

ÉLÈVES DECONCERTANTS ET RENCONTRES DIFFICILES : PARTENAIRE, LE MEDECIN SCOLAIRE ?

CAROLINE GENET

MÉDECIN DE L'EN, ACADÉMIE DE BORDEAUX, CHARGÉE DE MISSION AFPSSU

RÉSUMÉ

Depuis bientôt 10 ans, les mentalités autour de la prise en charge des élèves en situation de handicap ont considérablement évolué et par contrecoup, la prise en compte des autres élèves à besoins particuliers (troubles des apprentissages, souffrance psychique, troubles du comportement etc.) également.

Après le rappel du climat scolaire actuel au travers des récentes enquêtes menées à l'Education Nationale, les discours recueillis lors de l'analyse de trois situations issues de l'observation d'un médecin de Santé Scolaire révéleront combien l'exercice reste parfois difficile pour les enseignants confrontés à des élèves déroutants, agités et/ou violents. Il s'agira donc de dégager des pistes visant à améliorer en équipe, la prise en charge de ces élèves d'un abord difficile et à faciliter la tâche de ces enseignants désorientés.

MOTS-CLÉS

Élèves à besoins particuliers, Bienveillance, troubles du comportement, violence, médecin scolaire.

ABSTRACT

For nearly 10 years, attitudes about the treatment of school students with disabilities have changed substantially and in turn, the consideration of other pupils with special needs (learning disabilities, mental distress, behavioral disorders etc.) also.

After recalling the current school climate through the recent investigations at the National Education, speeches collected during the analysis of three situations from the observation of a School doctor reveal how much exercise is sometimes difficult for teachers faced with confusing pupils, agitated and/or violent. It will therefore be to identify ways to improve the collaborative management of these difficult of students and to facilitate the work of these teachers confused.

KEYWORDS

Pupils with special needs, “Bientraitance”, behavioral disorders, violence, School doctor.

INTRODUCTION

Depuis quelques années, par bien des égards, le contexte de la prise en charge d'élèves à besoins éducatifs particuliers évolue positivement. Avant la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances¹, l'élève atypique se retrouvait vite hors cadre. Il était coutumier d'entendre dire qu'un jeune, non conforme dans son comportement, ses performances scolaires, intellectuelles, psychiques, sensorielles ou motrices n'avait pas sa place dans l'établissement et qu'il existait des structures spécialisées, employant des équipes formées qui sauraient le prendre en charge.

Aujourd'hui, tout enfant a de droit la possibilité d'être scolarisé dans son école de quartier, auprès de ses camarades. Depuis bientôt 10 ans, les enseignants découvrent au fur et à mesure de rencontres singulières une nouvelle façon d'enseigner, exigeant ouverture d'esprit, imagination et différenciation. Cette ouverture initiée dans le champ du handicap leur permet de mieux appréhender les situations où la violence occulte toute autre problématique, les poussant à chercher pour ces jeunes aussi des solutions recréant le désir de devenir élève (Longatte, 2013). Mais l'abord déconcertant de quelques-uns continue de déstabiliser certains enseignants. Tous n'ont pas forcément le réflexe de demander un appui à leurs collègues, ni l'habitude d'interroger les « partenaires ressources » quand ils sont confrontés à des difficultés qui leur semblent insurmontables. Pourtant, les pratiques enseignantes liées, par exemple, à la santé, permettraient « de mobiliser des collaborations avec des partenaires divers » (Marcel, 2011, p. 73).

Entre insolites, curieux, bizarres, déroutants, parfois effrayants, quels sont ces jeunes qui les troublent ?

Pourquoi certaines rencontres entraînent-elles blocage de part et d'autre ? Comment est-il possible d'aider jeunes et enseignants à se rejoindre et cheminer ensemble sur la voie des apprentissages ?

Au sein des interactions scolaires, le physique d'un élève peut étonner son professeur, la façon dont il interprète les expressions du visage d'un second en effrayer une autre : « Il m'inquiète, je sens que cet élève est perfide et sournois » déclarera sans ambages, lors d'une équipe éducative, cette enseignante, ouverte et bienveillante sur bien d'autres situations. Le binôme psychologue-médecin scolaire, avec l'aval des parents de cet enfant de CM1, décrit alors le long parcours de soins prenant en charge une angoisse de séparation massive et rééduquer un retard de langage invalidant. Il explique le rôle probable de protection que jouent pour cet enfant ses réactions de prestance déconcertantes. Les informations, livrées en équipe, permettront sans

¹ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées consolidée au 12-06-2010.

doute à cette enseignante de voir son élève autrement, de le laisser venir jusqu'à elle, d'aller vers lui en retour. Trois mois après, lors de la réunion suivante, l'enseignante note un changement radical de l'enfant, devenu « plus ouvert, nouant des relations avec les autres, s'investissant à l'oral et à l'écrit et présentant des résultats scolaires dans la moyenne de la classe ».

Si l'école d'aujourd'hui apparaît comme une communauté éducative qui englobe de façon dynamique des intervenants formels ou informels (parents, infirmiers, médecins et psychologues scolaire, etc.), directement ou indirectement, pour renforcer la mission éducative de l'école, rien ne peut se construire sans «partenariat», dans ce domaine complexe, [qui] est affirmé tant dans les circulaires officielles du Ministère de l'Education nationale que dans les faits » (Merini et de Peretti, p. 147). Cependant, dans le cadre d'élèves désignés «déconcertants» face à la rencontre difficile «professeur/élève», certains de ces «partenaires» sont-ils volontiers sollicités ?

Pour cet article, nous nous intéresserons et interrogerons plus particulièrement la place et le rôle du médecin scolaire au travers de son suivi, *in situ*, de trois élèves.

1. CONTEXTE

Les sollicitations pour faits de violence, par les familles ou l'Institution sont fréquentes dans l'activité du médecin scolaire. Chacun des partenaires y cherche un appui pour légitimer son point de vue : l'un pour défendre son enfant, l'autre pour préserver la sérénité d'un l'établissement. Connaître la bienveillance d'un directeur, le climat d'une école, la façon dont y sont prises en compte la différence, la vulnérabilité des élèves et les besoins éducatifs particuliers, être informé des différents faits de violence exprimée qui émaillent ses semaines passées sont autant d'indicateurs qui lui permettent de comprendre en partie pourquoi certains comportements d'élèves agités se dégradent inmanquablement ici alors que les choses sont endiguées ailleurs et que la violence ne s'y exprime pas, en tout cas pas durablement, ni sévèrement. Au travers de son vécu professionnel, il découvre une autre forme de violence : la violence symbolique que génère souvent l'institution vis-à-vis de parents (Bourdieu et Passeron, 1970). Certaines familles, dont l'appartenance sociale et/ou culturelle ne permet pas de maîtriser tous les rouages du système, se soumettent à cette domination structurale implicite, ce pouvoir qui s'octroie le droit de juger silencieusement sans chercher à analyser plus avant des comportements d'élèves. D'autres, au contraire sont en capacité d'exercer un regard critique sur l'image que leur renvoie l'École de leur progéniture. La médiation, que peuvent exercer professionnels de santé et psychologue de l'Institution, concourt alors à ce que les échanges autour d'un élève se fassent de façon plus constructives.

1.1. CLIMAT SCOLAIRE

Concernant le médecin scolaire, il évalue assez facilement le climat d'un établissement après quelques années d'expérience. Cinquante établissements, voire plus ? C'est la moyenne de structures couvertes par ce nomade dans les départements qui ne sont pas encore atteints par la désertification de la profession médicale. Pour les autres, on ne compte plus, ce serait indécent. Tel le baigneur qui, avant de s'immerger, trempe sa main dans l'eau et se fait une idée du bien-être qu'il va d'emblée ressentir, du temps d'adaptation qu'il lui faudra ou du moment désagréable à venir, le médecin est souvent capable de prendre la température dès son entrée dans les murs. De nombreux indices s'offrent à lui : luminosité, couleurs, sourires et salut spontanés des élèves et des adultes, affichages constructifs et bienveillants, une touche d'humour émaillant un renseignement demandé, portent d'emblée leurs fruits et impriment un sentiment de bien-être laissant entrevoir un endroit où il devrait faire bon travailler (Genet, 2013a). De là à penser qu'on y traite plutôt bien les adultes et les enfants. L'impression du médecin sera plus mitigée s'il reste bloqué devant un portail dont la sonnette retentit dans le vide et ne trouve personne pour le renseigner, s'il croise des mines renfrognées ou se fait accueillir de façon impersonnelle. Parcourant l'établissement, il peut entendre des hurlements filtrant au travers d'une porte de classe ou voir cette autre salle ouverte, livrant à son regard son chahut intérieur.

Le décor n'est bien entendu pas si tranché et il faut parfois plus longtemps avant de savoir ce que recèlent ces microsociétés. D'ailleurs, rien n'est fixe et les changements d'équipe peuvent entraîner une modification radicale du climat.

Depuis qu'Éric Debarbieux, a été mandaté, en tant que Président de l'Observatoire International de la Violence à l'École, en janvier 2010 par M. Luc Chatel, alors ministre, pour « mettre en place une politique de lutte contre le harcèlement scolaire » (2011a), les différentes enquêtes sur le climat scolaire et la victimation menées ont permis de disposer d'un aperçu plus précis de la situation scolaire en France et de la comparer à ce qui se passe dans le monde via les différentes méta-analyses qui foisonnent depuis cette dernière décennie (Debarbieux, Blaya, Montoya, Alava, 2013). Le climat des établissements, est perçu positivement par la majorité des personnels du second degré néanmoins, 6.4 % des personnels de direction seulement en ont une vision négative contre 30% des enseignants (Fotinos et Debarbieux, 2012a). En primaire, 91.7 % des enseignants évoluent dans un bon climat scolaire et ce d'autant plus qu'ils ont de l'ancienneté et n'exercent pas en zone urbaine sensible (Fotinos et Debarbieux, 2012b).

