



HAL
open science

État des lieux de la pratique de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine dans le dépistage et la prise en charge d'un enfant ou adolescent victime de harcèlement scolaire entre pairs

Marion Loaïc

► **To cite this version:**

Marion Loaïc. État des lieux de la pratique de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine dans le dépistage et la prise en charge d'un enfant ou adolescent victime de harcèlement scolaire entre pairs. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01781344

HAL Id: dumas-01781344

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01781344v1>

Submitted on 7 Jun 2018

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.

N° d'ordre :

Année 2017



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Marion Loaëc

Née le 30 Avril 1985 à Brest

**Etat des lieux de la
pratique de médecins
généralistes d'Ille et
Vilaine dans le
dépistage et la prise
en charge d'un enfant
ou adolescent
victime de
harcèlement scolaire
entre pairs.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 20 Juin 2017**

devant le jury composé de :

**Madame Le Professeur Sylvie
Tordjman**

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier,
service de Pédopsychiatrie, CHU de Rennes /
Présidente

**Monsieur Le Professeur Patrick
Pladys**

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier,
service de Pédiatrie, CHU de Rennes / *Juge*

Monsieur Le Professeur Eric Mener
Professeur Associé des Universités de Médecine
Générale / *Juge*

Madame Le Docteur Enora Cornu
Médecin Généraliste et Urgentiste, Antrain,
Fougères / *Directrice de thèse*

Madame Le Docteur Botte Martine
Médecin de l'Education Nationale, Rennes /
Membre Invité

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc- Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités en surnombre	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT Pierre Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Emérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques Professeur des Universités associé, à mi-temps	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités Emérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN Denis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick Professeur des Universités en surnombre	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence

LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain	
Professeur des Universités en surnombre	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MENER Eric	
(Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent	
(Professeur associé)	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
MORTEMOSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier	
(Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise	
(Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition

THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence des Universités

ALLORY Emmanuel (MC associé - MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
MARTINS Pedro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric (MC associé - MG)	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SAULEAU Paul	Physiologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence (Lorne)	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	

Remerciements

Au Professeur Sylvie Tordjman,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Soyez assurée de mes remerciements et de ma respectueuse considération.

Au Professeur Patrick Pladys,

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse.
Soyez assuré de mes remerciements et de ma respectueuse considération.

Au Professeur Eric Mener,

Je vous remercie d'avoir accepté si volontiers de participer à ce jury, et pour les encouragements dispensés aux internes au long de notre formation en Médecine Générale.

Au Docteur Martine Botte,

Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé, aux éclairages que vous m'avez apporté, qui ont été pour moi une véritable mise en relief de mon travail.

Au Docteur Enora Cornu,

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger cette thèse et de toute l'attention que tu y as apportée.

Aux équipes dans lesquelles j'ai évolué pendant l'internat, et qui m'ont appris mon métier, je conserve une affection particulière pour l'équipe aide soignante, infirmière et médicale du service de Cancérologie-Soins Palliatifs du Dr Wdowik de Vannes, pour le Dr Jean Thual qui m'a appris à aimer la Médecine Générale, et pour l'équipe aide soignante, infirmière et médicale des Urgences de Fougères.

A tous les médecins qui ont accepté de me recevoir, je les remercie pour leur accueil, le temps qu'ils m'ont consacré, et l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail.

A ma famille, à mes amis

A Papa, mon ange gardien, tu remplis ta mission à merveille,

A Romain, mon Prince, à Gervais, mon fils chéri, et à toi Bébé,

A Maman, à ma tendre fratrie Camille et Gautier,

A Pierre, Marc et Thomas, à Sarah Pop, à Titi

A Mamie Marie, à Marraine et à Gros Tonton, à Parrain et Tata Roll

A Grand Père, à Papi Jean

A ma belle famille, Roselyne, Gilles et Math, Popo et Pat, et Léonce

Enfin à mes copines, très importantes, Anne Marine, Anaëlle, Alizée, Caroline, Claire Alice, Cécile, Charlotte, Joy, Marine, Ophélie, Sarah...

A tous ceux que je n'ai pas cité, mais qui ont contribué à ce que ce jour arrive.

Table des matières

1. Introduction	12
2. Matériel et Méthodes	15
3. Résultats	16
3.1 Description de l'échantillon	16
3.2 Analyse des données	16
3.21 Définition et perception du harcèlement scolaire par l'échantillon	16
3.22 Fréquence et mode des consultations	17
3.23 Signes d'alerte repérés par les médecins généralistes interrogés	18
3.24 Concernant les mots ou expressions utilisés pour dépister un harcèlement scolaire	19
3.25 Perception de son rôle par le médecin généraliste	19
3.26 Rôle qu'attribuent les médecins généralistes aux parents et à l'établissement scolaire	20
3.27 Les difficultés ressenties par le panel	21
a) Des difficultés à communiquer avec l'adolescent et recueillir sa parole en consultation	21
b) Des difficultés à identifier, évaluer le harcèlement scolaire et à en mesurer ses conséquences	22
c) Des consultations chronophages	22
d) L'absence de temps dédié au dépistage pour les adolescents	23
e) Des médecins qui se sentent impuissants	24
f) Des difficultés d'accès aux consultations spécialisées	24
3.28 Concernant la perception de la médecine de l'éducation nationale	25
3.29 La prise en charge proposée	25
3.30 Comment améliorer dépistage et prise en charge selon le panel	27
3.31 Provenance des connaissances des médecins interrogés	29
4. Discussion	30
4.1 Forces et limites de l'étude	30
4.2 Discussion des principaux résultats	30
4.21 Les nombreux freins au dépistage	30
a) Des connaissances incomplètes du phénomène de harcèlement scolaire	30
b) Des signaux faibles méconnus des médecins généralistes	31
c) Des erreurs dans le choix des formulations permettant d'aborder le sujet	31
d) Un dépistage qui échappe au médecin généraliste, mal identifié comme "personne-ressource" potentielle	32
e) Le rôle mal défini du médecin généraliste	32
f) Des consultations chronophages	33
g) Le faible recours des adolescents au médecin généraliste	33

h) La difficulté du praticien à communiquer avec l'adolescent	33
4.22 Une prise en charge malgré tout plutôt adaptée	34
4.23 Quelques freins à la prise en charge par le médecin généraliste	35
a) Des médecins en manque de repères	35
b) Un manque de communication avec le Médecin de l'Education Nationale	35
c) Des difficultés à accéder rapidement à des consultations spécialisées	35
d) Le secret médical	36
4.24 L'absence de formation des médecins généralistes à ce jour	36
4.25 Des pistes pour améliorer le dépistage et la prise en charge	36
a) Ce qui est souhaité par le panel	36
b) Ce qui pourrait également être proposé	37
5. Conclusion	38
Références Bibliographiques	39
Glossaire	43
Annexes	44

Liste des documents annexés

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Tableau descriptif de l'échantillon

1. Introduction

Depuis 2010, sur proposition de Monsieur Luc Chatel, alors Ministre de l'Education Nationale, la France se mobilise contre le harcèlement entre élèves. L'ampleur de ce phénomène dans notre pays est mis en lumière en 2011 par une enquête de victimation menée par l'Observatoire International de la Violence à l'école (1). Cette enquête montre que 11% environ des élèves en école primaire subissent un harcèlement scolaire entre pairs dont 6% sont considérés comme victimes d'un harcèlement sévère. Une autre enquête menée auprès des collégiens en 2011 également, par le Ministère de l'Education Nationale au moyen d'une méthodologie semblable retrouve des proportions similaires: 6 à 7% des élèves sont victimes de harcèlement (2), chiffres confirmés en 2013 (3). Au lycée, cette même enquête menée en 2015 indique que 5,5% des lycéens subissent un harcèlement scolaire entre pairs (4). Récemment, plusieurs suicides d'adolescents dans ce contexte ont douloureusement illustré ces chiffres (5).

Qu'est ce que le harcèlement scolaire entre pairs (en anglais le school-bullying) ?

Le harcèlement scolaire correspond à tout acte intentionnel répété et commis par un élève ou un groupe d'élèves sur un autre élève, quel que soit son âge, au moyen de mots (insultes, humiliations, menaces, moqueries), d'écrans (cyber harcèlement) et/ou de dégradation matérielle de ses biens personnels. Ces agissements hostiles réitérés, qui relèvent de violences psychologiques, physiques, sexuelles ou matérielles visent, sans aucun bénéfice direct, à blesser l'autre, à l'isoler et à le détruire psychiquement par un climat entretenu de terreur. Ces quatre notions sont essentielles pour qualifier des violences de harcèlement: l'intentionnalité de nuire, l'absence de bénéfice direct pour le/les harceleur(s) ce qui entraîne une incompréhension de la victime du phénomène dont elle est la cible, la répétition des violences dans le temps, et leurs répercussions sur celui qui en est victime (6, 7). Il est indispensable de préciser que, caché aux yeux des adultes, le harcèlement ne peut exister que s'il est à l'inverse, parfaitement visible aux yeux des pairs. Cette *invisible visibilité* semble même être l'une des caractéristiques essentielles du harcèlement entre pairs. Les spectateurs jouent un rôle tout à fait déterminant au sein du processus de harcèlement. Ils peuvent, en effet, l'encourager, réduire ses effets ou le faire cesser selon l'attitude qu'ils vont adopter : participation directe ou indirecte, par des rires et des moqueries, ou à l'inverse désapprobation et même soutien apporté à la victime (8). Ce harcèlement dans l'établissement scolaire peut continuer le soir, le week end et pendant les vacances sous forme de cyber harcèlement, via les réseaux sociaux, et décupler les répercussions de ce phénomène sur la santé mentale du harcelé (9, 10).

