

La Prévention du Décrochage Scolaire en France

Nicolas TAJAN¹

En France, chaque année est marquée par une « grande cause nationale » : en 2011, la « lutte contre la solitude », en 2012 « l'autisme » et en 2013 « l'illétrisme ». Ces thématiques orientées vers le repli sur soi et l'isolement social indiquent les inquiétudes des Français concernant, par exemple, l'absentéisme scolaire et le retrait social des jeunes adultes. Dans la mesure où il est un mot-clé des politiques françaises actuelles en matière d'éducation mais aussi des rapports de l'OCDE, nous nous concentrerons ici sur le décrochage scolaire. Notre contribution tentera d'éclairer le rôle des psychologues cliniciens au sein du système d'aide aux élèves.

I. Aperçu de la situation actuelle en France

Le 11 septembre 2012, le Journal *Le Monde* titrait un de ses articles « Le décrochage scolaire en France préoccupe l'OCDE ». En effet, concernant le décrochage scolaire et l'insertion professionnelle des jeunes, la France est considérée comme un pays atypique (OCDE 2012). En 1995, 89% des 15–19 ans étaient scolarisés mais ils n'étaient plus que 84% en 2010. « Or en France, 71% des jeunes déscolarisés de cette tranche d'âge sont sans emploi ou inactifs, contre 57% en moyenne dans les 34 pays membres de l'OCDE. » (Le Monde 2012) Dans le cadre de la concertation sur la refondation de l'école de la République, le ministère de l'Éducation Nationale français s'est montré déterminé à lutter contre le décrochage scolaire, notamment auprès des 18–24 ans². Cette lutte n'est pas seulement française mais aussi européenne. En effet, « l'Union européenne a pour objectif de réduire la proportion des sorties précoces, en la ramenant à 10% d'ici à 2020. » (ministère de l'Éducation 2012b) D'après un recensement réalisé en France en mars 2012, « 138.000 jeunes de plus de seize ans étaient

¹ Nicolas TAJAN est psychologue clinicien, chercheur associé au Centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, société (CERMES3, université Paris Descartes), au Laboratoire de cliniques psychopathologique et interculturelle (LCPI, université de Toulouse) et à l'équipe Éducation enfance et société dans le Japon contemporain (EESJC) du Centre d'études japonaises de l'Institut national des langues et civilisations orientales (CEJ, INALCO).

considérés comme “perdus de vue”, c’est-à-dire sortis sans diplôme du système éducatif et laissés sans solution. » (ministère de l’Éducation 2012a) Selon le ministère de l’Éducation, les causes sont multiples mais relativement bien identifiées : « les sorties précoces du système éducatif ne sont que la partie visible de l’échec scolaire et du décrochage progressif qui commence souvent dès l’école primaire. Le traitement de fond de ce problème relève donc des chantiers principaux inscrits dans la concertation pour refonder l’école de la République. » (ministère de l’Éducation 2012a)

Un système de prise en charge des difficultés scolaires existe en France. Selon nous, il pourrait permettre de prévenir à court terme, le décrochage scolaire, et à moyen terme, le retrait social. Un dispositif central de cette prévention est le système de psychologues scolaires, qui s’inscrit dans une continuité depuis le lendemain de la Seconde Guerre mondiale jusqu’à aujourd’hui. Aussi, ce système est présent de façon homogène sur l’ensemble du territoire et définit clairement le statut des psychologues scolaires. Si ces derniers sont réservés à l’école primaire, il existe au collège et au lycée des Conseillers d’orientation-psychologues (COP) que nous n’aborderons pas ici. Dans un premier temps nous retracerons l’histoire de la psychologie à l’école (II et III) et dans un second temps nous décrirons les dispositifs d’aide psychologique en dehors de l’école (IV, V et VI).

