

Harcèlement scolaire entre pairs, anxiété et qualité de vie : une étude transversale en population clinique

Emmanuel Levain

▶ **To cite this version:**

Emmanuel Levain. Harcèlement scolaire entre pairs, anxiété et qualité de vie : une étude transversale en population clinique. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02887515

HAL Id: dumas-02887515

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02887515

Submitted on 2 Jul 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

M. LEVAIN Emmanuel

Le 30 septembre 2019

Harcèlement scolaire entre pairs, Anxiété et qualité de vie : Une étude transversale en population clinique

Directrice de Thèse : Mme le Professeur BAGHDADLI Amaria

Co-directeur : M. le Docteur HENRY Vincent

JURY

Présidente	:	Mme le Professeur BAGHDADLI Amaria
Assesseurs	:	Mme le Professeur PURPER OUAKIL Diane
		Mr le Professeur LOPEZ CASTROMAN Jorge
		Mr le Docteur HENRY Vincent

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

M. LEVAIN Emmanuel

Le 30 septembre 2019

Harcèlement scolaire entre pairs, Anxiété et qualité de vie : Une étude transversale en population clinique

Directrice de Thèse : Mme le Professeur BAGHDADLI Amaria

Co-directeur : M. le Docteur HENRY Vincent

JURY

Présidente	:	Mme le Professeur BAGHDADLI Amaria
Assesseurs	:	Mme le Professeur PURPER OUAKIL Diane
		Mr le Professeur LOPEZ CASTROMAN Jorge
		Mr le Docteur HENRY Vincent

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 – 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROSSI Michel
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques

DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation

COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe – Neurochirurgie

COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, adictologie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire

LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick – Cardiologie

MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie

PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation

RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation

ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie

SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion

TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale

UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie

VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

<u>PU-PH de 1re classe</u>

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine-Nutrition

AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric-Chirurgie digestive

BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles -Pédiatrie

CAMU William-Neurologie

CANOVAS François-Anatomie

CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion

CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation

CORBEAU Pierre-Immunologie

COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale

DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation

DAUVILLIERS Yves-Physiologie

DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie

DE VOS John – Cytologie et histologie

DROUPY Stéphane -Urologie

DUCROS Anne-Neurologie

GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie

HAYOT Maurice - Physiologie

KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence

KOENIG Michel-Génétique moléculaire

LABAUGE Pierre- Neurologie

LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation

LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie

LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière

LECLERCQ Florence-Cardiologie

LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire

LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales

LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire

MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire

MATECKI Stéfan -Physiologie

MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie

MOREL Jacques - Rhumatologie

MORIN Denis-Pédiatrie

NAVARRO Francis-Chirurgie générale

PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PRUDHOMME Michel - Anatomie

PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie

PUJOL Pascal-Biologie cellulaire

PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie

QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)

SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales

TOUITOU Isabelle-Génétique

TRAN Tu-Anh-Pédiatrie

VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire

CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CAPTIER Guillaume-Anatomie

CAYLA Guillaume-Cardiologie

COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale

COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation

DAIEN Vincent-Ophtalmologie

DORANDEU Anne-Médecine légale -

DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation

FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie

FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie

GENEVIEVE David-Génétique

GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -

GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence

KALFA Nicolas-Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie

LE QUINTREC Moglie - Néphrologie

LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LONJON Nicolas - Neurologie

LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric-Rhumatologie

MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique

MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale

MORANNE Olvier-Néphrologie

NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NOCCA David-Chirurgie digestive

PANARO Fabrizio-Chirurgie générale

PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie

PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie

POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François-Pédiatrie

ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques

ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion

ROUBILLE François-Cardiologie

SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation

SIRVENT Nicolas-Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane-Nutrition

THOUVENOT Éric-Neurologie

THURET Rodolphe-Urologie

VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max-Ophtalmologie

VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry-Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

2ème classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE – Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1re classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline - Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine - Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2éme classe

BERTRAND Martin-Anatomie

DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation

DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

HERRERO Astrid – Chirurgie générale

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales

MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie

SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1ère classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

« L'important n'est pas ce qu'on a fait de moi ; mais ce que je fais moi-même de ce qu'on a fait de moi. »

Jean Paul SARTRE

« A travers quels enfers faudra-t-il encore que l'être humain passe pour que s'ouvre à lui l'expérience qu'il ne se fait pas à lui tout seul. »

Martin HEIDEGGER

« *Il y a deux visions possibles du monde : la vision qui morcelle, la vision qui unit.* »

Paul VALERY

REMERCIEMENTS

Madame le Professeur BAGHDADLI Amaria : Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse, et d'en avoir dirigé le travail. J'ai conscience du soutien et des conseils que vous m'avez apportés dès le départ du projet, quel qu'en soit son stade et les hésitations dont je vous faisais part. Je suis très reconnaissant de la patience et de la disponibilité dont vous avez fait preuve à mon égard. Je vous remercie également pour l'année d'internat passée dans votre service et la place que vous m'avez accordée auprès de votre équipe. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Professeur PURPER OUAKIL Diane : Je vous remercie de me faire l'honneur de participer au jury de ma thèse. Je vous remercie de votre bienveillance et votre disponibilité, dont j'ai été témoin lors de mon externat, pour mon projet de Master, et lors de certaines périodes d'internat. Veuillez accepter ma sincère reconnaissance et mon profond respect.

Monsieur le Professeur LOPEZ CASTROMAN Jorge : Jorge, nous avons travaillé ensemble aux urgences lors de mon deuxième semestre d'internat. Même si nous n'avons pas travaillé de nouveau ensemble depuis, j'ai souvenir d'une grande bienveillance et patience auprès des patients et de tes collègues. J'ai été sensible à ton humanité. Je suis profondément honoré que tu acceptes de faire partie de mon jury de thèse.

Monsieur le Docteur HENRY Vincent : Vincent**,** merci d'avoir codirigé cette thèse, merci pour ce soutien et les conseils avisés dont j'ai bénéficié tout le long du projet. Merci pour les « debriefs » au Tram entre midi et deux (sans escargots en entrée), tes corrections pointues, ton ouverture d'esprit et ta bienveillance malgré mes dérapages « thèseux ». Merci également pour ta supervision pendant cette année en pédopsychiatrie, ce qui m'aurait presque donné envie de faire de la pédopsychiatrie ☺

Monsieur le Docteur YAILIAN Alexandre : Alex, tu ne fais pas partie du jury, mais tu as droit aux caractères gras. Je te remercie chaleureusement de ton aide précieuse pour le démarrage du projet et la bienveillance dont tu as fait preuve envers mon sujet « un peu à part ». Merci aussi pour cette année de supervision en pédopsychiatrie (et oui j'avais deux superviseurs, le luxe). N'oublie pas, nous avons un projet d'atelier bois entre nos deux villages !

Un grand merci à **l'équipe de formation du Master 2 de Sciences Humaines** de la faculté de médecine, notamment au Professeur Laurent Visier et au Professeur Géneviève Zoïa, pour cette année recherche riche en découvertes. J'ai appris à quel point il est difficile de changer son regard

habituel, et comment il est peut-être à la fois déstabilisant et excitant de découvrir de quelles manières nos pratiques sont aussi des constructions sociales (oui ça fait un peu pompeux, je développerai un peu dans la thèse…). Merci au passage à mes collègues de Master, venus de différents horizons, avec qui nous avons pu échanger toute l'année et partager l'angoisse de ces découvertes…

Je remercie vivement toute **l'équipe de Peyre Plantade** de m'avoir accueilli et aidé pour la construction de ce projet de recherche, notamment les infirmières, cadre, et secrétaires qui en première ligne ont distribué et expliqué les questionnaires (sans ça j'aurai eu moins de données, mais aussi moins de travail !): Naoual, Sylvaine, Sophie, Hélène B, Anne Julie, Catherine, Laurie, Virginie, encore un grand merci pour votre implication !! Merci aux collègues pédopsychiatres, psychologues, psychomotricien, de m'avoir également soutenu dans ce projet : Hélène D, Fanny, Julie, Aurore, Myriam, Céline, Cécile, Emmanuel…

Merci à **l'équipe recherche du CRA**, surtout à **Cécile M**. pour son aide précieuse dans mes galères statistiques… car oui j'avais décidé de tout faire sous R studio à la main comme un grand ; je me demande encore si c'était une bonne idée… (mais au moins je peux m'en vanter ici).

Un merci particulier au Docteur KONATE Amadou, vous m'avez marqué dans mon parcours au point que je m'étais promis de vous ajouter dans mes remerciements un jour. J'ai failli choisir médecine (la vraie hein !) devant la passion contagieuse que vous diffusiez lors de vos visites pendant mon externat.

Un grand merci à l'équipe pédagogique et au doyen Pr Bringer il y a 8 ans de m'avoir fait confiance, et permis de reprendre mes études de médecine (sans me proposer de tiers-temps).

Merci à Mathilde, ma compagne, pour ce que nous nous apportons mutuellement chaque jour. Malgré les vagues de l'existence, nous continuons à grandir ensemble. Nous avons quand même eu 2 enfants, repris chacun des études, acheté une petite maison, refait notre escalier.. en l'espace de ces 8 dernières années ! Tu es mon pilier, sans toi je n'aurai pas fait tout ça ! Ta confiance (j'allais dire ton amour mais j'avais peur que ça fasse too much) m'a vraiment porté jusqu'au bout de ces projets. Je me dit que j'ai vraiment une bonne étoile pour être tombée sur quelqu'un comme toi. Sinon t'inquiète pas, je vais me poser un peu maintenant, hein !

Merci à Salomé et Basile, mes enfants, d'être ce qu'ils sont. Quand bien même il faut un peu les éduquer (voir se fâcher), ils me montrent chaque jour, ce que c'est d'avoir des yeux d'enfant, pétillants sur le monde, et je ne me lasse jamais de les voir grandir. Mes loulous, j'espère que vous verrez la différence quand papa aura enfin fini ses études !

Merci à mon père et à Aude pour leur aide précieuse dans la correction assidue de cette thèse ! Merci papa pour ton soutien le long de ce parcours estudiantin, malgré les revirements, les ambivalences, les multiples projets et boulots non aboutis, c'était plus facile quand j'étais en CM2 hein ? Mais ça y est, il est médécin ? Il a fini ses études ? Pas sûr, il voulait peut être faire fac de philo et des cours de violoncelle et apiculture… Bon et puis on discute un peu psychanalyse, théologie, voyages et quels types de crustacés on prend pour le prochain repas de famille, ça c'est chouette !

Merci à mère aussi, pour son soutien et les bonnes années passées ensemble. Maman, tu es partie il y a 6 ans, Basile avait 15 jours et j'attaquais la D4 (le concours d'internat), c'était pas vraiment le bon moment, t'étais un peu jeune quand même encore, mais bon parait qu'on choisit pas… Tu me manques, j'aurai aimé que tu partages cette thèse, les anniversaires des petits loulous, mais t'inquiète pas, en fait t'es quand même avec nous !

Merci à mes frérots, mes belles sœurs, mes neveux et nièces: Matthieu avec qui j'ai grandi comme avec un jumeau, le frère attachant qui râle comme Bacri (et j'aime Bacri !). Jamais vu aussi persévérant dans la musique et tu fais des supers tubes (d'ailleurs t'en mets un pendant le pot de thèse ?). Astrid et Phébée, trop sympas nos petites fêtes de famille, et mes enfants adorent voir leur cousine. Alex, le frérot dit « bilou » à l'époque, je crois que c'est ce surnom qui t'a fait prendre 1.90M et des muscles de poseur de terrasse. Tu me fais rire avec tes multiples projets (ça me fait penser à quelqu'un… !), tes tatouages et tes blagues. C'est cool quand tu viens à la maison faire le gitan à la guitare ! Arnaud, t'es le grand-demi frère inconnu jusqu'à mes 22 ans, devenu grand frère tout court après… On s'habitue à ne plus être l'ainé quand on a un grand frère bon vivant qui aime se marrer et partager des bonnes choses ! A Kadi, Amel (bravo ma nièce, tu rentres en médecine !) et Adil.