Le harcèlement scolaire a de multiples conséquences susceptibles d'hypothéquer durablement la vie de l'enfant ou de l'adolescent qui en est victime. Elles peuvent être scolaires : absentéisme, voir décrochage scolaire, compris chez les très bons élèves. Environ un élève absentéiste chronique sur quatre ne vient plus à l'école par peur du harcèlement. Concernant les

répercussions psychologiques, sont repérés les contrecoups d'une blessure narcissique répétée: anxiété et dépression, perte de l'estime de soi, troubles psychosomatiques, conduites auto agressives. Le harcèlement est très fortement relié à la dépression, parfois pour la vie entière. La victimisation répétée a été identifiée comme fortement associée au comportement suicidaire. Une victime de harcèlement en milieu scolaire qui ne bénéficie pas du soutien des adultes, présente quatre fois plus de risques d'attenter à sa vie qu'un autre jeune (11, 12, 13). Sur le plan familial, le harcèlement subi par l'élève est en général caché par celui ci, par sentiment de honte, par souhait de protéger les parents, ou encore si l'enfant préalablement expérimenté l'absence de protection de leur part. Mais ce silence peut se traduire dans une agressivité qui envenime au quotidien les relations de l'enfant avec sa fratrie ou ses parents. Sur le plan social, les dégâts sont également considérables. Les élèves harcelés moralement se construisent une telle image dévalorisée d'eux-mêmes que tout investissement extérieur peut leur paraître impossible. Cela conduit à la construction d'un rapport à l'autre insécure. S'il n'est pas pris en compte au moment où il se produit, le harcèlement scolaire peut agir comme un véritable poison et détruire psychiquement de manière durable les victimes, même si elles ne sont plus en contact direct avec les auteurs. A l'âge adulte, si elles n'ont pas rencontré de personne-ressource support de sens pour comprendre ce qu'elles ont vécu, les victimes peuvent avoir intégré un vécu persécutif des autres jusqu'à l'inhibition complète dans les relations sociales. Cela se traduit également par une crainte de ne jamais être à la hauteur, une culpabilisation permanente, une quête affective jamais satisfaite ou une complaisance excessive avec le désir de plaire constamment à l'autre par crainte d'être rejetées. A noter que l'intensité des conséquences au niveau psychologique n'est pas corrélée à la gravité matérielle ou pénale des faits. Certains cas jugés comme anodins peuvent avoir des conséquences majeures dans le devenir de ces jeunes (14). Au vu de ces données, une part des syndromes anxio-dépressifs de l'adulte est probablement imputable à un harcèlement scolaire subi dans le passé, et pour lequel la victime n'a pu obtenir de soutien. Il s'agit d'un problème de santé publique.

Sur le plan juridique, l'article 222-33-2-2 du Code Pénal, créé par la loi n° 2014-873 du 4 Août 2014 prévoit que le fait de harceler une personne est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende, faits aggravés punis de deux ans d'emprisonnement et 30000 euros d'amende lorsqu'ils ont été commis sur un mineur de 15 ans, ou commis par l'utilisation d'un service de communication au public en ligne. En cas de harcèlement, un enfant mineur peut être considéré comme pénalement responsable dès l'âge de 13 ans (15). Cette loi se complète de la loi n°2017-86 du 27 Janvier 2017 détaillant les peines encourues en cas de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, ayant entraîné une incapacité totale de travail de plus de 8 jours, et en cas de provocation au suicide. Au niveau de l'établissement scolaire, en maternelle et en élémentaire, il n'y a pas de possibilité de sanction, mais un enfant repéré comme harceleur peut éventuellement être isolé pendant un temps très court. Dans le secondaire, le chef d'établissement peut prendre des sanctions disciplinaires. Au delà des sanctions éventuelles, le harceleur est un enfant ou un adolescent qui exprime sa vulnérabilité dans l'environnement scolaire par le biais de ces agressions répétées sur un pair, ce qui devrait interroger les adultes qui l'entourent. Le pronostic social des harceleurs est globalement moins bons que la moyenne (16).

Dans le cadre du suivi global de la santé de l'enfant et de l'adolescent, le médecin généraliste est le premier interlocuteur: 79% des garçons et 86% des filles de manière générale consultent au moins une fois un médecin généraliste dans l'année (17). Il est donc en théorie le premier parmi les professionnels de santé libéraux à qui peut s'adresser un jeune victime de harcèlement scolaire.

Les médecins généralistes ne bénéficient pas à ce jour de formation spécifique sur le sujet, que ce soit dans leur cursus initial ou dans le cadre de la formation continue. Ils semblent peu sensibilisés, mal informés ou démunis pour accompagner, orienter, conseiller un jeune ou ses parents dans ce contexte (12).

Quelles sont les connaissances et les pratiques d'un médecin généraliste d'Ille et Vilaine confronté à une victime de harcèlement scolaire ?

2. Matériels et Méthodes

Notre travail est une enquête qualitative prospective, basée sur des entretiens semi-dirigés réalisés à l'aide d'un guide d'entretien auprès de médecins généralistes d'Ille et Vilaine exerçant une activité libérale.

Le guide d'entretien a été élaboré après revue de la littérature et rencontres avec des acteurs de terrain dans la lutte contre le harcèlement scolaire (un médecin de l'éducation nationale, une institutrice, une psychologue spécialisée dans le traumatisme de l'enfant et de l'adolescent), avec l'aide de notre directrice de thèse le Docteur Enora Cornu. Il est composé de huit questions ouvertes, avec pour chacune plusieurs relances, éventuellement utilisées pour ramener la discussion vers le sujet (guide présenté en Annexe 1).

Le choix de la population a été effectué en variable maximale, auprès de médecins généralistes d'Ille et Vilaine. Les entretiens ont été réalisés en tête-à-tête, sur le lieu d'exercice des participants. Tous les médecins interrogés ont donné leur autorisation orale à l'exploitation de leur propos, étant précisé que ces propos feraient l'objet d'un traitement anonyme.

Les entretiens ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone numérique, et d'une prise de note manuelle concomitante pour l'enregistrement des informations non verbales, puis retranscrits dans leur intégralité. Les transcriptions ont été analysées de manière individuelle, afin d'extraire les propos pertinents et originaux de chaque entretien. Dans un second temps, une analyse globale traitant de l'ensemble des données a permis, grâce à un codage manuel sous forme de tableaux, d'élaborer les réponses à la question de recherche. L'analyse des données a été effectuée au fur et à mesure des entretiens. Ceux-ci ont été interrompus lorsque nous avons observé la saturation des données dans les deux derniers entretiens.

3. Résultats

3.1 Description de l'échantillon

Quarante sept médecins généralistes ont été contactés par téléphone, de manière aléatoire dans les Pages jaunes. Trois médecins ont été recrutés par connaissance. Dix sept médecins ont répondu favorablement, deux des médecins ayant initialement donné un accord de principe n'ont pu nous accorder de rendez-vous. Parmi les autres généralistes contactés, huit d'entre eux ont indiqués qu'ils n'avaient "pas de cas" dans leur patientèle, le plus grand nombre n'ayant pas donné suite sans en dévoiler la raison.

Nous avons réalisé quinze entretiens entre Mai et Novembre 2016, soit 308 minutes d'entretien (environ 5h), pour des entretiens durant en moyenne 20 minutes. L'entretien le plus court a duré 13 minutes, l'entretien le plus long 45 minutes.

L'échantillon comprenait 8 hommes et 7 femmes, dont 6 avaient moins de 40 ans, 3 avaient entre 41 et 50 ans, 6 avaient plus de 50 ans. Trois médecins voyaient moins de 10 mineurs scolarisés par semaine, 4 en voyaient entre 10 et 20, et 8 en voyaient plus de 20. Enfin 6 étaient installés en ville, 6 en zone semi rurale, et 3 en zone rurale. (Tableau descriptif de l'échantillon en Annexe 2)

3.2 Analyse des données

3.2.1 Définition et perception du harcèlement scolaire par l'échantillon

La moitié des médecins signalent à l'énoncé de la question, par quelques mots ou par leur attitude non verbale, qu'il leur est difficile d'en donner une définition.

"Ola... (perplexe) C'est des ... du harcèlement scolaire ? Heu, je ne sais pas trop, c'est des enfants qui sont en mal être à l'école, dû à des pressions de leurs camarades... heu des pressions physiques, des pressions morales, heu... surtout ça ?" (M7)

"Ben, c'est assez vague comme sujet, enfin je ne sais pas, une définition précise ? En gros c'est tous les conflits qu'il peut y avoir entre élèves, heu, l'emprise de quelqu'un sur quelqu'un d'autre, enfin dans le milieu scolaire... Après dire plus que ça je ne sais pas !" (M8)

Le harcèlement entre pairs est précisé par les termes d'humiliation, de mise à l'écart volontaire, d'insultes, de stigmatisation d'un élève par ses pairs, de pressions physiques et morales,

voir sexuelles responsables de l'apparition d'une souffrance morale liée à la vie dans la communauté scolaire pour l'élève victime. Ce serait un phénomène de meute pour l'un d'entre eux. Un autre évoque un conflit entre élèves. Une minorité d'entre eux seulement signale que c'est un phénomène susceptible de se répéter, de durer dans le temps.

Quelques-uns évoquent les causes du harcèlement scolaire selon eux: des enfants différents, mères surprotectrices, élèves en difficultés scolaires ou sociales.

En terme de prévalence, plus de la moitié du panel ne sait pas, un tiers l'évalue entre 1 et 4%, et une minorité entre 5 et 10%.

“Prévalence ? J'en ai aucune idée...(réfléchit), j'en ai aucune idée ! A mon avis, c'est sous estimé évidemment...” (M10)

“Oh, pfff, je ne sais pas. 1% ?” (M5)

Concernant la tranche d'âge touchée, la grande majorité identifie les années collège, un tiers d'entre eux notifiant que ce phénomène peut survenir à tout âge de la scolarité.

En terme de conséquence, le syndrome anxio-dépressif avec l'ensemble de la palette et de l'intensité des symptômes (baisse de confiance en soi, mésestime de soi, anxiété, déprime, tristesse de l'humeur, repli autarcique, angoisses, auto ou hétéro agressivité, idées noires, idées suicidaires) est bien décrit par tous. Deux d'entre eux parlant de *“conséquences démesurées”* (M10) et *“d'impact fort sur la personnalité à cet âge délicat”* (M5). Sont évoqués par la moitié du panel la baisse des résultats scolaires, et le refus d'aller à l'école ou l'absentéisme, voir la déscolarisation. D'autres conséquences possibles sont citées de manière ponctuelle: la survenue de troubles du comportement alimentaires, d'encoprésie, de toxicomanie, de problèmes de développement, d'un retentissement familial.

La moitié du panel évoque spontanément le cyber-harcèlement (on peut noter que pour 6 sur 8 il s'agissait de médecins de moins de 40 ans).

3.22 Fréquence et mode des consultations

L'ensemble des médecins interrogés indique qu'il ne s'agit jamais d'une consultation dédiée.