II. Éléments pour une histoire de la psychologie scolaire

Concernant la psychologie à l’école, deux grands psychologues français doivent être ici mentionnés. D’abord René Zazzo (1910–1995), considéré comme le fondateur de la psychologie scolaire en France. Il est également l’auteur de la nouvelle échelle métrique de l’intelligence (NEMI) publiée en 1966, échelle qui se situe dans le prolongement du test de Binet-Simon (1911). Ensuite, Henri Wallon (1879–1962), élève de Pierre Janet, médecin, auteur d’une thèse sur le délire de persécution (1908) mais aussi psychologue, auteur d’une thèse consacrée à « l’enfant turbulent » (1925), fondateur du « laboratoire de psychobiologie de l’enfant » à l’École pratique des hautes études (EPHE) et professeur au Collège de France. Henri Wallon est resté célèbre pour la notion de stade du miroir qui sera ensuite reprise et approfondie par Jacques Lacan. Il est aussi le premier (après Alfred Binet) à avoir implanté un laboratoire dans une école. Enfin, on retiendra également chez celui-ci la co-rédaction du

² En effet, le décrochage scolaire se mesure à partir d’enquêtes sur les 18–24 ans (ministère de l’Éducation 2012a). Plus précisément, « l’indicateur communautaire de “sorties précoces” ou “décrochage scolaire” ou encore “déscolarisés précoces” est le pourcentage de jeunes âgés de 18 à 24 ans qui n’étudient plus et n’ont pas terminé avec succès un enseignement secondaire de second cycle (niveaux 0 à 2 de la classification internationale de l’éducation). En France, ces niveaux regroupent les personnes qui ne possèdent ni CAP, ni BEP, ni Baccalauréat et sont au mieux, titulaires du Brevet. » (ministère de l’Éducation 2012b)

LA PREVENTION DU DÉCROCHAGE SCOLAIRE EN FRANCE

« Plan Langevin-Wallon » (1946–1947), projet global de réforme de l'enseignement et du système éducatif français élaboré à la Libération.

Pour mieux comprendre le début de la psychologie scolaire en France (Cognet et al. 2007 : 18–23) il faut se remettre dans le contexte de la fin août 1944, quelques jours avant la Libération et l'entrée dans Paris du général De Gaulle. Dans le Gouvernement provisoire du conseil national de la Résistance (GPNRF), Henri Wallon est secrétaire à l'Éducation Nationale et il charge René Zazzo de la Jeunesse et des Sports. Le 15 octobre René Zazzo obtient qu'un diplôme de pédagogie soit inscrit au programme de l'Institut de psychologie. En octobre 1946, Monsieur David, directeur de l'enseignement dans le département de la Seine, nomme sept instituteurs à des postes de psychologues scolaires afin d'aider les enfants en difficulté et participer à l'orientation scolaire : chacun est chargé de six cents à huit cents enfants. En 1948, ils sont présents dans huit lycées parisiens. Ils sont pédagogues, enseignants et ont une formation universitaire. Cependant, l'expérimentation parisienne de René Zazzo est supprimée par le nouveau directeur de l'enseignement le 13 septembre 1954 en raison des engagements communistes de René Zazzo. Les psychologues scolaires — qui avaient conservé leur statut d'enseignants — retournent dans les classes et certains intègrent les nouveaux Centres psycho-pédagogiques (CPP) ou les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) que nous évoquerons ensuite. Un nouvel élan est donné à la psychologie scolaire lors de la réforme de l'Enseignement de 1958, ce qui est confirmé par une circulaire du 8 mai 1960 qui définit le statut du psychologue scolaire. En 1970 sont créés les Groupes d'aide psycho-pédagogiques (GAPP) et les classes d'adaptation avec une influence grandissante de la psychologie : c'est à ce moment que se répandent les Centres médico-psychologiques (CMP) et les CMPP (loi relative aux établissements sociaux et médico-sociaux du 30 Juin 1975, n° 75–535).

