



HAL
open science

Comparaison des difficultés relatives à la santé, scolaires et sociales entre des collégiens d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) et des collégiens d'enseignement général, dans une zone d'agglomération urbaine

Emmanuelle Brard

► To cite this version:

Emmanuelle Brard. Comparaison des difficultés relatives à la santé, scolaires et sociales entre des collégiens d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) et des collégiens d'enseignement général, dans une zone d'agglomération urbaine. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03297667

HAL Id: hal-03297667

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297667>

Submitted on 23 Jul 2021

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2019

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Emmanuelle BRARD

Le 1er février 2019

Comparaison des difficultés relatives à la santé, scolaires et sociales entre des collégiens d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) et des collégiens d'enseignement général, dans une zone d'agglomération urbaine

Examineurs de la thèse

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH	Président de jury
Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN	Juge
Monsieur le Professeur Cyril SCHWEITZER	Juge
Madame le Docteur Maria RIFF	Juge et directrice de thèse
Madame le Docteur Kénora CHAU	Juge et directrice de thèse



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
International : Pr Jacques HUBERT
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER – Henry COUDANE - Jean-Pierre
CRANCE - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET -
Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard
HUBERT
Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire
LAXENAIRE
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre
MALLIÉ
Philippe MANGIN – François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET - Pierre MATHIEU Michel
MERLE
Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN -
Claude PERRIN
Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine
RASPILLER
Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel
SIBERTIN-BLANC
Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul
VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER –
Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François
KOHLER

Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD
François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^e sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie
CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM
TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

3^e sous-section (Biologie cellulaire)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian
RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur
Frédéric MARCHAL

3^e sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (Génétiq

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^e sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^e sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^e sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^e sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2° sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)

2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4° sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2° sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2° sous-section : (*Chirurgie générale*)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5° sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

A notre maître et président de jury,

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH,

Professeur des universités, Praticien Hospitalier de psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent,

CHRU de Nancy

Nous vous remercions d'avoir accepté de présider ce jury de thèse.

Nous souhaitons exprimer ici notre gratitude envers vos enseignements universitaires au cours des premières années d'études de médecine.

Veillez recevoir l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et juge,

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN,

Professeur des universités, Praticien Hospitalier d'épidémiologie et de santé publique,

CHRU de Nancy

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger notre thèse.

Soyez assuré de notre profond respect.

A notre maître et juge,

Monsieur le Professeur Cyril SCHWEITZER,

Professeur des universités, Praticien Hospitalier de pédiatrie,

CHRU de Nancy,

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail de thèse.

Soyez assuré de notre gratitude envers la qualité de vos enseignements universitaires lors de nos premières années de médecine.

Veillez recevoir notre profond respect.

A notre juge et directrice de thèse,

Madame le Docteur Maria RIFF,

Médecin généraliste et Maître de stage universitaire,

C'est lors de mon stage à vos côtés, que les prémisses du sujet de cette thèse sont nés.

Merci pour votre disponibilité, optimisme, bienveillance et patience à chaque étape de ce travail.

Merci également pour votre apprentissage au cours de mes 6 mois de stage à Commercy. C'est une chance d'avoir pu évoluer à votre côté.

J'espère garder de vous, votre bienveillance envers les patients et votre dynamisme dans ma pratique future.

Je vous adresse mes plus sincères remerciements.

A notre juge et directrice de thèse,
Madame le Docteur Kénora CHAU,
Docteur en médecine générale

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse.

Merci de m'avoir confiée ta base de données issue de ta propre thèse et d'en avoir réalisé les statistiques.

Je t'adresse mes sincères remerciements.

Aux docteurs Annick LECOCQ et Yves KENNEL,

Vous avez été mon premier contact avec la médecine générale, en tant qu'interne. J'ai beaucoup appris à vos côtés et ma pratique professionnelle actuelle puise dans cette expérience.

Au docteur Dominique LEMARIE,

Merci pour ces 6 mois de stage à vos côtés, dans votre cabinet de pédiatrie. Votre enseignement a été d'une grande richesse et je vous en remercie.

A ma famille,

A mes parents, merci pour votre amour et l'éducation que j'ai reçue qui ont façonné la personne et le médecin que je suis désormais.

A mon papa, merci pour ton dévouement envers nous, les valeurs que tu m'as enseignées, ton soutien.

A ma maman, merci pour la relecture attentive de cette thèse.

A mes frères et sœur, que j'aime plus que tout et dont je suis si fier.

A mes grands-parents, merci pour cette valeur de la famille que vous ne montrez au quotidien et qui créent des moments aussi inoubliables les uns que les autres.

A papi et mamie.

A mes oncles et tantes, cousins, cousines, avec lesquels il est toujours aussi agréables de se réunir ! Que les goûters du dimanche, les vacances à Orcières, les naissances, les mariages durent encore !

A mes amis,

Pierre-Jean, mon plus vieil ami. Du catéchisme aux années collèges, lycées, fac, vacances et j'en passe, les souvenirs ne manquent pas ! Je sais que je pourrais compter toujours sur toi, et c'est une chance !

Margaux, depuis la seconde 3 à Fabert à maintenant, ça en fait des années au compteur. Pour ton optimisme à toute épreuve, ton soutien et tous ces moments partagés, ton amitié est une chance !

Sophie, une belle et solide histoire d'amitié qui a commencé sur les bancs de l'amphi 250. Malgré les milliers de kilomètres qui nous séparent désormais, rien n'a changé. Discuter avec toi est toujours autant un plaisir. Ta joie de vivre est communicative. Puisse-t-il y avoir encore plein de souvenirs à partager.

La « dream », Fabien, Camille, Clara, Christophe, Simon, Julie, Béné, Annabelle, Aline, Antoine Jaillet, les années passent et notre amitié perdure. Je nous souhaite que cela ne s'arrête jamais.

Pauline F, Pauline B, Béatrice, Delphine, Laura, Marine, Sarah, pour ces belles années de lycée, fac et pour tout ce que l'avenir nous réserve.

Lucie, pour ces déjeuners à refaire le monde, pour toutes ces confidences partagées.

Maxime, Lucas, Alix, Thibaut, Juliette, Antoine Jamet, Jordan, Marie, Pierre, pour ces belles années d'externat, d'internat et tous les événements heureux à venir qui continuent de nous rassembler !

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Abréviations

ASH: Adaptation Scolaire et scolarisation des élèves Handicapés

CESEC: Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté

CDAPH: Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDOEA: Commission Départementale d'Orientation vers les Enseignements Adaptés du second degré

CIM: Classification Internationale des Maladies

CMP: Centre Médico Psychologique

DEPP: Direction de l'Evaluation, de la Prospective et de la Performance

DSM: Diagnostical and Statistical Manual

EREA: Etablissement Régional d'Enseignement Adapté

ESTEBAN: Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition

IMC: Indice de Masse Corporelle

IME: Institut Médico-Educatif

IOTF: International Obesity Task Force

MEN: Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse

MESRI: Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et de l'Innovation

OCDE: Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ORS: Observatoire Régional de Santé

PAI: Projet d'Accueil Individualisé

PAP: Plan d'Accompagnement Personnalisé

PISA: Programme International pour le Suivi des Acquis des élèves

PPRE: Programme Personnalisé de Réussite Educative

PPS: Plan Personnalisé de Scolarisation

SD: Symptômes Dépressifs

SEGPA: Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

SESSAD: Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

ULIS: Unité Localisé pour l'Inclusion Scolaire

UPI: Unité Pédagogique d'Intégration

Table des matières

ABRÉVIATIONS	16
INTRODUCTION GENERALE	19
ARTICLE : Comparaison des difficultés relatives à la santé, scolaires et sociales entre des collégiens de section d'enseignement général et professionnel adapté et des collégiens d'enseignement général	26
Résumé de l'article.....	27
1. Introduction	28
2. Matériels et méthodes.....	29
2.1. Population étudiée	29
2.2. Protocole d'enquête	30
2.3. Mesures	30
2.4. Analyse statistique.....	33
3. Résultats	34
3.1. Caractéristiques démographiques et socioéconomiques	34
3.2. Difficultés et absentéisme scolaires	34
3.3. Difficultés comportementales et relatives à la santé	35
4. Discussion	36
4.1. Difficultés relatives à la santé chez les collégiens de SEGPA et d'enseignement général	36
4.2. Difficultés sociales	39
4.3. Difficultés scolaires.....	39
4.4. Limites et forces de l'étude.....	40
5. Conclusion.....	40
CONCLUSION GÉNÉRALE	49
BIBLIOGRAPHIE	51

INTRODUCTION GENERALE

En France, depuis les lois de Jules Ferry votées en 1881 et 1882, l'instruction est obligatoire, gratuite, laïque et s'applique à partir de 6 ans, jusqu'à l'âge de 16 ans (ordonnance du 6 janvier 1959). Comme le mentionne le préambule de la Constitution française du 4 octobre 1958, l'organisation de l'enseignement relève d'un devoir de l'Etat. S'est alors posée la question des enfants qui ne réussissent pas à l'Ecole.

Mise en place des SEGPA

C'est en 1909, que l'ouverture de la voie spécialisée à l'école élémentaire se fait, via « les classes de perfectionnement », qui étaient destinées, pour reprendre les termes exacts de la loi du 15 avril 1909 « à accueillir les élèves arriérés des deux sexes », évalués par le biais du test de Binet-Simon.

Au cours du XXème siècle et suivant les périodes, les expressions utilisées pour décrire les élèves qui ne réussissent pas à l'école ont changé. Ainsi, on distingue trois grandes périodes. Des années 1900 à la fin des années 1940 le terme utilisé est *retard scolaire*; les années 1950-1980 voient apparaître la notion d'*échec scolaire* (sans toutefois que le terme de *retard* ne disparaisse), au début des années 1990 l'expression *élève en difficulté* s'implante et se généralise [1]. A l'échelle internationale, dans les principales conventions, ce dernier terme n'existe pas, il est notion de « besoins éducatifs spécifiques » qui illustre d'une pluralité des besoins des élèves plutôt que d'un écart à la norme scolaire.