“Moi, j'ai déjà eu une consultation, mais c'était même pas une consultation dédiée, c'était la maman qui m'en a parlé, d'un fils qui était même pas là en consultation.” (M13)

“C'est pas un motif de consultation! J'ai déjà rencontré des enfants qui venaient pour autre chose, et on a parlé de ça...mais c'était pas le motif de consultation.” (M2)

La grande majorité pensent être confrontée à ce problème de 0 à 6 fois par an, une seule généraliste estime voir 10 victimes de harcèlement scolaire par trimestre.

“C’est pas souvent évoqué hein...” (M15)

“Pas très très fréquemment ! On peut en voir 3 d’affilée, et puis plus personne de l’année.” (M6)

De même, la plupart indique que ce sont les parents (la mère en priorité) qui signalent plus ou moins clairement le problème lors d’une consultation (soit le jeune s’est confié, soit les parents ont repéré un problème lié à la scolarité). Aucun des médecins interrogés n’aurait lui-même dépisté une victime de harcèlement scolaire, mais la moitié l’a suspecté chez certains patients.

3.23 Signes d’alerte repérés par les médecins généralistes interrogés

Le premier signe d’alerte cité en terme de fréquence est la baisse des résultats scolaires, puis viennent les consultations répétées pour symptômes chroniques sans substrat organique (douleurs abdominales en premier lieu, céphalées, lombalgies, plaintes douloureuses vagues autorisant une absence scolaire, une dispense de sport). Le jeune qui se renferme, devient mutique ou a récemment changé de comportement inquiète la moitié du panel. Le refus d’aller à l’école, les pleurs ou symptômes douloureux en fin de vacances scolaires ou de WE, l’absentéisme scolaire sont également évocateurs. L’asthénie, la tristesse, les signes d’anxiété (dont les tics et eczéma), la dévalorisation, l’auto-agressivité constatée (scarifications), les troubles du comportement alimentaires, les troubles du sommeil sont cités, ainsi que le refus d’examen clinique lors de la consultation et les traces de coups ou fractures à répétitions.

“Ben ses notes ! Enfin s’il y a une chute des notes, quand les parents nous en parlent” (M15)

“Alors, c’est quand la maman vient nous dire qu’il travaille plus à l’école, qu’il devient agressif, qu’il vient pour chercher un certificat, qu’il veut plus faire de sport, qu’il trouve des excuses... J’en avais une qui avait mal à la gorge, elle avait pas mal en fait, elle avait rien, elle voulait pas retourner à l’école...” (M14)

“Douleurs abdo ! (rires) Mmm... douleurs abdo surtout” (M13)

Presque un quart du panel ne se sent pas capable de repérer de signes d’alerte.

“(Silence)...Des signes d’alerte ? Heu, très compliqué ça” (M2)

3.24 Concernant les mots ou expressions utilisés pour dépister un harcèlement scolaire

La moitié du panel poserait des questions fermées, avec réponse contenue dans la question :

“Oh bah moi je mets les deux pieds dedans : Ca va à l'école ? Les profs sont sympas ? Les copains sont gentils ?” (M12)

Un quart des médecins indique poser également la question de manière fermée, mais permettant d'ouvrir le dialogue:

“Il y a quelque chose qui ne va pas ? Est ce qu'il y a des copains qui t'embêtent ?” (M5)

Enfin un quart d'entre eux a une discussion libre sur la scolarité, les loisirs, l'entourage du jeune.

3.25 Perception de son rôle par le médecin généraliste

Au vu des attitudes non verbales à l'énoncé de la question, malgré des reformulations, et des détours de phrase utilisés pour y répondre, le rôle du médecin généraliste semble globalement mal défini dans l'esprit des participants à cette étude.

“Ah fff... c'est toujours très compliqué parce qu'il ne faut pas être trop intrusif non plus...” (M7)

“Piou piou piou (perplexe)... heu...” (M5)

La moitié de l'échantillon perçoit son rôle comme un rôle d'écoute, de discussion, de tiers libérateur de la parole, dans le but de faire verbaliser l'élève au plus vite, avec mise en place d'une relation de confiance dont certains insistent sur le fait qu'il ne faut surtout pas la trahir, au risque que le jeune se sente particulièrement isolé et dans l'impossibilité de compter sur l'adulte. Pour cela une minorité propose de faire sortir systématiquement les parents lors de la consultation. La grande majorité des participants estime que le problème mérite une prise en charge active, et rappelle la gravité potentielle du harcèlement scolaire sur la victime.

“Là je pense que c'est à prendre très au sérieux à mon avis” (M2)

“Qu'il verbalise, pour casser un peu les angoisses” (M1)

“L'attitude, c'est de ne surtout pas le taire... Mais attention, il faut l'accord du jeune bien sûr.” (M3)

“Il faut être à l’écoute, il faut entendre les plaintes d’un enfant... Même si c’est peut être plus long.” “J’essaye de le mettre en confiance, et je lui dis que de toute façon ma porte est toujours ouverte.” (M5)

Pour l’un d’entre eux il semble particulièrement important de reconnaître la souffrance de l’élève au sein de la consultation, à défaut que celle ci soit entendue dans l’établissement scolaire.

Deux généralistes perçoivent leur rôle comme celui d’éduquer les élèves et les parents aux dangers des réseaux sociaux (leur proposition étant tranchée : ne pas adhérer aux réseaux sociaux).

Un seul participant souligne l’intérêt de dépister les harceleurs, afin d’éviter à ceux ci de se complaire dans la violence.

Beaucoup d’entre eux s’interrogent d’emblée sur ce que pourrait être leur rôle, et estiment ne pas avoir de possibilités d’agir sur l’insertion ou le bien être d’un élève dans son établissement scolaire. Ils se sentent démunis dans les actions à mener, notamment par leur absence d’implication dans la vie scolaire, le problème d’insertion de l’enfant dans l’école échappant au médecin généraliste. La moitié du panel estime ce n’est pas de son ressort, le médecin généraliste ne possédant pas de réseau au sein de l’école ou du collège.

“Ben moi je trouve qu’on est un peu démunis face au sujet...Enfin ça se passe dans un établissement scolaire, nous on a pas accès... Je pense que notre niveau d’implication est quand même assez faible... A part donner des conseils. On n’a pas de réseau.” (M8)

Une minorité estime que le médecin généraliste n’a aucun rôle à jouer car bien d’autres tâches lui incombent déjà.

“On ne peut pas sauver toute la misère du monde !” (M1)

3.26 Rôle qu’attribuent les médecins généralistes aux parents et à l’établissement scolaire

La plupart des médecins du panel sont en revanche assez prolixes sur le rôle qu’ils attribuent aux parents et à l’institution scolaire. Ils estiment que les parents tiennent le rôle central : à eux d’être vigilants, de s’alerter en cas de changements de comportement, d’affaires qui disparaissent, d’éduquer leurs enfants aux risques des réseaux sociaux, et de se mettre en relation avec les autorités scolaires si besoin (enseignants, chef d’établissement, CPE...).

“Bah l’enfant qui a ses notes qui chutent, il faut que les parents s’interrogent quand même !” “Et puis il faut que les parents aient du dialogue avec l’équipe enseignante.” (M4)

“Maintenant ils sont tous sur les réseaux sociaux à 10 ans, mais c’est affolant ce qui se passe sur les réseaux sociaux, ça les parents doivent prendre conscience qu’il faut éduquer leurs enfants là-dessus.” (M15)

“Faut que les parents voient les professeurs, enfin le côté scolaire quoi, le directeur. Ça je pense que c’est aux parents de le faire.” (M8)

Un tiers d’entre eux considère que c’est à l’établissement de mettre en place des actions de dépistage ou de répression du harcèlement scolaire.

“Je pense pas que c’est au généraliste, je pense que c’est à l’école de travailler sur ça beaucoup. Nous...heu (soupir) je ne pense pas que ce soit notre job. Ils viennent nous voir quand ils en ont ras le bol, que la situation est vraiment pathogène quoi... Mais la prévention c’est pas à nous de la mener”. (M7)

3.27 Les difficultés ressenties

Elles sont de différents ordres:

- a) Des difficultés à communiquer avec l’adolescent et recueillir sa parole en consultation

Une majorité du panel se sent en difficulté pour “faire parler” notamment les adolescents (moins les enfants), et insiste longuement sur ce point. Un médecin évoque la difficulté de ne pas orienter l’interrogatoire avec l’enfant, lui faisant dire ce que l’on souhaite entendre. L’interrogatoire est estimé délicat, et implique la confiance du jeune, et de le connaître depuis l’enfance pour certains. Ceci est perçu comme d’autant plus difficile que le jeune souhaite cacher ou minimiser le problème, et quand personne ne le soupçonne au sein de la famille.

“Les grands (sous entendu les adolescents), il y en a plein qui sont malheureux on ne sait pas pourquoi.” (M14)

“Chez un élève de 15 ans c’est beaucoup plus compliqué parce qu’il va le cacher, avec un sentiment de honte, peut être plus qu’un enfant.” (M10)

“Mais c’est vrai que je rame hein ! -Ça va ? -Oui -Donc tu as été à l’école combien de fois ? -J’ai pas été -Et donc tu fais quoi de tes journées ? -J’essaie de lire... Outch... Il faut que j’ai une vingtaine de questions pour tenir cinq minutes, c’est compliqué !” (M13)

Quelques uns évoquent le problème de la présence des parents pendant la consultation, et d’une parole biaisée, non libre.

b) Des difficultés à identifier, et évaluer le harcèlement scolaire et à en mesurer ses conséquences

La moitié du panel se demande comment différencier une souffrance liée à un harcèlement scolaire d'une autre source potentielle de souffrance (maltraitance familiale, abus sexuel, toxicomanie, et même comment différencier les tribulations "classiques" de l'adolescence d'une souffrance morale plus inquiétante).

"Il y a celui qui se met dans la drogue aussi, qui se met à fumer... Le repli sur soi, baisse des notes... C'est un peu les mêmes symptômes vu de l'extérieur." (M5)

"Les enfants mal dans leur peau à cet âge là c'est fréquent, et pour autant je ne pense pas que la majorité soit dûe à un harcèlement scolaire." (M2)

Evaluer le harcèlement est perçu comme difficile car il faut selon l'un d'eux se baser sur la perception du jeune. Plusieurs se demandent comment le différencier d'un simple conflit entre élèves par exemple, et comment en évaluer l'intensité.