En dehors du climat de l'établissement, un élève se trouve parfois piégé par l'alchimie que crée une mauvaise ambiance au sein de la classe. La perception de sa fragilité peut entraîner moqueries, harcèlement et/ou véritable rejet par le groupe. Certaines situations scolaires sont aussi déstabilisantes. Ainsi, ces jeunes enfants de CP, construisant les bases de leur scolarité au son de la valse

de remplaçants aux méthodes et approches diverses, fragilisant sévèrement certains et provoquant une colère durable contre l'institution de la part de leurs familles. Chaque fin d'année scolaire, la composition des futures classes est mûrement réfléchie dans le but d'éviter les mélanges « détonants ». Malgré toutes les précautions d'usage, la sécurité n'est guère assurée.

Des professeurs dont l'ouverture d'esprit est reconnue sont largement sollicités pour accueillir dans leur classe les élèves nécessitant un accompagnement particulier. La rigidité de certains de leurs collègues et l'impossibilité qu'ils ont d'imaginer d'autres pistes pédagogiques pour faire progresser en parallèle les différents profils d'apprenants traduisent parfois un manque de formation ou de confiance en soi.

Face à eux, que peuvent penser ces parents nous rapportant les propos d'un professeur de lycée – sans généraliser bien entendu ce cas de figure – qui leur assène lors d'une réunion d'information : « Qu'il n'éprouve aucun plaisir à exercer dans cette classe insupportable et d'un niveau exécrationnel ? » Comment donner sa confiance à un adulte obturant dès le début de l'année scolaire toute projection positive sur l'avenir de votre enfant, l'englobant avec fatalisme dans un climat délétère, sans voir l'individu ni paraître vouloir remédier à ce qu'il déplore ? Comment aider cet adulte qui, désabusé, jette maladroitement aux pieds des familles son empêchement à exercer son métier correctement dans les conditions qu'il rencontre, alors même qu'il pourrait confier sa difficulté à des partenaires susceptibles de l'accompagner. « L'enseignement n'est pas d'abord une affaire de savoirs et de connaissances mais question de relations et de rencontres » (Wavelet, 2012).

1.2. VULNERABILITE

La notion d'élèves en situation de handicap émerge facilement de ce concept. Aménagements et compensations sont prévus pour eux, renforcés à l'école depuis la promulgation de la loi du 11 février 2005 citée plus haut. Le handicap physique inquiète de moins en moins, même si angoisses et blocages resurgissent parfois, tels chez cet enseignant à qui l'on explique le risque que pourrait représenter la « décanulation du dispositif »² pour la vie de son élève de maternelle porteur d'une trachéotomie. Le handicap psychique, associé à des réactions imprévisibles, nécessite que les enseignants soient accompagnés par les partenaires intra et extra institutionnels (Marcel, 2011). La peur de l'incident avec les autres enfants et le décryptage des signaux non verbaux requièrent travail sur soi-même et ouverture d'esprit.

D'autres handicaps dits invisibles comme certains troubles sévères des apprentissages en laisseront certains dubitatifs évitant d'avouer qu'ils sont

² Sortie de la canule insérée par l'orifice de la trachéotomie et permettant à l'enfant de respirer.

désespérés (Dugas et Rollin, 2014). Difficile d'appréhender ce qui ne se voit pas et de se dégager de la représentation d'un élève qu'on préfère imaginer paresseux et sans motivation (Revol, 2007). Dououreux pour cet enfant dyslexique de se débattre au quotidien contre la précarité de son déchiffrement quand ses idées bouillonnent et qu'il brûle de montrer ce qu'il sait.

La vulnérabilité s'étend au-delà de ces contrées du handicap. D'autres enfants continuent de troubler leurs professeurs : certaines de ces rencontres commencent sur de mauvaises bases, d'autres ne se font pas. Les réactions de part et d'autre sont aussi diverses que le vécu respectif de leurs protagonistes.

Autant d'élèves en difficulté ou en souffrance rencontrés, autant de définitions de la vulnérabilité³ : jeune déraciné de son environnement familial et soumis aux aléas d'une séparation parentale ? Adolescent tremblant à l'idée de se faire rouer de coups par d'autres jeunes à la sortie du collège ? Enfant uniquement perçu au travers de l'expression de sa violence, dont la préoccupation quotidienne de la famille est plus centrée sur une lutte pour la survie qu'une projection sur les conséquences à plus ou moins long terme de sa scolarité chaotique ? Élève bien moins tracassé par une mauvaise note que par la correction qu'il recevra à cause d'elle le soir en rentrant chez lui ?

Tant que la fragilité est identifiée par l'adulte et entraîne une mobilisation aidant efficacement l'élève, la situation est relativement sous contrôle. Quand cette « différence » n'est pas correctement repérée, analysée et accompagnée, elle met les équipes en difficulté et les jeunes en souffrance. Parfois, l'élève vulnérable rencontre un adulte qui l'est aussi et ne peut lui venir seul en aide. Suivant certains sur de nombreuses années de leur scolarité, le médecin constate parfois une fluctuation de leurs besoins d'accompagnement en fonction des années scolaires et des couples élève-enseignant, finissant par repérer les professeurs avec qui cela se passe généralement bien et d'autres qui favorisent la reprise de l'activité « éruptive » des élèves plus fragiles dès qu'ils les ont dans leur classe. (Genet, 2012).

Élèves n'apprenant pas ou difficilement ou élèves refusant d'apprendre ? Le repère temporel de l'École est l'année scolaire. Compliqué de ne pas se soumettre à la pression que représente l'obligation de résultat. La tentation est forte de penser que quelques élèves qui n'avancent pas au même rythme que les autres vont freiner la progression de la classe et nuire à l'image de l'enseignant. Une différenciation nécessitant analyse et remise en question semble chronophage. Savoir prendre le recul qui permettra de voir l'individu et apprendre à ne pas en faire un enjeu de résultat n'est pas aisé. « L'école française est aujourd'hui celle des pays de l'OCDE où l'origine sociale des enfants pèse le plus lourd dans les résultats scolaires, et cette tendance s'est accrue ces dix dernières années » (PISA, 2012). Il serait bon que, familiarisée avec les parcours différenciés d'enfants de tous niveaux socio-éducatifs, elle

³ Pour aller plus loin sur l'approche plurielle et large du concept de *vulnérabilité* chez les jeunes, nous invitons le lecteur à jeter un œil, entre autres, sur l'article de Valérie Becquet (2012) : Les «jeunes vulnérables» : essai de définition, *Agora débats/jeunesses*, 62, 51- 64.

sache également « apprendre à ces enfants comment apprendre », au lieu de convoquer chez ces derniers, souvent connotés « à profil social défavorisé », l'alibi de « ressources cognitives insuffisantes » (Wavelet, 2013, p. 65).

Face à des comportements d'élèves qu'elle ne comprend pas, l'École sollicite aujourd'hui plus facilement dans l'analyse de ces situations : médecins et psychologues scolaires pour le premier degré ; médecins, infirmiers, assistants sociaux et conseillers d'orientation psychologues pour le second degré, évitant de répondre trop souvent par l'exclusion. L'élève qui, repoussant toute limite et pris dans l'angoisse qui le submerge, s'en prend verbalement ou physiquement à l'adulte paraît insupportable. En 2010, l'enquête de victimation montre alors combien l'adulte se sent seul et mal accompagné par sa direction quand cela survient (Fotinos et Debarbieux 2012a).

Même à la maternelle, le désir est parfois prégnant de poser chez des tout-petits « volcaniques » un diagnostic visant à dédouaner les adultes des difficultés qui les empêchent de nouer de bonnes relations avec eux. Certains refus des familles d'aider les équipes à analyser les difficultés de leur enfant, voire leur déni, doivent être pris en compte. Il est important d'accompagner les parents. Or, sur le terrain, il n'est pas rare de voir des prises de contact maladroites entacher toute possibilité ultérieure d'obtenir leur adhésion à une démarche d'investigation. Les propos du médecin et du psychologue scolaires apaisent parfois cette course contre la montre. Le spectre de la psychopathologie inquiète les équipes mais n'est pas forcément d'actualité. (Genet et Huillet, 2014). Parfois, il est nécessaire de laisser un petit décodé à son rythme les clés de ses relations avec les autres, pour un autre, soins ou guidance éducative sont nécessaires. Il semble important, à nos yeux, de mettre au second plan la performance scolaire quand c'est la construction de l'enfant qui importe.

1.3. VIOLENCE

Les élèves violents qui dérangent les adultes au quotidien sont rarement ceux qui ont des conduites de harceleurs. Ces derniers agissent généralement de façon dissimulée, comme ceux qui sont harcelés peuvent rester invisibles aux yeux de ceux qui n'y sont pas sensibilisés sachant que les «microviolences » répétées peuvent parfois conduire à du harcèlement (Debarbieux et Montoya, 2011). Force est de constater que lors de la révélation de certains faits de violence subie, l'institution est encore parfois plus préoccupée à prouver qu'elle n'était pas en faute qu'à venir en aide à la victime, à chercher une excuse au harceleur, sous prétexte que le harcelé par sa façon d'être serait responsable de la conduite de son agresseur, tout en oubliant de prendre les deux en charge. Elle vient rajouter par là une violence dont elle n'est même pas consciente. Certains élèves en souffrance n'hésitent pas à retourner la violence contre eux (automutilation, immolation dans un hall d'établissement...). Les élèves qui sont clairement insupportés par les enseignants sont généralement ouvertement violents. Ils ne se cachent pas pour

manifester leur mal-être. Les adultes, effrayés par les conséquences éventuelles du comportement d'un jeune, fatigués des conflits que ses exactions génèrent, découragés de l'absence de solutions retrouvées, n'attendent parfois que son départ de l'établissement.