La création des sections d'éducation spécialisées en 1967, remplacées en 1989 (officiellement en 1996) par les sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA), s'inscrivait dans une volonté de permettre aux enfants scolarisés dans une classe d'enseignement spécialisé du premier degré de poursuivre leurs études dans une structure annexée au collège.

Rôle des SEGPA

Une classe de SEGPA se destine à accueillir de la 6ème à la 3ème, les élèves n'ayant pas acquis toutes les connaissances et compétences attendues en fin de scolarité en école primaire. Il s'agit en théorie de classes avec un effectif réduit. Le programme d'enseignement est le même que les sections générales, mais avec des aménagements et des adaptations. Classe de SEGPA comme classe d'enseignement général, l'objectif en fin de collège, est d'avoir acquis les connaissances nécessaires pour se présenter au diplôme national du brevet des collèges. La décision d'orientation en SEGPA est prise par l'inspecteur d'Académie, qui formule au préalable une notification à la commission départementale d'orientation vers les enseignements adaptés du second degré (CDOEA). Elle émane d'une proposition du conseil de classe, de l'élève ou des parents en fin de CM2 ou 6ème. Le dossier transmis à la CDOEA, comprend l'avis du conseil de classe, un bilan psychologique avec évaluation psychométrique et l'avis de la famille.

Lorsqu'on interroge les sites internet des différentes académies françaises sur les besoins éducatifs particuliers, ceux-ci renvoient à différentes situations : handicap, troubles spécifiques des apprentissages, enfants intellectuellement précoces, enfants allophones nouvellement arrivés, enfants issus de familles itinérantes et du voyage...

Il n'existe pas de termes définissant la population des élèves bénéficiant de mesures spécifiques répondant à des besoins éducatifs particuliers. La législation française est faite pour favoriser la scolarisation des élèves, quel que soit leurs besoins, dans des établissements ordinaires, par le biais de différents plans d'action, mis en place dans un dispositif, au sein de l'établissement.

L'Ecole inclusive

L'Ecole est qualifiée « d'inclusive » (Loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République du 8 juillet 2013).

On dispose désormais de « plans d'action » : le Projet d'accueil individualisé (PAI) pour des élèves connaissant des troubles de la santé, le Projet personnalisé de scolarisation (PPS) pour les élèves présentant un handicap, le Plan d'accompagnement personnalisé (PAP) pour les élèves connaissant des troubles de l'apprentissage et le Programme personnalisé de réussite éducative (PPRE), pour des élèves connaissant des difficultés scolaires temporaires. Ils

peuvent être mise en place sur demande de la famille ou du directeur d'établissement suite à la proposition de l'équipe enseignante. On relie ainsi éducation et santé.

Il existe cinq secteurs prenant en compte les enfants avec des besoins éducatifs particuliers :

- le secteur scolaire, qui est le secteur de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés (ASH)
- le secteur des établissements et services médico-éducatifs (SESSAD, IME)
- le secteur des établissements et services sanitaires (Centre médico-pédagogique, Centre d'Action MédicoSociale Précoce, Maison d'Enfants à Caractère Sanitaire, hôpital)
- le secteur socio-éducatif (comprenant établissements et services relevant de la protection judiciaire de la jeunesse, et celui des établissements et services relevant de la protection administrative de l'enfance)
- le milieu pénitentiaire

Découle, entre autres, du secteur de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés, des dispositifs d'accueil, les Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS), SEGPA, et Etablissements régionaux d'enseignement adapté (EREA). Il existe sept types d'ULIS, en relation avec les besoins des élèves: Ulis TSLA (troubles spécifiques du langage et des apprentissages), Ulis TED (troubles envahissants du développement dont l'autisme), Ulis TFC (troubles des fonctions cognitives ou mentales), Ulis TFV (troubles de la fonction visuelle), Ulis TFA (troubles de la fonction auditive), Ulis TFM (troubles des fonctions motrices dont les troubles dyspraxiques), Ulis TMA (troubles multiples associés, c'est à dire pluri-handicap ou maladie invalidante). L'affectation d'un élève en Ulis est proposée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ; commission qui émane de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ; sous réserve de l'accord des représentants légaux. Les élèves orientés en Ulis sont ceux qui, en plus des aménagements et adaptations pédagogiques et des mesures de compensation mis en œuvre par les équipes éducatives, nécessitent un enseignement adapté. On trouve l'ULIS du premier degré, puis l'ULIS dans le second degré [2] [3].

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le terme handicap est envisagé comme « le terme générique qui désigne les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de

participation ». La loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées propose la définition suivante: «constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant».

Les SEGPA accueillent les élèves qui présentent des difficultés importantes, durables, et persistantes d'apprentissage, sans pour autant qu'ils soient en situation de handicap. Les EREA prennent en charge, en internat, des collégiens en grande difficulté scolaire et sociale.

Santé et scolarité

Le parcours éducatif de santé, créé par la loi du 8 juillet 2013, relative à l'orientation et la programmation pour la refondation de l'école de la République, s'inscrit dans une volonté de réunir santé et scolarité. Par le biais de l'éducation à la santé, destinée à mettre en œuvre des choix responsables en terme de santé, de la prévention centrée sur une ou plusieurs problématiques de santé prioritaires et de la protection de la santé, tout semble réuni pour promouvoir la santé à l'École, dans un climat favorable et égalitaire.

La coordination du parcours éducatif de santé se fait, dans le cadre du projet d'école ou d'établissement, au sein du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Les missions du comité sont de contribuer :

- à l'éducation à la citoyenneté,
- de préparer le plan de prévention de la violence,
- proposer des actions pour aider les parents en difficulté et lutter contre l'exclusion,
- définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des conduites à risques.

Qu'en est-il des difficultés relatives à la santé et existe-t-il un lien entre difficultés scolaires et problèmes de santé ?

Parmi les difficultés relatives à la santé, l'obésité infantile est un problème de santé publique, mondialement rencontré.

L'obésité infantile est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé ». En pratique, c'est l'indice de masse corporelle (IMC), reflet de la corpulence, qui permet l'évaluation de l'adiposité. L'International Obesity Task Force (IOTF), élaboré en 2000, définit le seuil de surpoids au-dessus de la valeur de 25 kg/m² (IOTF-25) et celui de l'obésité au-dessus de 30 kg/m² (IOTF-30). La courbe IOTF-25 (seuil du surpoids) est proche de la courbe du 97^e percentile des références françaises, présente dans les carnets de santé, qui fixe l'obésité.

Lorsque des parents consultent pour des difficultés scolaires, se mêlent des valeurs morales (paresse, turbulence,...), des valeurs supposées médicales (instabilité, dyslexie), des valeurs sociales à type d'écart à la norme. Suivant l'âge à la consultation, la nature des difficultés évoquées évolue, pouvant aboutir à une situation d'échec scolaire [4]. Les difficultés scolaires comme point d'appel, qui englobent en réalité d'autres difficultés. Les difficultés spécifiques d'apprentissage, regroupent notamment la dyslexie, qui concerne l'apprentissage de la lecture, la dyscalculie celui du calcul. Sur le plan des causes, on retrouve les causes psychosociales, les atteintes organiques, cognitives d'origine non déterminée (déficit attentionnel), pathologies psychiatriques avec retentissement scolaire (dépression), pathologies psychiatriques avec troubles du développement (syndrome d'Asperger,...).

L'absentéisme scolaire est défini par des absences scolaires justifiées ou non justifiées en nombre élevé. C'est un facteur de risque de comportements sexuels à risque, grossesses adolescentes, tentatives de suicide, violence, consommation de substances et/ou délinquance [4]. Retard scolaire et échec scolaire (retard scolaire de plus de deux ans) sont d'autres types de difficultés scolaires. Phobie scolaire ou refus anxieux de l'école touche 2 à 5 % des adolescents. En 1941, le terme est introduit par A.Johnson pour décrire « des enfants qui, pour des raisons irrationnelles, refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer ». En 1974, en France, Julian de Ajuriaguerra, neuropsychiatre et psychanalyste français (1911-1993) propose une définition, qui reste encore une référence : il s'agit « d'enfants qui pour des raisons irrationnelles refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer ». Le DSM de l'académie américaine de psychiatrie, parlera en 1987 du « refus anxieux scolaire » comme conséquence d'une phobie sociale ou d'une anxiété de séparation. La CIM-10 l'inclut dans les angoisses de séparation de l'enfance. On distingue trois pics de fréquence : 5-7 ans, 10-11 ans, et 14 ans. L'évolution suit

la règle des 1/3, 1/3 aura une évolution favorable, 1/3 d'évolution vers un trouble mental (troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de la personnalité), 1/3 de persistance de phobie scolaire avec difficultés d'intégration sociale et professionnelle [5]. Le médecin traitant a un vrai rôle dans la prise en charge, avec dépistage précoce, guidance parentale et orientation vers un pédopsychiatre ou un CMP. Le médecin généraliste est un des interlocuteurs des parents dans l'ensemble des actions de prévention. Au 31 décembre 2017, sur les 2 millions d'enfants qui étaient suivis par un médecin traitant, 88 % l'étaient par un médecin généraliste, 11 % par des pédiatres, le 1 % restant étant suivi par un médecin d'une autre spécialité [6]. Dans les motifs de consultation en médecine générale, chez l'adolescent, on rencontre également les troubles du sommeil.