Merci au reste de la famille, à ma grand-mère Elyse toujours là et en forme quoiqu'elle dise ! A mes oncles et tantes Michel, Françoise et Belaïd, Brigitte, à mes cousins, cousines Myriam, Nadia, Laurence, Jean Michel, Pauline et Léo, on se voit pas beaucoup mais je suis toujours ravi de vous voir. A quand la cousinade ?

Merci à ma famille « adoptive argentine » Sylvana, Jonathan et Julia, content que vous fassiez partis du « clan international ».

Merci à ma belle-famille, Dominique, Françoise des supers beaux-parents trop cools ! Toujours partants pour garder les petits enfants pendant que les parents soufflent un peu (ça on y pense pas au début des projets de grossesses mais c'est vital !). A mes beaufs, leurs compagnes, leurs enfants : Etienne, Margaux, Jérôme, Estelle, Clément, Maxime et Rémi : c'est sympa de partager

des moments en famille en Normandie (ma deuxième patrie l'été : pas de moustique, du frais pour les nuits, des paysages sauvages, des festivals de musique… pour plus de renseignements, se renseigner à l'office du tourisme).

Merci à mon parrain Didier et ma marraine Anne Laure, protestants mais pas trop !

A mes vieux potes de « galère » (d'après wiki, navire à rames et voiles de l'antiquité… Moi j'ai l'impression que c'était surtout les rames) : Anouk, merci à toi d'avoir été là pour partager tous les moments heureux et chaotiques de mon début de vie d'adulte, tu vois on est pas si mal maintenant ? Merci à sa compagne Emma avec qui on se marre bien. Trop content qu'Anouk t'aits trouvé ! Alors tu aimes toujours Dalida ? A Phil, on se sera bien pris la tête sur ces premières années de médecine pendant que les autres faisaient la fête sans se poser trop de questions… Certes on continue un peu, m'enfin ça fait du bien d'avoir 40 berges, non ? Surtout mec, ça fait du bien d'avoir un pote sur qui compter en toutes circonstances… Tonio, tu es loin, tu fais de la radio en Nouvelle Calédo, mais ça me réjouit chaque fois que tu reviens ou qu'on se donne des nouvelles. Toi aussi, tu as assisté à mon premier essai médecine il y a longtemps et on a partagé pas mal de passions.

A Essia et Anne-Marie, merci pour votre présence, vos soirées LGBT+ (dont la mémoire soirée « cagole »). On se marre bien et j'adore voir tous vos petits projets maison avancer, ça m'inspire !

Et aussi Anouk et Anne Marie, c'est chouette d'avoir réussi notre quatuor d'anniversaire

A Sophie et Fabrice, on a failli monter le groupe du siècle il y a 10 ans, avec nos textes mélancoliques et nos tempos en 5/4, mais personne n'a compris le truc, dommage ! Fabrice t'es mon plus vieux pote (pas en terme d'âge), t'as un poste super sérieux maintenant, mais tu gardes ta jeunesse et ton esprit rock lycéen !

A Perrine et Greg, loin en Guyane, profs (oui il y en a certains de fréquentables), c'était toujours sympa de vous revoir. Perrine on se connait depuis petit, les rencontres protestantes, les cultes, les croix huguenotes géantes, on a fini par s'en sortir ! (*second degré aussi)

A Simon et Cécile, et leurs deux louloux, Tilio et Mila la super pote de Salomé. C'est ça les amis d'adoption, c'est comme la famille, on les veut proches, voire en face de chez soi. Merci pour tous ces moments partagés, ces bonnes rigolades, ces apéros improvisés (promis un jour, on vous invite pour un « vrai » repas !).

A Fabien et Anne, c'est chouette votre cool attitude, on parle de tout, on est en vacances avec vous! Et Fabien tu me rappelles mes années Diago où je venais chercher les affiches de film dans ton cinéma.

Merci à Carine et Jérôme, c'est chouette de trouver des supers amis aussi vite dans son village ! (merci au passage à Basile et Nathan de jouer ensemble dans la cour !). C'est une chance de vous avoir rencontré. Merci à Amélie et Thierry pour votre énergie, c'est toujours un plaisir de vous voir. Merci à Claire et Marc, on se fait parfois des vacances ensemble, j'avoue c'est vraiment chouette (sauf le ski de rando dans le brouillard)! Merci à Estelle et Philippe (et Armand) des bons moments et vacances partagés ensemble, à chaque fois, c'est facile. A Marine, c'était bien l'époque où on était pions au lycée pro, tu te rappelles de mes tableaux Excel d'obsessionnel pour gérer les absences ? et bien j'en fais toujours mais pour mes suivis !

Aux copains du vieux biclou, Nico, Fred, Christine, Thierry, Dominique, Vivette et Laurent, ça me fait chaud au cœur d'être tombé sur vous il y a 9 ans, vous m'avez fait confiance comme administrateur de votre super asso. J'ai essayé de ne pas dépenser tout l'argent, de motiver les troupes bénévoles, ça a été court mais très formateur : j'ai appris à changer mes freins. Nico et Fred, je me réjouis qu'on puisse partager à nouveau des sessions de Kite sur l'étang de Thau !

Merci à Dimi pour ces quelques sessions kite, ces discussions passionnées sur le sujet, cette énergie débordante. Promis je me libère prochainement pour qu'on y retourne ensemble !

Merci à la « Team Cotorep VTT » (parfois nommée aussi « Anti plan-plan team »): Marie et Chris (et Arthur, top 3 des plus beaux bébés de France 2019), Michou et Chloé, Anne et Antoine, Matthieu et Lucile, et j'intègre aussi Myrtille… oui ya beaucoup de psys dans cette team (et certains n'ont jamais fait de vélo) mais c'est chouette de partager ce sport avec vous (pas plus de 30 mn hein !), et surtout ça donner des excuses pour se voir tout court sans faire du vélo, j'adore nos petits staffs améliorés, j'en redemande encore ! Merci Anne et Marie pour cette belle rencontre aux urgences, ça a matché d'emblée, on a bossé sérieux mais dans une super ambiance, j'adore discuter avec vous, faudrait qu'on monte un truc ensemble un jour ! Merci Michou pour ta disponibilité, ta gentillesse, ton humour ras du slip, et j'aime bien quand tu fais semblant de détester les gens ! Merci Antoine pour ta présence décoiffante, ta bonne humeur, tes snaps poilants avec mes loulous, j'aime bien quand tu râles en vélo ! Merci Matthieu pour ta disponibilité et ton soutien indéfectible (mais faut pas se faire bouffer ; quand la CUMP est pleine…) Merci à Chloé, Lucille et Myrtille de ne pas venir au vélo mais plutôt aux staffs de cette team (second degré hein !). Merci Chloé pour ta gentillesse légendaire et ta présence quasi « maternelle », j'ai hâte que tu intègres ta maison d'architecte - centre de massage thaïlandais ! Merci Lucile pour ton aplomb dont j'ai pris exemple, ta gentillesse (que tu n'accordes pas comme ça hein!). Merci Myrtille pour ta présence qui fait du bien (et pour les clopiches mais ça fait moins du bien), j'ai pris souvent exemple sur toi pour ma propre vie et pour suivre mes patients. J'espère toujours qu'un jour tu seras patronne d'un service ou d'un CHU, même si tu n'en as pas envie, il le faut!

Merci à Morgane D (avec Anne, encore !) pour cette belle rencontre et nos discussions pour refaire le monde (ou le défaire). A quand la prochaine réunion du groupe B ?

Merci à Olivier mon prof de violoncelle, quelle bienveillance à l'égard d'un élève si peu assidu !

Merci à mes collègues de l'équipe du CNIPSY (congrès des internes) : Loic, Emma, Myrtille, Nico, Alex, Ali, Camille, Clémentine, Dimi, Emma, Justine, Mathilde F, Mélanie, Thibault et notre président Medhi. C'était incroyable cette aventure, je suis fier de nous d'avoir monté un truc pareil avec autant d'intervenants, et aussi varié.

Merci à la team foot du lundi soir: Emilien, Fred, Jérémie, Michou, Anis, Mathieu, Eric, Rase… la semaine est un peu dure après mais c'est toujours un plaisir de venir jouer avec vous.

Merci à ma promotion psy : Loïc, Bruno, Mickaël, Carole, Estelle, Blandine, Elisa, Ali, Audrey, Margaux, Déborah, Joséphine, Fanélie, Camille, j'ai pas passé autant de temps que j'aurai aimé avec certains d'entre vous, mais je trouve que c'était une chouette promo, et chacun m'a marqué à sa façon.

De même merci à mes collègues des autres promotions et ceux déjà partis ou déjà chefs, à quelques belles rencontres dans mon parcours: Yann et Nadia, Alix, Charly et Marie, Estelle et Sylvain, Marina V, Ismaël, Ismaïl, Mélanie F, Guillaume J, Nico R, Emma D, Medhi, Justine L, Emma E, Aurore, Stéphane B, Clémentine H, Camille C, Nico V, Yann, Prunelle, Edith D, Clara, Olivier, Chrys, Jacques, Charles, Maelane, Charlotte…De même, on a pas le temps de garder contact avec tout le monde, mais les gens laissent leur marque…

Merci aux collègues du groupe « je passe (enfin) ma thèse » pour le soutien mutuel, et pour ne pas rester seul dans le casse-tête des petits papiers à faire signer…

Merci à mes co-internes de stage : Merci encore Anne (cf chapitre VTT), merci Thibault et Cyrielle pour ces 6 mois à Euzière, j'étais vraiment ravi de travailler avec vous (et j'ai encore la musique de Quissac dans la tête…), merci à Thomas D, le plus prometteur des premiers semestres que j'ai jamais rencontré, et zen de surcroit !

Merci à mes autres chefs encadrants ou non : William SR, Céline F, Céline B, Matthieu L, Blandine (c'était vraiment chouette de travailler avec toi !), Jêrome A, Alexandra, Lionnelle S, Françoise G, Dimi, Emilie O, Magalie S, Julie K…Un grand merci à Radu pour ce stage aux urgences, cette ambiance conviviale que tu crées, ta pédagogie, ta disponibilité, ces améliorés qui m'ont mis plus la pression que le stage lui-même ! Je trouve toujours que tu n'es pas assez remercié pour tout ce que tu fais (mais tu fais toujours peur quand même aux relèves !)…

Merci aux autres collègues qui m'ont fait confiance dans mes stages, notamment Jérémie, Emilien, Anne D, Sophie C, Myriam, Stéphane T, Alfred, Lydie V, et d'autres dont j'ai oublié le nom…

Une grande reconnaissance envers mes co externes de D4 : Juliette, Thomas, Chris. Grâce à vous j'ai passé malgré tout une super année, j'ai réussi mon concours (m'enfin je voulais pas faire radio non plus), je pouvais compter sur vous quand c'était vraiment difficile (avec notamment la bière maison de Thomas et les cookies maison de Chris) et on a aussi bien rigolé (parfois un peu trop…). Vous me manquez, j'avoue je suis pas très fort pour garder contact quand les gens sont à plus de 50km de chez moi, mais je pense bien fort à vous.

Une grande reconnaissance également à Catherine D., Edith B. qui m'ont accompagné, et fait découvrir tout un monde à travers la phénoménologie. Parfois (souvent), j'y comprends pas grand-chose (rien), mais ça me plait (passionne) quand même ! Il y a parfois des personnes, des choses ou des pensées qui aident, sans qu'on puisse bien identifier ce que c'est…

Merci à l'équipe des Sophoras à Nîmes, de me faire confiance et de m'accueillir pour débuter enfin ma vie active (même si j'ai quand même travaillé et cotisé avant mes études hein !)