La violence des adultes envers les élèves est rare mais existe. Dans l'enquête de victimation et climat scolaire dans le secondaire, un peu moins de 14 % des collégiens estiment les relations avec leurs enseignants plutôt négatives, 9 % se sentent mal ou plutôt mal dans leur classe. L'exploitation du questionnaire révèle que 3 % des élèves ont eu un surnom méchant donné par un enseignant, 2,6 % ont été insultés par ces derniers 2,5 % se sont sentis humiliés. (Debarbieux, 2011b, 2011c). Les adultes s'expriment parfois sans contrainte, avec des termes que les élèves vivent comme blessants (Réaux, 2013). Les propos caustiques de certains, perçus au premier degré par une certaine catégorie d'élèves peu à l'aise avec l'implicite créent parfois un malentendu. En 2010, un chef d'établissement estime que « le mépris de certains enseignants qui portent des jugements à l'emporte-pièce peut créer de la violence » (Fotinos et Debarbieux, 2010).

Les adultes subissent aussi des violences. Près de 20 % en secondaire ne se sentent pas respectés par les élèves. Beaucoup moins médiatisée : la violence que certains estiment subir de la part de l'institution et/ou de leurs collègues. «...L'existence au niveau des affectations de poste, de ce mouvement national qui envoie des jeunes enseignants sans formation dans les établissements les plus difficiles ou du moins les plus éloignés de leurs habitudes» (Fotinos et Debarbieux, 2012a). Près de 22 % des personnels ressentent une appréhension avant de prendre leur service, en raison de la répétition des micro-violences et incivilités, de la relation aux élèves et de la relation à la direction. Un chef d'établissement s'inquiète : « Le nombre d'enseignants (souvent en détresse morale et physique) incapable de tenir une classe reste préoccupant. Certains sont en danger et mettent leurs élèves en péril ! Que proposer à ces personnels ??? !!! » (Fotinos, Debarbieux, 2012a). Les adultes de l'Institution aussi peuvent être violents entre eux, directement ou par le manque de solidarité accordée. L'ostracisme entre collègues occupe une place surprenante: en 2013, près de 20 % des répondants disent avoir été mis à l'écart par des collègues et 6,4 % des répondants s'estiment harcelés par des collègues. Le fait d'être harcelé entraîne deux fois plus d'envie de quitter le métier chez ceux-ci que chez leurs collègues « Le harcèlement est un facteur de décrochage professionnel » (Debarbieux, Moignard et Hamchaoui, 2014, p. 23). Comment demander à des adultes qui se sentent mal dans leur établissement et à d'autres qui envisagent de quitter cette profession, d'avoir la disponibilité et la volonté de se pencher sur le cas de leurs « élèves à problème » ?

La violence n'est pas uniquement question d'inégalité sociale. Être dans un établissement de l'éducation prioritaire n'est un facteur aggravant que dans des proportions limitées. La violence y est quand même plus concentrée 64 % versus 26 % hors éducation prioritaire. Le climat scolaire n'y est pas moins bon massivement (Debarbieux, Moignard et Hamchaoui, 2014). La gestion d'un

comportement violent par une équipe peut conditionner l'avenir de l'établissement nous dit par ailleurs Jeammet : « Quand la violence dépend de quelqu'un qui ne va pas bien cela ne nécessite pas d'en faire tout un plat. La publicité qui en est faite contribue à entretenir le climat de cette même violence ... On est tous très conditionnés par ce qu'on voit. Si des choses qu'on n'imaginait pas possibles le deviennent, alors pourquoi ne les ferais-je pas ? » (Jeammet, 2010). Pourtant, « certains établissements des zones les plus difficiles échappent à l'inflation des conseils de discipline et des exclusions scolaires sans qu'aucune variable sociale ou structurelle n'explique cette différence de traitement » (Fotinos et Debarbieux, 2012a).

La violence symbolique est présente en contrepoint dans les établissements : au travers de certains discours, du traitement péremptoire de la difficulté d'élèves « insuffisamment bons », de l'indifférence à la souffrance de tel autre ou encore du regard critique porté sur l'élève harcelé dont il est question plus haut. Elle devient visible pour les partenaires institutionnels dont l'exercice se déploie sur plusieurs établissements et leur permet d'avoir plus de recul dans l'analyse des situations. « Notre système scolaire a une forte capacité à humilier les mauvais élèves, à convaincre les élèves qu'ils sont nuls et incapables » énonçait Dubet dans *Le monde* daté du 12 décembre 2006.

2. PROBLÉMATIQUE

Quand l'École crée une souffrance ou l'exacerbe, certains élèves mobilisent une énergie insoupçonnée au service de leur colère, de leur souffrance, de leur détresse et de leur déception. Quelques-uns se rendent malades à l'idée de poser le pied dans leur établissement, d'autres, invisibles, mettent « en panne » leurs ressources intellectuelles. D'autres encore, ceux dont il sera question dans cette étude, deviennent « trop visibles » et répondent par la violence. Ils s'en prennent au matériel, se montrent agressifs envers les autres enfants, se blessent avec crayon, compas, ciseaux, outils scolaires censés au contraire leur montrer le chemin de la connaissance et tentent parfois de s'enfuir de l'école par tous les moyens. Le message de désarroi dans lequel les plongent les apprentissages n'est pas toujours décrypté par les enseignants confrontés à ces situations déroutantes. Si ces expériences douloureuses ne doivent pas occulter toutes les situations d'élèves troublants dont l'accueil s'est déroulé de la meilleure façon, la plupart du temps, ces dérapages d'élèves dérangent fortement l'Institution. C'est à travers eux qu'une majeure partie des sollicitations « en urgence » du médecin scolaire, mais aussi du psychologue scolaire pour le primaire et de l'infirmier et de l'assistante sociale dans le secondaire se produit.

Quels sont les paramètres qui favorisent l'émergence des manifestations violentes d'élèves et de situations de blocage entre l'École et les familles ?

Dans le contexte actuel, à défaut de pouvoir toujours prévenir souffrance et incompréhension, comment pourrait-on répondre de façon adaptée aux

difficultés de ces élèves et favoriser le travail multi partenarial au sein des établissements ? Quel rôle peut alors jouer, au sein de l'équipe éducative, le médecin de l'Éducation Nationale ?

3. MÉTHODOLOGIE

3.1. POPULATION

Vignettes cliniques : trois situations d'élèves, anonymisées, sont sélectionnées dans cette étude. Elles sont extraites de la population d'élèves suivie par un médecin scolaire (file active de 2 000 d'entre eux sur une population totale de 11 000 élèves en moyenne - de la Grande Section de maternelle à la Terminale - par médecin sur le département d'exercice de ce dernier). Elles ont été choisies au milieu de centaines de cas similaires déjà traités par le praticien et, de surcroît, elles font partie des plus récentes

Toutes trois ont un dénominateur commun chez ces élèves, à savoir une violence qui ne s'exprimait qu'à l'École mais se voyait de la même façon dénoncée au départ par l'Institution scolaire comme une violence sociale et/ou issue de la psychopathologie alors que l'analyse détaillée de chaque situation démontrera qu'elle devait davantage être interprétée comme une conséquence de la violence symbolique commise par l'École (Dubet, 1998).

Les deux premiers enfants sont scolarisés en cycle 2 d'une école élémentaire et le troisième en sixième de collège. Leurs établissements sont situés dans le sud-ouest de la France, en milieu urbain et ne sont pas considérés comme relevant de l'éducation prioritaire.

3.2. OUTIL ET RECUEIL DES DONNÉES

Les données, sont traitées chronologiquement sur la durée du suivi de la situation de ces élèves par le médecin scolaire (de quelques mois à deux années scolaires). Elles sont qualitatives, issues de la prise de notes en temps réel que le praticien effectue lors de la prise en charge individualisée d'élèves (réunions d'équipes à l'école, échanges téléphoniques avec les partenaires institutionnels, extra-institutionnels et les familles, bilans médicaux dans son cabinet...). Le fond est intact, seul le style en a été retravaillé.

L'exercice actuel du médecin scolaire est passé d'une logique de prévention primaire à travers des politiques de dépistage de masse, à un exercice centré sur la prise en charge des élèves à besoin éducatif particulier (BEP) : élèves porteurs de maladies chroniques et/ou sévères, de handicaps physiques, sensoriels, mentaux, neurodéveloppementaux, en grandes difficultés d'apprentissage ou d'adaptation, accompagnement de la souffrance psychique d'élèves atteints d'anxiété scolaire, d'adolescents s'auto-agressant, décrocheurs, déprimés, harcelés, harceleurs, présentant des troubles du comportement,

enfants intellectuellement précoces, enfants en situation familiale ou sociale difficiles, élèves nouvellement arrivés en France (ENAF), enfants du voyage... Cette longue liste est bien sûr non exhaustive. Le praticien est aujourd'hui convoqué autour de dizaines de situations de ce type d'élèves BEP par semaine. Certaines lui occuperont de nombreuses heures de son exercice et s'étaleront sur des années de scolarité de ces jeunes, tant que cela s'avèrera utile et nécessaire. La prise de notes est essentielle pour une analyse pertinente de toutes les situations d'élèves que le médecin doit prendre en charge. Elle permet une nécessaire prise de recul avant toute intervention et garantit un suivi efficace de ces élèves au cours des années.

L'évocation de ces expériences vécues aux côtés d'élèves, de leurs enseignants et de leurs familles, donnera un court aperçu des coopérations qui se font en interne, avant que soient parfois sollicités les partenaires extérieurs. Elles illustrent assez bien l'atout que peut représenter une collaboration au sein des établissements scolaires entre enseignants et personnel psycho-santé-social, alors qu'elle y est encore trop rarement convoquée (Genet, 2013a).