Le passage à l'adolescence entraîne une modification du sommeil, du fait de la puberté, des changements hormonaux, biologiques, comportementaux et psychologiques, avec un retard à l'endormissement, majoré potentiellement, par une attitude adolescente à vouloir veiller pour se démarquer de l'enfance et de l'entourage. L'un des principaux troubles du sommeil rencontré à l'adolescence est le syndrome de retard de phase, rencontré chez 10% des adolescents, avec un endormissement tardif et un lever tardif, lorsque l'emploi du temps le permet. Avec le rythme scolaire, l'endormissement tardif entraîne des problèmes de dettes de sommeil. On estime que 70% des adolescents ont une dette de sommeil au moins légère. 50 % des adolescents se plaignent de troubles de l'endormissement et d'insomnie (Houzel, 2004). Des observatoires régionaux de santé (ORS) ont montré que 5 % à 10 % des collégiens déclarent avoir des difficultés pour s'endormir et que 10 % à 20 % seraient fatigués au réveil [7]. Les utilisateurs d'écran réduisent leur durée de sommeil en entraînant un dérèglement de la sécrétion de mélatonine, du fait de l'exposition à la lumière vive des écrans. La classification internationale des troubles du sommeil, distingue comme catégories : insomnies, troubles respiratoires liés au sommeil, hypersomnies d'origine centrale, troubles des rythmes circadiens, parasomnies, troubles moteurs associés au sommeil [8]. Chez l'adolescent, une attention particulière est portée à la somnolence entraînée par les troubles du sommeil, et à ses conséquences sur la scolarité, la performance académique et l'humeur [9].

Le médecin généraliste, comme premier recours dans le parcours de soins, se retrouve confronté aux difficultés relatives à la santé, scolaires et sociales que rencontrent les adolescents.

Le rapport PISA (Programme international pour le suivi des acquis des élèves) 2015 montre qu'en France, plus on vient d'un milieu défavorisé, moins on a de chances de réussir à l'Ecole. Parmi les pays de l'OCDE, en France, la relation entre performance scolaire et milieu socio-économique est l'une des plus fortes [10].

Le milieu social influençant les habitudes de vie des enfants et sachant, de plus sachant que performance scolaire et milieu socioéconomique sont liés: qu'en est-il des difficultés relatives à la santé et scolaires rencontrées par les enfants selon la structure familiale au sein de laquelle on évolue et le niveau d'étude parentale ?

ARTICLE

Comparaison des difficultés relatives à la santé, scolaires et sociales entre des collégiens de section d'enseignement général et professionnel adapté et des collégiens d'enseignement général

Résumé de l'article

Introduction

Les SEGPA accueillent les élèves qui rencontrent des difficultés scolaires graves et durables. La décision d'orientation est prise par l'inspecteur d'académie après consultation de la CDOEA. L'objectif principal était de comparer les difficultés de santé entre des collégiens de SEGPA et d'enseignement général.

Méthodes

Etude transversale réalisée par questionnaire anonyme auto-administré rempli par 1642 collégiens de la 6ème à la 3ème, d'une zone urbaine dans le sud-est de l'agglomération de Nancy, étudiant les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des sujets, les difficultés et l'absentéisme scolaires, les difficultés comportementales et relatives à la santé. Comparaison initiale en utilisant le test de chi² d'indépendance et l'analyse de la variance à un facteur, puis calcul de l'odds ratio et l'intervalle de confiance à 95%, ajustés sur le sexe et le niveau de classe, la structure familiale et le niveau d'éducation parentale, avec les modèles de régression logistique multinomiale.

Résultats

On retrouve en SEGPA plus de collégiens obèses (16,9% contre 10,6% en enseignement général, $p < 0,05$) et un risque d'obésité et d'absence d'activité physique entre 2 ($p < 0,05$) et 4 ($p < 0,001$). Le risque d'obésité n'était plus significatif lorsqu'on ajustait sur le sexe et la classe, la structure familiale et le niveau d'étude parental. Les collégiens d'enseignement général décrivaient plus de troubles du sommeil (32,6% contre 18,1, $p < 0,05$).

Conclusion

Les collégiens qui présentent des difficultés scolaires graves et durable, scolarisés en SEGPA sont plus à risque d'obésité. Reste à définir si ce risque existe avant l'entrée en SEGPA ou si c'est cette forme de scolarisation amène à un risque d'obésité.

Mots-clés : adolescent, niveau d'instruction, facteurs socioéconomiques, état de santé

Nombres de mots : 206

1. Introduction

En France, l'obligation scolaire impose de dispenser une instruction pour tous les élèves âgés de six à seize ans. L'obligation scolaire est un héritage des lois de Jules Ferry de 1881 et 1882. Afin d'accueillir les enfants présentant des besoins éducatifs particuliers, et dans la continuité des sections d'éducation spécialisées créées en 1967, apparition en 1989 de l'appellation « section d'enseignement général et professionnel adapté » (SEGPA), qui fût légitimée en 1996. Besoins éducatifs particuliers qui sont définis en 1996 par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) comme « des besoins résultant d'une déficience, ou dus à une difficulté d'apprentissage ou à des difficultés socio-économiques ou culturelles ».

Les SEGPA accueillent les collégiens qui ont des difficultés importantes, durables et persistantes d'apprentissage, sans qu'ils soient pour autant en situation de handicap au sens de la loi de février 2005. La décision d'orientation est prise par l'Inspecteur d'académie après consultation de l'avis de la CDOEA [11]. Les critères d'orientation se fondent sur un constat d'échec ou de difficultés scolaires graves et durables (Bulletin officiel numéro 31 du 1er septembre 2005). La démarche d'orientation en SEGPA comporte deux phases distinctes : une pré-orientation en CM2 ou une autre en fin de 6ème, au plus tard à l'âge de douze ans. Les collégiens de SEGPA sont identifiés comme ayant des besoins éducatifs particuliers, il apparaîtrait intéressant de rechercher si, au-delà d'une dimension scolaire, ils présentent des difficultés relatives à la santé, spécifiques, créant ainsi des besoins de santé sur lesquels on pourrait agir.

Dans le cadre de la modernisation du système de santé, le parcours éducatif de santé permet de structurer la présentation des dispositifs qui concernent à la fois la protection de la santé des élèves, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements en référence aux programmes scolaires.

Lorsqu'un adolescent consulte en médecine libérale, 7 fois sur 10, il s'agit d'un médecin généraliste (étude CREDES). Le médecin généraliste est donc un interlocuteur privilégié dans leur démarche de soins, et en fait donc un acteur à part entière dans la prévention et le dépistage des problèmes de santé. On estime que pour 70 % des enfants consultant en pédopsychiatrie publique ou privée, un motif scolaire est avancé, c'est donc pour cette spécialité un motif de recours fréquent [4].

L'objectif principal de ce travail a été de comparer les difficultés de santé entre des collégiens de SEGPA et d'enseignement général.

L'objectif secondaire était ensuite de mettre en relation ces difficultés de santé avec les difficultés scolaires et sociales.

2. Matériels et méthodes

2.1. Population étudiée

Elle est constituée par l'ensemble des collégiens d'une zone urbaine dans le sud-est de l'agglomération de Nancy laquelle comptait environ 38.000 habitants. C'est donc une enquête exhaustive (sans critères d'inclusion et d'exclusion supplémentaires) sur l'ensemble des 1783 élèves de la 6^{ème} à la 3^{ème} de deux collèges publics et d'un collège privé (70 classes) de cette zone géographique (tableau 1). Cette étude utilisait les données d'une enquête ayant fait l'objet de plusieurs publications [13-14]. Les données concernant les collégiens d'enseignement général et professionnel adapté analysées dans ce travail n'ont jamais été exploitées.

Ce travail a reçu l'avis favorable du Recteur de l'Académie de Nancy-Metz et de la *Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés*. Un consentement éclairé a été obtenu des parents ou tuteurs des participants. A la différence des études nationales, cette étude a ciblé la population d'une zone urbaine de sorte que les sujets étaient dans un même contexte socioéconomique sans variations géographiques.

Sont exclus 20 élèves en Unité pédagogique d'intégration (UPI). Les 93 élèves en section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) ont participé à l'enquête, mais certaines questions ont été retirées du questionnaire en raison des difficultés possibles pour le remplissage (temps limité à une heure). Finalement, 83 questionnaires ont été retenus pour l'analyse statistique.

Sur les 1666 adolescents d'enseignement général inclus dans l'étude, 2 élèves avaient refusé de participer, 89 (5,3%) étaient absents le jour de la passation du questionnaire pour des motifs indépendants de l'enquête. Au total, 1575 (94,5%) adolescents avaient rempli le questionnaire. Pour 10 d'entre eux le sexe ou l'âge n'étaient pas renseignés et 6 questionnaires étaient inexploitable. Finalement, 1559 questionnaires étaient retenus pour l'analyse statistique.

2.2. Protocole d'enquête

Le protocole d'étude comprenait une demande de participation transmise aux parents ou tuteurs par l'intermédiaire des élèves (avril 2010) et le recueil des données à l'aide d'un questionnaire auto-administré anonyme en classe (1 heure) sous la supervision de l'équipe de recherche (mai-juin 2010). Le questionnaire complété était mis dans une enveloppe cachetée puis dans une boîte fermée par l'élève.

2.3. Mesures

Facteurs socioéconomiques

Les questions portaient sur la structure familiale, qui était divisée en cinq catégories : famille intacte, famille recomposée, parents divorcés/séparés, famille monoparentale, et autres (familles d'accueil, etc.). Les questions utilisées sont les suivantes :

- Vos parents sont-ils : mariés ou vivent en couple, séparés ou divorcés, l'un d'eux est décédé.
- S'ils sont séparés ou divorcés, quel âge aviez-vous quand leur séparation ou divorce s'est produit ?
- Y a-t-il des périodes où vos parents sont ou ont été en longue maladie (plus d'un mois) ?
Si oui, quel âge aviez-vous ?
- Si l'un d'eux est décédé, quel âge aviez-vous quand son décès s'est produit ?
- 10 questions pour les diverses catégories de personnes : “ Au cours des 12 derniers mois, vivez-vous avec les personnes suivantes (généralement, parfois, rarement, pas du tout) : (a) Vous vivez seul, (b) Père, (c) Mère, (d) Beaux-parents, (e) Frères, sœurs, (f) Grands-parents, (g) Autres membres de la famille, (h) Parents adoptifs, (i) Famille d'accueil, et (j) Autres personnes.

Puis les questions s'intéressaient à la catégorie socioprofessionnelle des parents (la plus élevée des parents) catégorisée en sept groupes (classification internationale des professions ISCO) : cadres et professions libérales ; artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers ; autres actifs ; et inactifs (chômeurs et retraités) [15].