Merci à ma kiné Claudine, qui l'air de rien m'a dit un jour que c'était dommage d'avoir arrêté médecine et que c'était peut être possible de reprendre…

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS **15**

SOMMAIRE **22**

ABREVIATIONS **28**

1 INTRODUCTION **29**

2 CONTEXTE GENERAL DU HARCELEMENT SCOLAIRE **31**

2.1 LE « SCHOOL BULLYING » OU HARCELEMENT SCOLAIRE 31

2.2 DEFINITIONS COMMUNES 32

2.3 CARACTERISTIQUES DU HARCELEMENT SCOLAIRE 32

2.3.1 Types de « bullying » *32*

2.3.2 Classes concernées *33*

2.3.3 Association avec les « jeux dangereux » *33*

2.4 LE CYBERHARCELEMENT 35

2.4.1 Caractéristiques du cyberharcèlement *35*

2.4.2 Liens avec le harcèlement scolaire «traditionnel» *36*

2.5 THEORIES EXPLICATIVES 37

2.5.1 Dynamique de groupe *37*

2.5.2 Empathie et alexithymie *38*

2.5.3 Théorie de l'attachement *38*

2.5.4 Théorie cognitivo-comportementale / traitement de l'information sociale *38*

2.5.5 Profil biologique et génétique *39*

2.5.6 Trouble du neuro-développement *39*

2.6 REGARDS SOCIOLOGIQUES SUR LE HARCELEMENT ET LA VIOLENCE SCOLAIRE 40

2.6.1 Histoire de la violence scolaire *40*

2.6.2 Taxinomie et normes sociales *41*

2.6.3 La violence scolaire en sciences sociales *43*

2.6.4 Questions sociologiques *45*

3 ÉPIDEMIOLOGIE DU HARCELEMENT SCOLAIRE 46

3.1 PREVALENCE 46

3.1.1 En population générale 46

3.1.2 En population clinique 47

3.2 SIGNES DE REPERAGES INDIRECTS 47

3.3 FACTEURS FAVORISANTS DU HARCELEMENT SCOLAIRE 47

3.4 TROUBLES ASSOCIES AU HARCELEMENT SCOLAIRE 49

3.4.1 Sur le plan scolaire 49

3.4.2 Sur le plan médical 49

3.4.2.1 Troubles somatiques et du sommeil 50

3.4.2.2 Troubles anxieux 50

3.4.2.3 Troubles dépressifs 51

3.4.2.4 Troubles alimentaires 51

3.4.2.5 Gestes auto-agressifs et suicidaires 51

3.4.2.6 Symptômes psychotiques 52

3.4.2.7 Addictions et trouble des conduites 52

3.4.3 Sur le plan social et professionnel 53

3.4.4 Conséquences pour les témoins de harcèlement scolaire 53

3.4.5 Vulnérabilité versus exposition au harcèlement scolaire 53

3.5 PREVENTIONS PRIMAIRES ET SECONDAIRES DU HARCELEMENT SCOLAIRE 54

3.5.1 En France : Éducation nationale 54

3.5.2 Programmes de prévention 55

3.5.3 Cyberharcèlement 56

3.5.4 Sur le plan pénal 57

4 TROUBLES ANXIEUX ET QUALITE DE VIE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT 60

4.1 TROUBLES ANXIEUX 60

4.1.1 Trouble panique et agoraphobie 60

4.1.2 Anxiété de séparation 61

4.1.3 Phobie spécifique 61

4.1.4 Mutisme sélectif 62

4.1.5 Trouble anxieux généralisé *62*

4.1.6 Trouble anxiété sociale (phobie sociale) *62*

4.1.7 Trouble obsessionnel compulsif *62*

4.1.8 État de stress post traumatique (ESPT) *63*

4.1.9 Refus scolaire anxieux (RSA) *63*

4.2 QUALITE DE VIE 63

4.3 VIGNETTES CLINIQUES 64

4.3.1 Amin *64*

4.3.2 Flora *64*

4.3.3 Augustin *65*

4.3.4 Yasmine *65*

5 ÉTUDE CLINIQUE SUR LE HARCELEMENT SCOLAIRE ET L'ANXIETE 67

5.1 PROBLEMATIQUE 67

5.2 OBJECTIFS DE L'ETUDE 67

5.3 HYPOTHESES 68

5.4 METHODES 68

5.4.1 Design de l'étude *68*

5.4.2 Population *68*

5.4.3 Instruments et recueil de données *69*

5.4.3.1 Le « rBVQ » pour le harcèlement scolaire 69

5.4.3.2 Anxiété par la « SCARED ». 70

5.4.3.3 Qualité de vie par la KIDSCREEN-27 71

5.4.3.4 Questionnaires pour les parents 71

5.4.3.5 Autres données 71

5.4.4 Procédure *72*

5.4.5 Calendrier *72*

5.4.6 Analyse statistique *72*

5.4.6.1 Calcul du nombre de sujet nécessaire 72

5.4.6.2 Représentations graphiques 73

5.4.6.3 Distribution et homogénéité des groupes 73

5.4.6.4 Tests statistiques 73

5.5 COMITE D'ETHIQUE 74

6 RESULTATS 75

6.1 POPULATIONS 75

6.1.1 Population d'étude et d'inclusion 75

6.1.1.1 Effectifs par mois 75

6.1.1.2 Effectifs par âge 75

6.1.1.3 Effectifs selon le sexe 75

6.1.2 Taux de participation 75

6.1.3 Causes de non participation et de données manquantes 76

6.1.3.1 Age des consultants 76

6.1.3.2 Trouble du neuro-développement 76

6.1.3.3 Contexte de consultation 76

6.1.3.4 Autres motifs 77

6.2 QUESTIONNAIRE RBVQ SUR LE HARCELEMENT SCOLAIRE 77

6.2.1 Effectifs et association entre les statuts 77

6.2.2 Répartition en fonction de la situation de harcèlement et du sexe 78

6.2.3 Répartition en fonction du statut et de l'âge 79

6.2.4 Caractéristiques du harcèlement (types et durée) 80

6.2.5 Analyses par situation puis par statut liés au harcèlement scolaire 81

6.3 DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES 82

6.4 ANXIETE 83

6.4.1 Analyse principale, scores d'anxiété en fonction de la situation de harcèlement 83

6.4.2 Comparaison du « screening » de la SCARED, calcul d'Odds Ratio 87

6.4.3 Ajustement sur l'âge 88

6.4.4 Scores à la SCARED selon les 4 statuts 88

6.5 QUALITE DE VIE 92

6.5.1 Scores à la KIDSCREEN 27 selon la situation de harcèlement 93

6.5.2 Corrélation avec l'âge 95

6.5.3 Scores à la KIDSCREEN 27 selon le statut 95

6.6 MOTIFS DE CONSULTATION ET DIAGNOSTICS MEDICAUX 97

6.6.1 Motif principal de consultation en fonction de la situation de harcèlement 97

6.6.2 Diagnostics pédopsychiatriques en fonction de la situation de harcèlement 98

7 DISCUSSION 100

7.1 PRINCIPAUX RESULTATS 100

7.1.1 Population incluse 100

7.1.2 Analyse principale : l'anxiété 100

7.1.3 Qualité de vie 101

7.1.4 Motifs de consultation et diagnostics 101

7.2 FORCES DE L'ETUDE 102

7.2.1.1 Population clinique pédopsychiatrique 102

7.2.1.2 Statut et situation vis-à-vis du harcèlement 102

7.2.1.3 Anxiété et qualité de vie 102

7.2.1.4 Données sociodémographiques et diagnostics médicaux 104

7.3 LIMITES DE L'ETUDE 105

7.3.1 Limites liées à l'inclusion 105

7.3.2 Limites liées aux échelles et recueil de données 105

7.3.2.1 Échelles utilisées 105

7.3.2.2 Autres échelles 106

7.3.3 Limites des résultats 107

7.3.3.1 Transversalité de l'étude 107

7.3.3.2 Effectifs 107

7.4 PERSPECTIVES 108

7.4.1 Exposition versus vulnérabilité 108

7.4.2 Études de cohorte 108

7.4.3 Enjeux professionnels autour du harcèlement scolaire entre pairs 109

7.4.3.1 Parcours de l'enfant en situation de harcèlement scolaire 109

7.4.3.2 Le questionnaire rBVQ en consultation de pédopsychiatrie 110

7.4.3.3 Spécificité du cyberharcèlement 110

7.4.3.4 Formations, co-formations 110

7.4.3.5 Psychiatrie et sociologie 111

8 CONCLUSIONS 113

9 BIBLIOGRAPHIE 114

10 ANNEXES 122

10.1 TABLEAUX ET FIGURES ANNEXES 122

10.1.1 Analyses de la population incluse 122

10.1.2 Tableaux annexes de la KIDSCREEN 125

10.2 TABLE DES FIGURES 125

10.3 LISTE DES TABLEAUX 126

10.4 NOTES D'INFORMATION ET QUESTIONNAIRES UTILISES DANS L'ETUDE 127

10.4.1 Note d'information déstinée aux enfants 127

10.4.2 Note d'information déstinée aux parents 129

10.4.3 Questionnaires 131

SERMENT D'HIPPOCRATE 139

PERMIS D IMPRIMER 140

RESUME 141

ABREVIATIONS

CNIL	Centre National Informatique et Libertés
CRA	Centre Ressource Autisme
CSP	Catégorie socio-professionnelle
DSM 4 /5	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 4th/5th edition
EPS	Éducation physique et sportive
ESPT / PTSD	État de stress post traumatique
ET	Écart type
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odds Ratio
PUBMED	Moteur de recherche de publications médicales
rBVQ	Revised Bullying/Victim Questionnaire
RSA	Refus Scolaire Anxieux
SCARED	Screen for Child Anxiety Related Emotional
TDA/H	Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TDC	Trouble des coordinations
TOC	Trouble obsessionnel compulsif
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
TSLE/TSLO	Trouble spécifique du langage écrit / oral
UNESCO	Organisation des Nations unis pour l'Éducation, la Science et la Culture

1 INTRODUCTION

La vulnérabilité se définit pour un individu comme une plus grande sensibilité à développer des troubles dans son développement, qu'il soit d'ordre physique, biologique, psychologique, social. Certains évènements indésirables, certaines situations sociales, dont la violence subie en milieu scolaire, peuvent donc participer à la genèse de troubles chez certains élèves les plus vulnérables. Parmi les différents types de violence qu'un élève peut rencontrer à l'école, le harcèlement scolaire entre pairs est un type de violence dont les caractéristiques ont été précisées dans de multiples disciplines.

Les conséquences psychopathologiques du harcèlement scolaire entre pairs, ainsi que les moyens de prévention en milieu scolaire ont été bien identifiés. Différentes études longitudinales en population générale ont précisé notamment l'association entre situation de harcèlement scolaire et troubles anxieux. Il existe cependant très peu de publications explorant les situations de harcèlement scolaire entre pairs (que l'enfant soit victime, agresseur, ou les deux) pour les enfants reçus en en consultation dans les services de pédopsychiatrie. En particulier, la question se pose de savoir si en milieu clinique (service de pédopsychiatrie), la fréquence du phénomène et son association avec les troubles anxieux est comparable à la population générale. Sachant que la population clinique peut présenter une prévalence de troubles anxieux nettement supérieure à la population générale, nous nous interrogeons sur le maintien de cette association en population clinique. L'étude de la qualité de vie de ces enfants impliqués dans le harcèlement scolaire peut également être d'un apport important pour comprendre l'impact possible de ces situations dans différentes dimensions.

Avec l'appui d'une littérature riche dans ce domaine, nous développerons d'abord le contexte général du harcèlement scolaire : son historique, ses définitions, ses théories explicatives, ses facteurs de risque et préventions, ainsi que les troubles associés. Un rapide point sociologique permettra de saisir les enjeux politiques des dénominations de la violence scolaire, dont le harcèlement. Nous expliciterons également les appuis théoriques médicaux concernant les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent.

Ensuite, nous expliciterons la méthodologie et les résultats principaux de notre étude clinique transversale, visant à comparer, en population pédopsychiatrique, les troubles anxieux des enfants en situation de harcèlement (victime, agresseur, ou les deux) par rapport aux enfants n'étant pas concernés par cette situation. Cette même comparaison s'effectuera ensuite sur différentes dimensions de la qualité de vie, et sur les diagnostics médicaux posés lors du suivi.

Enfin, nous discuterons des limites de cette étude, et de son apport clinique dans le suivi pédopsychiatrique, notamment de la pertinence du repérage des situations de harcèlement scolaire comme argument complémentaire dans le tableau clinique du praticien.