En 1975, les psychologues scolaires sont 1.500 et à la fin des années 1980, ils atteignent un chiffre resté stable pendant plus de vingt ans : 3.000. Le 25 Juillet 1985, la profession de psychologue est protégée par une loi. Le 18 septembre 1989 est créé le Diplôme d'État de psychologie scolaire (DEPS). Le 9 avril 1990, les psychologues interviennent dans le cadre du réseau d'aide à l'enfance en difficulté (RASED). Aujourd'hui, le « psychologue scolaire » est devenu « psychologue de l'Éducation Nationale » c'est-à-dire qu'il est officiellement reconnu comme un psychologue à part entière, travaillant au sein de l'école primaire. Au niveau populaire, on l'appelle toujours « psychologue scolaire » mais son statut est celui de « psychologue de l'Éducation Nationale ».

III. La psychologie au sein de l'Éducation Nationale aujourd'hui

Les psychologues scolaires doivent être enseignants du premier degré depuis au moins trois ans et être titulaires de la licence de psychologie. Pour le moment, les psychologues scolaires sont tous des enseignants titulaires d'une licence de psychologie et ont soit un DEPS,

soit un master.

A partir de la rentrée 2012–2013, le nombre de centres dédiés à la formation des psychologues scolaires a été divisé de moitié. Il s'effectue aujourd'hui dans trois universités, Bordeaux, Paris V et Lyon qui dispensent la formation dans un Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) en collaboration avec le département de psychologie de l'université. Par exemple, la formation dispensée à l'université Paris Descartes est composée de cours magistraux, travaux dirigés, travaux pratiques dans les écoles, mémoire et travaux personnels et enfin stage en situation, l'ensemble étant réparti sur deux semestres du lundi au jeudi avec stage le vendredi (DEPS 2013). Les résultats d'une enquête menée au sein de cette même université méritent notre attention. Selon cette enquête (Cognet et al. 2007), le secteur d'un psychologue scolaire comporte 2.000 enfants. La demande qu'un enfant consulte le psychologue scolaire vient à 80% des enseignants et à 30% des parents et près de 20% sont conjointes. Sept enfants sur dix sont reçus au premier entretien avec les parents. Trois enfants sur dix ne le sont donc pas mais l'accord des parents a été obtenu au préalable et ils sont reçus ensuite au compte-rendu du bilan. Dans quatre situations sur cinq c'est à la demande de l'école que les parents initient une démarche de consultation. Les trois expressions symptomatologiques réactionnelles les plus fréquentes sont : angoisse de séparation, perte d'appétence pour les nourritures scolaires, refus scolaire (Cognet et al. 2007 : 57). Pour l'année 2003–2004, chaque psychologue scolaire « a été saisi, est intervenu, s'est impliqué dans la compréhension de 97 cas singuliers. » En moyenne, il y a 27 examens psychologiques avec rapport écrit, par an et par psychologue. Au total, 90.000 expertises sont produites et l'on estime à environ 310.000 le nombre de situations de difficultés d'apprentissage et de souffrances psychiques traitées chaque année en France (Cognet et al. 2007 : 60–62).

Les psychologues scolaires travaillent en collaboration avec les enseignants spécialisés (aide spécialisée à dominante pédagogique ou éducative) : maîtres E (psychopédagogues) et maîtres G (rééducateurs). Leur charge de travail par semaine est de vingt-quatre heures. Les actions avec l'enfant sont toujours pendant le temps scolaire mais les entretiens avec les parents, les enseignants et les autres partenaires peuvent se dérouler en dehors du temps de présence des élèves. « Le dépouillement des tests et leur interprétation, l'analyse des entretiens, la rédaction des comptes-rendus, les courriers, la préparation des réunions, la formation personnelle sont effectués en dehors de ce temps de service. » (Cognet et al. 2007 : 72) Lors des bilans psychologiques, l'on utilise des tests évaluant l'intelligence³, ou la personnalité⁴ et

³ Il s'agit principalement de la troisième version révisée et de la quatrième version du *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC III-R et WISC IV) destinées aux enfants et adolescents (de 6 à 16 ans).

