur le plan des troubles de la scolarité. In: Conférence de consensus; 2003. p. 145–50.
- [28] Kahn JH, Nursten JP. School refusal: a comprehensive view of school phobia and other failures of school attendance. *Am J Orthopsychiatr* 1962;32(4):707.
- [29] Gallé-Tessonneau M, Doron J, Grondin O. Des critères de repérage aux stratégies de prise en charge du refus scolaire : une revue de littérature internationale systématique. *Prat Psychol* 2017;23(1):1–19.
- [30] Bourdais-Mannone C, Audrin I, Creisson M. Profil médical des enfants orientés par la Commission départementale de l'éducation spéciale du Var vers des structures médico-sociales; 2003.
- [31] Pratiques. Psychologiques, Hugon MA, Toubert-Duffort D. Adolescence et décrochage : prévenir et répondre. *N Rev Adapt Scolarisation* 2011;4:7–12.
- [32] Schmit G, Rolland AC, Jacob A. Comment devient-on un « élève suffisamment bon » ? Est-ce un indice fiable d'une bonne santé mentale ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2003;51(6):308–15.
- [33] Esterle-Hedibel M. Absentéisme, déscolarisation, décrochage scolaire, les apports des recherches récentes. *Deviance Soc* 2006;30(1):41–65.
- [34] Glasman D. Le décrochage scolaire : une question sociale et institutionnelle. *VEI enjeux* 2000;122:10–25.
- [35] Marcelli D, Cohen D. Enfance et psychopathologie. Masson; 2009. p. 658.
- [36] Marcelli PD. L'enfant, chef de la famille : l'autorité de l'infantile. Albin Michel; 2015.
- [37] Charrier B, Lerner-Sei S. Rapport au temps et formation à distance. *Distances Savoirs* 2012;9(3):419–43.
- [38] Lesourd S. Violences réelles de l'adolescence. Hors collection; 2001. p. 127–38.
- [39] Durif-Varembont JP. La transgression et la structure de la Loi. *Prat Psychol* 2008;14(1):57–66.
- [40] Marcelli D. Il est permis d'obéir. Albin Michel; 2009.
- [41] Rossella SPINA. Enfants de harkis et enfants d'émigrés. Parcours croisés, identité à recoudre. KARTHALA Editions; 2012.
- [42] Ratcliff BG. Traumatismes et résilience chez l'enfant migrant : le rôle de l'ancrage culturel et familial. *Autre* 2007;8(2):249–56.
- [43] Feldman M, Mansouri M, Moro MR. Une clinique des affiliations pour une psychopathologie contemporaine. *Psychiatr Enfant* 2016;59(1):291–308.
- [44] Millet M, Thin D. Ruptures scolaires et conflits de normes. *Nouveaux Regards* 2006;32:12–6.
- [45] Fumeaux P, Revol O, Hunziker B. Candidat à l'échec scolaire incompris et ignoré : l'enfant de migrants. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2013;61(4):243–9.
- [46] Benoit L, Barreteau S, Moro MR. « Phobie scolaire chez l'adolescent migrant », la construction identitaire dans une approche transculturelle. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2015;63(2):84–90.
- [47] Bernard PY. Le décrochage scolaire : Que sais-je ? § n° 3928. Presses universitaires de France; 2013.
- [48] Vivent C. Agir ensemble contre le décrochage scolaire : deux expérimentations sociales pour éclairer les enjeux. *Formation Emploi* 2014;2:61–77.
- [49] Hugon MA. Lutter contre le décrochage scolaire : quelques pistes pédagogiques. *Inf Soc* 2010;5:36–45.
- [50] Berthet T, Simon V. La lutte contre le décrochage scolaire en France : deux expérimentations régionales à l'aune des capacités individuelles. Le décrochage scolaire : enjeux, acteurs et politiques de lutte contre la déscolarisation (actes d'un séminaire du Centre Emile Durkheim qui s'est déroulé en 2011–2012); 2014. p. 81–102.
- [51] Bloch MC, Bloch MC, Gerde B. Les lycéens décrocheurs : de l'impasse aux chemins de traverse. *Chronique Social*; 1998.
- [52] Gerde B, Bloch MC. De l'inappétence au décrochage : quel processus ? Que proposer en amont et en aval ? *La république des idées*; 2009.
- [53] Guelfi JD. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. P. Fabre; 1996.
- [54] Guy W. Clinical Global Impression. In: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised. Rockville, MD: National Institute of Mental Health; 1976.
- [55] Valles E, Oddy M. The influence of a return to school on the long-term adjustment of school refusers. *J Adolesc* 1984;7(1):35–44.
- [56] Coolidge JC, Brodie RD, Feeney B. A ten-year follow-up study of sixty-six school-phobic children. *Am J Orthopsychiatr* 1964;34(4):675.
- [57] Pachoud B, Llorca PM, Azorin JM, Dubertret C, de Pierrefeu I, Gaillard R, et al. Comment améliorer les pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des patients souffrant de schizophrénie en France ? *Encephale* 2015;41(6):507–14.
- [58] Kearney CA, Silverman WK. Family environment of youngsters with school refusal behavior: a synopsis with implications for assessment and treatment. *Am J Fam Ther* 1995;23(1):59–72.

- [59] Dumaret AC, Guerry E, Crost M. Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2011;59(5):289–98.
- [60] Dumaret AC. Handicaps psychosociaux dans l'enfance et adaptation à long terme. *Prevenir* 2000;39:139–44.
- [61] Dumaret AC, Coppel-Batsch M. Évolution à l'âge adulte d'enfants placés en familles d'accueil. *Psychiatr Enfant* 1996;39(2):613–72.
- [62] Mouhot F. Le devenir des enfants de l'aide sociale à l'enfance. *Devenir* 2001;13(1):31–66.
- [63] Ajuriaguerra J, Marcelli D. *Psychopathologie de l'Enfant*; 1982.
- [64] Black B. Anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr* 1995;7(4):387–91.
- [65] Fortin L, Marcotte D, Potvin P, Royer É, Joly J. Typology of students at risk of dropping out of school: description by personal, family and school factors. *Eur J Psychol Educ* 2006;21(4):363–83.
- [66] Zugaj L, Gotheil N, Delpech S, Jung C, Delmas C. La déscolarisation : étude rétrospective d'une cohorte de 63 patients soignés en ambulatoire dans un secteur de pédopsychiatrie. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2016;64(2):75–80.
- [67] King NJ, Bernstein GA. School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(2):197–205.
- [68] M. Hénin, C. Alexandre Y. Le Cleac'h, Refus scolaires à l'adolescence, étude portant sur 48 jeunes accueillis à l'Espace Ados de Bourges de 2005 à 2010. 2011.