2 CONTEXTE GENERAL DU HARCELEMENT SCOLAIRE

2.1 Le « School bullying » ou harcèlement scolaire

Étudié à partir des années 1970 dans les pays du Nord de l'Europe, le terme « school bullying » se traduit par « intimidations » ou « brimades ». D. Olweus[1], chercheur en psychologie d'origine suédo-norvégienne, en donne une première définition avec la notion d'agression répétitive dans le cadre scolaire (même minime). Son attention se porte sur ce phénomène car il retrouve un grand nombre de « school bullying » dans les antécédents de ses patients adolescents ayant fait une tentative de suicide récente. Ce chercheur sera à l'initiative d'un grand nombre de recherches dans ce domaine. Les premières publications commencent en 1969. Ensuite P. Smith[2], psychologue britannique, y ajoute la notion de rapport déséquilibré (ou de rapport de force) qui s'ajoutera aux autres critères.

En France le sujet émerge à partir des années 2000, et il connaît plusieurs dénominations et définitions depuis. En 2011, E. Debarbieux, chercheur français en sciences de l'éducation, propose un premier rapport ministériel sur le sujet: « refuser l'oppression quotidienne, la prévention du harcèlement à l'école » [3]. Il y introduit définitions, contexte, conséquences en santé publique, et proposition de prévention pour les établissements. En 2013, 2015, et 2017 trois campagnes supplémentaires voient le jour.

Les chercheurs sont initialement plutôt des psychologues, sociologues et criminologues. Progressivement les médecins s'intéressent au sujet, notamment aux facteurs de risque et aux conséquences du harcèlement scolaire sur le plan clinique.

La *figure 1* permet de visualiser le nombre de publications sur le sujet par an sur PUBMED entre 1989 et 2018.

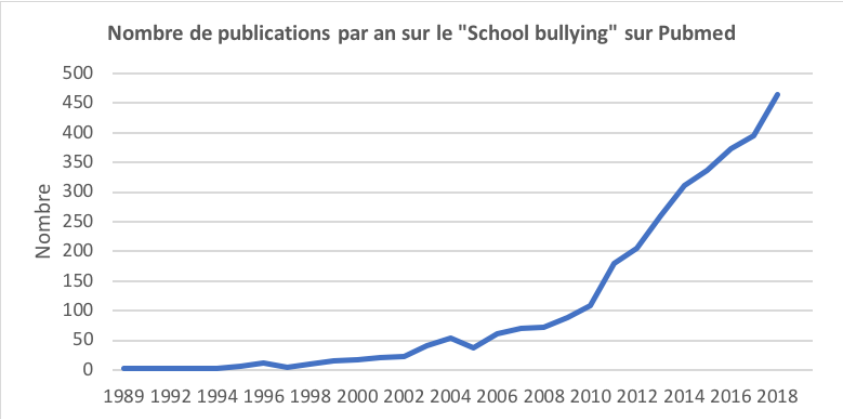


Figure 1: Nombre de publications sur PUBMED concernant le harcèlement scolaire entre pairs.

Dans notre étude, nous utiliserons de manière équivalente les deux termes « (school) bullying » et harcèlement scolaire.

2.2 Définitions communes

Comme nous l'avons vu, les définitions initiales sont posées par D. Olweus et P. Smith[4], puis reprises par différentes entités internationales, dont l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et l'UNESCO (Organisation des nations unis pour l'éducation, la science et la culture).

Dans un bulletin de 2010 appelant à des politiques de santé publiques concernant le phénomène, l'OMS reprend cette définition[5].

Le harcèlement scolaire se définit autour de trois critères pour un élève :

- **le fait d'être 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 à établir avec lui une relation déséquilibrée contre laquelle il ne peut se défendre**[4,6,7].

L'UNESCO également, reprend cette même définition dans un rapport édité en 2017. Y sont définies et bien différenciées les notions de « violence scolaire » d'une part, et de « bullying » d'autre part. « *La violence à l'école comprend la violence physique, (y compris les châtiments corporels), la violence psychologique (y compris la violence verbale), la violence sexuelle (y compris le viol et le harcèlement sexuel), et le « bullying », y compris le « cyberbullying. Le « bullying » qui est un type de violence, est un modèle de comportement plutôt qu'un événement isolé, et il a un impact négatif sur la victime, l'intimidateur et les témoins. Le « bullying » a été défini comme un comportement non désiré et agressif chez les enfants d'âge scolaire, qui implique un déséquilibre réel ou perçu du pouvoir. Ce comportement se répète ou risque de se répéter avec le temps* ».

2.3 Caractéristiques du harcèlement scolaire

2.3.1 Types de « bullying »

Le harcèlement regroupe donc plusieurs types d'atteintes qui peuvent se cumuler[6] :

- Atteintes physiques : bousculades, coups de poing, de pied, coupes de cheveux
- Atteintes verbales : insultes, railleries, sobriquets, menaces…
- Atteintes à connotation sexuelle : grimaces, gestes obscènes, rumeurs…

- Atteintes matérielles : vols, dégradation d'objets personnels
- Ostracisme (mise à l'écart).

Le harcèlement peut être **direct ou indirect** : consignes d'ostracisme, propagations de calomnies aboutissant à l'isolement social de la victime. Les auteurs précisent également que les brimades « réelles » ne sont pas obligatoirement quotidiennes, la quotidienneté d'une menace de nouvelles brimades étant au premier plan.

Les **lieux du harcèlement** scolaire sont définis par les endroits où les adultes sont peu présents, et où la surveillance est minime : toilettes, vestiaires, couloirs, restaurant scolaire, recoins de l'établissement, bus scolaires, abords de l'école, et domicile pour le cyberharcèlement.

2.3.2 Classes concernées

Les auteurs du rapport ministériel[3] rapportent une grande variabilité d'un établissement à l'autre (jusqu'à 50%). Les filles auraient tendance à plus harceler les autres filles, utilisant les rumeurs, l'ostracisme; elles seraient plus souvent victimes. Les garçons seraient plus souvent auteurs (et quatre fois plus concernés), et utiliseraient d'avantage le harcèlement physique[3,8]. Le phénomène aurait lieu dès l'école maternelle, avec un pic en primaire et à l' entrée en 6ème, et avec une prévalence maximum dans les établissements exclusivement masculins. La durée rapportée serait de 6 mois en moyenne, avec une fourchette de 1 mois à plusieurs années.

N. Cateline[9] insiste sur la question de l'intentionnalité de « nuire » à l'autre, qu'elle différencie de la « *plaisanterie même si elle est parfois ambiguë* » et sur le fait de « *ne pas pouvoir se défendre* » qu'elle différencie de situations de violences où les protagonistes sont de forces égales (physiquement, verbalement…).

2.3.3 Association avec les « jeux dangereux »

Cette appellation « jeux dangereux » apparait en 1990 pour qualifier initialement les « jeux de non oxygénation »[10]. Depuis les années 2000, ce terme regroupe différents comportements : on distingue les jeux d'agression, les jeux de non oxygénation, et les jeux de défis[10–12]. **Dans les jeux d'agression**, on peut différencier les jeux intentionnels dans lesquels tous les enfants participent de leur plein gré, avec une alternance possible des rôles d' « agresseur » et d' « agressé », et les jeux contraints dans lesquels la « victime » n'a clairement pas choisi de participer. En général, il s'agit de violences physiques perpétrées par un groupe sur un seul enfant.

A titre d'exemple, on peut citer notamment :

- Le « jeu de la canette » ou « petit pont massacreur »: jeu d'adresse, si le ballon (ou la cannette) passe entre les jambes d'un enfant, celui est violenté par le groupe.
- Le « jeu de la mort subite »: une couleur est décidée par le groupe le matin (souvent le leader); tous ceux qui portent des vêtements de cette couleur seront victimes de violence de la part du groupe pendant la journée. La violence peut se répéter sur la même victime.
- Le « Happy slapping » (joyeuses claques): violence « gratuite » d'un groupe sur une victime prise au hasard, pendant qu'un des membres du groupe filme la scène afin de la diffuser sur les réseaux sociaux.

La prévalence de ce type de jeux serait de 11% parmi les enfants scolarisés au collège[12].

Parmi les **jeux de non oxygénation** ou jeux d'asphyxie, le tristement célèbre « jeu du foulard » consiste à comprimer les carotides d'un autre élève jusqu'à évanouissement. L'élève évanoui peut ensuite raconter au groupe les sensations et hallucinations ainsi provoquées. Ce jeu peut être joué sous la contrainte. Le « jeu de la tomate » est l'équivalent (il s'agit de couper sa respiration). La prévalence de ces « jeux » varierait entre 7 et 11%[12]. Une étude de 2015 sur 3 collèges français montrait que 23% des élèves les pratiquaient mensuellement, 16% mensuellement, et 16% quotidiennement[12].

Concernant **les jeux de défis**, ou « jeux de mort », il s'agit de proposer des défis de plus en plus dangereux entre membres d'un groupe, afin de les médiatiser.

On peut citer notamment :

- Le « jeu de l'insomnie » dont le but est de s'endormir le dernier, après avoir pris de nombreux hypnotiques ou psychotropes.
- Le « jeu du toréro » qui consiste à traverser une voie ferrée juste avant le passage d'un train ou d'un métro, en l'effleurant si possible.
- Le « jeu de la dynamite », qui consiste à pratiquer des activités pyrotechniques.

L'association de ces jeux avec notre sujet d'étude vient du fait que la victime n'est souvent pas choisie au hasard, et dans ce cadre la violence devient répétitive et le rapport de force déséquilibré. Les enfants se retrouvent alors dans des situations de « bullying scolaire ». Ainsi, 13% des garçons et 4% des filles en moyenne, auraient été contraints de jouer à des jeux dangereux. Si le harcèlement est sévère, cette prévalence peut atteindre 38%. Des études s'intéressent également à

la recherche d'une typologie psychologique des « pratiquants de jeux dangereux » qui pourrait croiser les facteurs de risques connus dans le harcèlement scolaire[11].

Ces jeux peuvent aussi se pratiquer en « réseau » comme dans le cas du défi de la « baleine bleue » (Blue Whale Challenge). Ce « jeu » médiatisé du fait de certains suicides impliqués, aurait été initié par une plateforme russe. Il consiste en une série de 50 défis de plus en plus dangereux, jusqu'à se donner la mort. Les adolescents pris au jeu devaient envoyer leurs «réussites» progressives sur les réseaux sociaux[13].

2.4 Le cyberharcèlement

Appelé également harcèlement virtuel ou lynchage électronique, le cyberharcèlement est une catégorie qui semble à part tant du point de vue du mécanisme, que des caractéristiques des protagonistes.

2.4.1 Caractéristiques du cyberharcèlement

Il a lieu sur tout support numérique : emails, SMS, forums, chat, jeux en ligne, sites web, et surtout réseaux sociaux[14,15]. Le phénomène s'appuie sur la diffamation, l'usurpation d'identité, le postage de photos ou vidéos compromettantes.

Selon la sociologue C. Blaya[14], il concernerait entre 15 à 25% des jeunes selon les pays, dont 9% des enfants âgés de 9 à 10 ans. En France, d'après un rapport ministériel de 2011[3], ce phénomène concernerait 4000 élèves de 11 à 18 ans. Les prévalences seraient de de 20% pour les élèves «victimes», 20% pour les élèves «agresseurs», 10% pour les élèves à la fois « agresseurs » et « victimes ».

En France, une étude de 2009 montre que parmi les adolescents 12 à 17 ans, 73% ont un téléphone portable, 75% un compte Facebook, mais qu'ils ne protègent pas leurs données personnelles (87% des 11-13 ans)[16,17]. Dans cette étude, 15% des adolescents déclarent avoir fait circuler des images « choquantes ou violentes », 22% ont prévenu leurs parents pour une photo ou une vidéo choquante, 16% déclarent avoir été harcelés sur leur portable, 57% avoir pris le téléphone d'un ami pour regarder ses messages, photos ou vidéos, 44% déclarent avoir photographié ou filmé un ami à leur insu, 8% avoir filmé des bagarres pour les diffuser, 19% déclarent avoir pris le portable d'un autre pour envoyer des messages à sa place.

Ainsi le cyberharcèlement peut consister aux mêmes types d'agression verbale ou d'ostracisme « virtuel » que le harcèlement classique, mais le cyberharcèlement sexuel semble plus banalisé.