Le revenu familial insuffisant était mesuré par la question : “Selon vous, laquelle de ces situations financières semble le mieux correspondre à la situation de votre famille ? (« Vous y

arrivez difficilement », « vous n'y arrivez qu'en faisant des dettes » ou « c'est juste : il faut faire attention » « Vous êtes à l'aise » ou « ça va ») [16].

Difficultés scolaires

La performance scolaire était recueillie par la question “Quelle est votre note moyenne du dernier trimestre ? ” (Réponse : $\leq 7/20$, 8-9/20, 10-13/20, 14-15/20 ou $\geq 16/20$) [17].

Pour le redoublement scolaire, l'élève indiquait les redoublements durant les années antérieures : Jamais, Ecole primaire, 6^{ème}, 5^{ème}, 4^{ème}, 3^{ème} (Cumul possible).

L'idée de quitter l'école à 16 ans, illustrant la poursuite des études, était recueillie par la question suivante “Souhaitez-vous continuer ou non vos études ? ” (Quitter l'école après 16 ans versus continuer à l'université, école d'ingénieurs, IUT, BTS ou une formation professionnelle (CAP, BEP, etc.)).

Indice de masse corporelle

Pendant la passation du questionnaire, les participants étaient invités à mesurer leur taille (mètre ruban monté sur une toise mobile fixée au mur) et poids (balance électronique Scaleman) avec le médecin de l'équipe de recherche. L'obésité était définie par l'indice de masse corporelle selon les seuils proposés par l'INSERM pour différents âges et chaque sexe [18].

Consommation d'alcool, tabac, cannabis, et d'autres substances (illicites)

Elle était mesurée par les questions [17, 19, 20]: “Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous bu de l'alcool (bière, cidre, champagne, vin, apéritif, etc.) ?” (Réponse : Non, 1-5 ou ≥ 6 fois), “Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous fumé de cigarettes ?” (Réponse : 1+ jour vs 0), “Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous pris du cannabis ?” (Réponse : 1+ fois vs 0), et “Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous pris d'autres drogues (champignons, ecstasy, LSD, etc.) ?” (Réponse : 1+ fois vs 0).

Etat de santé insatisfaisant

Il était évalué par la question : “Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous satisfait de votre santé ?” (pas du tout satisfait/pas satisfait/ni satisfait ni insatisfait versus satisfait/très satisfait) [21].

Symptômes dépressifs

Ils étaient mesurés par la version française [19] d'une échelle nord-américaine, l'échelle de Kandell [22] comprenant 6 items : “Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé...”: (a) “de manquer d'énergie”, (b) “de vous réveiller la nuit ou d'avoir du mal à vous endormir”, (c) “de vous sentir déprimé”, (d) “d'être désespéré en pensant à l'avenir”, (e) “de vous sentir nerveux” et (f) “d'être inquiet(e)” (Réponse: 1=Jamais, 2=Rarement et 3=Assez souvent/très souvent). L'échelle est utile pour explorer le développement de symptômes dépressifs durant l'adolescence [23]. Elle a été choisie pour sa bonne cohérence interne (alpha de Cronbach 0,82). L'analyse en composantes principales montrait que l'échelle était unidimensionnelle car la 1^{ère} valeur propre (2,6) était beaucoup plus élevée que la 2^{ème} valeur propre (0,17). Le score était défini par la somme des 6 items (étendue 6-18). La présence de SD était définie par un score de 17+ (90^{ème} percentile).

Violence physique/verbale subie

Cinq questions ont été posées pour 4 lieux [24] : au collège, aux alentours du collège, au domicile, et ailleurs : “Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de ... ?” : coups, vol, racket, actes de racisme et violences verbales (oui versus non). Le score global est défini par le nombre de réponses positives aux 20 items (étendue 0-20). Cet instrument a un coefficient alpha de Cronbach de 0,71. L'analyse en composantes principales montre que ces items sont unidimensionnels (1^{ère} valeur propre 3,09, 2^{ème} valeur propre 0,99). Le score est catégorisé en 3 groupes : 0, 1-3, 4+ (approximativement le 90^{ème} percentile).

Agression sexuelle

Elle était abordée par la question “Au cours de votre vie, avez-vous été victime d'une agression sexuelle ?” (1+ fois versus 0) [24].

Implication dans la violence

Elle était mesurée avec 11 items [24] : “Au cours des 12 derniers mois, avez-vous” : (a) “été auteur de violences verbales”, (b) “été auteur d'actes de racisme”, (c) “été mêlé(e) à une bagarre à l'école”, (d) “pris part à une bagarre où un groupe de vos amis était confronté à un autre groupe”, (e) “utilisé une arme de quelque sorte que ce soit pour obtenir quelque chose de quelqu'un”, (f) “pris quelque chose dans une boutique sans le payer”, (g) “mis exprès le feu aux affaires de quelqu'un d'autre”, (h) “fait partie d'un groupe commençant une bagarre avec un autre groupe”, (i) “provoqué une bagarre avec un autre individu”, (j) “volé quelque chose d'une valeur de 15 euros ou plus”, et (k) “abîmé exprès des biens publics ou privés” (oui versus non).

Le score global est défini par le nombre de réponses positives aux 11 items. Cet instrument a un coefficient alpha de Cronbach de 0,82. L'analyse en composantes principales montre que ces items sont unidimensionnels (1^{ère} valeur propre 3,66, 2^{ème} valeur propre 1,00). Le score est divisé en 3 groupes : 0, 1-5, 6+ (approximativement le 90^{ème} percentile).

Manque de soutien social

Il était défini par la question : “Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous satisfait de vos relations avec ... ?” concernant 9 catégories de personnes : père, mère, beaux-parents, frères/sœurs, grands-parents, autres membres de la famille, parents adoptifs, famille d'accueil et amis (insatisfait/indifférent/non-concerné versus satisfait) [25-26]. Le score global est défini par le nombre de réponses positives aux 9 items (étendue 0-9). Cet instrument a un coefficient alpha de Cronbach de 0,56. L'analyse en composantes principales montre que ces items sont unidimensionnels (1^{ère} valeur propre 1,23, 2^{ème} valeur propre 0,47). Le score est catégorisé en 3 groupes : 0, 1, 3+ (approximativement le 90^{ème} percentile).

2.4. Analyse statistique

Nous avons comparé tout d'abord les caractéristiques démographiques et socioéconomiques ainsi que les problèmes scolaires, comportementaux et relatifs à la santé des collégiens dans l'enseignement général et professionnel adapté (N=83) et les collégiens dans l'enseignement général (N=1559) en utilisant le test de chi² d'indépendance et l'analyse de la variance à un facteur.

Dans un deuxième temps, nous avons calculé l'odds ratio (OR) ajusté sur le sexe et le niveau de classe et l'intervalle de confiance à 95% (IC 95%) avec les modèles de régression logistique multinomiale (variable dépendante nominale à 2 modalités ou plus). L'âge n'a pas été pris en compte car il différait entre les deux groupes à cause du redoublement à l'école primaire (83% contre 7%, tableau 2). Pour apprécier le rôle de la structure familiale et du niveau d'éducation parentale, nous avons calculé l'OR avec ajustement supplémentaire sur ces facteurs également avec les modèles de régression logistique multinomiale. La catégorie socio-professionnelle des parents n'était pas prise en compte, en raison du faible effectif de sujets.

Toutes les analyses ont été effectuées avec le logiciel Stata (Texas : Stata Corporation 2007).

3. Résultats

3.1. Caractéristiques démographiques et socioéconomiques

Dans le tableau 2, on constate que les élèves de la section SEGPA sont plus âgés que ceux d'enseignement général (14,4 contre 13,5 ans, $p < 0,001$). Les deux groupes différaient aussi en ce qui concerne la structure familiale ($p < 0,001$) ; les élèves en SEGPA vivaient plus souvent dans des familles monoparentales (20,5% contre 6,5 %).

Les élèves en SEGPA avaient presque tous des parents dont le niveau d'éducation parentale était inférieur au baccalauréat (92,8 % contre 48,7% parmi les élèves d'enseignement général, $p < 0,001$) et étaient plus souvent issus de milieux dont la catégorie socioprofessionnelle des parents étaient ouvriers, autres actifs, chômeurs et retraités ($p < 0,001$).

3.2. Difficultés et absentéisme scolaires

Le tableau 3 montre que, comparés aux élèves d'enseignement général, ceux en SEGPA avaient plus souvent au moins une absence pendant l'année scolaire (92,7 % contre 90,2 %) et plus souvent une absence de 8 jours ou plus (33,7 % contre 18,7 %). Les absences étaient plus souvent dues aux problèmes de santé dans les deux populations, avec une prédominance chez les collégiens d'enseignement général (79,0% contre 62,6%, $p < 0,001$) alors que les problèmes familiaux, comme deuxième cause d'absentéisme, étaient plus du fait des SEGPA (24,1 % contre 9,6%, $p < 0,001$).

Un redoublement scolaire antérieur, toutes années confondues, concernait nettement plus les élèves de SEGPA (86,7% contre 14,7%, $p < 0,001$), notamment pour un redoublement scolaire

à l'école primaire (83,1% contre 7,0%, $p<0,001$). L'idée de quitter l'école à 16 ans était plus fréquente chez les élèves de SEGPA que les autres élèves (16,9% contre 3,8%, $p<0,001$). Cependant, la performance scolaire exprimée par la note moyenne du dernier trimestre de l'année scolaire était similaire dans les deux groupes d'élèves.

3.3. Difficultés comportementales et relatives à la santé

Le tableau 4 décrit les difficultés comportementales et relatives à la santé des élèves en SEGPA et en enseignement général.

Concernant l'IMC déterminé avec le poids et la taille mesurés le jour de l'enquête, 43,4% d'élèves en SEGPA contre 54,8% d'élèves en enseignement général avait un poids normal. A l'inverse, la proportion de sujets obèses était plus élevée parmi les élèves en SEGPA (16,9 % contre 10,6 en enseignement général, $p<0,05$). Les élèves en SEGPA pratiquaient moins souvent des activités physiques ou sportives de façon régulière (33,7 % contre 11,7%, $p<0,001$).