⁴ On distingue notamment les tests dits « thématiques » tels que le *Child apercption test* (CAT) et le *Thematic apercption test* (TAT), mais aussi des tests dits « projectifs » tels que le Rorschach.

l'on pratique d'autres activités telles que le « dessin du bonhomme », le dessin de la famille, le dessin libre, les entretiens avec la famille et l'enfant. Cependant, « le psychologue de l'Éducation Nationale ne dispose pas du cadre adéquat pour conduire de véritables psychothérapies avec l'enfant, les membres de sa fratrie ou l'un ou l'autre de ses parents. » (Cognet et al. 2007 : 92) Il est le médiateur entre l'école et les établissements sanitaires et médico-sociaux où peuvent être conduites les psychothérapies. Il s'agit respectivement des Centres médico-psychologiques (CMP) dépendants de l'Hôpital public et des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) dépendants d'associations médico-sociales.

IV. Les transformations de la pédopsychiatrie française

Avant de détailler notre présentation des CMPP, nous devons souligner qu'ils sont les précurseurs des CMP. Voici un complément chronologique à ce que nous avons évoqué dans la partie précédente. Le 18 février 1963, « les Annexes 32 » définissent un vocable unique pour les établissements de soins ambulatoires non-hospitaliers : CMPP. Dix ans plus tard (1972–1973), est créé le secteur de psychiatrie infanto-juvénile principalement pour les enfants de six à douze ans. Il y aura ensuite une extension progressive des prises en charge vers les enfants de zéro à six ans et les adolescents de douze à vingt ans. En 1975, est votée la loi d'orientation des handicapés qui situe les CMP dans le champ sanitaire et les CMPP dans le champ médico-social. En 1982, paraît la loi « d'intégration scolaire ». Enfin, en décembre 1992, paraît une circulaire qui dresse le tableau d'organisation de la pédopsychiatrie française qui comporte aujourd'hui 450.000 enfants en file active (Bridier 2013).

En avril 2014 se tiendront les états généraux de la pédopsychiatrie, mais l'on connaît déjà les trois grands enjeux de la pédopsychiatrie française. Premièrement, il est nécessaire de diminuer le temps d'attente pour la première consultation. Deuxièmement, il y a un problème de démographie médicale : « en effet, il est prévu dans les dix ans à venir que le nombre de psychiatres diminue de près de 40% et ceci impose une réflexion sur d'éventuels transferts de tâches vers d'autres professions. » (Rouillon 2013) Troisièmement, s'il existe des départements bien pourvus, l'on déplore la présence de déserts médicaux notamment en milieu rural.

Du point de vue de considérations plus concrètes, on observe d'autres difficultés. Comme le relève Bernard Golse (2013), depuis la loi sur le handicap (2005) les enfants autistes doivent être inclus dans une classe ordinaire, mais les moyens alloués par l'État demeurent insuffisants. Les auxiliaires de vie scolaire (AVS), par exemple, ne seraient pas suffisamment formés et devraient être présents sur le long terme afin d'assurer une continuité dont les enfants autistes ont besoin. De fait, s'il y a deux enfants autistes dans une classe ordinaire sans les moyens adaptés, l'enseignant et les autres élèves peuvent rencontrer des difficultés supplémentaires dans le travail et l'étude. L'ensemble des professionnels des champs éducatif, sanitaire et médico-social se sentent aujourd'hui fragilisés par la réduction des moyens. A

ceci s'ajoute un phénomène qui a pris de l'ampleur : l'augmentation du pouvoir de certaines associations d'usagers. Si la constitution progressive de ces associations est une évolution repérée dans un grand nombre de sociétés démocratiques, les associations de parents d'enfants autistes ou atteints de troubles du développement occupent une place singulière. En effet, ces associations sont de petits groupes qui ne sont représentatifs ni de l'ensemble des parents d'enfants handicapés, ni des enfants handicapés eux-mêmes, mais leurs actions contribuent à infléchir les décisions du ministère de la Santé. Si les associations de parents d'enfants autistes doivent être écoutées, il serait « anti-démocratique » que les autorités ministérielles prennent en compte une minorité au détriment de la majorité des parents et des professionnels du sanitaire et du médico-social. Certaines études en sciences sociales ont déjà apporté des éléments de réflexion sur ce thème (Chamak 2008 ; Lloyd 2008), mais demanderaient à être approfondies dans le cadre de plus amples investigations.