Le « sexting », de plus en plus fréquent (2 à 4 adolescents par classe), consiste à envoyer des messages ou médias, en vue de la recherche ou du maintien d'une relation amoureuse, voir en vue de briser la réputation ou d'obtenir des relations sexuelles contraignantes. Le « revenge porn » consiste à envoyer des photos intimes, initialement partagées avec consentement, sur les réseaux sociaux[14].

A titre d'exemple la « Facebook dépression »[17] est un phénomène marqué par un usage très important de Facebook en négligeant la «vie réelle», avec fréquentation de sites dangereux qui encouragent la prise de toxiques, les comportements automutilatoires, les suicides.

2.4.2 Liens avec le harcèlement scolaire «traditionnel»

Les auteurs ne sont pas unanimes sur la définition du cyberharcèlement, qui n'aurait pas le même caractère déséquilibré qu'une relation non virtuelle, car la victime « pourrait » se défendre plus facilement sur internet. Cependant le cyberharcèlement pourrait durer plus longtemps, du fait du maintien des données numériques sur le net.

Une étude en Indre et Loire sur 738 collégiens montre que seuls 20% des élèves impliqués dans le « cyberbullying » le sont aussi dans le « school bullying »[18].

Une étude de profil psychologique en 2013 sur 151 adolescents à Toulouse montre une forte corrélation chez les victimes entre cyberharcèlement et harcèlement « traditionnel », et comme facteurs de risque communs: phobie sociale, dépression, traits de soumission[19].

Une enquête sociologique française montre un lien inverse entre harcèlement à l'école et sur le net : les victimes à l'école deviendraient agresseurs sur le net par vengeance[14]. Les protagonistes seraient « *plus asociaux qu'agressifs* ». Les plus gros consommateurs d'écrans (plus de 3h par jour) seraient 4 fois plus à risque d'être « cybervictime ». Le phénomène diminuerait pendant les vacances scolaires. Les filles utiliseraient d'avantage les messageries et les garçons les vidéos compromettantes.

Les facteurs de risques seraient cumulatifs[20] : adolescence, état dépressif majeur, cyber agresseur ou victime « traditionnelle », difficultés psychosociales ou trouble de personnalité.

Les enfants impliqués dans le cyberharcèlement auraient tendance à moins verbaliser aux adultes les difficultés rencontrées, par peur de la confiscation du matériel.

2.5 Théories explicatives

Comme nous l'avons vu, le nombre des publications sur cette thématique présente un développement exponentiel ces dernières années. Les champs d'analyse et les théories présentées dans ces études sont variables.

Nous retrouvons des analyses de type éthologique, psychodynamique (dynamique de groupe) neuro-développementale, biologique, cognitif, génétique. Elles permettent une approche complémentaire de ce phénomène.

2.5.1 Dynamique de groupe

N. Catheline, pédopsychiatre française, a développé une analyse du phénomène à travers l' échec de la dynamique de groupe. Elle développe l'idée d'un point de départ lié à une «différence jugée dérangeante» par le groupe, relative ou absolu[21]. Cela peut être par exemple :

- Un élève studieux dans une classe dissipée, un nouvel arrivant...
- Une différence physique : poids, taille, cheveux, acné…
- Des vêtements, des centres d'intérêts différents.

Les différences les moins bien tolérées seraient l'autisme, les troubles anxio-dépressifs, le retrait social, les troubles de l'attention, le bégaiement, la précocité intellectuelle, l'homosexualité. Les mieux tolérées seraient les troubles moteurs, les maladies chroniques. Les harceleurs et harcelés partageraient une même vulnérabilité, puisque les rôles pourraient parfois s'inverser[22,23].

En outre, l'adolescent en recherche identitaire, se construit autour de groupes. Le groupe offre des identités provisoires, mais celles-ci sont souvent « *égalitaristes* », c'est-à-dire qu'un élève trop diffèrent du groupe pourrait le mettre en danger. Certains individus plus « *populaires* » organiseraient ainsi leur propre groupe et demanderait à ses membres d'en accepter les conditions, sous menace d'en être exclu (ce qui permettra donc, de s'assurer du silence des victimes et des témoins).

Dans le harcèlement, il est donc question d'une relation triangulaire entre un agresseur, une victime et des spectateurs. Les enfants harcelés seraient pris dans une attitude de sidération et de honte dans laquelle les difficultés ne peuvent pas se verbaliser. Souvent, le fait que les relations soient amicales initialement, complique la démarche de signalement aux adultes et la détection par ceux-ci. La victime pense alors pouvoir se débrouiller seule, a peur d'inquiéter ses parents, a peur d'aggraver le problème. La « honte » persiste alors comme un sentiment tenace pendant des mois voire des années[7]. De plus, la conduite du harceleur est justifié par la non intervention des témoins.

Ainsi le rôle de témoin (ou spectateur) est majeur car il vient valider les deux autres rôles lors d'une situation de harcèlement scolaire[21].

On décrit plusieurs « profils » de témoins, qui peuvent être des élèves, des professeurs, des surveillants. Ils seraient souvent impliqués eux-mêmes comme harceleurs ou victimes. Leur comportement serait soit actif (suiveurs) comme dans le cas du « mobbning » (comportement en meute) que l'on peut observer dans le « happy slapping », soit passif (« outsiders ») par peur de représailles, d'être « vu comme une balance », soit défenseurs de la victime. Le harcèlement perdurerait tant qu'il y aurait des témoins[24].

2.5.2 Empathie et alexithymie

Parmi les thèses explicatives, **l'empathie** (la capacité à partager l'état émotionnel d'autrui de manière isomorphe, à imaginer le ressenti possible d'autrui dans une certaine situation) et l'**alexithymie** (une difficulté à identifier, différencier et exprimer ses émotions) sont deux concepts fondamentaux du fonctionnement affectifs souvent décrits dans la littérature. Certaines études montrent en effet une corrélation positive entre déficit d'empathie et risque d'être harceleur d'un côté, alexithymie et risque d'être harcelé d'un autre côté[25,26].

2.5.3 Théorie de l'attachement

Selon la théorie de l'attachement, il y aurait 4 types de style éducatif : sécure, désorganisé, ambivalent, évitant. Seul le premier permettrait une juste **régulation des émotions** (car les expériences vécues auraient été verbalisées régulièrement par les proches) et le développement d'une **empathie groupale.** Les autres styles seraient donc des facteurs de risque d'être concerné par des situations de harcèlement (agresseur et/ ou victime)[9].

2.5.4 Théorie cognitivo-comportementale / traitement de l'information sociale

Le modèle du traitement de l'information sociale de Crick et Dodge (1994) s'appuie sur le concept d'interaction entre l'information (stimulus externes) et des étapes de traitement de cette information par des processus centraux (régulation des émotions, gestion des compétences sociales…). Plusieurs études montrent des **biais dans le traitement de l'information sociale** selon le statut de l'enfant dans les situations de harcèlement[26,27]**.** Les agresseurs montreraient de moins en moins de schémas comportementaux différents de l'agression, les victimes de moins en moins de schémas comportementaux différents de l'évitement. Victimes et agresseurs

attribueraient d'avantage d'intention hostile à leurs interlocuteurs et les victimes montreraient un déficit de reconnaissance des émotions. Ces recherches développent la pertinence d'un travail spécifique sur les cognitions « biaisées », afin d'enrayer le cercle vicieux de ce phénomène.

Le biais cognitif de sensibilité au rejet de enfants victimes serait préexistant (études utilisant le Cyberball) et favoriserait les situations de harcèlement scolaire. Certains auteurs alertent donc sur la nécessité de différencier ce qui relève d'une sensibilité accrue au rejet (et d'un possible auto-report de victimisation), d'une situation « réelle » de victimisation (rapportée par les pairs également)[28].

2.5.5 Profil biologique et génétique

Une étude de 2008 montre un lien entre harcèlement et activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, évaluée par des mesures répétées du cortisol salivaire. Cette même étude montrerait une hypersécrétion chez les garçons et hyposécrétion chez les filles, dans des situations de harcèlement. Une étude de 2019 sur les profils génétiques retrouve une association entre harcèlement scolaire et 5 patterns génétiques impliqués dans la présence d'un TDA/H (trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité) , de trouble des conduites, et également associé à l'index de masse corporelle, et à l'intelligence[29].

2.5.6 Trouble du neuro-développement

Plus globalement, les enfants qui présentent des troubles du neuro-développement ont souvent des symptômes associés à type de trouble de la communication, d'inattention, d'impulsivité verbale et motrice, ou encore de dysrégulation émotionnelle, autant de facteurs associés à des difficultés dans les relations avec les pairs, qui peuvent favoriser ainsi les situations de harcèlement scolaire.

Notamment , les troubles du spectre de l'autisme (TSA) seraient associés au harcèlement scolaire dans 65 à 95% des cas chez l'adulte sans déficience intellectuelle[30]. Les jeunes patients avec un TSA représentent une population dite « à risque » de victimisation scolaire[22]. La vulnérabilité initiale des enfants souffrant de TSA (symptômes de retrait, anxiété..)[31] est à la fois facteur de risque et aggravée par l'exclusion par les pairs ; cela mène à un cercle vicieux. Nous verrons dans le chapitre sur les troubles associés au harcèlement, le risque suicidaire majoré dans les populations souffrant de TSA.

2.6 Regards sociologiques sur le harcèlement et la violence scolaire

Violence et violence scolaire sont des entités dont la sociologie a souvent étudié l'envergure et les mécanismes. Nous proposons un rapide aperçu de quelques références sociologiques afin de mesurer la portée et les limites à attendre de cette étude.

2.6.1 Histoire de la violence scolaire

En quelques décennies, la violence scolaire est devenue un objet éminemment médiatique, et un sujet de santé publique. Progressivement à partir des années 1990 et suite à des « agitations scolaires », les médias s'emparent du sujet. Rapidement une réponse institutionnelle apparait, notamment à travers la commande d'un rapport d'expert sur le sujet puis la création d'institutions officielles comme l'observatoire de la violence scolaire, d'abord national, puis internationalisé en 1998[32]. Il faut aussi chiffrer le problème, les statistiques sont lancées en 1994. Cela apparait tout d'abord comme marginal, mais un logiciel créé en 2001 (SIGMA) propose de recenser alors tous les actes de violences des établissements. Il est vite suspendu en 2006 car la publication des résultats stigmatise encore une fois les « établissements à problèmes. » Cette procédure est aussi critiquée par son manque de régularité : définition des actes à recenser, différences de signalement selon les chefs d'établissement. En 2006, 82000 actes sont signalés, mais il est difficile d'en faire des catégories uniformes. Ainsi, la définition proposée initialement pour les actes de violence grave comprenait tout type de qualification pénale et signalement aux institutions publiques, ainsi que le retentissement sur la communauté scolaire. Une autre difficulté de repérage résidait dans le fait que les mêmes élèves étaient victimes et auteurs. Le terme « scolaire » recouvrait aussi des actes commis en dehors de l'établissement.

Suite à cet échec d'évaluation, des dépistages à grande échelle dans les écoles tentent alors de réduire le « chiffre noir » (l'écart entre le chiffre réel de la violence et les statistiques ministérielles) par des « enquêtes de victimation » par auto-déclaration (questionnaires dans les écoles). Ici encore la légitimité de cette recherche est fragilisée par son caractère inéluctablement subjectif et la difficulté à « montrer » des chiffres « suffisants », afin de motiver les financements dans ce domaine de recherche.

En parallèle, un nouveau vocabulaire apparait progressivement et se modifie au fil du temps. Le chahut est décrit avant que ne s'inventent les violences scolaires. Puis apparaissent les brimades, les intimidations, les micro violences, les micro agressions. D'autres termes plus inspirés par la criminologie font leur apparition : les incivilités, le comportement antisocial. Le « sentiment d'insécurité » associé au « violences urbaines », trouve son équivalent scolaire : le « climat

scolaire ». Le « bullying », le harcèlement scolaire, finit par être adopté, à la recherche d'une définition la plus précise possible.

Cette forme de violence fut alors décrite comme dominante parmi tous les actes de violence scolaire, le chiffre de 10% est ainsi souvent repris médiatiquement pour justifier de l'intérêt à porter à ce problème.[33]

D'un autre côté, les études médicales sur le sujet se multiplient et « prouvent » l'implication directe du harcèlement scolaire sur le développement de troubles psychiatriques ou sociaux (suicide, anxiété, criminalité…). Nous développerons ces éléments de littérature médicale dans un chapitre suivant.