Enfin, il est nécessaire de donner une précision sur la terminologie employée. Dans cet article, le jeune sera parfois dénommé « élève », parfois « enfant ou adolescent ». Quand le médecin scolaire analyse la situation d'un jeune, il le considère en effet dans sa globalité, enfant dans sa famille et la sphère privée, élève dans l'établissement. Il ne peut analyser complètement sa santé sans s'attacher à le voir selon les différents angles de sa vie.

L'analyse de contenu de ces données est descriptive, par classification et traitée en parallèle de la prise en compte des différents paramètres influençant le fonctionnement de l'institution scolaire. Il sera question dans le même temps de tenter de répondre aux questions énoncées dans la problématique.

4. VIGNETTES CLINIQUES

- Renan

Lors du 1er trimestre du CP de Renan (6 ans 1/2), une équipe éducative est vite convoquée.

L'enseignante, remplaçante de la titulaire en congé de maternité, y exprime son désarroi. Il la provoque, dit-elle, déchire ses cahiers, lance le matériel, insulte les autres élèves, exécute des gestes obscènes et refuse tout travail. Il se couche régulièrement par terre et fait mine de dormir. À la maternelle l'enfant présentait instabilité et agitation mais l'équipe ne s'inquiétait pas pour les futurs apprentissages. Ses deux parents sont artisan et employée de pressing, il a un frère en CM1 sans problème particulier. Un diagnostic de TDA/H (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité) est porté par le service spécialisé du CHU avant Noël – il a alors 6 ans et 11 mois –, le traitement par Méthylphénidate est refusé par la famille. Le bilan psychologique montre de bonnes capacités cognitives. Sa mémoire de travail et son indice de vitesse de traitement sont de 30 points inférieurs à ses capacités verbales et de

raisonnement perceptif. Renan est accueilli régulièrement dans la classe d'un autre enseignant. Son refus de travailler y est identique mais si aucune pression n'est effectuée sur lui pour obtenir un travail, son comportement reste supportable. Il semble fatigué. Un suivi en psychothérapie et en orthophonie au CMP débute après 6 mois d'attente, un dossier pour un ITEP (Institut thérapeutique éducatif et pédagogique) est monté parallèlement.

Renan est maintenu en CP avec une autre enseignante. Toujours bloqué par le graphisme et la lecture négociés au coup par coup et peu disponible, il travaille principalement à l'oral. L'apaisement en classe est fluctuant. Il provoque parfois les adultes de l'école mais a des amis au sein de la classe. Le dossier d'ITEP monté par le CMP est accepté, il est en liste d'attente. La thérapie a été interrompue, Renan n'y adhère pas, l'orthophonie se poursuit. L'accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire est demandé en attendant son affectation. Renan continue de se coucher sur son pupitre, ce qui est interprété comme une fuite vis à vis des apprentissages. L'enseignant référent propose de contacter le médecin scolaire pour mieux comprendre le phénomène.

Il vient d'avoir 8 ans quand la consultation a lieu. En début de consultation, il se montre capable de se concentrer, reste assis et collabore mais très vite, une agitation motrice apparaît (touche à tout, lance ce qui peut se lancer). Il accepte le cadre posé, reformulé régulièrement et se remet à la tâche grâce aux décharges motrices accordées tout le long du bilan. Il paraît volontaire, sensible aux compliments et soucieux de bien faire. La lecture lui coûte : il souffle, transpire, y engage tout son corps et très vite, se décourage après avoir lu quelques syllabes simples. Son graphisme est maladroit et irrégulier, la latéralisation n'est pas en place, le traitement visuospatial correct. Le calcul lui plaît davantage. Il dort beaucoup, se couche tôt mais peine souvent à s'endormir. Il se réveille vers 10 h 30 le week-end et fait encore la sieste. Il bouge beaucoup durant son sommeil (les jouets aussi qui changent de place pendant la nuit...), transpire mais ne ronfle pas.. Renan est en bonne santé physique et a une croissance normale. Sa cavité oropharyngée est petite, ses amygdales grosses mais non obstructives. Il est adressé par le médecin scolaire, en accord avec son médecin traitant, pour exploration du sommeil et on lui propose de passer à deux des séances hebdomadaires d'orthophonie.

En raison du temps d'attente, le médecin scolaire n'aura un retour de ce bilan qu'à la rentrée scolaire suivante. Renan, 8 ans et 8 mois *souffre d'hypopnées obstructives. Une chute de la langue et des grosses amygdales obstruent ses voies respiratoires pendant son sommeil. Les phases d'hypoxgénation qui en découlent entraînent alternances éveil-sommeil et donc une mauvaise récupération nocturne.* Six mois après cette consultation, les amygdales ont été enlevées, un appareil orthodontique posé empêche la chute de sa langue pendant son sommeil et il a été mis sous Mélatonnie, hormone régulatrice du sommeil. Renan ne s'endort plus en classe, ne présente plus de

problèmes de comportement ni de refus de travailler. Il peut de nouveau se concentrer mais son retard scolaire est majeur. L'affectation en ITEP est prononcée peu après.

- Lazare

Lazare 7 ans 1/2 arrive à la Toussaint avec sa maman d'une autre région. Il est scolarisé en CE1. La collègue qui le suivait, annonce par mail au médecin scolaire «un trouble visuel invalidant nécessitant un accompagnement médical, et le refus de tout suivi psychomoteur par une maman – *pas facile* – ». Le compte rendu d'équipe éducative de début d'année scolaire, adressé par l'école précédente, décrit un enfant lecteur mais lent, présentant des difficultés d'écriture et de repérage spatial. Il est dit docile, volontaire mais fatigable, ayant besoin d'être recentré sur son travail. La maman contacte très rapidement le médecin scolaire (MS), demandant que soient transmis des aménagements aidant l'enseignant à prendre en compte son trouble visuel (il n'a pas de dossier MDPH). Pour synthétiser, disons que le placement dans la classe est précisé à l'enseignant, ainsi que la nécessité d'adapter les supports, d'éviter le recopiage du plan du tableau à celui de la feuille et de tenir compte de ses difficultés de repérage spatial et de graphisme. Un mois après la rentrée, une équipe éducative est programmée en raison des troubles du comportement importants de Lazare et de rapports conflictuels entre la maman et l'école. Le psychologue qui l'a observé en classe, sans que le maître lui ait parlé de troubles visuels, rapporte au MS : « Durant l'activité menée, Lazare s'agite sur sa chaise, dévore sa gomme, mâche son crayon et -en panne totale- bave sur sa feuille qu'il a trouée à force de gommer son travail. Les élèves doivent reproduire le plan de la classe sur une feuille quadrillée ».

La réunion se tient dans un climat de grande tension. L'élève, tiré par la manche par son maître, est présenté à l'équipe éducative car il s'est couvert la joue de traces de stylos. « Je vous présente Lazare » dit ce dernier d'une voix forte et chargée d'exaspération « et ce dont il est capable ». Avant que le psychologue et le MS stupéfaits aient eu le temps de réagir, la maman fait venir son fils à ses côtés, lui dit d'une voix forte mais tremblante qu'elle l'aime et que les gens réunis sont là pour l'aider. Malgré le tintamarre de l'entrée en matière et l'exaspération de ces deux adultes, la réunion permettra de dire que l'enfant est passé d'une petite école rurale d'une cinquantaine d'élèves à un groupe scolaire de plus de 500 élèves, que sa vie familiale autour d'une séparation et d'une perte d'emploi s'est trouvée perturbée, que la violence dont on le qualifie dans la cour de récréation est apparue en réaction à des gestes d'enfants de l'école : bousculades, insultes, tête mise dans la cuvette des WC. Il est réexpliqué au maître de quelle façon insécure et morcelée son handicap visuel lui fait percevoir ce nouvel environnement humain et matériel et combien les aménagements demandés auraient pu l'aider à aborder l'écrit. La maman, se sentant soutenue, dira-t-elle ultérieurement, par le binôme psychologue-MS, accepte de les rencontrer tous deux pour optimiser le suivi de son fils. En aparté, au décours de l'équipe, l'enseignant et la directrice leur

diront à quel point le faciès de l'enfant leur fait penser qu'il présente une déficience mentale et relève d'une prise en charge en institut.

La rencontre avec Lazare et sa maman sera impressionnante. Alors que celle-ci déverse sa colère sur l'école, son fils trouve la feuille placée devant lui avec un fagot de douze crayons tenu de la main droite tandis qu'il essaie de la couper rageusement de la main gauche, arrosant copieusement son œuvre de filets de salive. Il parcourt ensuite la pièce en tous sens sans pouvoir se fixer. Il finit par attraper tous les jouets présents sur les étagères pour les poser par terre. Sa maman exprimera pour la première fois lors de cet entretien sa crainte que le traitement médicamenteux de sa maladie grave, poursuivi pendant sa grossesse, soit responsable des maux de son fils. Lazare revient s'asseoir et trace des formes sur une seconde feuille en regardant régulièrement sa maman qui continue de décliner son inquiétude. Les rencontres avec le médecin et le psychologue amèneront cette maman à accepter un bilan neuropédiatrique, une prise en charge en psychomotricité et en psychothérapie devant l'urgence de la souffrance exprimée par son enfant.

L'enseignant, comprenant la souffrance de l'élève et rassuré par les démarches d'investigation entreprises, confie quelques semaines plus tard que celui-ci s'est apaisé et progresse dans ses apprentissages et s'étonne même de ses excellentes aptitudes en calcul mental. Le travail d'équipe a permis d'entendre chacun et de travailler à partir de ces représentations pour finir par se recentrer sur l'enfant.