"Et puis la difficulté d'évaluer le harcèlement aussi ! Se dire, oui ses copains se moquent de lui c'est du harcèlement, ou est ce que c'est quelque chose de normal qu'il se fasse un peu enquiquiner comme tout le monde..." (M2)

"Tu es trop gros, trop maigre, trop moche... Alors là, est ce que c'est vraiment du harcèlement ? Ça commence quand finalement ?" (M5)

Deux médecins évoquent leur crainte du suicide de l'adolescent, même s'ils n'ont jamais eux-mêmes été confrontés à cette situation, car ils redoutent de ne pas reconnaître un adolescent suicidaire.

"Ça c'est la grande trouille quand même, le gamin qui se renferme sur lui, qui n'en parle pas... Et hop." (M1)

c) Des consultations chronophages

Un quart des médecins estime qu'il s'agit de consultations chronophages. Plusieurs médecins indiquent qu'ils sont déjà débordés de travail et n'ont pas de temps à consacrer au dépistage d'une souffrance liée à un harcèlement scolaire.

De plus le temps investi à la résolution d'une situation de harcèlement scolaire demanderait un investissement en temps (pour contacter l'établissement ou l'IDE scolaire) que plusieurs estiment ne pas avoir.

"Moi la prise en charge, je pense que ça ne peut se faire qu'en relation entre médecin, collègue, CMP, exct mais alors là tu mets le doigt dans un engrenage !..." (M6)

d) L'absence de temps dédié au dépistage pour les adolescents

Si l'objet de la consultation n'est pas le harcèlement scolaire, (et d'après les questions précédentes ce n'est jamais le cas) le dépistage est limité voir inexistant car cela impliquerait de déborder d'un temps de consultation réduit.

“En médecine générale on essaie de faire du dépistage, et puis ça nous intéresse, mais... Mais c'est vrai qu'il faut la caser au milieu heu...de plein de choses. Et c'est des choses qui nous prennent du temps, même si c'est indispensable c'est pas toujours simple.”
(M13)

Les médecins interrogés ont quasiment tous le sentiment de rencontrer peu souvent les adolescents qu'ils suivent, en dehors de la consultation du certificat de sport. Ils soulignent en conséquence les moindres possibilités de voir apparaître une souffrance morale et d'établir une relation de confiance avec le jeune.

“On ne suit pas beaucoup de collégiens...En tout cas moi, j'ai pas l'impression de voir beaucoup de collégiens” (M15)

“C'est vrai que les grands (les adolescents)... Je ne vois pas les grands.”(M14)

“Nous, qu'est ce qu'on va percevoir en un quart d'heure de consultation ?” (M7)

La période de septembre est jugée comme surchargée par certains, et non propice au dépistage, quand d'autres se servent de cette consultation du certificat de sport pour poser un certain nombre de questions systématiques dont la qualité de vie à l'école ou au collège. Cependant il est souligné que cette période n'est pas le meilleur moment pour dépister, le harcèlement n'étant pas forcément établi dès la rentrée des classes.

En période d'épidémie, le médecin généraliste peut être amené à revoir des adolescents, mais le dépistage est également estimé compliqué : si le patient souffre d'une maladie infectieuse aiguë lors de la consultation, l'interrogatoire est jugé malaisé, par ailleurs il s'agit d'une période de suractivité pour le médecin généraliste, peu propice à permettre des consultations plus longues.

“Les enfants plus grands on ne les voit pas beaucoup... Ils viennent quand il y a vraiment un souci. Il n'y a plus de vaccin, les certificats scolaires en période de septembre, on est débordé, et de toute façon le harcèlement c'est pas en septembre...et après c'est la grippe, la gastro... On les voit quand ça ne va pas !” (M7)

e) Des médecins qui se sentent impuissants

“Moi j’ai une amie qui est CPE à Saint Malo, elle me dit tous les ans au début de l’année il y en a X qui ne veulent plus aller à l’école ! Il y en a plein qui font des phobies comme ça... Tiens, qu’est qu’on peut faire nous ? (Silence) Pas grand chose hein... (désabusé.)” (M6)

Plusieurs estiment que le problème se règle entre les parents et l’établissement, et qu’ils n’en sont jamais informés, ou tardivement, lorsque le jeune est en grave souffrance psychique.

Plusieurs pensent qu’on ne peut pas prévenir le harcèlement scolaire, qu’il a toujours existé.

“C’est pas un truc d’évolution de société récente, c’est un truc qui existe depuis qu’il y a l’homme de CroMagnon ! On le voit chez les mammifères, on le voit dans tout...” (M10)

f) Des difficultés d'accès aux consultations spécialisées

Un tiers du panel se plaint longuement de la difficulté d’orienter son patient vers un pédopsychiatre, ou d’un CMP de secteur, et regrette le manque de communication entre psychiatres et médecins généralistes.

“Les pédopsychiatres c’est impossible de les avoir, ça c’est tout simplement impossible, c’est 6 ou 9 mois d’attente, comme solution on oublie... Les psychiatres c’est presque pareil, les CMP.. Un ado en souffrance c’est tout de suite quoi !” (M11)

“C’est assez catastrophique le relationnel avec les psychiatres, les pédopsychiatres, exetera... C’est incroyable qu’ils nous snobent, c’est horripilant. Ben si c’est envoyé par un généraliste, c’est pas forcément une urgence.” (M5)

Le recours aux Rased (Réseaux d’aides spécialisées aux élèves en difficulté, à l’intention des élèves de maternelle et d’élémentaire) n’est jamais cité.

3.28 Concernant la perception de la médecine de l'Education Nationale_

Quelques médecins regrettent l'absence de contact avec leurs collègues de l'Education Nationale, certains n'ayant jamais eu affaire à eux. Plusieurs souhaiteraient que le médecin de l'Education Nationale soit en première ligne dans la prise en charge des victimes de harcèlement scolaire, le médecin généraliste n'intervenant que comme un support éventuel.

“On a l'impression que la médecine scolaire, ils font une surveillance globale, standardisée quoi. Mais ils s'investissent pas sur les gamins qui vont pas bien au cas par cas. Le problème, c'est toujours le même en médecine, est ce qu'ils ont les moyens de faire plus ?” (M6)

Une petite partie estime qu'elle ne joue pas son rôle, et que l'action de la médecine scolaire se réduit aux dépistages visuels et auditifs réalisés dans les petites classes.

Une minorité estime à l'inverse que leur rôle est incontournable pour gérer une situation de harcèlement scolaire et aurait le réflexe de se mettre rapidement en contact avec le médecin référent de l'établissement de la victime.

“Central évidemment. J'ai une amie qui est médecin scolaire, elle me dit : nous on les voit dans leur milieu à eux, on se rend compte de plein de choses, toi tu vas les voir en consultation avec les parents à côté, tu auras pas le même enfant qu'au collège quoi. Après on sait très bien qu'ils (les médecins de l'Education Nationale) sont pas assez nombreux et qu'ils ont pas assez de temps pour ça.” (M13)

La moitié du panel n'évoque pas le médecin de l'Education Nationale au cours des entretiens.

3.29 La prise en charge proposée

La grande majorité des médecins conseillent aux parents de se mettre en relation avec les autorités scolaires quand un fait de harcèlement scolaire est évoqué en consultation, voir d'essayer de rencontrer les parents du harceleur.

“Très vite la mise à plat du problème. Un : conseil au parents de rentrer en contact avec les enseignants responsables ou le CPE” (M3)

Un quart des médecins proposerait au jeune ou à ses parents de rencontrer le psychologue de l'établissement (poste qui n'existe pas dans les établissements traditionnels).

Un quart du panel réalise une évaluation de la souffrance morale du patient, essaie de mesurer l'impact du harcèlement scolaire, ce qui semble néanmoins compliqué (comme décrit plus

haut) surtout si le jeune s'exprime peu. Une minorité du panel évalue le risque suicidaire, 2 médecins estiment au contraire que c'est délicat à faire chez l'enfant ou l'adolescent.

“Bah moi j’essaie surtout de voir quel retentissement ça a, et surtout, est ce qu’il y a un risque dépressif et un risque suicidaire.” (M12)

Ils proposent quasiment tous un suivi régulier du jeune au cabinet, ainsi que de prendre contact avec un(e) psychologue dans la majorité des cas, signalant que l'accès aux psychologues libéraux est plus facile qu'aux CMP et pédopsychiatres, mais soulevant le problème de ces consultations non remboursées, énorme frein à la prise en charge psychologique. En cas d'inquiétude majeure quant au degré de souffrance morale, une minorité adresse le jeune aux Urgences Pédiatriques du CHU.

“Si je sens vraiment un enfant en souffrance, et qui... Et que la simple résolution du problème, enfin les ados agresseurs recadrés ou exclus, enfin que le corps enseignant va essayer de régler le problème en tout cas, mais que ça, ça va pas forcément régler le mal-être de l'ado, ce sera plutôt pour le psychologue. Ca me paraît plus adapté, écouter tout simplement cet ado, de savoir...de soutien quoi, revenir un petit peu sur la fragilité de l'enfant qui a reçu cette agression.” (M11)

Ils peuvent conseiller aux parents de faire changer de classe ou d'établissement à leur enfant, tout en s'interrogeant sur l'efficacité d'une telle mesure.

Une petite partie propose les numéros téléphoniques dédiés d'aide aux adolescents en souffrance, sans qu'aucun d'eux ne puisse retrouver le numéro en question lors de l'entretien.

“Tu peux donner le numéro de je ne sais pas qui, pour qu'il y ait un lien, qu'il puisse en discuter.” (M7)

En dehors d'un médecin (le plus âgé), aucun ne met en place un traitement antidépresseur, seule une phytothérapie, voir très rarement un traitement anxiolytique est envisagée par quelques-uns en cas de répercussions somatiques jugées intenses. Une minorité signale qu'envisager un traitement médicamenteux serait un signe de gravité et orienterait donc pour cela le jeune vers un pédopsychiatre ou à défaut un psychiatre.

“Anxiolytique, c'est vraiment, vraiment vraiment vraiment alors là, on est dans quelque chose avec une répercussion somatique très très très forte... En attendant de voir le psychiatre alors.” (M11)

L'un d'entre eux juge que la prise en charge psychologique ne sert à rien si le harcèlement persiste. Un autre est d'avis qu'il est indispensable que le/les auteurs soient punis pour que la victime se reconstruise.