A partir de tous ces éléments, le « harcèlement scolaire entre pairs » devient « naturellement » un sujet de santé publique.

2.6.2 Taxinomie et normes sociales

Plus globalement, il est aussi nécessaire de resituer la taxinomie des violences autour des enfants. Ainsi, châtiment corporel, dressage, punition, humiliation, bagarre entre pairs, et plus récemment bizutage, n'ont pas toujours été classés dans le registre des actes violents, ils étaient considérés par certains comme relevant d'une éducation saine et légitime ou d'une socialisation normale.

C'est d'ailleurs une des difficultés reconnues par les acteurs de la prévention contre le harcèlement scolaire, face au discours de certains des protagonistes (les professeurs ou parents) qui peuvent évoquer son caractère historique et socialisant.

Ces termes sont influencés à la fois par la demande sociale et les références théoriques[33,34], mais la dénomination du comportement d'un individu fait toujours référence aux déviances, donc indissociablement aux normes sociales, qui sont alors souvent implicites. Il s'agit de mesurer le « degré de conformité » à ses normes sociales. Nommer les choses permet donc d'acquérir un certain pouvoir, et surtout une légitimité de chercher les origines de la violence dans une certaine direction.

Claire de Saint Martin explique ainsi que dans une logique de prévention, l'usage du mot « incivilités » utilisée dans les années 1980 a permis de traiter tous les types de violences même « invisibles » pour les adultes (du vandalisme au bruits, des insultes), mais surtout d'« *élargir l'empan hors du champ pénal* » [35]. Mais un mot n'arrive jamais seul, l'incivilité va de pair avec la naissance de la notion d'« insécurité au quotidien ». L'auteur dénonce la rapide « *criminalisation*

des faits ordinaires et le « *culturalisme xénophobe* » qui en découlent. Ainsi les experts, observant les dérives possibles de telles dénominations qui mélangent actes et identité, avancent d'autres termes. Celui de « micro-violences » est inventé pour lutter contre une surmédiatisation des phénomènes violents, mais il inclut toujours les mêmes actes. Puis le « school bullying » venant des pays nord-européens a été traduit en « harcèlement scolaire entre pairs ».

P. Vienne dénonce l'usage de tous ces termes : « *une catégorie tellement ouverte et étendue qu'elle perd automatiquement toute pertinence*[36].» F. Dubet, devant cette sur-médiatisation, explique que « *la violence scolaire devient une catégorie générique d'autant plus efficace qu'elle est du point de vue normatif sans ambiguïtés, la violence c'est mal.[…] La violence offre une légitimité immédiate à celui qui la condamne. […] Cependant elle désigne à la fois des conduites et des risques réels et une perception de ces risques qui ne les reflètent pas* » [37].

Pour Claire de Saint Martin, les risques principaux de ces taxinomies, sont la sur-individualisation des responsabilités et la **décontextualisation des faits** : psychologisation à outrance des protagonistes avec risque identitaire, évacuation de tout autre type de violence (violence symbolique ou institutionnelle, violences des professeurs), alors que la violence est « un fait social »[35].

Le terme « victime » est important à déplier lui aussi pour comprendre les enjeux. Les enquêtes de « victimation scolaire » utilisées depuis les années 1990 se centrent sur la « perception qu'ont les victimes » de la violence scolaire. La dimension contextuelle, interrelationnelle est évacuée de ces enquêtes. Seule la victime peut nommer la violence.

La législation joue aussi son rôle. D. Salas, magistrat, repère également que « *notre société et notre justice traduisent d'une part une forme d'effacement de la responsabilité individuelle, de la culpabilité, de l'homme coupable, et d'autre part une sur-individualisation du côté des victimes, qui place notre société sous l'empire de l'émotion* »[38]. Les victimes viennent au premier plan pour exiger elles-mêmes une réparation qui vient embarrasser le législateur et le juge ». Il différencie victime singulière et invoquée. Cette dernière forme est la voie de l'instrumentalisation. Il dénonce « *une attraction forte pour le statut judiciaire de la victime et des « moral panic* » qui légitiment de nombreuses répressions qui perdent le sens de la réalité. En France, il décrit une majoration de la responsabilisation des malades mentaux, une intrusion de plus en plus présente des associations de patients pour peser dans l'individuation de la peine, normalement réservées aux magistrats.

Il déplore la disparition du tiers dans le rapport victime-coupable qui engendre un « engrenage » victime-pénalisation automatique.

Revenons à la violence scolaire. Pour la délimiter, nous développerons les théories sociologiques sur le sujet.

2.6.3 La violence scolaire en sciences sociales

La tradition sociologique décrit plusieurs types de violences scolaires. F. Dubet s'applique à décrire trois logiques différentes de la violence scolaire : la déviance tolérée, la violence sociale, les violences « anti-scolaires » [37].

Concernant la déviance tolérée, l'auteur déplore « *la disparation des zones de déviance tolérée [et] l'affaiblissement de la connivence culturelle entre les maîtres et les élèves*»[37]. Certains comportements autrefois tolérés sont rapidement étiquetés comme violents voir criminalisés. Il ne s'agit pas de juger les évènements mais d'expliquer en quoi cet étiquetage systématique renforcerait l'écart culturel entre maitres et élèves et donc la violence elle-même. Tous les événements immédiatement interprétés comme violents peuvent renforcer la violence elle-même, dans une perspective interactionniste[39].

La violence sociale est décrite comme un type de violence extérieure à l'école, qui y rentrerait par effraction. Elle dégage ainsi l'école de toute responsabilité. Le contexte social des quartiers populaires (chômage, précarité) et « *les processus de destruction des cultures et des identités traditionnelles [non relayés] par une intégration économique et sociale* » participent à la genèse de comportements qui se jouent en dehors et dans l'école. L'auteur rappelle que l'école définie comme sanctuaire n'était valable que tant qu'elle pouvait « *éliminer les élèves qui n'acceptaient pas d'en jouer le jeu. […] Tous les débats autour de l'exclusion des élèves balancent entre ces deux pôles, [exclure ou accompagner socialement] les élèves. Les plus violents sont souvent les élèves les plus « victimes » [de cette violence sociale]* ».

Enfin, il décrit les violences « antiscolaires », celles dont les acteurs ont le plus de mal à déchiffrer les logiques. Il fait référence à l'institution « système scolaire » comme acteur propre de cette violence, avec ce qui se nommait auparavant « des violences symboliques » (Bourdieu, Durkheim). « *L'école expose les individus à des épreuves qui mettent en jeu leur valeur* » donc leur estime de soi. Quand ils échouent, les élèves essaient de se préserver du jugement scolaire et cela peut ainsi implicitement légitimer certains comportements « pour garder la face » : retrait, exit, violence contre les professeurs et le matériel.

Dans le même ordre d'idée, B. Mabilon Bonfils explique que « *la violence est symptomatique des procédures d'étiquetage et de disqualification à l'œuvre à l'école […] la visée identitaire et unificatrice de l'école a échoué* »[34].

F. Dubet explicite trois paradigmes pour expliquer la violence :

- une anthropologie qui décrit l'homme comme foncièrement « *méchant, brutal, agressif en dehors des situations utiles* ». Ainsi dans cette tradition, E. Durkheim décrit les bienfaits de l'intégration de valeurs morales, d'une éducation, d'une religion. La violence apparait quand ces valeurs ne sont pas suffisamment ou plus incarnées. La solution proposée est donc « l'éducation morale ».

- dans une anthropologie plus wébérienne, « *l'homme est un loup pour l'homme* », et si l'on veut s'extraire de cette violence « naturelle », seul l'état devrait pouvoir exercer légitimement la violence, y compris sous une forme tyrannique. La discipline et les sanctions seraient donc les solutions légitimes.

- dans un troisième modèle, l'homme serait « *naturellement bon* », ce serait la vie sociale qui le pervertirait, l'homme violent serait lui-même « *une victime* ». Il existe « *des violences légitimes et d'autres qui ne le sont pas.* »

Pour l'auteur ces trois paradigmes sont mobilisés (parfois en même temps) au « *gré des besoins personnels et scientifiques* », mais fondamentalement les modèles sont peu solides, la question de la violence reste « *impensée* ».

F. Héritier, dans un article intitulé « Quels fondements de la violence ? »[40], propose un modèle pour penser les fondements de la violence, dans lequel il s'agit d'analyser les « *ajustements entre les matrices de l'intolérance et de la violence, et la manière de les réguler* ». Elle révèle à quel point toute pensée est formée « *par une binarité* » même/diffèrent, qui permet d'organiser les sociétés autour de besoins fondamentaux universels (besoins vitaux, besoin de sécurité et confiance, besoin de conformité et d'être accepté, envie de possession). Il est nécessaire d'être protégé, de protéger ses proches, et inversement de détruire ou agresser ou tenir à distance tout ce qui ne rentre pas dans la catégorie du proche. « *La loi sociale est garante d'un certain équilibre quelque soient les cultures […] Aucune société n'admet la possibilité illimitée d'agresser ou de tuer , mais elle propose des options possibles en fonction des embranchements logiques* ». (Exemple du droit de mort selon les cultures). L'intolérance est alors expression d'une volonté d'assurer la cohésion et la sécurité de ce qui est considéré comme identique à soi, en détruisant tout ce qui s'oppose à cette prééminence absolue. Poussée au bout, cette logique peut s'appuyer sur des fondements biologiques pour définir qui est humain ou non, et donc légitimer des génocides.

La violence serait le « *produit le plus souvent concerté et organisé de mélanges à chaque fois particuliers de ces différents affects élémentaires* ». Pour l'auteure, une éthique serait possible à condition de « *reconnaitre ces processus toujours déjà à l'œuvre* » malgré nous, et de proposer une éducation à l'altérité.

Ces analyses ont des conséquences politiques, de nombreux sociologues alertent ainsi sur le risque de nombreux « *glissements épistémologiques* » et donc du risque de logique sécuritaire[36]: l'idée d'escalade est souvent reprise (une incivilité prédestinerait à la délinquance future), ce qui justifie notamment l'instrumentalisation de certains programmes de prévention précoce; ou encore l'idée de milieux pathogènes engendrant ces conduites, en faisant référence aux processus de socialisation défaillants dans les familles populaires. Le risque serait alors d'accroitre encore la stigmatisation et la ségrégation de pans entiers de la population (retour de la « classe dangereuse » ou de l'« enfant sauvage »). La légitimité de ces « glissements » est appuyée par la notion de « *défendre les plus faibles* », c'est-à-dire les victimes d'une violence considérée comme hors de la norme avec laquelle nous vivons (et que nous intégrons comme « naturelle »).

J-P. Payet décrit aussi la « *référence républicaine comme un obstacle à la réflexion sociologique, au sens où l'idéologie d'un système scolaire centralisé (puis unifié) occulte l'importance des différenciations sociales liées à l'implantation spatiale des établissements*»[41]. Sous l'idéal républicain, une ségrégation serait en place, qu'il serait important de mettre à jour pour décrire précisément les phénomènes en jeu, y compris la violence scolaire, sans essentialiser les difficultés propres aux établissements « populaires ». Ainsi « *l'école est un lieu politique qui s'ignore comme tel* » [34].

En termes de prévention, pour F. Dubet, « *les établissements qui résistent le plus efficacement à la violence sont ceux qui prennent actes de la pluralité des significations de la violence et qui combinent des systèmes de réponses en surmontant leurs caractères à priori contradictoires*. » Le rôle éducatif de l'école, notamment à la citoyenneté, est primordial.

2.6.4 Questions sociologiques

Ces apports sociologiques nous amènent à penser notre question avec le recul nécessaire pour ne pas tomber dans le défaut d'une « naturalisation » trop rapide de ce phénomène de harcèlement scolaire. Ainsi, nous serons vigilants dans nos constructions théoriques et conclusions, à penser le harcèlement scolaire comme une construction sociale.

3 ÉPIDEMIOLOGIE DU HARCELEMENT SCOLAIRE

3.1 Prévalence

3.1.1 En population générale

Une revue de la littérature[42] de 2014 propose un chiffre global de 20 à 25% pour les enfants concernés par le harcèlement scolaire en population générale. Une autre revue de la littérature de 2014 propose le chiffre de 35% (toujours pour les enfants concernés)[43].