Concernant le tabac, il faut noter qu'aucun élève en SEGPA ne déclarait en consommer alors que parmi les élèves en enseignement général, 6,7% et 4,5% consommaient 1 à 5 et 6 ou plus cigarettes par jour durant les 30 derniers jours. On n'observait pas de différence entre les deux groupes pour la consommation d'alcool, de cannabis et d'autres drogues.

Une implication dans la violence était plus fréquente parmi les élèves en SEGPA que ceux en enseignement général ($p<0,001$) pour un score de 1 à 5 (60,2% chez les SEGPA contre 49,1) comme pour un score de 6 ou plus (respectivement 18,1 et 10,3%).

Un manque de soutien social (score non nul) était exprimé par 27,7 % en SEGPA et par 53,8% des élèves en enseignement général ($p<0,001$).

3.4. Association entre comportement scolaire et filière

Dans le tableau 5, on remarque que le risque d'absentéisme pendant l'année scolaire, d'une durée supérieure ou égale à 15 jours était 3 fois plus élevé pour les élèves en SEGPA que pour ceux en enseignement général, et que ce risque persistait après ajustement sur le sexe, la classe, la structure familiale, et le niveau d'étude parental. Mais parmi les causes d'absentéisme, le risque lié aux problèmes de santé était inférieur à 1 chez les élèves en SEGPA contrairement aux problèmes familiaux dont le risque était 3 fois plus élevé.

Il existe une surexposition au risque de redoublement scolaire chez les jeunes en SEGPA, persistante après l'ajustement sur le sexe et la classe, puis sur la structure familiale et le niveau d'étude parental.

« Quitter l'école à 16 ans » et « être scolarisé en SEGPA » est en association forte dans cette enquête.

3.5 Association entre difficultés comportementales, relatives à la santé et filière

Le tableau 6 montre un risque 2 à 4 fois plus élevé pour l'obésité et l'absence d'activité physique et sportive chez les élèves en SEGPA. A noter que le risque d'obésité n'est plus statistiquement significatif lorsqu'on ajuste sur le sexe et la classe, la structure familiale et le niveau d'étude parental.

Le tableau 7 montre un risque plus important de troubles du sommeil, d'implication dans la violence et du ressenti de manque de soutien social chez les adolescents en enseignement général versus SEGPA. Ces risques ne changeaient pas après l'ajustement sur le sexe et la classe, la structure familiale et le niveau d'étude parental faible.

4. Discussion

4.1. Difficultés relatives à la santé chez les collégiens de SEGPA et d'enseignement général

Le principal résultat de cette étude est une proportion de sujets obèses plus élevée parmi les élèves en SEGPA (16,9 % contre 10,6 en enseignement général, $p < 0,05$) et un risque d'obésité plus élevé (1,9 pour $p < 0,05$), qui n'était plus statistiquement significatif lors qu'on ajustait sur le sexe et la classe, la structure familiale et le niveau d'étude parental. L'étude Esteban, 2014-2016, qui a été mis en place par Santé publique France pour répondre à des objectifs de biosurveillance, de surveillance des maladies chroniques et de surveillance nutritionnelle, montrait qu'en 2015, la prévalence du surpoids (obésité incluse) en France, était supérieure chez les enfants dont les personnes de référence du ménage étaient les moins diplômées. Ce premier résultat de notre étude peut être expliqué par un autre de nos résultats puisque notre population de SEGPA, était entre 3 et 4 fois ($p < 0,001$) plus à risque d'absence d'activités physiques/sportives régulières. Ce résultat qui persistait après ajustement sur la structure familiale et un niveau d'étude parental faible. Ceci permettrait en partie de s'affranchir de la

dimension financière (financement d'activités extra-scolaires), intellectuelle et culturelle (représentation du sport et de son bénéfice).

A l'échelle nationale, la comparaison des données de l'IMC d'enfants âgés entre 6 et 17 ans, de l'Etude Nationale Nutrition Santé de 2006 avec celles de l'étude Esteban réalisée en 2015 en France, montre pour les garçons, une diminution du surpoids (13,6% à 11,8%) mais une augmentation de l'obésité (2,6% à 4,1%) alors que pour les filles, on note une diminution du surpoids (15% à 14,1%) et une stabilité de l'obésité (4% à 3,8%) [27].

En 2010, dans le Nord de la France, une étude évaluant l'impact d'un programme multidisciplinaire comportant deux heures d'activité physique adaptée par semaine et 1h30 d'éducation à la santé tous les trois mois durant une année, chez 37 participants volontaires (19 garçons et 18 filles en surcharge pondérale), a montré une amélioration des performances scolaires, du sommeil et de l'estime de soi [28].

Le parcours éducatif de santé, créé en France par la loi du 28 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République et réaffirmé par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, est une réponse à ce problème de santé. Il est structuré autour de trois axes : éducation à la santé, prévention et protection. L'éducation à la santé est fondée sur le développement des compétences psychosociales en lien avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture, afin d'accompagner chacun dans la mise en œuvre de choix responsables en matière de santé. La prévention représente l'ensemble des actions centrées sur une ou plusieurs problématiques de santé prioritaires ayant des dimensions éducatives et sociales (conduites addictives, alimentation et activité physique, vaccination, contraception, protection de l'enfance par exemple) qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé. La protection, qui intègre des démarches visant à créer un climat d'établissement favorable à la santé et au bien-être de tous les membres de la communauté éducative, et des ressources disponibles pour les élèves et leurs familles en matière de santé comme les visites médicales et de dépistage, etc.

Une étude réalisée aux Etats-Unis, [NHIS (National Health Interview Survey)] établissait une relation entre obésité et difficultés scolaires. En 2009, comparant le nombre de jours d'absence scolaire pour maladie ou accident chez des adolescents entre 12 et 17 ans, elle a montré que les adolescents obèses et en surpoids avaient respectivement 36 et 37 % de plus de jours d'absence scolaire que ceux de poids normal. Les résultats de l'étude, suggéraient que la

prévention de l'obésité chez les enfants permettrait une amélioration de la fréquentation scolaire [29].

Dans les résultats de notre étude, attirant également notre attention, on note une surexposition aux troubles du sommeil chez les collégiens d'enseignement général, en comparaison à ceux de SEGPA (Odds ratio entre 0,46 et 0,42, selon le modèle d'ajustement, $p < 0,01$). Le professeur Emmanuel de Becker, pédopsychiatre à Bruxelles, évoque les troubles du sommeil comme un motif fréquent de consultation de pédopsychiatrie. Il rapporte que les filles, plus fréquemment que les garçons s'en plaignent, reliant ces symptômes à des difficultés d'ordre psychologique, comme des inquiétudes sur le plan scolaire ou des tensions intra ou extra-familiales.

Le collégien d'enseignement général est-il plus stressé que les Segpa? En tout cas nous pouvons nous poser la question de corrélér ce résultat au résultat sur la «satisfaction du soutien de l'entourage». En effet à cette question les collégiens de section générale déclare se sentir moins soutenu par l'entourage familial.

Dans notre étude, lorsque les collégiens sont interrogés sur l'idée de quitter l'école à 16 ans, ceux de SEGPA sont plus à risque que ceux d'enseignement général, avec un odds ratio de 4,5 ($p < 0,001$) lorsqu'on ajuste sur le sexe et l'âge, 4,7 sur la structure familiale et 3,4 sur le niveau d'étude parental faible. Existerait-il plus d'ambitions sur le plan de la réussite scolaire, plus de pressions sociétales qui serait une explication aux troubles du sommeil qui prédominent chez les collégiens de section d'enseignement général ?

En tout état de cause, nous ne pouvons lier ces troubles du sommeil à la consommation de substances (bien que la question des thérapies orales prescrites n'ait pas été posée dans le questionnaire)

Dans notre étude en effet il n'existait pas de différence entre les deux groupes en ce qui concernait la consommation d'alcool et de cannabis. Pour la consommation de tabac, nous étions surpris de voir qu'aucun collégien de SEGPA déclarait en avoir consommé dans les trente derniers jours ($p < 0,006$), alors que toutes quantités de cigarettes confondues, 11,2 % des collégiens d'enseignement répondaient « oui » à la question les interrogeant sur le nombre de cigarettes fumées par jour au cours des trente derniers jours. Rappelons que suite au décret du 25 mai 2010, la vente de toute forme de tabac aux mineurs a été interdite, et par la suite, également la cigarette électronique (Loi Hamon, 17 mars 2014), avec désormais l'obligation

de contrôler la majorité de l'acheteur (loi de santé du 26 janvier 2016). En France, la moyenne d'âge de consommation quotidienne du tabac est rapportée à 14,9 ans et le pourcentage de fumeurs quotidiens passe de 6 % en 4ème à 12 % en 3ème [30]. On distingue plusieurs modes de consommation du tabac qui diffèrent entre autres, dans leurs prix : cigarettes, tabac à rouler, tabac non fumé mâché, chiqué ou prisé, narguilé, bidies, kreteks, cigare et pipe, cigarette électronique. On peut se demander si la question a bien été comprise par les collégiens de SEGPA, et si pour eux, la consommation de tabac sous une autre forme que la cigarette, était exclue de la question, sous estimant ainsi les résultats. La volonté de dissimuler la vérité face à une situation interdite conforterait également ce résultat.

4.2. Difficultés sociales

Sur le plan social, lorsque l'on interroge les collégiens sur leur satisfaction quant à leurs relations avec neuf catégories de personnes de leur entourage familial, les résultats montrent (comme nous l'avons dit précédemment) que les collégiens d'enseignement général sont plus en situation de manque de soutien social que ceux de SEGPA. Face à la décision d'orientation en SEGPA qui émane d'un constat de difficultés ou d'échec scolaire, on peut supposer que l'entourage familial soit plus mobilisé et attentif à cet enfant en difficulté contrairement au collégien qui suit son parcours scolaire sans réorientation dont on ne doute pas de ses capacités scolaires et que les parents ne supposent pas qu'il ait besoin d'eux. On peut également supposer que ces enfants sont dans des familles elles-mêmes soutenues (partenaires sociaux de l'éducation nationale,...).