Une minorité se propose d'appeler les autorités scolaires de l'établissement si le harcèlement persiste, ou d'établir un certificat à l'intention du directeur de l'établissement pour signaler le harcèlement.

“Deux, si le harcèlement ne s'arrête pas rapidement, je peux éventuellement me mettre en contact avec le CPE.” (M3)

En cas de *“risque pour la santé de l'enfant”*, M3 ferait un signalement au procureur de la république, sans néanmoins avoir eu à le faire à ce jour.

Un tiers du panel propose de temps à autre un certificat d'absence scolaire, jugeant qu'il s'agit d'une *“petite solution”* (M8). Un médecin a déjà réalisé des certificats pour une adaptation des heures d'enseignement avec rescolarisation progressive.

3.30 Comment améliorer dépistage et prise en charge selon le panel

Un tiers d'entre eux pensent que la consultation du certificat médical de sport est un temps essentiel pour le dépistage, et qu'il ne faut surtout pas la supprimer. Plusieurs regrettent que le suivi obligatoire ne soit réservé qu'à la petite enfance, et soumettent l'idée d'une consultation obligatoire au cours de l'adolescence, pour évoquer plusieurs thèmes de prévention, dont le dépistage du harcèlement à l'école ferait partie. Néanmoins, il est souligné que cette consultation ne recruterait peut être pas les enfants ou adolescents concernés.

“On nous dit à longueur de temps, le certificat de sport ça ne sert à rien. Sauf que ceux qui ne font pas de sport on ne les voit pas ! On les voit à fond jusqu'à 4 ans et après plus rien... Donc pour moi c'est vraiment un moment privilégié.” (M11)

Plusieurs proposent l'utilisation d'un petit questionnaire à soumettre aux élèves, avec un nombre de questions limités. L'une des médecins utilise déjà le test TSTS (questions ouvertes portant sur la recherche d'un traumatisme, d'un stress scolaire ou familial, de la consommation de tabac, de la qualité du sommeil) et CAFARD (repérage de l'adolescent suicidaire). D'autres se proposent d'interroger systématiquement le jeune sur sa qualité de vie scolaire, rechercher un absentéisme, une baisse des résultats scolaires...

Plusieurs estiment qu'il faudrait améliorer l'accès aux consultations de pédopsychiatrie et renforcer le lien médecin généraliste - pédopsychiatre.

Concernant un lien plus formalisé avec les établissements scolaires, les avis divergent. Certains médecins généralistes estiment que c'est inutile ou hors du champ de la médecine générale, environ un tiers du panel souligne l'obstacle du secret médical. Un certain nombre estime également que les établissements scolaires ne sont de toute façon pas en mesure de repérer les jeunes harcelés par leurs pairs.

La majorité accepteraient que l'établissement, par le biais de l'infirmière scolaire, prenne contact avec eux pour signaler un jeune en souffrance. En revanche, la plupart n'imaginent pas chercher à rentrer en contact eux même avec les autorités scolaires. Une minorité estime qu'ils sont les derniers au courant quand un cas de harcèlement scolaire se fait jour. Pour la majorité, il faudrait renforcer les effectifs des infirmières de l'Education Nationale, certains proposent de créer des postes de psychologues dans les établissements.

“L'infirmière scolaire doit alerter là-dessus... Mais encore, si c'est vraiment caché... (dubitatif). Qu'il y ait un lien ce serait bien, plutôt dans le sens établissement vers le médecin généraliste” (M10)

Un des médecins estime qu'il faut se rendre disponible le soir après les heures de classe pour recevoir les élèves.

Une minorité soulève l'idée d'organiser des réunions entre médecin traitant, assistante sociale, CPE, psychologue et parents lorsqu'un cas de harcèlement scolaire se pose, mais estime que ce serait trop chronophage et compliqué à mettre en oeuvre dans les conditions de la médecine générale actuelle, en l'absence d'un temps dédié et rémunéré. Un autre estime d'ailleurs que le dépistage ne serait possible que dans ces conditions, par le biais d'une coordination établissement-réseau de soins dont ferait partie le médecin généraliste.

Une des participantes propose d'aller au contact des collégiens dans leur établissement pour une journée d'information par des médecins généralistes et autres acteurs de la prise en charge du harcèlement scolaire. Elle souligne qu'elle a participé à une journée de ce type sur le sujet de la sexualité et de la contraception dans le collège du quartier où elle exerce, et a eu par la suite de nombreux retours au sein de sa consultation, des jeunes ayant RDV avec elle pour approfondir l'information délivrée lors de cette journée.

Un tiers des médecins interrogés ne voient pas comment améliorer le dépistage et la prise en charge du harcèlement à leur niveau. Les mêmes globalement ne souhaitent pas d'information complémentaire à ce sujet, car ils n'en voient pas l'intérêt.

3.31 Provenance des connaissances des médecins interrogés

Cette question fait sourire la plupart des participants.

La majorité du panel explique que ses connaissances concernant le harcèlement scolaire provient de son expérience médicale, de son expérience de parent, et/ou d'histoires entendues dans l'environnement familial ou amical. Un tiers indique spontanément n'avoir reçu aucune formation, ni lu aucun article médical traitant du sujet.

“C'est plus l'expérience, et ma femme est médecin de PMI alors on en parle des fois...” (M11)

“Aucune connaissance particulière au niveau médical... mais ce sont des histoires...certainement par mes connaissances... D'enfants qui se font enquiquiner à l'école quoi ! C'est vrai que c'est une hantise pour un parent ça.” (M2)

Un petit nombre évoque la presse générale et les émissions de télévision, et des recherches sur internet, sur des sites dédiés, lorsque la question du harcèlement scolaire a été évoqué en consultation.

Deux médecins ayant suivi le DU de pédiatrie évoquent une formation sur l'enfant maltraité. Une autre se trouve bien informée dans les suites d'un stage auprès d'un médecin de l'Education Nationale.

4. Discussion

4.1 Forces et limites de l'étude

La recherche qualitative permet de dévoiler le raisonnement et le processus d'une action. Ainsi des hypothèses peuvent être dégagées en vu d'un travail quantitatif par la suite. Cette méthode a parue la plus adaptée dans la mesure ou la prise en compte du phénomène de harcèlement scolaire entre pairs au niveau de l'Etat est relativement récente, et qu'il n'existe pas à ce jour de conduite à tenir consensuelle pour le médecin généraliste en terme de pratique de dépistage et prise en charge d'une victime.

Le biais de sélection est inhérent à la méthode employée. Les médecins ayant accepté de nous recevoir sont probablement ceux qui se sentaient le plus à même de développer le sujet.

Les biais internes, dus au caractère personnel du chercheur et à celui des participants, ont pu entraîner des incompréhensions pendant les entretiens.

Le biais d'investigation a été limité au moment du codage des données: ont été exclues de l'analyse toutes les réponses dont la formulation de la question était susceptible d'influencer le participant.

Le biais d'interprétation existe dans la mesure où les données n'ont été analysées que par l'auteur. Une triangulation aurait permis de renforcer la validité interne de l'étude.

Des données quantitatives (visibles dans les termes employés : "une minorité, une petite partie, la moitié, une majorité du panel"...) ont été exposées dans la partie résultats afin de les appuyer en terme de fréquence. Toutefois, les données quantitatives ne peuvent être exploitée par cette méthode.

4.2 Discussion des principaux résultats

4.2.1 Les nombreux freins au dépistage

a) Des connaissances incomplètes du phénomène de harcèlement scolaire

Si on se rapporte à la définition retenue dans l'introduction, le panel donne un aperçu assez juste de ce que constitue factuellement le harcèlement scolaire, en terme d'intentionnalité de nuire. La notion d'une situation se répétant ne paraît pas évidente, et certains assimilent harcèlement scolaire avec conflits entre élèves ou une agression ponctuelle. L'absence de bénéfice direct pour le harceleur n'est jamais évoquée, de la même manière qu'il n'est quasiment jamais fait mention des témoins passifs sans lesquels la notion même de harcèlement scolaire perd son sens. On pourrait citer le harcèlement alimentaire (plateau repas renversé de manière systématique) ou matériel (vol,

dégradation des biens), et les lieux privilégiés de harcèlement (terrain de sport, trajets scolaires, toilettes) qui n'apparaissent jamais dans les entretiens (18).

La prévalence, quand elle n'est pas carrément méconnue, est nettement sous estimée (entre 1 à 4% contre 5 à 11% dans les enquêtes de victimation).

La tranche d'âge touchée est incomplètement identifiée, les collégiens sont bien ciblés, beaucoup moins les élèves de primaire.

Les médecins de moins de 40 ans interrogés semblent avoir acquis la notion de cyber-harcèlement, mais n'entrent pas dans le détail.

Les répercussions psychologiques à court terme sont correctement définies, ainsi que les conséquences scolaires. Les conséquences familiales sont peu abordées, tout comme les conséquences sociales, et les conséquences à long terme sont passées sous silence. Les conséquences juridiques pour le(s) harceleur(s) ne sont jamais évoquées.

A noter que l'intensité des conséquences perçues par le panel est très variable, certains évoquant une déprime, quand d'autres envisagent l'acte suicidaire, sans qu'il n'ait été noté dans cette étude de lien entre l'âge, le sexe du médecin et la nature de sa réponse.

Les connaissances des médecins interrogés sont donc intéressantes mais incomplètes.

b) Des signaux faibles méconnus des médecins généralistes

Les symptômes traduisant une souffrance morale de l'enfant ou l'adolescent semblent bien repérés par certains, moins par d'autres qui semblent douter à tort ou à raison de leurs aptitudes dans ce domaine. En dehors de la chute des résultats scolaires, les signaux faibles qui pourraient alerter sur la qualité de vie d'un élève dans son établissement scolaire semblent méconnus : des marques de crayons sur le corps, des vêtements ou matériel scolaire abîmés ou perdus, des stratégies pour ne jamais arriver en avance ou partir en retard de l'établissement, le souhait de ne plus manger à la cantine ou de ne plus rester à l'étude, le refus de parler de l'école, les exigences particulières vis à vis des vêtements, de l'apparence...(19).

c) Des erreurs dans le choix des formulations permettant d'aborder le sujet

Cette question était posée à dessein, et sans doute constituait elle un piège qui laisse entrevoir que la moitié des médecins de l'étude, s'ils formulent réellement leurs questions telles qu'ils nous les ont indiquées, passent de facto à côté d'une victime éventuelle, probablement de manière inconsciente et en toute bonne foi par leurs automatismes d'interrogatoire, en indiquant d'emblée dans leur question la réponse qu'ils en attendent.