- Ferdinand

En octobre de la 6^e de Ferdinand (11 ans 1/2), le MS reçoit un mail de la principale adjointe de son collège à son sujet. « Cet élève fait des gestes obscènes aux adultes de l'établissement, ne travaille pas, reste assis en regardant le plafond ou se lève sans raison, oublie ses affaires ». En CM2, on décrivait des difficultés d'organisation et de gestion du langage écrit. Le père, contacté par le MS explique ne pas travailler pour assurer l'éducation de ses trois enfants. Il a pris rendez-vous avec une orthophoniste sur conseil du professeur principal. Il décrit indigné un début de scolarité élémentaire très difficile pour Ferdinand. Celui-ci aurait un jour été bâillonné et attaché sur sa chaise par une enseignante de CP excédée. Il a ensuite été scolarisé dans une autre école pendant trois ans, sans problème particulier (ce dont atteste le dossier médical scolaire que j'ai récupéré) puis après déménagement, dans un autre groupe scolaire pour le CM2.

Un PPRE (projet personnalisé de réussite éducative) est mis en place par l'équipe des professeurs pour répondre à ses écarts de comportement, l'orthophonie a commencé.

En décembre, le père appelle le MS car l'orthophonie se poursuit sans enthousiasme de la part de son fils mais fait inquiétant, Ferdinand a écrit sur une copie (de façon phonétique) qu'il voulait se suicider, puis a tenté de

s'étrangler en classe avec une écharpe. Les professeurs, inquiets car il est ingérable en classe et refuse de travailler et exaspérés par l'attitude agressive du père qui « veut régler ses comptes avec l'institution », demandent un conseil de discipline à la Principale adjointe. L'infirmière scolaire, inquiète elle aussi, reçoit régulièrement Ferdinand qui reste muet, le regard fixé dans le vide comme abattu par la tristesse. Le MS insiste pour qu'il soit reçu avec sa famille en urgence dans un service hospitalier ambulatoire en charge d'adolescents et leur précise qu'en sus de sa souffrance psychique, il présente également une difficulté sévère du langage écrit. Plusieurs interventions seront nécessaires pour réussir à convaincre la famille de s'y rendre. Une fois retombée la peur qu'avait suscitée le geste désespéré de leur fils, la consultation ne leur semble plus si importante. Après maintes péripéties, réunions et contacts divers, les prises en charge en parallèle de Ferdinand et de sa famille sont initiées par deux thérapeutes différents. De nombreuses interventions de la part du MS et de celle de l'infirmière seront nécessaires pour qu'elles se poursuivent. La dynamique familiale en est bouleversée, le père « bon en calcul mais incapable encore aujourd'hui de déchiffrer un imprimé administratif » prend conscience qu'il revit à travers son fils ce qu'il considère comme son échec scolaire « causé par un système incompetent » et la mère, agent d'entretien, reprend une place centrale dans l'éducation de ses enfants. L'orthophonie est prise en charge par une autre rééducatrice qui porte les séances à deux.

En fin de 6^e, poussée par l'équipe des enseignants agacée par les interventions intempestives du père et déçue du peu de résultats visibles de la prise en charge, la famille demande un changement de collège. Le responsable de cet établissement, renseignement pris auprès de sa collègue leur notifie un refus. Mais, appuyée par le médecin conseiller technique et le service spécialisé qui a demandé au MS d'intervenir auprès de l'inspection, ce dernier intercède pour qu'on l'accueille, ce qui est finalement accepté à contrecœur.

L'accueil en 5^e est préparé, avec l'aide de l'infirmière, auprès de l'ensemble des partenaires : administration, conseillère principale d'éducation (CPE), enseignants. Pendant les vacances d'été, la famille a interrompu le suivi thérapeutique, estimant que le changement de collège suffirait. Il est convenu que le MS avertisse le service spécialisé en cas de nouvelle décompensation afin qu'il puisse recevoir Ferdinand en urgence. Après insistance de sa part et de celle de l'infirmière, l'orthophonie est reprise et maintenue à deux séances par semaine. Le travail relationnel avec la famille s'opère durant le premier trimestre par la CPE. Un projet personnalisé prenant en compte la dyslexie-dysorthographe de Ferdinand est mis en place par l'équipe des enseignants. Les interventions du chef de famille, après quelques coups d'éclat en début d'année, s'espacent au fur et à mesure qu'il est rassuré par une équipe bienveillante et le bien-être et la stabilisation des résultats de son fils.

5. ANALYSE ET DISCUSSION

À côté des caractéristiques de l'environnement de l'enfant et ses événements de vie pouvant impacter son équilibre psychique, des habitudes de fonctionnement d'un établissement scolaire, des facteurs humains en présence, il existe des paramètres sur lesquels l'Institution peut prendre la décision d'agir en interne. Il s'agit de mieux comprendre à travers l'analyse qui va suivre lesquels et comment l'ensemble de ces facteurs s'est articulé dans ces situations jusqu'au blocage afin de pouvoir imaginer comment travailler autrement.

Quels sont les paramètres qui favorisent l'émergence de manifestations violentes d'élèves et de situations de blocage entre l'École et les familles ?

Renan, Lazare et Ferdinand ont tous trois vécu la conjonction de nombreux facteurs extra et intra institutionnels pour que leur violence en vienne à s'exprimer. L'équipe enseignante avait-elle la possibilité de prévenir leurs troubles du comportement ? Pourquoi l'apport des partenaires institutionnels dans l'analyse de ces cas a-t-il été tardivement sollicité ?

5.1. FACTEURS EXTERNES À L'INSTITUTION

Dans ces trois situations, certains moments charnières ont été sources de « rupture » dans la vie personnelle de l'enfant. Renan est passé du cadre à la fois affectueux et contenant de l'école maternelle à celui de l'école élémentaire où la mise au travail est plus impérative, où l'autonomie devient indispensable et où les phases d'apprentissage ne sont plus entrecoupées de phases de jeux permettant à l'élève de se remobiliser. Lazare a non seulement vécu une séparation parentale, un déménagement, mais aussi le passage d'une petite école de campagne à la taille d'un établissement de plus de trois-cents élèves. En parallèle, les suivis spécialisés n'ont pu reprendre qu'après un temps d'attente en raison de l'engorgement des filières de soins. L'équilibre précaire qui avait pu être maintenu dans un environnement particulier peut disparaître du jour au lendemain. Ici, l'école a eu du mal à entendre et comprendre les réactions de l'élève. Seule la réaction de la maman, se sentant soutenue par les partenaires médical et psychologique a pu bousculer des certitudes.

Quant au mal-être de Ferdinand, il s'est manifesté peu de temps après son arrivée au collège. L'entrée dans l'adolescence, la rencontre avec des adultes qui n'étaient pas forcément en capacité de le rassurer et de l'accompagner dans ses difficultés a pu réactiver une première expérience scolaire douloureuse, dont le souvenir s'était temporairement endormi. Ces événements particuliers doivent être recherchés et entraîner une vigilance des équipes lors de l'émergence de comportements incompréhensibles : passage de la maternelle à l'élémentaire, au secondaire, déménagement, modification de l'échelle de l'établissement. Il en est bien d'autres auxquelles les équipes sont plus ou

moins attentives : harcèlement, séparation parentale, maladie grave ou deuil d'un parent.

5.2. FACTEURS INTERNES À L'INSTITUTION

La structure des établissements scolaires ne permet pas d'allier à la fois pédagogie, cadre éducatif et soins prenant en compte difficulté scolaire, troubles du comportement et souffrance psychique – mode de fonctionnement de certains établissements spécialisés. La loi du 11 février 2005 a vu leur objectif se modifier sans que la formation initiale des enseignants à la psychologie ou au handicap des enfants et adolescents se soit renforcée (Dugas et Rollin, 2014). Les progrès sont notables puisqu'au fur et à mesure de la prise en charge de ces élèves à besoins particuliers, issus de tous les milieux socio-éducatifs, se raréfie, le propos ne laissant place qu'à l'exclusion de l'établissement ou à l'orientation permettant sans autre forme de procès de mettre à distance un élève dont on ne veut pas. L'établissement absorbe plus ou moins le malaise selon le cadre et le climat qu'il propose. Un climat scolaire positif est un facteur de résilience et de bien-être, et il joue un rôle prépondérant dans la prévention de la violence. Un cadre rassurant, clair et juste pour tous les élèves permettant de gérer les crises et d'organiser des sanctions éducatives et réparatrices doit aller de pair avec la compréhension de ce qui agite les élèves concernés. Les qualités humaines des personnels sont essentielles mais ne suffiront pas s'ils ne bénéficient pas de formation ni ne peuvent s'appuyer sur le travail d'équipe.

La violence symbolique de l'Institution s'exprime dans ces trois situations. Trop souvent, les acteurs ont tendance à penser que la « faute » revient à l'élève ou à sa famille. Régulièrement, l'élève devient différent (dénomination entendue quotidiennement dans la bouche de professeurs) et s'écarte de l'élève ordinaire quand l'enseignant ne trouve pas de solutions satisfaisantes pour entrer en relation avec lui. Dès qu'il les déroutent en ne leur offrant pas les clés qui leur permettent de comprendre ses réactions, ses propos ou sa conduite, ceux-ci peuvent être tentés de le rendre seul responsable de leurs difficultés à enseigner. Sa paresse sera souvent citée. Régulièrement, sa famille aussi se verra incriminée à travers le manque de soin ou d'éducation supposés donnés à leur enfant. « Pourquoi l'école nomme-t-elle élèves en difficulté ceux qui exigent du pédagogue des trésors d'imagination et de créativité ? » (Wavelet, 2007, p. 7). L'Institution peine également à valoriser certaines compétences des élèves. Un chef d'établissement s'indigne : « Un système qui se laisse aller si durablement à faire du tri scolaire au risque de produire tant de laissés pour compte, perd et le sens de ses missions et sa dignité républicaine » (Fotinos et Debarbieux, 2010, p. 43). Pour tous ceux dont le langage n'est pas le point fort et qui préfèrent l'action, la mise en mouvement ou la construction, la fonction d'apprenant dans nos écoles n'est pas valorisée (Wavelet, 2013). Le milieu de l'emploi pourrait leur donner ultérieurement une chance s'ils n'ont pas été

blessés par trop de désillusions, persuadés à force de se le voir démontré, bulletin après bulletin qu'ils n'ont pas de compétences valables.