La prévalence en France de ce phénomène est rapportée à 10% d'enfants harcelés, 4 à 6 % d'enfants « agresseurs » et 4% d'enfants à la fois agresseurs et victimes, ce qui donne un pourcentage total de 20% environ d'enfants concernés par le harcèlement scolaire (victime, agresseur, et les deux)[3].

Le rapport ministériel de 2011 en France explore des enquêtes de victimation administrées dans des écoles élémentaires et des collèges. La *figure 2* tirée de ce rapport donne le pourcentage d'enfants victimes, en fonction de la sévérité du phénomène. Le harcèlement scolaire entre pairs représentent 11,6% des enfants. Le même type d'enquête en collège rapporte un chiffre de 10% d'enfants victimes.

IHG classé	Nb. cit.	Fréq.
Non victimes	4662	37,8%
Victimes très occasionnelles	4121	33,4%
Victimes occasionnelles	2110	17,1%
Harcèlement modéré	825	6,7%
Harcèlement sévère	420	3,4%
Harcèlement très sévère	186	1,5%
TOTAL OBS.	**12326**	

Figure 2: Enquête dans 38 collèges en 2011– source : rapport ministériel 2011

Les prévalences seraient nettement plus importantes concernant le cyberharcèlement, un élève sur deux serait confronté à cette situation. Certaines recherches précisent la continuité du phénomène entre le harcèlement « réel » et « virtuel » [19], d'autres montrent une relative indépendance [18].

La prévalence en population générale du cyberharcèlement serait de 15%[43].

3.1.2 En population clinique

Les principales études évaluant la prévalence du harcèlement scolaire en population clinique s'effectuent dans le cadre des urgences, car elles évaluent souvent en parallèle l'association avec l'idéation suicidaire. Nous devons être vigilants cependant aux questionnaires utilisés pour évaluer le harcèlement scolaire.

Une étude réalisée dans un département d'urgence sur 909 sujets décrit une prévalence de 56,2% d'enfants victimes, 16,5% d'agresseurs, 71,2% de témoins, et 21,3% des sujets ne rapportaient pas d'exposition[44].

Une autre étude aux urgences, s'intéressant aux enfants avec trouble du comportement, rapporte (sur 591 enfants) une prévalence de 24% d'enfants victimes, parmi lesquels 77,6% avaient un diagnostic psychiatrique. Les garçons rapporteraient plus de harcèlement scolaire que les filles (p : 0,034)[45].

3.2 Signes de repérages indirects

Les nombreuses études et documents à l'attention des personnels de l'éducation rapportent des **signes non pathognomoniques, mais devant évoquer une possible situation de harcèlement si** ils sont associés.

Dans le domaine scolaire on retrouve parmi ces signes :

- Retards systématiques en cours, absentéisme
- bus « raté »
- affaires « oubliées »
- refus d'aller en cours d'éducation physique et sportive (EPS),
- chute des résultats scolaires (anxiété et troubles de la concentration), devoirs non faits
- troubles somatiques : maux de ventre, céphalées…

Au domicile, on peut retrouver des changements brutaux d'humeur, de copains, d'habitudes, une irritabilité/ susceptibilité, des troubles du sommeil ou de l'alimentation, une majoration du temps passé devant les jeux vidéos ou écrans.

3.3 Facteurs favorisants du harcèlement scolaire

Les facteurs favorisants sont multiples et se situent à tous les niveaux écologiques de l'individu [3,6]

Nous insistons sur le fait que nombre de troubles sont cités à la fois comme facteurs de risque et conséquences des situations de harcèlement scolaire. Notamment, le retrait social et l'estime de soi basse (qui peuvent être inclus dans un trouble anxieux ou dépressif), sont des facteurs de risque importants car associés à une comportement peu assertif, « encourageant » l'agresseur [46].

Au niveau **individuel** sont retrouvés comme fréquemment associés certains facteurs de risque que nous avons déjà développés: trouble du spectre de l'autisme (TSA), trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), trouble du langage, dépression, troubles anxieux, isolement social.

Au niveau **familial,** le type d'éducation (« surprotection », ou « ambiance autoritaire ») la présence de violence intrafamiliale, (y compris entre frères et sœurs et précocement), le niveau socio-économique seraient impliqués. Une étude de 2019 et une méta-analyse de 2013 montrent une association entre type d'éducation parentale (« bonding » du père et de la mère) et le rôle de victime de harcèlement scolaire. Les deux extrêmes, la surprotection et à l'inverse l'indifférence ou la négligence, seraient tous deux en défaveur[47,48]. Une étude de 2012 montre un lien avec l'exposition à la violence, surtout si ce sont des conflits violents et précoces entre frères et sœurs[49]. Les enfants à la fois victime et agresseur, seraient confrontés d'avantage à la maltraitance ou négligence parentale[8].

Une étude de 2019 s'appuyant sur des enquêtes scolaires menées dans 40 pays entre 1994 et 2014, montre une association entre les inégalités sociales et le fait d'être concerné par le harcèlement scolaire (victime, agresseur ou les deux)[50]. Pour les garçons, l'odds ratio est de 5.55 [IC 95% : 2.67-8.44]; P < .001] pour les filles de 2.45 [IC 95% : 0.93-3.97]; P < .001], et respectivement de 18,25 et 15,67 si on ne considère que le fait d'être victime.

Au sein de l'**école**, le groupe de pairs, l'ambiance entre adultes dans l'établissement (existence de conflits), le « climat scolaire » général, l'implication des parents (disponibilité pour leur enfant), la cohérence du projet éducatif, voir l'architecture de l'école (lieux non surveillés par les adultes) joueraient un rôle. Dans le même développement que précédemment, une étude a montré qu'une hétérogénéité de niveaux trop importante dans la classe est un facteur de risque de harcèlement[51].

Sur le plan **sociétal**, les valeurs morales, la reconnaissance du phénomène sont tout aussi importantes [3,6].

3.4 Troubles associés au harcèlement scolaire

Les études longitudinales ont maintenant un recul de vingt ans sur les associations des situations de harcèlement avec certains troubles ou conduites. Pour les harceleurs, les victimes, comme les témoins, sont maintenant bien documentées les associations à court terme et à long terme, dans le domaine scolaire, médical ou social.

Nous nous appuierons sur des études précisant l'association des situations de harcèlement avec un trouble ou une conduite particulière, ou des méta-analyses regroupant plusieurs troubles. Beaucoup de ces études proposent des Odds Ratio (OR) c'est-à-dire le risque de développer le trouble étudié, si l'enfant est considéré comme exposé au harcèlement scolaire, par rapport enfants qui ne seraient pas exposés. (pour exemple et de manière générale, un OR de 3 signifie que l'on a 3 fois plus de risque de présenter la pathologie étudiée, si l'on est exposé au facteur de risque).

3.4.1 Sur le plan scolaire

Sur le plan scolaire, comme nous l'avons déjà évoqué, nous retrouvons :

- Une baisse des performances scolaires, une perte d'estime
- Des troubles des apprentissages (qu'il faut différencier des troubles préexistants à la situation de harcèlement)
- Des décrochages voir des absentéismes, des refus scolaire[3,6,46].

Il s'agit d'être vigilant à l'anamnèse à la chronologie des signes, devant leur caractère trans-nosographique. Pour exemple, une majoration de l'anxiété liée à une situation de harcèlement pourra se manifester par une recrudescence de difficultés attentionnelles, qu'il ne faudra pas attribuer exclusivement à un déficit d'attention ou un trouble des apprentissages (même s'il est préexistant).

3.4.2 Sur le plan médical

Nous aborderons les différents troubles associés aux situations de harcèlement.

3.4.2.1 Troubles somatiques et du sommeil

Les plaintes somatiques retrouvées sont des céphalées, des maux de ventre, des douleurs musculaires, des difficultés d'endormissement, habituellement retrouvés dans les troubles anxieux de tonalité somatoforme[52].

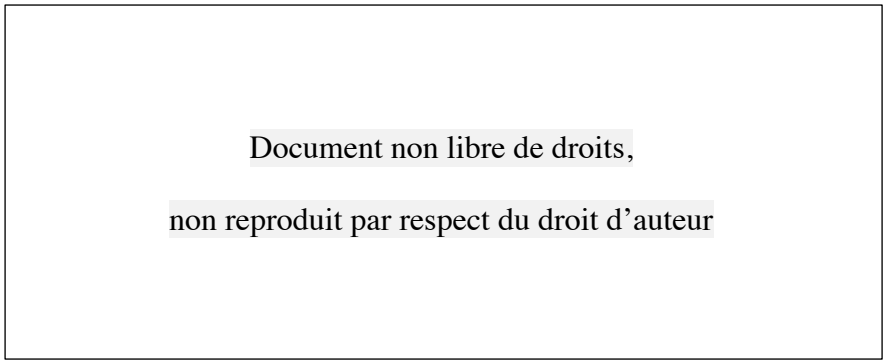
Une étude italienne rapporte pour les élèves victimes de cyberharcèlement une prévalence de 32,5% de symptômes somatiques, versus 12%, après ajustement sur le harcèlement traditionnel et l'intensité d'usage des écrans[53].

3.4.2.2 Troubles anxieux

Plusieurs études récentes montrent une prévalence importante de troubles anxieux parmi les enfants harcelés par rapport à des enfants témoins, avec une composante secondaire au harcèlement forte[42,54,55].

Une étude française de 2015, menée auprès de 734 enfants d'écoles du bassin parisien, étudie le lien entre harcèlement scolaire et symptômes anxieux[55]. Les enfants âgés de 8 à 12 ans ont rempli un questionnaire de persécution par les pairs (PPC 17)[56] et le questionnaire d'anxiété SCARED[57]. Le *tableau 1* montre les odds ratio calculés pour chaque trouble anxieux.

Tableau 1: Anxiété et harcèlement scolaire en population générale; source: Persécution par les camarades et manifestations anxieuses chez des enfants français âgés de huit à douze ans (Greandjean et al. 2016)[55]



Une revue de la littérature de 2019 (sur 71 études) retrouve une association entre trouble anxiété sociale et harcèlement scolaire[58].

Une méta-analyse récente montre un odds ratio (OR) de 1,77 (IC 95% : 1,34 – 2,33) pour l'ensemble des troubles anxieux, en cas de harcèlement scolaire[54]. Il est détaillé un OR par trouble :

- Anxiété sociale : 2,48 (IC 95% : 1,59 – 3, 86)
- TAG : 2,83 (IC 95% : 1,38 – 5,84)

- Phobie spécifique : 2,4 (IC 95% : 1 – 5,6)
- Anxiété de séparation : 4,6 (IC 95% : 2 – 10,6)
- Trouble panique : 3,1 (IC 95% : 1,5 – 6,5)
- Agoraphobie : 4,6 (IC 95% 1,7 – 12, 5)
- État de stress post traumatique : 6,41 (IC95% : 1,93 – 21,22).

3.4.2.3 Troubles dépressifs

Des études de cohortes retrouvent des risques augmentés de développer une dépression à l'âge adulte s'il y a eu harcèlement scolaire dans l'enfance.

Une étude de 2015 propose un sur-risque des enfants victimes de harcèlement par rapport aux enfants maltraités avec un Odds Ratio de 4,9 (IC 95% : CI 2,0-12,0) pour l'anxiété, les auteurs concluant à un effet spécifique du harcèlement scolaire seul par rapport à d'autres types de victimisation (maltraitance à la maison)[59].

3.4.2.4 Troubles alimentaires

Être concerné par une situation de harcèlement scolaire (victime et/ou agresseur) serait associé à des symptômes de boulimie ou d'anorexie pendant l'enfance et l'adolescence mais ne serait pas associé à leur persistance à l'âge adulte[60].

3.4.2.5 Gestes auto-agressifs et suicidaires.

Les situations de harcèlement seraient un des stresseurs les plus fortement associés aux conduites suicidaires[61]. Plusieurs études montrent une augmentation du risque suicidaire chez les enfants impliqués[61–65].