Hélène Romano et Eric Debarbieux parlent "d'expressions bientraitantes" et proposent d'utiliser les termes "être embêté" dans une question ouverte.

d) Un dépistage qui échappe au médecin généraliste, mal identifié comme “personne-ressource” potentielle

Il est notable qu’il ne s’agit jamais d’une consultation dédiée, ce qui laisse à penser que le médecin généraliste n’est, à ce jour, pas identifié par les élèves, les familles ou les établissements scolaires comme maillon de la chaîne de prise en charge ou résolution du harcèlement scolaire. Cela semble se vérifier dans une récente étude anglo-saxonne dont le but était d’explorer les perceptions des jeunes en ce qui concerne le rôle que jouent les infirmières et les médecins dans la lutte contre le harcèlement scolaire. Trois thèmes émergeaient : “pas sûr que cela fait partie de leur travail”, “c’est trop personnel”, et “ils ne pouvaient pas aider de toute façon”. Les participants ont décrit un rôle très limité pour le personnel de santé dans la lutte contre le harcèlement (20). D’après une thèse de médecine légale réalisée en 2013 en Normandie, le recours au médecin généraliste dans le domaine des violences scolaires reste encore aujourd’hui très faible (21).

Les médecins généralistes français consultent en moyenne un adolescent par jour (22). Le nombre de consultations dans lesquelles le harcèlement scolaire est évoqué dans notre étude est donc bien en deçà du nombre théorique d’élèves harcelés vus en moyenne par un généraliste dans l’année. Cela signifie que ces jeunes consultent moins que les autres, ou plus probablement ces élèves en souffrance ne sont pas dépistés au cours de leurs passages chez le médecin traitant.

Les parents, et notamment la mère, sont aux yeux des médecins interrogés, le pivot du dépistage, puisque ce sont eux qui alertent le médecin sur les difficultés réelles ou pressenties de leur enfant dans son établissement.

Le dépistage échappe donc à ce jour au médecin généraliste.

e) Le rôle mal défini du médecin généraliste

Le médecin généraliste s’attribue avant tout un rôle d’écoute et de soutien. Le reste est mal défini dans l’esprit des participants. L’absence de consensus sur ce qu’on peut attendre d’un médecin généraliste quand on est victime, parent de victime, établissement scolaire ou institution ministérielle en est selon nous le corollaire.

En effet, la politique de lutte contre le harcèlement scolaire est une mesure récente (2010). Dans les derniers ouvrages dédiés à l’apprentissage de la Pédiatrie des étudiants en médecine, nous n’avons pas trouvé mention du harcèlement scolaire. Le seul ouvrage français retrouvé lors de nos recherches, à destination des pédiatres ambulatoires et médecins généralistes comportant un chapitre sur le harcèlement scolaire est “Pédiatrie Ambulatoire” des Drs Devignes et Martin-Lebrun, avec un chapitre “Repérage et accompagnement de l’enfant harcelé” traité par le pédiatre Rémi Gatard (23). Il a le mérite d’explorer ce phénomène, mais reste succinct concernant le dépistage et la conduite à tenir pour le praticien. Dans son ouvrage “Harcèlement en milieu scolaire”, Hélène Romano cite le médecin généraliste comme “professionnel ressource” sans détailler ce qui est attendu de lui. Dans son rapport ministériel “Refuser l’oppression quotidienne: la prévention du harcèlement à l’école”, Eric Debarbieux propose en 2011 de sensibiliser les médecins généralistes à

ce phénomène. Nous n'avons à ce jour, pas retrouvé d'actions réelles de sensibilisation menées auprès des médecins généralistes. Cela corrobore le ressenti des praticiens interrogés concernant leur rôle dans cette situation.

f) Des consultations chronophages

Ces consultations sont vécues comme chronophages. La consultation moyenne chez le médecin généraliste dure 15 minutes, 18 minutes pour un problème psychologique ou psychiatrique (24). Dans le mode de rémunération actuel du médecin généraliste, le temps passé hors consultation à contacter d'éventuels partenaires pour organiser une prise en charge pluri disciplinaire (médecin de l'Education Nationale, infirmière de l'Education Nationale, psychologue, école, collège...) n'est pas pris en compte.

g) Le faible recours des adolescents au médecin généraliste

En ce qui concerne les adolescents, selon les données actuelles, ils consultent environ 3 fois par an leur médecin généraliste, ils déclarent peu d'affections et celles ci sont souvent bénignes (ORL en 1er lieu). Les troubles mentaux, peu déclarés, sont un motif de recours au médecin peu fréquent, alors que le suicide est la seconde cause de mortalité des jeunes. Par ailleurs ils sont consultés seuls dans seulement 11% des cas (25). Les opportunités de dépistage sont donc réellement réduites pour le généraliste.

h) La difficulté du praticien à communiquer avec l'adolescent

La consultation avec l'enfant et particulièrement l'adolescent ne va pas de soi (26). Elle est singulière en ce sens qu'elle renvoie à sa propre enfance et adolescence, qu'elle est teintée d'une tonalité affective plus importante que dans la relation soignant-soigné habituelle. La question posée par l'adolescent est celle de la juste distance, avec un risque de non distanciation et de ce fait d'être tenté d'amener l'adolescent « là où on pense que c'est bien d'aller » ou de se laisser envahir par d'éventuels préjugés sur l'adolescence (27).

Par ailleurs, de nombreux paramètres peuvent entraver la verbalisation de la victime. Le harcèlement, comme les autres maltraitances psychiques, blesse l'élève. La peur d'être ridicule et son manque d'assurance participe à rendre très difficile la libération de sa parole. Pour être en capacité de solliciter l'autre, il faut lui faire un minimum confiance, or pour avoir confiance en l'autre, il faut un minimum avoir confiance en soi. Par ailleurs, l'élève victime, usé par le harcèlement, n'a plus forcément les ressources de réflexion nécessaires pour faire la part des choses et se percevoir comme une victime. La peur des représailles et la crainte de l'auteur peuvent également limiter la verbalisation des souffrances. Enfin certains élèves victimes développent des stratégies d'adaptation positives ("ce qui ne me tue pas me rend plus fort") qui peuvent laisser penser aux personnes extérieures que la situation n'est pas si dramatique (28). Les signes cliniques de manifestations

anxieuses ou dépressives se révèlent souvent difficiles à reconnaître à l'adolescence. Quand rien n'indique que l'adolescent est en souffrance lors d'une consultation lambda, les questions recherchant un mal-être n'ont pas forcément lieu d'être posées (29).

La communication et la mise en place d'un espace de verbalisation avec un enfant ou un adolescent est un travail délicat, qui nécessite une certaine expérience ou une formation spécifique (27).

4.22 Une prise en charge malgré tout plutôt adaptée

Dans le chapitre repérage et accompagnement de l'enfant harcelé de l'ouvrage Pédiatrie Ambulatoire, le pédiatre Rémi Gatard propose au médecin de soutenir psychologiquement la victime, en lui prodiguant des conseils (ne pas rester seul, ne pas garder ses secrets, faire appel aux adultes, consulter un psychologue, appeler "stop harcèlement" ou consulter des sites dédiés). Par ailleurs s'il le juge utile, le médecin peut prendre contact avec l'établissement scolaire (le contact n'est pas précisé, autorités scolaires ou médecin de l'Education Nationale), et parfois de conseiller le changement d'établissement scolaire (23).

En l'absence de consensus, si on se réfère à cette source pour déterminer la conduite à tenir du généraliste, on peut dire que les conduites développées par les médecins interrogés, qui selon eux relèvent du bon sens et de l'expérience, sont adaptées. Exception faite de la proposition de rencontrer "le psychologue scolaire", qui n'existe pas au sein des établissements classiques. Le recours à l'infirmière scolaire est également proposé, mais il faut conserver à l'esprit qu'elle n'est présente qu'au collège et au lycée, pas dans les classes élémentaires, et souvent en charge de plusieurs établissements, elle ne peut donc assurer une présence continue.

Petit bémol, nul n'évoque l'éventualité judiciaire, et l'importance de conserver une trace des violences écrites dans le cadre d'un cyber-harcèlement. Par exemple, les sextos et les incitations au suicide envoyées sur les réseaux sociaux sont des preuves prise en compte par la justice (30).

Quelques idées reçues circulent : notamment la prise en charge psychologique ne servirait à rien si le harcèlement persiste, hors c'est justement une prise en charge efficiente de la vulnérabilité du harcelé qui peut faire s'arrêter le harcèlement.

Concernant le contact aux autorités scolaires, ce conseil donné par l'ensemble du panel semble devoir être nuancé. Quand un cas de harcèlement scolaire est signalé au chef d'établissement, il est tenu de faire remonter les faits en terme d'"incident grave" au procureur de la République. Or le nombre d'incidents graves recensés impacte directement la réputation d'un établissement. On constate par ailleurs que le nombre de situations de harcèlement scolaire recensé de cette manière est faible comparé aux enquêtes de victimation (31). A la fois il semble utile que les

adultes responsables de l'établissement soient informés de la situation, mais la réponse donnée par les autorités scolaires peut être variable et parfois en deçà de ce qui serait attendu.

4.23 Quelques freins à la prise en charge par le médecin généraliste

a) Des médecins en manque de repères

Il existe des protocoles de conduite à tenir en cas de harcèlement scolaire pour les établissements: écoles (32), collèges et lycée (33). Le médecin de l'Education Nationale y est cité une fois comme acteur de la prise en charge (sans autre précision par ailleurs), mais le médecin généraliste et le pédiatre n'y figurent pas. En terme de conduite à tenir pour le médecin traitant qui reçoit un élève victime de harcèlement scolaire, comme indiqué plus haut, la littérature à ce jour est extrêmement réduite, ce qui amène les praticiens de l'étude à s'interroger sur leurs propositions de prise en charge.

b) Un manque de communication avec le Médecin de l'Education Nationale

Il est à noter que la moitié du panel n'évoque pas le médecin de l'éducation nationale dans les entretiens. L'infirmière scolaire est plus souvent citée. La littérature nous apprend que le médecin généraliste est globalement mal informé des missions de son confrère de l'Education Nationale, et ne sait en général pas le contacter (34).