Concernant les bouleversements du champ de la santé mentale en France, citons à nouveau Bernard Golse qui souligne le problème de la réduction trop importante des lits d'urgence pédopsychiatriques. Alors qu'un rapport ministériel du psychiatre Boris Cyrulnik avait déjà mis en valeur l'augmentation du suicide et de ses tentatives chez les pré-adolescents, le constat du professeur Golse abonde dans ce sens. A l'hôpital Necker dans les années 1980 et 1990, les tentatives de suicide d'enfants entre huit et dix ans étaient exceptionnelles. Aujourd'hui, dans son service, il en observe au moins une par semaine (se jeter du haut d'un immeuble, par exemple). Selon lui, c'est un nouveau problème socio-culturel auquel s'ajoute un changement de culture médicale : désormais, certains médecins prescrivent du Prozac®⁵ à des enfants de deux ans (Golse 2013). Si la France est en effet un gros consommateur de psychotropes depuis de nombreuses années, il faut rappeler que ce sont surtout les médecins généralistes qui prescrivent les psychotropes. Sur la totalité de psychotropes vendus, seulement 20% sont prescrits par les psychiatres (Rouillon 2013). Les médecins et les psychiatres avaient jusqu'à présent résisté à une prescription pour les jeunes enfants, mais l'on commence, là aussi, à observer des changements révélateurs des transformations de la société française.

Passons désormais aux établissements médico-sociaux qui sont co-dirigés par des pédopsychiatres.

V. Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)

Selon un ancien président de la fédération nationale des CMPP, les premiers CMPP ont été influencés par un centre de consultation Rockefeller à Lyon, lui-même inspiré d'un centre

⁵ Le Prozac® est un médicament antidépresseur et un Inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine (ISRS).

LA PREVENTION DU DÉCROCHAGE SCOLAIRE EN FRANCE

de guidance créé à Chicago après la crise de 1929, pour traiter la délinquance. Ils sont aussi issus d'une volonté du général De Gaulle de confier à des associations (de loi 1901) la charge des jeunes en difficultés et de l'alliance des gaullistes avec des communistes et des psychanalystes au lendemain de la Seconde Guerre mondiale (Ohayon 2006). C'est dans ce contexte qu'en 1946 ont été créés des CPP à Paris, puis à Strasbourg, Bayonne, Le Mans et Tours. A l'époque, ils étaient financés par le ministère de la Santé Publique et de la Population, les services de l'Enfance et de l'Hygiène Sociale mais aussi l'Éducation Nationale qui fournit les locaux et les personnels, puis la sécurité sociale nouvellement créée. C'est donc le général De Gaulle qui nomme George Mauco secrétaire général du Haut-Commissariat à la Famille et soutient l'ouverture par celui-ci du premier centre psycho-pédagogique, « le CPP Claude Bernard » à Paris. Si Georges Mauco en est le directeur pédagogique, Juliette Favez-Boutonnier assume la direction médicale. Parmi les psychanalystes du centre Claude Bernard, on trouve Françoise Dolto, Maud Mannoni et Didier Anzieu. C'est à ce moment que le conflit entre médecin et pédagogue prend de l'ampleur. En effet, le neuropsychiatre Georges Heuyer veut que les enseignants se bornent à enseigner et il crée « l'institut Claparède » à Neuilly en 1949, dirigé par Henri Sauguet. La démarche de Georges Heuyer s'inscrit en opposition avec le centre Claude Bernard où plusieurs non-médecins conduisent des psychanalyses d'enfants, et notamment Didier Anzieu, titulaire d'une licence de psychologie, agrégé de philosophie, assistant de Daniel Lagache et — à l'époque — en analyse avec Jacques Lacan. Cette période est donc marquée par la rivalité du courant de la neuropsychiatrie infantile (l'institut Claparède) *versus* l'alliance de la psychanalyse et de la pédagogie (centre Claude Bernard).