D'emblée l'exploitation des questionnaires montrent que les collégiens de SEGPA sont plus impliqués dans la violence. En revanche, en ajustant sur la structure familiale et un niveau d'étude parental faible, les résultats sont inversés. Ce résultat bouscule nos préjugés et notre représentation de cette population d'enfant en difficultés scolaires que nous aurions plus facilement vu comme « plus violent ».

On peut se demander si la structure familiale et un niveau d'étude parental faible, n'influeraient pas sur l'implication dans la violence en SEGPA.

4.3. Difficultés scolaires

Sur le plan scolaire, être collégien en SEGPA, était un facteur de protection vis à vis de l'absentéisme, pour problèmes de santé (OR<0,45 pour p<0,001) dans notre étude. Par contre, nous avons noté qu'en SEGPA, il existait un risque d'absentéisme pendant l'année scolaire, en

raison de problèmes familiaux, trois fois plus élevé ($p < 0,001$), tendance qui persistait après ajustement sur le sexe et la classe, la structure familiale, un niveau d'étude parental faible. Ces jeunes collégiens en échec face à l'école n'y voient pas un atout pour leur réussite. Le lien entre réussite scolaire et environnement social n'est plus à démontrer. Actuellement, il apparaît que le taux d'échec scolaire est fortement corrélé avec la qualification professionnelle du père, et peu avec l'existence d'un travail de la mère, en revanche il est corrélé avec son niveau d'étude.

4.4. Limites et forces de l'étude

Notre étude présentait certaines limitations. Au sein de la population à l'étude, la faible représentativité des collégiens de SEGPA (83) par rapport aux collégiens d'enseignement général (1559) ne permet pas de généraliser les résultats à la population générale de SEGPA, qui en 2017, était de 84463 adolescents (Source : MEN-DEPP, MESRI). La population totale de formations dispensées au collège hors SEGPA, DOM-TOM inclus est de 3 257 471 élèves [31]. Le ressenti des collégiens au remplissage du questionnaire, comme une surveillance par les adultes, a pu entraîner une méfiance et de la désinvolture lors de leurs réponses, pouvant peut-être par exemple expliquer qu'aucun élève de SEGPA n'avait répondu favorablement à la question sur le tabagisme.

Parmi les points forts de l'étude, les sujets étaient tous issus d'une zone d'agglomération urbaine, donc dans un même climat socio-économique sans variation géographique. L'ajustement sur la structure familiale et le niveau d'éducation parentale a permis d'en apprécier le rôle. L'étude menée permet de dégager des pistes de questionnement pour conduire d'autres travaux, notamment la relation entre obésité et difficultés scolaires.

5. Conclusion

Cette étude chez les collégiens de SEGPA montrait une forte exposition à l'obésité, qui n'était plus statistiquement significatif après ajustement sur des biais de confusions démontrés par d'autres études, notamment le niveau d'éducation parental faible, associé à un revenu familial plus faible et à une alimentation moins équilibrée. Les problèmes de santé n'expliquaient pas un absentéisme scolaire plus soutenu dans cette même population qu'en enseignement général, mais étaient dominés par des problèmes familiaux. Paradoxalement, contrairement aux idées reçues, et aux résultats auxquels nous nous attendions, les collégiens d'enseignement général témoignaient plus que leurs camarades de SEGPA, d'un manque de soutien social et d'une implication dans la violence.

En croisant difficultés relatives à la santé et difficultés scolaires, il apparaîtrait intéressant de creuser l'exposition à l'obésité: l'obésité est-elle pourvoyeuse de difficultés scolaires, ou est-ce les difficultés scolaires qui favorisent la survenue de l'obésité. Pour cela, il faudrait pouvoir, faire un travail en croisant courbe d'IMC et résultats scolaires au fil des années de développement de l'enfant en excluant les facteurs socio-économiques et familiaux pouvant interférer.

Tableau 1. Population étudiée et participation des élèves

	Enseignement général	Enseignement général et professionnel adapté (SEGPA)
Nombre de classes	63	7
Effectif total d'élèves	1666	93
Refus exprimés	2	0
Absents pour des raisons indépendantes à l'enquête	89 (5,3%)	10 (10,8%)
Participants (ayant rempli un questionnaire)	1575 (94,5%)	83 (89,2%)
Questionnaires exclus de l'analyse statistique (sexe ou âge inconnu, non exploitables)	16 (1%)	0
Nombre de questionnaires retenus pour l'analyse statistique	1559 (93,6%)	83 (89,2%)

Tableau 2. Caractéristiques démographiques et socioéconomiques des sujets : % ou moyenne (écart-type)

	Enseignement général (N=1559)	Enseignement général et professionnel adapté (N=83)	Test de χ^2 d'indépendance ou analyse de la variance (p)
Garçons	49,9	63,9	0,013
Age (an)			< 0,001
≤ 12	38,7	10,8	
13	23,9	26,5	
≥ 14	37,4	62,6	
Moyenne (écart-type)	13,5 (1,3)	14,4 (1,1)	< 0,001
Structure familiale			< 0,001
Famille intacte	63,0	53,0	
Famille recomposée	14,8	12,1	
Parents divorcés/séparés	10,3	12,0	
Famille monoparentale	6,5	20,5	
Autres	5,4	2,4	
Niveau d'études parental faible (≤ Bac)	48,7	92,8	< 0,001
Revenu insuffisant	17,7	20,5	0,519
Catégorie socioprofessionnelle des parents			< 0,001
Cadres, professeurs, professions libérales	37,6	4,8	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	17,6	6,0	
Professions intermédiaires	13,0	10,8	
Employés	14,7	7,2	
Ouvriers	8,7	54,2	
Autres actifs	5,3	7,2	
Inactifs	3,1	9,6	

Tableau 3. Difficultés et absentéisme scolaires : %

	Enseignement général (N=1559)	Enseignement général et professionnel adapté (N=83)	Test de chi ² d'indépendance (p)
Classe			0,593
6e	26,0	19,3	
5e	25,2	26,5	
4e	24,9	27,7	
3e	23,9	26,5	
Demi-pensionnaire	58,1	51,8	0,257
Absentéisme pendant l'année scolaire			0,003
Non	10,8	7,2	
≤ 7 jours	70,5	59,0	
8-14	12,6	18,1	
15-30	3,7	10,8	
≥ 31	2,4	4,8	
Causes d'absentéisme			
Problèmes de santé	79,0	62,6	< 0,001
Vacances	5,6	8,4	0,289
Problèmes familiaux	9,6	24,1	< 0,001
Sécher les cours	6,3	8,4	0,452
Autres	12,2	34,9	< 0,001
Performance scolaire (note /20)			0,689
≤ 7	2,0	0,0	
8-9	6,2	6,1	
10-13	41,0	36,6	
14-15	32,5	39,0	
≥ 16	18,3	18,3	
Faible (note < 10/20)	8,2	6,1	0,477
Redoublement scolaire	14,7	86,7	< 0,001
Redoublement scolaire à l'école primaire	7,0	83,1	< 0,001
Idée de quitter l'école à 16 ans	3,8	16,9	< 0,001

Tableau 4. Difficultés comportementales et relatives à la santé : %

	Enseignement général (N=1559)	Enseignement général et professionnel adapté (N=83)	Test de chi ² d'indépendance (p)
Indice de masse corporelle (mesuré)			0,079
Normal	54,8	43,4	0,042
Sous-poids	1,2	2,4	0,347
Surpoids	25,5	24,1	0,780
Obèse	10,6	16,9	0,044
Refus de mesure	7,9	13,2	0,082
Consommation de tabac (30 derniers jours)			0,006
Non	88,8	100,0	
1-5 cigarettes/jour	6,7	0,0	
≥ 6 cigarettes/jour	4,5	0,0	
Consommation d'alcool (30 derniers jours)			0,201
Non	64,8	61,4	
1-5 fois	28,3	26,5	
≥ 6 fois	6,9	12,1	
Consommation de cannabis (30 derniers jours)			0,312
Non	94,4	91,6	
1-5 fois	3,0	6,0	
≥ 6 fois	2,6	2,4	
Consommation d'autres drogues (30 derniers jours)	2,8	4,8	0,273
Absence d'activités physiques/sportives régulières	11,7	33,7	< 0,001
Etat de santé insatisfaisant	25,8	30,1	0,388
Troubles de sommeil	32,6	18,1	0,006
Symptômes dépressifs	13,3	6,0	0,053
Idee de suicide (12 derniers mois)	11,7	9,6	0,572
Tentative de suicide (durant la vie)	9,9	12,0	0,521
Violence physique/verbale subie (score, étendue 0-20)			0,811
0	46,6	43,4	
1-3	44,0	45,8	
≥ 4	9,4	10,8	
Agression sexuelle subie	3,7	6,0	0,270
Implication dans la violence (score, étendue 0-11)			< 0,001
0	40,5	21,7	
1-5	49,1	60,2	
≥ 6	10,3	18,1	
Manque de soutien social (score, étendue 0-9)			< 0,001
0	46,2	72,3	
1-2	38,6	24,1	
≥ 3	15,2	3,6	

Tableau 5. Difficultés et absentéisme scolaires des collégiens d'enseignement général et professionnel adapté (N=83) en référence aux collégiens d'enseignement général (N=1559) : odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (IC 95%)

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Absentéisme pendant l'année scolaire						
Non et ≤ 7 jours	1,0		1,0		1,0	
8-14	1,8	0,97-3,2	1,8	0,97-3,2	1,5	0,82-2,8
≥ 15	3,0 ^{***}	1,6-5,8	3,1 ^{***}	1,6-5,9	2,3 ^{**}	1,2-4,5
Causes d'absentéisme						
Problèmes de santé	0,45 ^{***}	0,28-0,72	0,45 ^{***}	0,28-0,72	0,44 ^{***}	0,27-0,71
Vacances	1,5	0,65-3,2	1,5	0,65-3,3	1,8	0,77-4,1
Problèmes familiaux	3,2 ^{***}	1,9-5,5	3,4 ^{***}	1,9-5,9	2,9 ^{***}	1,7-5,2
Sécher les cours	1,2	0,54-2,7	1,2	0,54-2,7	0,90	0,39-2,1
Autres	3,6 ^{***}	2,2-5,9	3,7 ^{***}	2,3-5,9	3,6 ^{***}	2,2-5,9
Faible performance scolaire	0,70	0,28-1,8	0,69	0,27-1,8	0,41	0,16-1,0
Redoublement scolaire	37,6 ^{***}	19,6-72,2	39,6 ^{***}	20,5-76,2	28,0 ^{***}	14,4-54,4
Idée de quitter l'école à 16 ans	4,5 ^{***}	3,4-8,9	4,7 ^{***}	2,4-8,9	3,4 ^{***}	1,7-6,5

** p < 0,01, *** p < 0,001.

Modèle 1 : OR ajusté sur le sexe et la classe mais non ajusté sur l'âge qui différait entre les deux groupes à cause du redoublement à l'école primaire (tableau 2).