Les enseignants se disent et sont insuffisamment formés à la psychologie de l'enfant et de l'adolescent dans leur parcours initial de formation (ils l'expriment très fréquemment au médecin et au psychologue scolaire lors de leurs rencontres). Savoir décrypter et réagir face à des signaux de souffrance ne leur est pas facile. Les équipes, malgré leur bonne volonté, comme on peut le voir dans les trois situations décrites, se trouvent ainsi désemparées face aux réactions violentes de leur élève. La plupart ne pourra imaginer, si cela se présente, qu'un élève au masque lisse et souriant ou un autre présentant des troubles du comportement classiques sont atteints d'une dépression sévère. L'impact de la santé ou d'un trouble des apprentissages est également méconnu du corps professoral et ils sont là aussi demandeurs de formation. Savoir ne pas négliger un trouble spécifique des apprentissages ou s'occuper d'une difficulté scolaire est fondamental. (Genet, 2013b)

Imaginer qu'un problème de santé d'un élève peut avoir un impact sur son travail scolaire ne coule pas de source pour l'enseignant. Les avancées des neurosciences (neurologues et psychiatres) se rejoignent désormais sur ce point, ont fait considérablement évoluer la compréhension des difficultés rencontrées par certains élèves. Les enseignants, tant qu'ils n'y ont pas été confrontés, n'en ont pas forcément été informés. Les trois élèves de l'étude, comme le montre l'exploration médicale de leur difficulté, sont porteurs de troubles de santé générant une situation de handicap invisible retentissant sur leurs capacités d'apprentissage. Initialement, le seul facteur commun repérable chez eux par l'Institution est cette anomalie bruyante du comportement croissante, jusqu'à extériorisation d'une violence physique auto ou hétéro agressive. C'est sur cette manifestation perturbante que les actions se centrent dans un premier temps après analyse pédagogique de la situation. L'évolution après reconnaissance et prise en charge des troubles de santé et des apprentissages de ces élèves montre que les modifications de comportement avaient plus valeur d'alarme et qu'il aurait été plus judicieux de les considérer comme telles avant de porter un « diagnostic trop rapide ».

Pour cette même raison, imaginer une différenciation pédagogique face à l'expression de troubles du comportement ne semblent pas couler de source, pas plus que penser que cette même pédagogie différenciée aurait pu peut-être en éviter l'émergence.

Dans ces trois vignettes cliniques, le croisement des regards du psychologue, du médecin, de l'infirmière a pu apporter un éclairage supplémentaire. La sollicitation trop tardive ou l'absence fréquente de recours aux regards croisés des partenaires institutionnels peuvent relever d'un manque de connaissance de leur fonction mais aussi d'un manque de disponibilité de leur part. Si l'importance du rôle du psychologue scolaire est maintenant bien intégrée et que celui-ci est depuis longtemps interrogé par les écoles, il n'en a longtemps pas été de même pour les médecins, centrés sur des politiques de

dépistage systématiques. La première raison, comme expliqué en début d'exposé est que la fonction du médecin a beaucoup évolué ces dernières années et les partenaires institutionnels comme leurs confrères extra-institutionnels n'en sont pas forcément informés. En effet, l'évolution démographique, entraînant la division par deux du nombre de ces praticiens en France depuis 15 ans, l'a éloigné de la prévention collective pourtant prévue dans ses missions. En raison de l'impact majeur de déterminants récents de notre société, il s'est spécialisé dans l'analyse des besoins et l'accompagnement d'élèves à besoins éducatifs particuliers. La deuxième raison, découlant de la première, en est leur fréquente absence de disponibilité par surcharges des missions qui leur incombent.

Le psychologue, avec la suppression de nombreux postes de rééducateurs et enseignants spécialisés du RASED (Réseau d'aide et de soutien aux élèves en difficulté) se voit actuellement confronté à ce même écueil et n'est pas toujours en mesure de répondre à l'ensemble des sollicitations.

5.3. FACTEURS HUMAINS

Les facteurs humains sont essentiels dans la relation que tissent professeurs et élèves au sein d'un établissement et dans la façon dont les premiers savent comprendre les réactions des seconds. Ces derniers parlent volontiers avec enthousiasme d'enseignants qui savent les faire apprendre avec passion et humanité. L'enseignante de CP de Renan a pu exprimer sa détresse face aux réactions de ce dernier. Ses collègues ont su entendre son appel à l'aide et l'un d'entre eux a proposé de prendre régulièrement celui-ci pour la soulager. Si cela n'a pas pour autant amélioré la mise au travail de l'élève, son attitude avec ce professeur était différente. On peut suggérer que la pression de l'obligation de résultat ne s'exerçait pas sur lui qui venait seulement soulager sa collègue sans autre objectif. Les familles de Renan, Lazare et Ferdinand, plus ou moins malmenées par la vie, ont répondu elles aussi, chacune à leur façon, à ce que l'École leur renvoyait sur leur enfant.

« C'est par la promotion de l'empathie que l'on favorisera le progrès moral et social des communautés humaines et non par l'interdit ou la peur du châtiment » (De Waal, 2011, p. 296). L'enseignant possède un excellent niveau de connaissances dans sa matière mais la façon dont il saura l'intéresser est fondamentale pour le bien être de tous dans l'établissement. C'est encore plus vrai si l'élève est d'un abord difficile. Certains professeurs, dotés d'autorité bienveillante et d'ouverture d'esprit sont attirés par la relation à l'autre et le monde des enfants et adolescents. D'autres ont développé ou enrichi ces mêmes qualités par leur parcours personnel d'anciens élèves – dyslexiques par exemple (ils sont rares, mais ils existent) – ou au quotidien par l'accompagnement d'un enfant ou d'un membre de leur famille en situation de handicap. De façon constante, ceux qui ont cet itinéraire de vie vont plus facilement à la rencontre d'un élève fragile.

D'autres enseignants, par contre, anciens élèves épanouis du monde de l'école souhaitent retrouver dans l'exercice de leur profession l'ambiance qui leur plaisait. Quand il leur est difficile d'imaginer qu'un élève peut penser, apprendre et se conduire parfois différemment d'eux, les liens avec les élèves à besoins éducatifs particuliers ne se créent pas. Le sentiment d'échec insupportable, quand il émerge, est vite refoulé, évitant une remise en question trop douloureuse. « La rencontre des différences suppose une disponibilité d'esprit à laquelle ne prépare pas la seule érudition » (Wavelet, 2012, p. 294).

Au collège, une minorité d'élèves se sent mal. Les clés de la communication avec les adultes fonctionnent pour la plupart. (Debarbieux, 2011b) Mais il suffit d'un petit nombre pour déstabiliser un établissement. Certains jeunes professeurs, même sans beaucoup d'expérience mais se souvenant encore de leur adolescence sont enclins à plus d'humanité face aux débordements de leurs élèves. D'autres, plus mûrs qui ont ou ont eu à découdre avec leurs propres adolescents, sauront faire de leurs parcours du combattant un atout pour leur exercice quotidien aux côtés de jeunes êtres instables et impatientes de brûler la vie par les deux bouts. Rien n'est univoque car la même situation pourra au contraire faire que tel autre enseignant réglera inconsciemment ses comptes avec sa propre progéniture au travers de ses élèves récalcitrants, sa souffrance ne lui permettant pas de prendre le recul souhaitable pour s'en apercevoir. Ici, plus qu'ailleurs, l'échange avec les collègues pourra s'avérer bénéfique et lui faire voir les jeunes qui l'insupportent sous un autre jour. La collectivité prévoit de prendre en charge ses adultes fragiles (Debarbieux et Peillon, 2013).

Les enseignants ne sont pas plus déprimés que les autres catégories de travailleurs de même statut social. Mais, quand un enseignant est déprimé, cela concerne un nombre important d'élèves et non seulement quelques collègues de bureaux. «Or les enfants et les adolescents sont extrêmement sensibles à la dépression de l'adulte. Ils perçoivent vite l'irritabilité de l'enseignant, les brusques changements d'humeur, le caractère imprévisible de ses réactions d'autant qu'ils assimilent à de l'injustice ce qui les met dans une position d'incertitude d'attente anxieuse» nous dit Nicole Catheline (2007, p 368). Dans certains cas, une classe devient ingérable face à la fragilité ressentie d'un adulte, venant encore aggraver la situation. Les élèves qui pâtissent le plus de la situation sont ceux dont la vulnérabilité rappelle la sienne à l'enseignant, «ce miroir tout à coup tendu qui lui renvoie une image insupportable de lui-même» (Catheline, 2007, p. 369).

On ne peut imaginer un élève en difficulté livrer de but en blanc à son enseignant la cause de sa souffrance et de son inaptitude au travail. « Le système scolaire classique met en place une série de contraintes en vue de contrôler l'apprentissage de l'élève. La motivation à l'école y est principalement extrinsèque » (Fenouillet, 1999). L'enfant travaille surtout pour faire plaisir à son enseignant, et à sa famille ou pour que celle-ci ne soit pas mécontente de lui.

Si l'enseignant ne détient pas l'ensemble des cartes lui permettant d'analyser ces situations – comme illustré dans nos trois vignettes –, il a par contre le devoir de solliciter les professionnels de l'institution qui peuvent l'aider.