Les effectifs des médecins de l'Education Nationale sont probablement nettement en deçà des besoins. Vingt quatre médecins de l'Education Nationale sont recensés en l'Ille et Vilaine pour l'année 2016-2017 (35), responsables des écoles, collèges et lycées, publics et privés de tout le département, soit 161 519 élèves à la rentrée 2016-2017, dont 69594 pour le premier degré et 91925 pour le second (source : Service des Statistiques du Rectorat de l'Académie de Rennes); soit presque 7000 élèves sous la responsabilité de chaque médecin de l'Education Nationale.

c) Des difficultés à accéder rapidement à des consultations spécialisées

Les données à ce sujet sont peu nombreuses. En Mayenne en 2005, un premier rendez-vous avec un médecin dans un CMP ne pouvait être obtenu avant 6 mois, le délai minimum était de 1 à 3 mois (36). La pédopsychiatre Dr Sylvie Peron de l'Hôpital Laborit de Poitiers déplorait en Avril 2015 des délais d'attente de six mois dans son établissement, en raison d'un manque criant de moyen (37). Le site des Pages Jaunes recense pour toute l'Ille et Vilaine dix pédopsychiatres installés en ville, essentiellement dans la région de Rennes. Là encore, le sentiment des médecins généralistes de l'étude semble conforme à la réalité.

d) Le secret médical

Le secret médical est plusieurs fois cité comme un obstacle pour organiser une prise en charge pluri-disciplinaire. Le conseil de l'Ordre de l'Ille et Vilaine interrogé à ce sujet indique qu'effectivement un contact du médecin généraliste doit se faire auprès du médecin de l'Education Nationale référent de l'établissement du jeune, en revanche il revient à ce jour aux parents de contacter les autorités scolaires. Ceci peut éventuellement être contourné si les parents et le jeune acceptent la levée du secret médical et sollicitent l'intervention du médecin généraliste auprès de l'établissement scolaire. Nous avons toutefois noté que les médecins qui évoquent ce problème n'ont pas fait mention du médecin de l'Education Nationale au cours de l'entretien.

4.24 L'absence de formation des médecins généralistes à ce jour

Les médecins généralistes interrogés n'ont pas reçu de formation sur le phénomène de harcèlement scolaire. Ils en ont des notions plus ou moins approfondies selon leur expérience personnelle et professionnelle. Ceci est conforme à ce qui a été dit au cours de la discussion.

D'après nos recherches, il n'existe pas encore à ce jour de module de formation continue dédiée à ce sujet pour sensibiliser et informer les médecins généralistes.

4.25 Des pistes pour améliorer le dépistage et la prise en charge

a) Ce qui est proposé par le panel

- Une ou plusieurs consultation(s) systématique(s) des 8-16 ans, pour évaluer entre autre chose la qualité de vie scolaire des jeunes et s'identifier auprès du jeune comme personne ressource en cas de difficultés. Le cas échéant, entamer un suivi de l'élève victime.
- Une grille d'entretien pour faciliter le dépistage. Des grilles pour repérer les signaux faibles existent dans les protocoles de conduite à tenir édités par le Ministère de l'Education Nationale, mais aucune n'est développée à l'intention des généralistes ou des pédiatres.
- Un lien plus fort des infirmières scolaires vers les médecins généralistes, pour informer ces derniers de ce qui a pu être constaté dans l'établissement.
- Des journées d'information par des médecins généralistes sensibilisés et formés sur le sujet, directement dans les écoles et collèges, pour toucher les victimes la ou elles sont.
- Un renforcement des effectifs des CMP et des pédopsychiatres...

b) Ce qui pourrait également être proposé

- En premier lieu, établir d'un consensus définissant le rôle exact du médecin généraliste (ou du pédiatre de ville), en terme de dépistage et de prise en charge.
- Mettre au point une formation figurant dans l'idéal dans le cursus initial des étudiants en médecine, et une FMC (formation médicale continue) à l'intention des praticiens en activité.
- Mettre en place une cellule médicale "Harcèlement Scolaire" possiblement en lien avec CHU de Rennes, qui comprendrait des professionnels de santé spécifiquement formés à cette question, dont des médecins généralistes qui pourraient conseiller leurs confrères par téléphone, ou seraient aptes à recevoir et suivre des jeunes adressés par des confrères, dans le cadre de consultations dédiées.
- Établir des grilles d'entretien à l'intention des généralistes, comportant quelques questions simples permettant de repérer un jeune harcelé à l'école.
- Établir des questionnaires à l'intention des jeunes, à déposer dans les salles d'attente des médecins généralistes.
- Réaliser une campagne d'affichage dans les écoles, collèges et lycée et dans les cabinets de médecine générale afin d'identifier le généraliste ou le pédiatre de ville comme personne ressource. Étendre au sein des salles d'attente des généralistes la campagne d'affichage en cours comportant les numéros des plateformes téléphoniques (le 3020 numéro vert de l'Académie de Rennes, et le 0800 200 200 pour le cyber-harcèlement) et l'adresse du site dédié du Ministère de l'Education Nationale <http://www.nonauharcèlement.education.gouv.fr>
- Amplifier le lien entre médecins généralistes vers les médecins de l'Education Nationale, quand un jeune est dépisté au cabinet ou dans l'établissement scolaire pour établir une prise en charge cohérente et solide.

5. Conclusion

Le harcèlement scolaire est, par la gravité de ses conséquences, un problème de santé publique. C'est un phénomène complexe à identifier et à résoudre, et sa prise en considération reste récente. Cette étude visait à évaluer les pratiques de quelques médecins généralistes d'Ille et Vilaine, afin de mettre en lumière les ressorts qui sous-tendent un dépistage et une prise en charge. La mission du médecin généraliste est de soigner toute personne qui le souhaite, en prenant en compte son environnement familial, communautaire, et culturel. Il accepte d'avoir une responsabilité professionnelle de santé publique envers sa communauté. Le médecin généraliste peut devenir un acteur important de la lutte contre le harcèlement scolaire, en admettant qu'il soit formé à repérer la souffrance d'un enfant victime de harcèlement scolaire, et qu'il ait à sa disposition des moyens concrets de lui venir en aide.

Références Bibliographiques

1. Debarbieux E. Une enquête de victimation et climat scolaire auprès d'élèves du cycle 3 des écoles élémentaires : À l'école des enfants heureux...enfin presque. Rapport réalisé par l'Observatoire International de la Violence à l'école. Bordeaux: 2011. Commandité par Unicef france, avec le soutien technique du Ministère de l'Education Nationale, de la jeunesse et de la vie associative, D.E.P.P. [en ligne].
https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/UNICEF_FRANCE_violences_scolaires_mars_2011.pdf
2. Evrard L. Résultats de la première enquête nationale de victimation au sein des collèges publics au printemps 2011. Note d'information 11.14, réalisée par la Direction de l'Evaluation de la Prospective et de la Performance. Paris: 2011. Commandité par le Ministère de l'Education Nationale, [en ligne]. http://cache.media.education.gouv.fr/file/2011/49/0/DEPP-NI-2011-14-enquete-nationale-victimation-colleges-publics_197490.pdf
3. Hubert T. La perception du climat scolaire par les collégiens reste très positive. Note d'information 13.26, réalisée par la Direction de l'Evaluation de la Prospective et de la Performance. Paris: 2013. Commandité par le Ministère de l'Education Nationale, [en ligne].
4. Hubert T. Neuf élèves sur dix déclarent se sentir bien dans leur lycée. Note d'information 15.50, réalisée par la Direction de l'Evaluation de la Prospective et de la Performance. Paris: 2015. Commandité par le Ministère de l'Education Nationale, [en ligne].
http://cache.media.education.gouv.fr/file/2015/10/1/depp-ni-2015-50-neuf-eleves-sur-dix-declarent-se-sentir-bien-dans-leur-lycee_517101.pdf
5. Fraisse N, Remy J. Marion, 13 ans pour toujours. Paris : LGF; 2015.
6. Romano H. Harcèlement en milieu scolaire: victimes, auteurs: que faire? Paris: Dunod; 2015. p 23
7. Olweus D, Hammen Marie-Hélène. Violences entre élèves, harcèlements et brutalités: les faits, les solutions. Paris : ESF; 1999. p 20.
8. Bellon J-P, Gardette B. Harcèlement et brimades entre élèves: la face cachée de la violence scolaire. Paris: Fabert; 2010. p 12-23.
9. Moliere H. Harcelé-harceleur Une histoire de souffrance et de silence. 1ere ed. Paris: JCLattès; 2015 Janv. p. 43-45.
10. Piquet E. Te laisse pas faire! Aider son enfant face au harcèlement scolaire à l'école. 1ere ed. Paris: Payot; 2014. p. 107-113.

11. Debarbieux E. Refuser l'oppression quotidienne : La prévention du harcèlement à l'École. Rapport réalisé par l'Observatoire International de la violence à l'École. Bordeaux: 2011. Commandité par le Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et de la Vie Associative. p 11-12, [en ligne]. http://cache.media.education.gouv.fr/file/2011/64/5/Refuser-l-oppression-quotidienne-la-prevention-du-harcelement-al-ecole_174645.pdf
12. Dewulf MC, Stilhart C, auteurs. Le vécu des victimes de harcèlement scolaire, MT Pédiatrie; 2005 Avr; 8(2).
13. Blaya CD, Dalloz M. Mon enfant est victime-auteur de harcèlement en milieu scolaire: 25 questions-réponses pour réagir. Paris : Éditions Soubeyran; 2016. p 10-11
14. Romano Hélène. Harcèlement en milieu scolaire: victimes, auteurs: que faire? Paris : Dunod; 2015. p 81-90
15. Blaya CD, Dalloz M. Mon enfant est victime-auteur de harcèlement en milieu scolaire: 25 questions-réponses pour réagir. Paris : Éditions Soubeyran; 2016. p 20-21
16. Debarbieux E. Refuser l'oppression quotidienne : La prévention du harcèlement à l'École. Rapport réalisé par l'Observatoire International de la violence à l'École. Bordeaux: 2011. Commandité par le Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et de la Vie Associative. p 13-14, [en ligne]. http://cache.media.education.gouv.fr/file/2011/64/5/Refuser-l-oppression-quotidienne-la-prevention-du-harcelement-al-ecole_174645.pdf
17. Choquet M, Hassler C, Morin D. Santé des 14-20 ans de la Protection Judiciaire de la jeunesse (Secteur Public) Sept ans après. Paris: Inserm; 2005 oct 10. Commandité par le Ministère de la Justice. p 111, [en ligne]. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000712.pdf>
18. Romano Hélène. Harcèlement en milieu scolaire: victimes, auteurs: que faire? Paris : Dunod; 2015. p 30-37
19. Gava M-J, De Tarlé S. Halte au harcèlement à l'école: les formes de harcèlement, les signaux du mal-être, les pistes pour s'en sortir. Paris: Larousse; 2016. p 63-68.
20. Vessey JA, Difazio RL, Strout TD. "I Didn't Even Know You Cared About That Stuff": Youths' Perceptions of Health Care Provider Roles in Addressing Bullying. Journal of Pediatric Health Care. 2017, [en ligne]. [http://www.jpeds.org/article/S0891-5245\(16\)30291-7/fulltext](http://www.jpeds.org/article/S0891-5245(16)30291-7/fulltext)
21. Mokdad B. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des violences sur mineur [Thèse pour le doctorat en Médecine]. Rouen: Université de Rouen, Faculté de médecine. 2013.
22. Binder P, Chabaud F, Balima S, Saillard C, Robin S, Taugourdeau R, et al. Enquête de santé perçue auprès de 3 800 adolescents d'un département français : aspects méthodologiques. Santé Publique. 2001;13(4):367-77 [en ligne]. http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/2001/4/367_377.pdf
23. Gatard R. Repérage et accompagnement de l'enfant harcelé. In: Martin-Lebrun É, Martin-Lebrun E. Pédiatrie ambulatoire. Doin; 2014. p284-8.