Les CMPP portent l'héritage de la psychanalyse mais aussi de cette tension entre médecine et pédagogie dans la mesure où ils ont toujours une double direction : direction médicale et direction administrative et pédagogique. La direction médicale est assurée par un psychiatre et la direction administrative et pédagogique par un ancien instituteur détaché de l'Éducation Nationale. On comprendra que selon les particularités locales et les personnalités des directeurs, le fonctionnement des CMPP diffère. Néanmoins, la constante reste une référence commune à la psychanalyse au sein du personnel (psychiatre, psychologue, psychopédagogue, orthophoniste, psychomotricien, assistante sociale). Aujourd'hui, les CMPP sont au nombre de 306 auxquels on doit rajouter leurs annexes ce qui porte à 420 le nombre de lieux de soins (Horowitz 2013). Cela représente 7.800 Salariés — soit 4.700 Equivalents temps plein (ETP), (Phillips 2008) — répartis de la manière suivante : médecins, psychiatres, psychanalystes (8% du personnel) ; psychologues, psychopédagogues, orthophonistes, psychomotriciens (58%) ; assistantes sociales (4%), personnels administratifs (dont directeurs) et d'entretien (30%). 200.000 enfants seraient suivis en CMPP chaque année, soit environ 653 enfants par CMPP. Leurs diagnostics se répartissent de la façon suivante : 39% de troubles névrotiques, 18% de troubles du développement et des fonctions instrumentales, 16% de pathologies limites, 5% de troubles de la personnalité, psychoses ou déficiences mentales. Le

budget de l'ensemble du système des CMPP au niveau national est évalué comme étant similaire au budget d'un centre hospitalier universitaire soit 3.500.000 euros par an (Phillips 2008).

Selon les chiffres de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé (DREES), 92% des enfants suivis viennent du département et 70% de la commune. 35% des enfants sont adressés par l'école, 25% des familles viennent d'elles-mêmes, 14% sont orientées par le secteur sanitaire ou médico-social et 11% par des praticiens libéraux. La file active a doublé en quinze ans : elle est aujourd'hui estimée à 140.000 enfants et l'on observe davantage de troubles du développement : 12 à 18% à Paris selon une enquête non publiée (Horowitz 2013). Avant de conclure évoquons brièvement une initiative récente née en complément des CMPP et des CMP : les Maisons des adolescents (MDA).

VI. La création des MDA et la place des psychologues cliniciens en France

Les Maisons des adolescents (MDA) se développent progressivement depuis une dizaine d'années et reçoivent entre 50.000 et 60.000 adolescents par an. Actuellement il y en a une par département (85% des départements sont couverts) mais il y a des grandes disparités en fonction des moyens alloués et des particularités locales. À la MDA de Paris, sur les 1.700 jeunes reçus par an, un quart ont eu une consultation psychiatrique. La demande est souvent la suivante : « il ne va pas bien, il souffre, il faut qu'il voit un psy. » Derrière cette demande, il y a quelquefois des pathologies psychiatriques lourdes qui émergent (schizophrénie, psychose), des diagnostics qui n'ont pas été faits dans l'enfance (autisme, troubles du développement), des difficultés scolaires, familiales ou amoureuses. Selon le président de l'association nationale⁶ des MDA « un de nos soucis est de faire arriver à la consultation psychiatrique uniquement ceux qui doivent y arriver, et donc de réserver, si j'ose dire, les autres consultations à d'autres professionnels que nous avons fait "monter en compétence". » (Fuseau 2013) La majorité des psychiatres entendus dans le cadre des commissions parlementaires portant sur le thème de la pédopsychiatrie de la mission santé mentale lancée par le gouvernement français en 2013, semblent s'accorder sur un fait. Il apparaît clair que la diminution continue du nombre de psychiatres va devoir être compensée par de plus grandes responsabilités attribuées à certains personnels — infirmiers, cadres de santé et psychologues cliniciens — qui auront suivi une formation complémentaire. En d'autres termes, et dans le contexte démographique que connaît la France, le déclin du nombre de psychiatres et l'augmentation du nombre de psychologues va inévitablement précipiter la renégociation du rôle de ces acteurs du champ sanitaire et médico-social. Le principal enjeu du développement des MDA