Les familles sont aujourd'hui seules décisionnaires des conditions d'éducation de leurs enfants (sauf cas exceptionnel de saisie de la justice s'il est prouvé que l'enfant est en danger). Si l'une d'entre elles, déjà inquiète et culpabilisée de l'échec de son enfant, se sent en plus jugée par l'École, il sera alors impossible pour l'Institution d'espérer améliorer la situation problématique de son élève. Les rencontres entre les familles et les établissements sont censées aider à éclaircir les points de blocage de ce dernier. Mais, pour comprendre, il faut être en capacité d'entendre. Souvent, au lieu de se recentrer sur l'enfant et confronter les points de vue, chaque partie est plus occupée à la préparation d'une défense ou d'une attaque qu'à écouter l'autre. Les réunions d'équipe, au sein des écoles primaires réussissent plus souvent cet exercice, pour peu qu'une atmosphère tendue ne vienne l'entraver (Genet et Huillet, 2014). Dans le cas contraire, chacun se sentant jugé, vivra le moment dans l'affectif. Psychologue et médecin scolaire auront alors fort à faire pour délier une situation et déboucher sur la découverte de solutions constructives pour l'élève. Plus les familles concernées sont blessées, aigries et rendues méfiantes par les aléas de la vie ou un parcours scolaire personnel chaotique et plus la rencontre devra se faire avec souplesse et empathie. « En France on continue à voir les familles comme des ennemies de l'École et c'est dramatique » (Debarbieux, 2006, in café pédagogique).

Comment l'École peut-elle favoriser le travail inter-partenarial en son sein ?

À côté des facteurs environnementaux, institutionnels et humains sur lesquels l'École n'a pas vraiment de prise, celle-ci devrait chercher à optimiser le fonctionnement des partenaires de l'Institution. Pour ceci, formation et travail en équipe sont proposés (Debarbieux et Peillon, 2013).

5.4. LA FORMATION

Si les acteurs du pôle santé social, les conseillers principaux d'éducation et les chefs d'établissement, s'estiment correctement formés, « seuls 59 % des professeurs estiment avoir été bien ou plutôt bien préparés à leur métier. La formation est le niveau le plus fort d'insatisfaction ressentie par les enseignants » (Debarbieux, Moignard et Hamchaoui, 2013, p. 6).

Apprendre aux adultes d'un établissement à comprendre la réelle signification des comportements de ces élèves par la formation est essentiel. Pas évident en effet pour eux d'imaginer qu'une parole mise en doute, ou le sentiment d'avoir été trahi, transforment parfois un élève déçu en grenade dégoupillée. En équilibre instable, une simple réflexion ou une mauvaise note ne récompensant pas l'effort ponctuel d'un adolescent vient le faucher. Les enseignants peuvent s'inquiéter d'attitudes réactionnelles plutôt banales et à

l'inverse, méconnaître de réelles dépressions, masquées derrière des comportements « démonstratifs » qu'ils ne sauront pas décrypter. Pour qu'un professeur aborde cet « autre » qui le déstabilise, comment faire si on ne lui a pas expliqué comment éviter l'escalade voire la rupture ? Si la plupart savent regarder au-delà de ce que ce jeune nous laisse voir, il reste encore difficile pour certains de ne pas systématiquement convoquer la pathologie psychique et réclamer l'intervention d'un psychiatre, là où il s'agit simplement d'une relation mal engagée.

Des formations peuvent être organisées en interne mais elles sont trop rares car nécessitant un investissement financier (souvent facteur bloquant) et humain de la part de partenaires souvent envahis par une multitude de tâches et ne réussissant à dégager le temps ou l'énergie nécessaire pour le prendre en charge. Seule une formation initiale enrichie et l'apprentissage systématique d'une logique multiréférentielle et systémique de l'École permettra de comprendre et de savoir agir face à ce type de problématiques d'élèves déconcertants.

5.5. LE TRAVAIL PARTENARIAL

Les soignants extérieurs n'ont pas la disponibilité nécessaire pour se déplacer sur les établissements scolaires et participer en équipe à l'analyse des troubles scolaires dont souffre leur patient.

La fonction du psychologue scolaire dans le premier degré est bien repérée par les écoles. Aucune n'ignore la richesse de ses analyses, de ses bilans et de ses actions en synergie avec rééducateurs du RASED et enseignants (Genet et Huillet, 2014).

Il existe un remarquable travail de collaboration exercé par les infirmiers des établissements secondaires avec les médecins scolaires. Les premiers sont un relais précieux des informations à délivrer, reçoivent les jeunes en souffrance dans le secondaire et savent évaluer les cas plus complexes où le recours au médical s'impose. Les médecins scolaires sont alors logiquement l'interlocuteur de choix pour faire ce travail mais parfois les infirmiers ne sont pas sollicités et les médecins seront interpellés tardivement, quand la situation est plus difficilement gérable et la souffrance de l'élève insupportable. Heureusement, il n'est pas rare qu'après une collaboration fructueuse autour d'une situation, le rôle du soignant soit mieux identifié et qu'il soit plus précocement convoqué dans l'analyse d'un problème.

Il paraît logique d'encourager les enseignants à développer le travail en équipe. Le professeur ne doit pas se transformer en psychologue ou porter des diagnostics à l'emporte-pièce, pas plus que le médecin n'a à se mêler de pédagogie. Le travail multi partenarial ne peut qu'enrichir les pratiques, chaque professionnel y exerçant dans son champ de compétences. Il est surtout proposé par les personnels de direction, éducatifs et médico-sociaux, tandis que les enseignants préfèrent « des solutions en termes de baisse des effectifs et de

placement dans des établissements spécialisés des élèves à problème » (Debarbieux, Moignard et Hamchaoui, 2013 p. 6). Apprendre aux enseignants à entrer en relation ou à se faire aider quand ils se sentent en difficulté avant que la situation soit bloquée, confier leurs inquiétudes, entendre des points de vue différents, être rassuré sur l'état d'un élève sont autant de possibilités qu'offre ce travail. Il ne faudrait pas oublier dans ce volet de soutenir les adultes fragiles de l'établissement : pouvoir exprimer son désarroi à des collègues, au chef d'établissement ou à d'autres partenaires est important mais tous n'ont pas la force de le faire. Il peut arriver que le médecin scolaire, l'assistant social, le psychologue ou le COP, aient l'opportunité de proposer d'écouter et d'aider un enseignant dont la vulnérabilité a été perçue. On se rend alors compte de leur solitude, de leur difficulté à appeler à l'aide, du courant qui les entraîne irrémédiablement sans qu'ils aient la force de dire stop. Une médecine du travail pourrait repérer ces souffrances si l'Éducation nationale lui octroyait les moyens humains nécessaires.

La communication *via* Internet permet aux professeurs d'interpeller médecin et psychologue scolaire. Ce lien facilité permet de distribuer les rôles et d'organiser plus facilement des temps de concertation. Les familles se saisissent également de ces moyens d'échanges. Ne plus se sentir seul peut aider à ne pas nier une difficulté ou à ne pas rejeter d'emblée des propositions d'aide. Une équipe, ce sont des savoir-faire ajoutés et non pas une lutte de pouvoir ou la peur de se trouver méjugé. Réfléchir ensemble permet au contraire de se stimuler, et les pistes jaillissent souvent des échanges qui surviennent.

5.6. LA PRÉSERVATION DES PROFESSIONS RESSOURCES.

La situation délicate des psychologues scolaires intervenant sur le primaire a déjà été abordée en amont de cet article. Celle des médecins de l'Éducation nationale est problématique car leur nombre ne cesse de diminuer (diminution de 50 % en moins de vingt ans), conséquence d'un *numerus clausus* maintenu durant de trop nombreuses années, de la méconnaissance d'une profession par les pairs, du manque d'attractivité financier en comparaison des autres professions médicales salariées.

Expliquer le rôle et démontrer la spécificité de cette profession (Genet, 2013a) dans la prise en charge des élèves « à besoins éducatifs particuliers », est l'objet de ce paragraphe.

Le médecin scolaire rencontre quotidiennement de nombreux jeunes en difficultés scolaires et en souffrance de la maternelle jusqu'au lycée (Genet, 2013b). Il dispose d'un bagage médical, d'une bonne représentation de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, et peut repérer une variante peu inquiétante de la normalité ou une situation réactionnelle. Son rôle varie selon les effectifs et les politiques académiques, mais la composante incontournable de sa mission repose, comme vu précédemment, sur

l'accompagnement des enfants à BEP. À l'interface du soin et de l'éducation, il analyse et identifie les besoins de l'élève, effectue un travail de synthèse et de médiation mettant en liens les acteurs extérieurs et la réalité de l'école qu'il connaît bien. Il navigue d'établissements en établissements, ses interlocuteurs sont multiples. Il peut comparer, observer, analyser ce qui fonctionne ou pas.

Il est conseiller technique des responsables d'établissements et inspecteurs de l'éducation nationale pour les situations de violence, harcèlement, maladies contagieuses, événements traumatisants, enfance en danger. «Oser l'autre» est son quotidien.

Certains chercheurs et partenaires se méfient de la profession médicale quand il s'agit d'appréhender la situation d'un élève laissant éclater sa violence. La peur de tout voir à travers un prisme médical réducteur est parfois exprimée « En ce moment on voit bien comment on cherche à classer les jeunes et à les mettre dans des ghettos par exemple par une approche thérapeutique. Or ce qui marche ce n'est pas la rééducation behaviouriste mais au contraire une démarche qui fait avancer l'intelligence et le comportement ensemble » (Debarbieux, 2006). La réalité est nuancée et le médecin scolaire représente un versant de la profession, habilité à intervenir en première ligne en cas de blocage, afin justement de distinguer ce qui doit être médicalisé de ce qui ne doit pas l'être.