24. Breuil-Genier P, Goffette C. Etudes et résultats, La durée des séances des médecins généralistes. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Paris: Avril 2006, n° 481. Commandité par le Ministère de la Santé et des Solidarités, [en ligne]. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
25. Auvray L, Le Fur P. Adolescents, état de santé et recours au soins. Bulletin d'information en économie de la santé n°49. Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la Santé. Paris: 2002, [en ligne].
26. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale? Rev Prat. 2005; 55: 1073-7
27. Vincent I, Alvin P, Binder P. Entrenous, Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Inpes. Saint Denis: Aout 2009. Commandité par le Ministère de la Santé et des Sports.
28. Romano Hélène. Harcèlement en milieu scolaire: victimes, auteurs: que faire? Paris : Dunod; 2015. p. 74-77.
29. Pommereau X. L'adolescent suicidaire. Paris : Dunod; 2013. p. 170
30. Blaya CD, Dalloz M. Mon enfant est victime-auteur de harcèlement en milieu scolaire: 25 questions-réponses pour réagir. Paris : Éditions Soubeyran; 2016. p 34.
31. Juillard M. Les signalements d'incidents graves dans le second degré public sont stables en 2014-2015. Note d'information 15.49, réalisée par la Direction de l'Evaluation de la Prospective et de la Performance. Paris: 2015. Commandité par le Ministère de l'Education Nationale.
32. Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Non au harcèlement, Protocole de traitement des situations de harcèlement dans le premier degré. Paris : Oct 2015, [en ligne]. http://cache.media.education.gouv.fr/file/10_-_octobre/71/3/Campagne_Non_au_harcelement_Protocole_de_traitement_1er_degre_490713.pdf
33. Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Non au harcèlement, Protocole de traitement des situations de harcèlement dans les collèges et lycée. Paris: Dec 2015, [en ligne]. https://www.reseau-canope.fr/climatscolaire/fileadmin/user_upload/articles/protocole_traitement_situations_harcelement_colleges_lycees2016.pdf
34. Hassid Corchia Laurene. Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire dans la prise en charge d'enfants âgés de 3 à 18 ans atteints de maladies chroniques et ou de handicaps dans le département du val d'Oise. [Thèse pour le doctorat en Médecine]. Paris: Université Paris Diderot, Paris 7, Faculté de médecine. 2014.
35. Annuaire des Médecins de l'Education Nationale d'Ille et Vilaine 2016-2017, [en ligne]. http://cache.media.education.gouv.fr/file/services/35/9/annumed35-16_638359.pdf

36. Syndicat Interhospitalier en santé mentale de la Mayenne . Délais d'attente pour une consultation psychiatrique en Mayenne - 2005. Nantes: Mars 2006. Commandité par l'Observatoire Régional de la santé des Pays de la Loire.
37. Hausseguy S. Six mois d'attente pour consulter un pédopsychiatre. La Nouvelle République.fr 2015 Avril 14. [en ligne].
<http://www.lanouvellerepublique.fr/Vienne/Actualite/Sante/n/Contenus/Articles/2015/04/14/Six-mois-d-attente-pour-consulter-un-pedopsychiatre-2294319>

Glossaire

M1...15 : Médecin n°1 ... Médecin N° 15

CMP : Centre Médico Psychologique

Victimation : définit le fait de subir une atteinte, matérielle, corporelle ou psychique (ainsi que d'en être conscient. On parle d'enquêtes de victimation.

Victimisation : définit le fait d'être considéré comme victime d'un acte ou d'un phénomène donné (rejet social, catastrophe naturelle, agression, terrorisme, racisme, etc.).

Annexe 1 : Guide d'entretien

Description du médecin: année d'installation, âge, nombre de mineurs scolarisés reçus en consultation par semaine (>20, 10-20, <10)

1. De manière générale, que connaissez vous du phénomène de harcèlement scolaire entre pairs ?

Quelle définition pourriez vous en faire (sous quelle forme ?)

Quelle en est la prévalence d'après vous ?

Dans quelle tranche d'âge survient il principalement ?

Quelles en sont les conséquences à court moyen et long terme d'après vous ?

2. A quelle fréquence rencontrez vous ce motif de consultation ?

3. De manière générale, quels sont les motifs de consultation qui vous alertent quant au bien être d'un jeune dans son établissement ?

4. Quelle expression pourriez vous employer pour aborder ce sujet avec un jeune ?

5. Quelle est votre attitude lorsque le sujet est évoqué ?

Comment percevez vous votre rôle auprès du jeune ou de ses parents ? (Quel est votre niveau d'implication)

6. Si vous proposez une prise en charge, qu'envisagez vous ?

7. D'après vous, comment pourrait on améliorer le dépistage et la prise en charge par les médecins généralistes des jeunes victimes de harcèlement scolaire entre pairs ?

formation, lien avec les établissements scolaires...

8. D'où viennent vos connaissances à ce sujet ?

Annexe 2 : Propriétés de l'échantillon

Entretien	Durée	Age	Sexe	Nb de mineurs scolarisés par semaine	Lieu d'exercice
M1	17.18'	64	M	<10	Urbain
M2	14.02'	35	M	10-20	Semi Rural
M3	17.53'	58	M	10-20	Urbain
M4	14.31'	58	M	<10	Semi Rural
M5	15.39'	50	M	>20	Urbain
M6	22.05'	61	M	10-20	Rural
M7	13.13'	35	F	<10	Semi Rural
M8	14.10'	31	F	>20	Urbain
M9	18.29'	63	F	10-20	Rural
M10	25.36'	40	M	>20	Semi Rural
M11	44.56'	58	M	>20	Rural
M12	25.51'	33	F	>20	Semi Rural
M13	26.02'	34	F	>20	Semi Rural
M14	16.18'	48	F	>20	Urbain
M15	25.01'	36	F	>20	Urbain

LOAEC, Marion.

État des lieux de la pratique de médecins généralistes d'Ille et Vilaine dans le dépistage et la prise en charge d'un enfant ou un adolescent victime de harcèlement scolaire entre pairs.

45 feuilles, 1 tableau, 30 cm. Thèse : Médecine; Rennes 1; 2017 ; N°.

Résumé français

Introduction : Le harcèlement scolaire est un phénomène qui touche l'ensemble des établissements scolaires, du primaire au lycée. Les enquêtes de victimisation estiment qu'un élève sur dix est harcelé par ses pairs. Les répercussions peuvent être multiples et sévères. Il s'agit d'un problème de santé publique. La lutte contre ce phénomène a été décidée par le Ministère de l'Education Nationale en 2010, et il n'existe pas à ce jour de consensus concernant le dépistage et la prise en charge de ce problème par le médecin généraliste. L'objectif de cette étude était d'explorer les pratiques de médecins généralistes d'Ille et Vilaine confrontés à un élève victime de harcèlement scolaire.

Méthode : Quinze entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de médecins généralistes d'Ille et Vilaine. Ils ont été retranscrits, puis ont fait l'objet d'une analyse thématique par codage manuel.

Résultats : Les médecins généralistes interrogés ont des connaissances plutôt justes mais incomplètes du phénomène de harcèlement scolaire. Le dépistage leur échappe pour plusieurs raisons : absence de temps dédié, leur rôle est mal déterminé, ils ne sont pas convaincus de faire partie de la chaîne de dépistage, et ils ne sont pas identifiés comme "personne-ressource" par l'élève victime. Ils savent globalement reconnaître un jeune en souffrance mais éprouvent des difficultés à communiquer avec les adolescents, qu'ils voient trop peu souvent, et manquent de moyens concrets pour identifier un jeune en situation de harcèlement scolaire. Ils se sentent impuissants vis à vis de l'institution scolaire. Quand un jeune dévoile sa souffrance en consultation, la prise en charge proposée est adaptée. Leur recours au médecin de l'Education Nationale est loin d'être une évidence. Les difficultés d'accès à des consultations de suivi pédopsychiatrique ou psychologique est réelle.

Conclusion : Plusieurs pistes d'amélioration des pratiques de dépistage et de prise en charge d'un jeune victime de harcèlement scolaire pourraient être développées à l'intention du généraliste, s'appuyant sur leur sensibilisation au problème, leur formation et la mise en place de trame d'entretien lors des consultations, ainsi que la mise en place d'une consultation de dépistage chez le grand enfant et d'une cellule dédiée, constituée de médecins généralistes formés aptes à orienter leurs confrères ou recevoir des victimes.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE

Mots-clés :
Harcèlement scolaire
Victimisation
Médecin généraliste
Dépistage
Prise en charge

Mots-clés anglais MeSH :
School Bullying, peer violence
Victimization
Physician
Screening

JURY :
Président : Madame Le Professeur Sylvie Tordjman
Madame Le Docteur Enora Cornu (directrice de thèse)
Monsieur Le Professeur Patrick Pladys
Assesseurs : Monsieur Le Professeur Eric Mener
Madame Le Docteur Martine Botte