⁶ Pour plus de détails sur l'Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA), consulter leur site internet : <http://www.anmda.fr/>

à l'échelle nationale reste de donner aux acteurs les moyens de fonctionner afin que leur réseau et leurs actions soient efficaces. C'est déjà le cas dans certaines villes, mais c'est loin d'être le cas sur l'ensemble du territoire⁷. Enfin, concluons cette partie avec les mots d'une adolescente française : « aller voir une assistante sociale c'est stigmatisant, "ça fait cas social" mais aller voir un psychologue non, car même les grands patrons vont voir un psychologue. » (Coutant 2013) Si ces mots indiquent une représentation positive de la consultation avec un psychologue, il serait nécessaire qu'une enquête approfondie soit menée sur la représentation des psychologues et des psychiatres. Les recherches ultérieures dans ce domaine pourraient notamment bénéficier, dans le contexte d'une « santé mentale » mondialisée, de comparaisons internationales.

Conclusions

Dans notre étude, nous avons dressé un portrait du système d'assistance aux élèves en difficulté en France. Les acteurs de ce système se consacrent davantage à traiter les difficultés psychologiques des élèves et de leur famille, plutôt qu'à prévenir le décrochage scolaire. L'idée sous-jacente est que le traitement de ces difficultés contribue à la prévention du décrochage scolaire. Pourtant, les chiffres montrent le contraire. Comme on l'a rappelé, en 1995, 89% des 15–19 ans étaient scolarisés mais ils ne sont plus que 84% en 2010. Aujourd'hui, nous faisons un triple constat. D'abord, dix-huit millions d'euros vont être débloqués par la Haute autorité de santé (HAS) dans le cadre du « Plan Autisme ». Ensuite, les MDA sont, quelques soient les gouvernements, en expansion. Enfin, une politique de prévention du décrochage scolaire, rendue nécessaire par la posture de « mauvais élève » attribuée par l'OCDE à la France, a toutes les chances de se poursuivre.

Si les acteurs des systèmes sanitaires, médico-sociaux et éducatifs français se plaignent sans arrêt depuis les années 1990 de la réduction des moyens, une étude supplémentaire serait nécessaire afin d'examiner plus en détails l'évolution des politiques et leurs conséquences concrètes durant cette période. Par ailleurs, il serait opportun de reprendre les réflexions engagées par Michel Foucault dans son cours au Collège de France sur le « pouvoir psychiatrique » (1973–1974), à la lumière des bouleversements récents de l'autorité des psychiatres. De ce point de vue, les ouvrages du sociologue Alain Ehrenberg (2010) et de l'anthropologue Samuel Lézé (2010) offrent des perspectives rigoureuses dans le champ des études en santé mentale et société. Aussi l'impératif de la « réduction des coûts » — réduction qui serait d'autant plus impérieuse qu'elle serait légitimée par la crise européenne — réclame notre attention. Cet impératif peut-il constituer, à lui seul, un horizon ? D'une certaine manière, les jeunes qui « décrochent » ne questionnent-ils pas l'horizon de sens que nos sociétés pro-

⁷ Par exemple, la MDA de Bordeaux a été inaugurée le 7 octobre 2013.

posent aux individus ? Nos systèmes éducatifs permettent à ceux qui construiront le monde de demain une accumulation de connaissances : mais ne sont-ils pas aussi pourvoyeurs d'un horizon qui puisse motiver la participation des individus à la vie sociale ? De ce point de vue, la formulation du soutien aux jeunes en difficulté en termes de « lutte contre le décrochage scolaire » reflèterait, dans un sens, la difficulté des Européens à réinventer ce qui pourrait constituer leur avenir commun.