Son regard empathique n'exclut pas l'objectivité et s'il se nourrit parfois en fonction du contexte de notions de sociologie et de psychologie, il n'en garde pas moins un regard médical. Sa parole mérite d'être entendue sur bon nombre de situations qui lui parviennent. Qui d'autre à l'École pourrait confirmer que le comportement incompréhensible de l'un est lié à une surdité qu'il tentait de compenser, ou que le défaut d'attention de cet autre relève de l'épilepsie ? S'il n'est pas question de faire passer tout enfant «particulier» entre ses mains (il ne serait d'ailleurs pas en mesure d'y répondre), comme le décrit Revol (2007, p. 11), son agenda recèle « des pages noircies de rendez-vous de ces enfants malades de l'école ».

Sur le terrain, quand les établissements interrogent le médecin ou encouragent les parents à le rencontrer, ils sont en mesure de lui décrire les stratégies qui ont été mises en place et l'absence d'amélioration constatée. Ils le font généralement avant qu'une situation se soit tellement dégradée et enkystée, que l'intégrité somatique et/ou psychique d'un élève soit entamée et que la prise en charge s'en trouve considérablement alourdie. Pour les familles, il est un partenaire précieux, accessible à toutes les catégories socioprofessionnelles et sans participation financière. Il gomme les difficultés d'accès à la profession liées aux inégalités géographiques -exception faite de quelques départements sinistrés-. Les parents, allégés du poids de leur culpabilité, sont soulagés de pouvoir s'appuyer sur quelqu'un qui les écoute, ne les juge pas, joue un rôle de médiateur avec les enseignants de leur enfant et peut les conseiller sur les éventuelles démarches ou consultations à entreprendre (Revol, 2007).

La rencontre avec l'élève est un challenge. Il s'agit de préserver cet enfant ou cet adolescent revêtu de la longue description parentale de ses faiblesses, de le faire exister autrement, à travers ses points forts, ses qualités, de lui faire comprendre qu'il ne s'agit pas d'une faute mais de quelque chose qui a du mal à se faire, ou d'une souffrance qu'il faut identifier : « Je ne suis donc pas si idiot que ça ! » (Revol, 2007) se dit-il. Cette démarche préalable d'évaluation des situations signalées par un établissement ou une famille évite de saturer des partenaires extérieurs déjà trop sollicités. Les collaborateurs de l'établissement de leur côté seront en partie rassurés de savoir la famille engagée dans une démarche d'aide à leur enfant. La simple levée de pression que ceci entraîne apaise parfois la situation, le temps que le travail se fasse plus en profondeur et, si la colère mettait l'élève en panne, le sas confidentiel offert lui permet parfois de se poser les bonnes questions.

CONCLUSION

Face au malaise que ressent la communauté éducative devant la violence exprimée par certains jeunes, élaborer des plans nationaux pour l'institution ne peut dispenser de la prise en compte individuelle et multi-partenariale au sein de chaque établissement, de ces élèves qui nous interpellent (Debarbieux, 2006).

Les adultes d'un établissement doivent se connaître, partager leurs pratiques professionnelles, travailler ensemble et prendre soin des plus fragiles d'entre eux. Si les adultes formés se sentent reconnus dans un climat bienveillant, cohérent et positif, on peut supposer qu'ils seront plus nombreux à ne pas condamner trop tôt l'avenir d'élèves déconcertants, qui ne répondent pas à leurs représentations-types.

Si l'École ne peut infléchir les fragilités préexistantes – pathologies intrinsèques à l'enfant, situations de handicap, psychopathologie, inégalités liées aux conditions d'éducation –, elle peut éviter d'ajouter un palier à leur souffrance en allant à leur rencontre. Se former pour « Oser l'autre », différencier les besoins éducatifs, valoriser des savoir-faire concrets, ne pas juger un élève sur un seul débordement réactionnel à une situation donnée sont des pistes parmi d'autres, comme illustrées dans cet article, pour donner des compétences plus solides aux plus vulnérables sans avoir peur de négliger ceux qui vont bien et, *de facto*, amener certaines manifestations de violence à ne jamais voir le jour.

Enfin, l'École ne peut se contenter d'adresser un enfant à un service de soins sans rien changer dans la manière de se comporter avec lui (Catheline, 2007). Elle peut s'appuyer sur les partenaires institutionnels, dont les médecins scolaires. Il ne manquerait à cette profession reconnue et appréciée sur le terrain, pour attirer suffisamment de nouveaux membres en son sein, que d'être perçue à sa juste valeur par tous les médecins et valorisée par les décideurs et les politiques publiques (Genet, 2013a).

BIBLIOGRAPHIE

- Bourdieu P., Passeron J-C., (1970), *La Reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Les Editions de Minuit.
- Catheline N., (2007), *Psychopathologie de la scolarité, de la maternelle à l'université*, Paris, Masson.
- Debarbieux E., (2006), Violence scolaire : « Je suis pessimiste » nous dit Éric Debarbieux, *Café pédagogique*,
<http://www.cafepedagogique.net/lemensuel/larecherche/pages/2006/>
- Debarbieux E., (2011a), *Refuser l'oppression quotidienne : la prévention du harcèlement à l'école*. Rapport au ministre de l'éducation nationale de la jeunesse et de la vie associative.
- Debarbieux E., (2011b), *Tirer les leçons de l'enquête nationale de victimation et climat scolaire en collège*,
http://media.education.gouv.fr/file/10_octobre/52/9/Victimation-Tirer-les-lecons-de-l-enquete-nationale_197529.pdf
- Debarbieux E., UNICEF, (2011c), À l'école des enfants heureux... enfin presque. Une enquête de victimation et climat scolaire auprès d'élèves du cycle 3 des écoles élémentaires, Rapport de l'Observatoire international de la violence à l'école réalisé pour l'unicef et l'Education nationale.
- Debarbieux E. et Montoya Y. (2011). Victimations et harcèlements en France : Le cas de l'école élémentaire. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 53, 9-17.
- Debarbieux E., Moignard B., Hamchaoui K., (2014), Enquête de victimation et climat scolaire auprès des personnels du second degré, in <http://www.academia.edu> [PDF, 47 p.].
- Debarbieux E., Peillon V., (2013), Point d'étape sur les travaux de la délégation ministérielle chargée de la Prévention et de la lutte contre les violences en milieu scolaire, *MEN*, 23 février 2013.
- Debarbieux E., Blaya C., Montoya Y., Alava S., (2013), La violence à l'école : au cœur de l'action, au-delà des controverses, <http://www.teletoile.u-bordeaux2.fr/UOH/Violence-ecole-action-controverses.html>.
- De Waal F., (2011), *L'âge de l'empathie : Leçons de la nature pour une société solidaire*, Arles, Babel.
- Dubet F., (1998), Les figures de la violence à l'école, *Revue Française de Pédagogie*, 123, 35-45.
- Dugas E. et Rollin Z. (2014). La question des formations initiale et continue des enseignants au profit des élèves en situation de handicap. *Revue de Santé Scolaire & Universitaire*, 39, 29-33.
- Fenouillet F., (1999), *La motivation à l'École*, Apprendre autrement aujourd'hui ? Dixièmes entretiens de la Villette.

- Fotinos G. Debarbieux E., (2012a), *Violence et climat scolaire dans les établissements du second degré en France. Une enquête quantitative de victimation auprès des personnels de direction des lycées et collèges*, <http://www.ijvs.org/files/Publications/Debarbieux-Fotinos-2012.pdf>
- Fotinos G., Debarbieux E., (2012b), *L'école entre bonheur et ras-le-bol. Enquête nationale de victimation et climat scolaire auprès des personnels de l'école maternelle et élémentaire*, http://www.autonome-solidarite.fr/media/fas_oive_victimation_1er_degre.pdf
- GENET C., (2012), Difficultés scolaires et santé, in «*Echec et difficulté scolaire : Où en sommes nous ?*», Colloque IUFM de Nantes.
- Genet C., (2013a), Mieux vivre l'École in : ROMANO H. (sous la dir. de) *La Santé à l'école (AFPSSU)*, Paris, Dunod, 33-50.
- Genet C., (2013b), Les élèves rencontrant des difficultés scolaires, in ROMANO H. (sous la dir. de) *La Santé à l'école. (AFPSSU)*, Paris, Dunod, 183-194.
- Genet C., (2014), Accompagnement de l'Elève malade, *Revue de santé scolaire et universitaire*, 25, 10-23.
- Genet C., Huillet E., (2014 mars), Psychopathologie et troubles des apprentissages. Entre le tout dys et le tout psy, la vérité est ailleurs, *Le journal des psychologues*, 315, 69-75.
- Jeammet P., (2010), Ville école intégration Diversités, *L'école, la violence, l'autorité*, Hors série n°12, 14-15.
- Longatte L., (2013), *La violence physique à l'école : l'histoire de Léon*, Mémoire de master en métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation non publié, Université de Bordeaux I, Bordeaux. France.
- Marcel J.-F. (2011), Travail partagé et analyse des pratiques d'éducation à la santé. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, vol. 14, n°2, 61-78.
- Merini C., de Peretti C., « Partenariat externe et prévention en matière de substances psychoactives : dans quelle position l'école met-elle ses partenaires? », *Santé Publique* 2/2002, Vol. 14, 147-164.
- OECD, (2012), Programme for International Student Assessment (PISA). Les résultats de la France. Quelles réponses pour refonder notre école ? [Disponible sur Internet] : <http://www.education.gouv.fr/pisa2012/#home>.
- Reaux A., (2013), *L'humiliation professorale au collège, une réalité pour certains élèves*. Mémoire de master en métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation non publié, Université de Bordeaux I, Bordeaux. France.
- Revol O., (2007), *Même pas grave. L'échec scolaire, ça se soigne*, Paris, J'ai lu.
- Wavelet J.M., (2007), *Une école pour chacun*, Paris, L'Harmattan.
- Wavelet J.M., (2012), *Scolariser les élèves avec autisme*, Paris, Dunod.
- Wavelet J.M., (2013), *Libérons l'avenir de l'école*, Paris, L'Harmattan.