Modèle 2 : Modèle 1 + structure familiale.

Modèle 3 : Modèle 2 + niveau d'études parental faible. La catégorie socio-professionnelle n'était pas prise en compte en raison de faible effectif.

Tableau 6. Difficultés comportementales et relatives à la santé des collégiens d'enseignement général et professionnel adapté (N=83) en référence aux collégiens d'enseignement général (N=1559) : odds ratios (OR) et intervalle de confiance à 95% (IC 95%)

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Indice de masse corporelle (mesuré)						
Normal	1,0		1,0		1,0	
Sous-poids	2,6	0,59-11,8	2,6	0,58-11,6	1,5	0,32-6,8
Surpoids	1,2	0,67-2,0	1,2	0,67-2,1	1,0	0,56-1,8
Obèse	1,9*	1,0-3,7	1,9*	1,0-3,7	1,5	0,79-2,9
Refus de mesure	2,1*	1,0-4,3	2,1*	1,0-4,3	1,4	0,70-3,0
Consommation de tabac						
Non	1,0		1,0		1,0	
1-5 cigarettes/jour	0,0		0,0		0,0	
≥ 6 cigarettes/jour	0,0		0,0		0,0	
Consommation d'alcool						
Non	1,0		1,0		1,0	
1-5 fois	0,91	0,54-1,5	0,93	0,55-1,6	1,1	0,63-1,9
≥ 6 fois	1,6	0,78-3,3	1,6	0,78-3,3	1,6	0,75-3,3
Consommation de cannabis						
Non	1,0		1,0		1,0	
1-5 fois	1,9	0,74-5,1	1,9	0,74-5,0	1,9	0,69-5,0
≥ 6 fois	0,87	0,20-3,7	0,87	0,20-3,7	0,80	0,18-3,5
Consommation d'autres drogues						
Absence d'activités physiques/sportives régulières	4,0***	2,4-6,4	3,9***	2,4-6,4	3,0***	1,8-5,0

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Modèle 1 : OR ajusté sur le sexe et la classe mais non ajusté sur l'âge qui différait entre les deux groupes à cause du redoublement à l'école primaire (tableau 2).

Modèle 2 : Modèle 1 + structure familiale.

Modèle 3 : Modèle 2 + niveau d'études parental faible.

Tableau 7. Difficultés comportementales et relatives à la santé des collégiens d'enseignement général et professionnel adapté (N=83) en référence aux collégiens d'enseignement général (N=1559) : odds ratios (OR) et intervalle de confiance à 95% (IC 95%) (*suite*)

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Etat de santé insatisfaisant	1,3	0,81-2,2	1,3	0,82-2,2	1,1	0,68-1,8
Troubles de sommeil	0,46**	0,26-0,82	0,47**	0,26-0,83	0,42**	0,24-0,76
Symptômes dépressifs	0,45	0,18-1,8	0,45	0,18-1,2	0,39*	0,15-0,99
Idée de suicide (12 derniers mois)	0,87	0,41-1,8	0,89	0,42-1,9	0,80	0,37-1,7
Tentative de suicide (durant la vie)	1,4	0,69-2,7	1,4	0,69-2,8	1,2	0,59-2,4
Violence physique/verbale subie (score)						
0	1,0		1,0		1,0	
1-3	1,1	0,66-1,7	1,1	0,67-1,7	1,1	0,67-1,7
≥ 4	1,1	0,51-2,3	1,1	0,51-2,4	1,2	0,54-2,6
Agression sexuelle	1,8	0,69-4,6	1,8	0,68-4,5	1,5	0,56-3,9
Implication dans la violence (score)						
0	1,0		1,0		1,0	
1-5	0,49*	0,28-0,86	0,48**	0,28-0,85	0,52*	0,29-0,92
≥ 6	1,4	0,74-2,5	1,4	0,75-2,5	1,2	0,67-2,3
Soutien social (score)						
0	1,0		1,0		1,0	
1-2	0,41***	0,24-0,69	0,40***	0,24-0,68	0,36***	0,21-0,61
≥ 3	0,15***	0,046-0,48	0,15***	0,044-0,46	0,12***	0,037-0,39

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Modèle 1 : OR ajusté sur le sexe et la classe mais non ajusté sur l'âge qui différait entre les deux groupes à cause du redoublement à l'école primaire (tableau 1).

Modèle 2 : Modèle 1 + structure familiale.

Modèle 3 : Modèle 2 + niveau d'études parental faible.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'objectif principal de ce travail était de comparer les difficultés de santé entre deux populations de collégiens présentant des besoins éducatifs particuliers, à travers les données de questionnaires distribués dans deux collèges public et privé, au sein d'une zone urbaine dans le sud-est de l'agglomération de Nancy et évoluant dans un même climat socio-économique. L'objectif secondaire était de mettre en relation ces difficultés de santé avec les difficultés scolaires et sociales. On comparait ainsi collégiens de SEGPA et d'enseignement général.

L'obésité dominait dans la population de SEGPA de cette étude, collégiens qui étaient également plus à risque d'absence d'activités physiques. Risque d'obésité qui n'était pas maintenu après un ajustement sur la structure familiale et le niveau d'étude parentale. A l'échelle nationale, entre les résultats de l'étude nationale nutrition santé de 2006 et ceux de l'étude ESTEBAN 2015 chez les enfants âgés de 6 à 17 ans, la prévalence du surpoids est restée stable, passant de 17,6% en 2006 à 16,9 en 2015, quand à l'obésité, elle était 3,3 % en 2006 et à 3,9% en 2015. L'évolution de la corpulence, entre 2006 et 2015, a été étudiée suivant le niveau de diplôme parental. La prévalence du surpoids (obésité incluse) chez les garçons a eu tendance à augmenter lorsque le diplôme de la personne de référence était plus bas, passant de 18,2 % en 2006 à 21,9 % en 2015, alors que dans les autres catégories de niveau scolaire elle a eu tendance à diminuer. On distinguait quatre catégories de niveau scolaire: aucun diplôme ou CEP, CAP, BEP, BEPC, brevet élémentaire, brevet de compagnon ; baccalauréat, brevet professionnel ; diplôme de 1er cycle universitaire ; diplôme de 2e ou 3e cycle universitaire. Chez les filles, la prévalence du surpoids (obésité incluse) a eu tendance à augmenter quel que soit le niveau scolaire, excepté parmi celles dont la personne de référence du ménage avait le niveau du baccalauréat. On a noté une influence du niveau de diplôme de la personne de référence du ménage sur la prévalence du surpoids et de l'obésité, qui s'est maintenue entre 2006 et 2015, cette prévalence demeurant supérieure chez les enfants dont la personne de référence du ménage présentait un niveau scolaire inférieur au baccalauréat. La différence de prévalence du surpoids (obésité incluse) n'était pas significativement différente selon le diplôme de la personne référence du ménage dans ENNS et l'est devenue dans Esteban chez les garçons. Ces résultats confirmaient l'influence des inégalités sociales dans le domaine de la santé, et donc l'importance de les prendre en compte dans la définition et la mise en place des politiques de santé publique. Dans notre étude, en

réalisant un ajustement sur la structure familiale et un niveau d'études parental faible, et en remarquant une persistance de la tendance à l'obésité en SEGPA, on peut s'interroger sur la relation entre difficultés scolaires et obésité.

Est-ce l'obésité qui est pourvoyeuse de difficultés scolaires ou l'inverse?

La faible représentativité des SEGPA par rapport aux collégiens d'enseignement général, ne nous permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des SEGPA mais elle permet de s'interroger sur ce point.

Parmi les difficultés scolaires, nous avons aussi étudié l'absentéisme scolaire. Les collégiens de SEGPA de l'étude étaient plus à risque d'absentéisme scolaire pour problèmes familiaux. Il y avait également une association forte entre le fait d'être en SEGPA et l'idée de quitter l'école à 16 ans. Lorsque l'absentéisme est chronique, il est associé à un risque accru d'arrêt précoce et définitif de la scolarité. Il est corrélé également à un risque majoré de survenue de troubles psychiatriques à l'âge adulte. De manière générale, les causes de l'absentéisme scolaire sont multiples: difficultés émotionnelles comme l'anxiété ou la dépression; difficultés comportementales: comme les conduites à risque, difficultés familiales et sociales, difficultés d'apprentissage anciennes qui deviennent insurmontables, difficultés dues à un manque de motivation, associées éventuellement à des intérêts prédominants présents à l'extérieur de l'école. L'absentéisme scolaire étant pourvoyeur de conduites à risque, le prévenir en repérant les sujets à risque, représenterait un véritable enjeu.