Notes

Nos recherches ont été financées par une bourse de recherche de la Fondation du Japon [2010] et la Société japonaise pour la promotion de la science [*JSPS Post-Doctoral Fellowship (short-term) for North American and European Researchers, through a Nominative Authority* (CNRS), 2012].

Bibliographie

- Bridier François. 2013. "Intervention aux auditions sur le thème de la pédopsychiatrie du jeudi 16 mai 2013", Commission parlementaire de la mission santé mentale du gouvernement français, Assemblée Nationale.
- Chamak Brigitte. 2008. "Autism and Social Movements : French Parents' Associations and International Autistic Individuals' Organisations", *Sociology of Health and Illness* 30(1): 76-96.
- Cognet Georges, et François Marty. 2007. *Introduction à La Psychologie Scolaire*. Les Topos. Paris : Dunod.
- Coutant Isabelle. 2013. "Intervention aux auditions sur le thème de la pédopsychiatrie du jeudi 16 mai 2013", Commission parlementaire de la mission santé mentale du gouvernement français, Assemblée Nationale.
- Foucault Michel. 1973. *Le Pouvoir Psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974 (édition établie sous la direction de François Ewald et Alessandro Fontana, par Jacques Lagrange, publiée en 2003)*, Hautes Études. Paris : Gallimard Seuil.
- Fuseau Alain. 2013. "Intervention aux auditions sur le thème de la pédopsychiatrie du jeudi 16 mai 2013", Commission parlementaire de la mission santé mentale du gouvernement français, Assemblée Nationale.
- Golse Bernard. 2013. "Intervention aux auditions sur le thème de la pédopsychiatrie du jeudi 16 mai 2013", Commission parlementaire de la mission santé mentale du gouvernement français, Assemblée Nationale.
- Horowitz Richard. 2013. "Intervention aux auditions sur le thème de la pédopsychiatrie du jeudi 16 mai 2013", Commission parlementaire de la mission santé mentale du gouverne-

LA PREVENTION DU DÉCROCHAGE SCOLAIRE EN FRANCE

- ment français, Assemblée Nationale.
- Le Monde. 2013. “Le décrochage scolaire en France préoccupe l’OCDE.” Journal *Le Monde*, édition du 11/09/2012. http://www.lemonde.fr/ecole-primaire-et-secondaire/article/2012/09/11/le-decrochage-scolaire-en-france-preoccupe-l-ocde_1758570_1473688.html.
- Les Cahiers du DEPS. 2013. “DEPS-formation.” *Les cahiers du D.E.P.S. ~ Revue en ligne du diplôme d’État de psychologie scolaire de l’université Paris Descartes*. <http://lescahiersdudeps.files.wordpress.com/2013/02/deps-formation-1.pdf>.
- Lézé Samuel. 2010. *L’autorité des psychanalystes*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Lloyd Stéphanie. 2008. “Morals, Medicine and Change: Morality Brokers, Social Phobias, and French Psychiatry”, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 32: 279–297.
- Ministère de l’Éducation.
- . 2012a. “La prévention du décrochage scolaire”. http://www.education.gouv.fr/archives/2012/refondonslecole/wp-content/uploads/2012/07/la_prevention_du_decrochage_scolaire.pdf
- . 2012b. “Lutter contre le décrochage scolaire : éléments de comparaison internationale”. http://www.education.gouv.fr/archives/2012/refondonslecole/wp-content/uploads/2012/09/consulter_la_comparaison_internationale_sur_le_decrochage_scolaire1.pdf
- OCDE. 2012. *Regards sur l’éducation 2012 : Les indicateurs de l’OCDE*. OECD Publishing.
- Ohayon, Annick. 2006. *Psychologie et psychanalyse en France. L’impossible rencontre (1919–1969)*. Paris : Editions La Découverte.
- Phillipps Antoine. 2008. “Mémoire de Master”. Paris: Ecole des Hautes études en santé publique.
- Rouillon Frédéric. 2013. “Intervention aux auditions sur le thème de la pédopsychiatrie du jeudi 31 janvier 2013”, Commission parlementaire de la mission santé mentale du gouvernement français, Assemblée Nationale.