Sur le plan de la violence, dans notre étude, lorsqu'on interrogeait les collégiens de SEGPA, ils étaient plus nombreux à s'estimer être impliqués dans la violence, tendance qui était inversée lorsqu'on réalisait un ajustement sur la structure familiale et un niveau d'étude parental faible. L'implication dans la violence était recherchée à travers des situations en milieu scolaire et en dehors de ce milieu. En s'intéressant à l'implication dans la violence à l'école, on arrive sur la notion de harcèlement scolaire. Le harcèlement scolaire, a été défini par Dan Olweus, psychologue norvégien, précisé ultérieurement par Peter Smith, psychologue britannique, comme « un élève est victime de harcèlement lorsqu'il est soumis de manière répétée et à long terme à des comportements intentionnellement agressifs visant à lui porter préjudice, le blesser, le mettre en difficulté et établir une relation dominant-dominé de la part d'un ou plusieurs élèves ». Il concerne 15 à 20 % des élèves, et présentent des conséquences à court, moyen et long terme, pouvant amener à des situations de suicide [32]. On peut se demander si ce sont les difficultés scolaires qui favorisent l'implication dans la violence ou si elle est conditionnée par l'environnement familial.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Roiné C. L'élève en difficulté : retours sur une psychologisation du social. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation. 2014;(66):13-30.

[2] La scolarisation des élèves présentant des besoins éducatifs particuliers en France | Cairn.info [Internet]. [cité 23 mars 2018]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.bases-doc.univ-lorraine.fr/revue-la-nouvelle-revue-de-l-adaptation-et-de-la-scolarisation-2016-1-page-293.htm?1=1&DocId=92667&hits=5429+5428+5427+3890+3889+3888+>

[3] Scolarisation des élèves en situation de handicap [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale. [cité 6 nov 2018]. Disponible sur:

http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=91826

[4] L'enfant et l'école - Enfance et Psychopathologie (Dixième Édition) - 23 [Internet]. [cité 21 févr 2018]. Disponible sur: <https://www-sciencedirect-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/science/article/pii/B9782294751271000230>

[5] Girardon N, Guillonnet J. Phobie scolaire à l'adolescence. Perspectives Psy. 2009;48(4):375-81.

[6] Avoir un médecin traitant : les avantages pour le suivi médical de son enfant [Internet]. [cité 9 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/actualites/avoir-un-medecin-traitant-les-avantages-pour-le-suivi-medical-de-son-enfant>

[7] Kernier N de, Camps F-D, Camart N, Julian M, Babonneau M, Lighezzolo C, et al. Insomnie à l'adolescence. Quand une indicible agressivité agit et agite. Bulletin de psychologie. 12 déc 2017;Numéro 552(6):435-49.

[8] Kerkhofs M. Troubles du sommeil de l'adulte et de l'adolescent.

<http://www.em-premium.com/data/traites/ps/37-65111/> [Internet]. 20 déc 2014 [cité 8 nov 2018]; Disponible sur:

http://www.em-premium.com.bases-doc.univ_lorraine.fr/article/946739/resultatrecherche/26

[9] Guérolé F, Genesseeux J, Baleyte J-M. Une consultation de pédopsychiatrie pour les troubles du sommeil.

<http://www.em-premium.com/data/revues/12594792/v34i271/S1259479213000096/>

[Internet]. 25 mars 2013 [cité 8 nov 2018]; Disponible sur:

<http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/795995/resultatrecherche/39>

[10] Mener ML, Meuret D, Morlaix S. L'accroissement de l'effet de l'origine sociale sur la performance scolaire : par où est-il passé ?, What has happened to increase the consequences of social background on academic performance? *Revue française de sociologie*. 29 juin 2017;58(2):207-31.

[11] Segpa : une décision de l'Inspecteur d'Académie - EM Premium [Internet]. [cité 13 nov 2017]. Disponible sur:

<http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/911824/resultatrecherche/2>

[12] Chau K. Difficultés mentales et scolaires des collégiens dans une zone d'agglomération urbaine. Thèse de Doctorat en Médecine générale. Université de Lorraine, 2012.

[13] Chau K, Kabuth B, Causin-Brice O, Delacour Y, Richoux-Picard C, Verdin M, Armand I, Chau N. Associations between school difficulties and health-related problems and risky behaviours in early adolescence: A cross-sectional study in middle-school adolescents in France. *Psychiatry Research* 2016;244:1-9.

[14] Chau K. Impact of sleep difficulty on single and repeated injuries in adolescents. *Accident Analysis and Prevention* 2015;81:86-95.

[15] Lemogne C, Niedhammer I, Khlat M, Ravaud JF, Guillemin F, Consoli SM, Fossati P, Chau N, Lorhandicap group. Gender differences in factors accounting for the association between self-reported depressive mood and premature mortality: A 12-year follow-up population-based study. *J Affect Disorders* 2012;136:267-275.

[16] Baumann M, Spitz E, Guillemin F, Ravaud JF, Choquet M, Falissard B, Chau N, Lorhandicap group. Associations of social and material deprivation with tobacco, alcohol, and psychotropic drug use, and gender differentials: A population-based study. *Int J Health Geogr* 2007;6:50.

[17] Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Editions Inpes.

[http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_Drogues.pdf].

[18] Rolland-Cachera MF, Cole TJ, Sempé M, Tichet J, Rossignol C, Charraud A. Body mass index variations: centiles from birth to 87 years. *Eur J Clin Nutr* 1991;45:13-21.

[19] Swanh MH, Bossarte RM, Choquet M, Hassler C, Falissard B, Chau N. Early substance use initiation and suicidal ideation and attempts among students in France and the U.S. *Int J Public Health* 2012;57:95-105.

[20] Choquet M, Hassler C, Morin D, Falissard B, Chau N. Parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among French adolescents : gender and family structure differentials. *Alcohol Alcohol* 2008;43:73-80.

[21] World Health Organization. WHO Quality of Life-BREF. [http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf].

[22] Kandel DB, Davies M. Epidemiology of depressive mood in adolescents: an empirical study. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:1205-12.

[23] Brunnet J, Sabiston CM, Chaiton M, Low NCP, Contreras G, Barnett T, O'Loughlin JL. Measurement invariance of the depressive symptoms scale during adolescence. *BMC Psychiatry* 2014;14:95.

[24] Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, Morgan M. The Espad Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish council for information on alcohol and other drugs (CAN), 2004.

[25] Peretti-Watel P, Legleye S, Baumann M, Choquet M, Falissard B, Chau N, Lorhandicap group. Fatigue, insomnia and nervousness: gender disparities and roles of individual characteristics and lifestyle factors among economically active people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:703-709.

[26] Niedhammer I, Bourgkard E, Chau N, the Lorhandicap study group. Behavioural and occupational factors in the explanation of social inequalities in premature and total mortality : A 12.5-year follow-up study of the Lorhandicap survey. Eur J Epidemiol 2011;26:1-12.

[27] Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence. :43.

[28] L'impact d'un programme de prise en charge ambulatoire de l'obésité infantile sur les performances académiques, le sommeil et la composition corporelle - EM Premium [Internet]. [cité 14 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/730922/resultatrecherche/26>

[29] The Association of Obesity and School Absenteeism Attributed to Illness or Injury Among Adolescents in the United States, 2009 - Journal of Adolescent Health [Internet]. [cité 23 juin 2018]. Disponible sur: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(12\)00148-6/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(12)00148-6/fulltext)

[30] Bence C, Vannimetus C, Rolland B. Adolescents et tabac. <http://www.em-premium.com/data/traites/ps/37-75192/> [Internet]. 16 mai 2018 [cité 24 juill 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/1214516/resultatrecherche/1>

[31] Prévisions d'effectifs d'élèves du second degré pour les années 2018 à 2022 [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/cid78621/previsions-d-effectifs-d-eleves-du-second-degre-pour-les-annees-2018-a-2022.html>

[32] Harcèlement entre pairs en milieu scolaire - EM Premium [Internet]. [cité 29 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/1004040/resultatrecherche/2>

RESUME DE LA THESE

Introduction : Les SEGPA accueillent les élèves qui rencontrent des difficultés scolaires graves et durables. La décision d'orientation est prise par le directeur d'académie après consultation de la CDOEA. L'objectif principal était de comparer les difficultés de santé entre des collégiens de SEGPA et d'enseignement général.

Matériels et Méthodes : Etude transversale réalisée par questionnaire anonyme auto-administré rempli par 1642 collégiens de la 6ème à la 3ème, d'une zone urbaine dans le sud-est de l'agglomération de Nancy, étudiant caractéristiques démographiques et socioéconomiques des sujets, difficultés et absentéisme scolaires, difficultés comportementales et relatives à la santé. Comparaison initiale en utilisant le test de χ^2 d'indépendance et l'analyse de la variance à un facteur. Puis calcul de l'odds ratio et l'intervalle de confiance à 95%, ajustés sur le sexe et le niveau de classe, la structure familiale et le niveau d'éducation parental, avec les modèles de régression logistique multinomiale.

Résultats : Il y avait plus de collégiens obèses en SEGPA (16,9% contre 10,6% en enseignement général, $p < 0,05$) On trouvait un risque d'obésité et d'absence d'activité physique chez les élèves en SEGPA, entre 2 ($p < 0,05$) et 4 ($p < 0,001$). Le risque d'obésité n'était plus significatif lorsqu'on ajustait sur le sexe et la classe, la structure familiale et le niveau d'étude parental. Les collégiens d'enseignement général étaient plus à risque de troubles du sommeil.

Conclusion : Les collégiens qui présentent des difficultés scolaires graves et durable, scolarisés en SEGPA sont plus à risque d'obésité. Reste à définir si ce sont les difficultés scolaires qui sont un facteur de risque d'obésité, ou si c'est l'obésité qui est facteur de risque de difficultés scolaires.

TITRE EN ANGLAIS : A comparison of difficulties involving health, education, and social origins between students of a « SEGPA (Sections of adapted General education and Professional Training) classes » and general education, in an urban agglomeration zone

THESE : médecine générale, année 2019

MOTS CLES : adolescent, niveau d'instruction, facteurs socioéconomiques, état de santé

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de médecine de Nancy

9 avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