Une méta-analyse de 2019 couvrant plus 130.000 adolescents sur 48 pays montre que le fait d'être harcelé dans l'adolescence est fortement associé au nombre de tentatives de suicide (OR ajusté 3.06, 95% CI 2.73–3.43)[65]. Les motifs initiaux de harcèlement les plus fréquemment retrouvés (et les plus associés aux tentatives de suicide) sont par ordre décroissant : la religion, la nationalité ou la couleur de peau, l'aspect physique. Ce risque serait « dose dépendant », les durées de victimation augmenteraient les risques relatifs de faire une tentative de suicide (durée > 20 jours, OR : 5,51).

Concernant spécifiquement les enfants et adolescents souffrant de TSA, le harcèlement scolaire par les pairs est un facteur précipitant de passage à l'acte suicidaire[21,29]. Une étude retrouve 40% d'idéation suicidaire chez les adolescents ayant subi du harcèlement scolaire[66].

Plusieurs études aux urgences montrent une association entre harcèlement scolaire et idéation suicidaire[45,67,68]. Plus précisément, le cyberbullying serait associé à plus d'idéation suicidaire que le harcèlement traditionnel. Une étude récente propose un OR de 3,19 concernant le risque suicidaire pour les patients ayant été victimes récemment de harcèlement scolaire. Une autre étude montre une prévalence de 77% de harcèlement et de 68,9% d'idéation suicidaire. Un antécédent de harcèlement serait le prédicteur le plus fort d'une idéation suicidaire, avec un OR de 11,5 pour le cyberbullying.

3.4.2.6 Symptômes psychotiques

Une étude de 2009 montre un odds ratio de 1.94 (IC 95%1.54-2.44) concernant le développement de symptômes psychotiques à l'adolescence, si la situation de harcèlement a lieu entre 8 et 10 ans, après ajustement sur les troubles préexistants, la situation sociale parentale, le quotient intellectuel[69]. Une autre étude de cohorte anglaise propose un odds ratio de 1.62 (IC95% CI 1.19-2.20)[70]. Une méta-analyse récente propose un odds ratio de 2.73 pour le développement de symptômes psychotiques (IC 95% : 1.97 – 3.77)[54].

Dans la perspective d'un modèle stress-vulnérabilité, une étude décrit le harcèlement scolaire comme « potentialisateur « de la transition de symptômes de TDA/H dans l'enfance vers le développement de symptômes psychotiques à l'adolescence et l'âge adulte. L'effet propre du harcèlement scolaire serait de 40 à 50%[71].

3.4.2.7 Addictions et trouble des conduites

Plusieurs études montrent une association entre le fait d'être agresseur dans l'enfance, et retrait social, conduites antisociales, violences intraconjugales et maltraitance[3,6].

Des études de criminologues s'intéressent également aux situations de harcèlement scolaire dans l'enfance, comme facteur de risque de développer des troubles des conduites à l'âge adulte.

Une étude de 2011 menée en Angleterre montre une corrélation (après ajustement sur les difficultés familiales et les troubles externalisés) entre conduite de harcèlement à l'école et conduites antisociales à l'âge adulte. Le facteur de corrélation serait de 0.50 sur tout type de harcèlement scolaire et 0.60 en cas de harcèlement physique seul[72].

Une méta-analyse de 2011 regroupe plusieurs études longitudinales ayant eu lieu dans plusieurs pays. Elle montre que le harcèlement est un facteur prédicteur important de conduites antisociales futures (OR = 1.82, IC 95%: 1.55-2.14).

Certains de ces mêmes auteurs se sont intéressés à la consommation de toxiques en lien avec un antécédents de harcèlement. Une méta-analyse menée en 2016 montre ainsi une association avec un OR de 2,22 (95% CI: 1.60–3.07)[73]. Une fois ajusté l' OR se réduit à 1.41 (95% CI: 1.20–1.66) et les auteurs concluent à de nombreux facteurs de confusion qui seraient associés à la fois aux conduites addictives et au harcèlement scolaire.

3.4.3 Sur le plan social et professionnel

Plusieurs études montrent que les personnes en situation de harcèlement scolaire, montrent à l'âge adulte, plus de retrait social, moins d'emploi, peu d'étayage amical, moins de revenus[52].

3.4.4 Conséquences pour les témoins de harcèlement scolaire

Ces éléments individuels sont à relativiser du fait de la dimension groupale et triangulaire des situations de harcèlement, les témoins étant fortement impliqués (de manière passive ou active) dans ces situations. Une étude récente montre ainsi une corrélation entre détresse psychologique et rôle de témoin dans les situations de harcèlement[24]. Comme nous allons le voir, ces différents résultats ont des conséquences sur les politiques de prévention. Pour exemple dans cette dernière étude citée, il est proposé d'impliquer d'avantage les élèves témoins dans la gestion des situations de harcèlement et dans leur prévention (formation, rôle spécifique).

3.4.5 Vulnérabilité versus exposition au harcèlement scolaire

En contradiction avec la plupart des études longitudinales citées auparavant, plusieurs auteurs insistent sur les notions de vulnérabilité et de résilience, à travers la durée des troubles induits dans le temps. Une étude de cohorte sur des jumeaux (mono et dizygotes) montre une influence modérée de l'exposition au harcèlement scolaire sur le développement de troubles psychiatriques au bout de 2 ans, voire inexistante au bout de 5 ans. La *figure 3* ci-dessous en donne un aperçu. Pour ces auteurs, l'implication médicale est importante. Le harcèlement scolaire doit plus être « vu » comme un symptôme du tableau clinique, montrant une plus grande vulnérabilité. Les préventions du harcèlement scolaire devraient se focaliser d'avantage sur ces vulnérabilités, afin de limiter l'apparition de troubles psychiatriques ultérieurs[74].

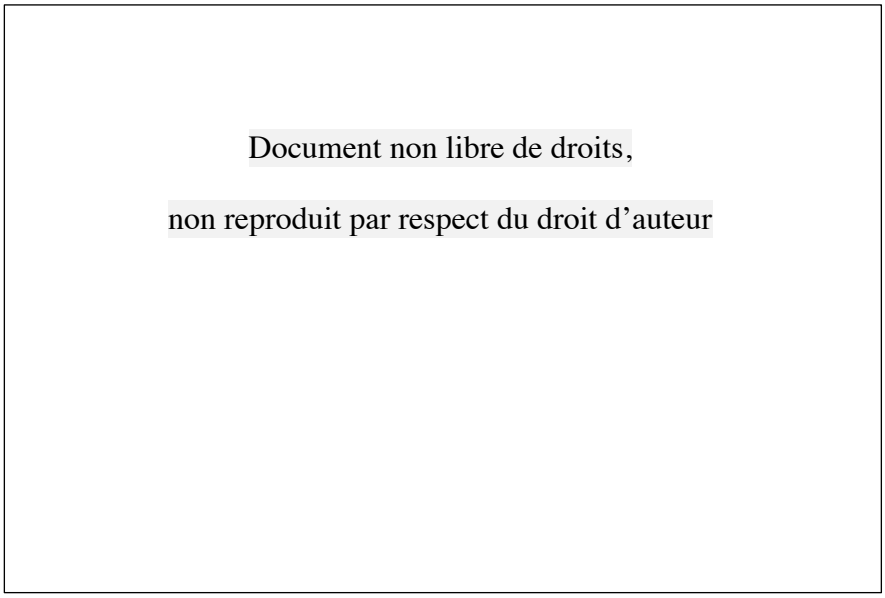


Figure 3: Influence de l'exposition au harcèlement scolaire sur les troubles mentaux dans le temps ; source : « Concurrent and Longitudinal Contribution of Exposure to Bullying in Childhood to Mental Health », (Singham et al. 2017, JAMA)

3.5 Préventions primaires et secondaires du harcèlement scolaire

3.5.1 En France : Éducation nationale

Les campagnes nationales en France contre le harcèlement lancées depuis 2011 (et actualisées tous les 2 ans) vont dans le sens d'une prévention large de ce phénomène, à tous les niveaux. Le nouveau programme (2015) de l'éducation nationale sur l'enseignement moral et civique inclut un travail sur la sensibilité, les émotions, l'empathie, dès le cycle 2 et pour tous les cycles suivants. A titre d'exemple, le volet 1 de cet enseignement prévoit de travailler autour de situation de conflits avec l'utilisation des « messages clairs » (visant à exprimer son ressenti, puis son besoin auprès d'un autre élève ou d'un professeur, ce qui se rapproche de techniques utilisés dans les groupes d'affirmation de soi en suivi de pédopsychiatrie), ou encore des jeux collectifs, théâtre-forum etc.[75]

Plusieurs spécialistes du phénomène ont proposé des jeux à destination du public scolaire, afin de développer l'empathie et diminuer la prévalence du harcèlement : le « jeu des 3 figures » de S. Tisserond[76] dès la maternelle, le jeu « Feelings »[77] plutôt utilisé au collège et évalué par un étude contrôlée en 2014 (dont nous avions évoqué l'objectif d'agir sur l'empathie et l'alexithymie)[78].

Les enseignants sont encouragés à se former, à monter des projets dans ce sens. Des concours ludiques, des informations régulières sont proposés dans les écoles. Des procédures et

informations centralisées sur un site de l'éducation nationale (www.nonauharcelement.education.gouv.fr) ainsi qu'un numéro vert (3020) sont proposées pour toute situation de harcèlement, avec la possibilité de faire appel à des référents académiques et départementaux.

3.5.2 Programmes de prévention

Des programmes entiers ont été évalués dans certains pays, tel le programme Kiva Koulu en Finlande en 2006, qui propose de nombreux ateliers pour développer l'empathie, et une équipe spécialisée au sein de l'établissement, chargée d'intervenir en cas de harcèlement. Ce type de programme a montré une baisse de la moitié des situations de harcèlement[79].

Dans le même registre, on retrouve la méthode Pikas[80] développée en 1975 par le chercheur suédois en sciences de l'éducation Anatol Pikas (cette méthode se nomme aussi méthode d'intérêt commun ou justice restauratrice). Elle vise à promouvoir une prévention secondaire basée sur la sollicitation positive des acteurs, en incluant les élèves impliqués comme agresseur ou témoin dans la recherche active de solutions pour la victime. La médiation par les pairs fait référence à la possibilité de former des élèves médiateurs pour intervenir en cas de conflit entre élèves (sous la responsabilité d'encadrants adultes). Ainsi comme nous l'avons vu, les témoins passifs habituels de telles situations, peuvent désormais avoir un rôle actif dans les résolutions de ces situations.

Humbeeck en Belgique, est un chercheur en sciences de l'éducation, spécialiste du sujet. Il publie, anime, propose une méthodologie d'intervention[81]. Pour cet auteur, le harcèlement scolaire permet aussi de poser des questions et de penser les rapports entre élèves, le « vivre ensemble », la place des enseignants dans d'autres rapports que l'enseignement du « savoir pur ». Qu'apprenez-nous à nos enfants en dehors des savoirs fondamentaux ? C'est une question qui fait débat au sein de la communauté éducative. Humbeeck décrit à quel point le rôle de l'école est aussi d' apprendre à construire ce « vivre ensemble ». Ce n'est pas inné ; sans apprentissage spécifique, les rapports humains se transforment rapidement en compétition, et plus particulièrement dans la cour de récréation[81].

Pour des ressources plus locales, sur la région ex- Languedoc Roussillon et au CHU de Montpellier, le CRIAVS (Centre ressource pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violence Sexuelle) propose une boite à outils (la «BOAT») pour la prévention des violences de tout type, à destination de tous les professionnels travaillant auprès d'enfant de 5 à 18 ans. Cet outil collaboratif recense les programmes et outils francophones existants. Ce centre réfèrent intervient aussi régulièrement en classe sur la question du cyberharcèlement.

Plus globalement, la *figure 4* montre les résultats d'une méta-analyse de 2009 qui regroupe les études des programmes de prévention du harcèlement scolaire utilisés dans différents pays du monde, selon le statut de victime ou d'agresseur[82]. Globalement, les tailles d'effet sont en faveur d'une diminution des situations de harcèlement scolaire (quel que soit le statut). Cette méta-analyse détaille tous les programmes utilisés et leur protocole d'évaluation. L'intensité et la durée des programmes ressortent comme des facteurs clés de leur efficacité[83].

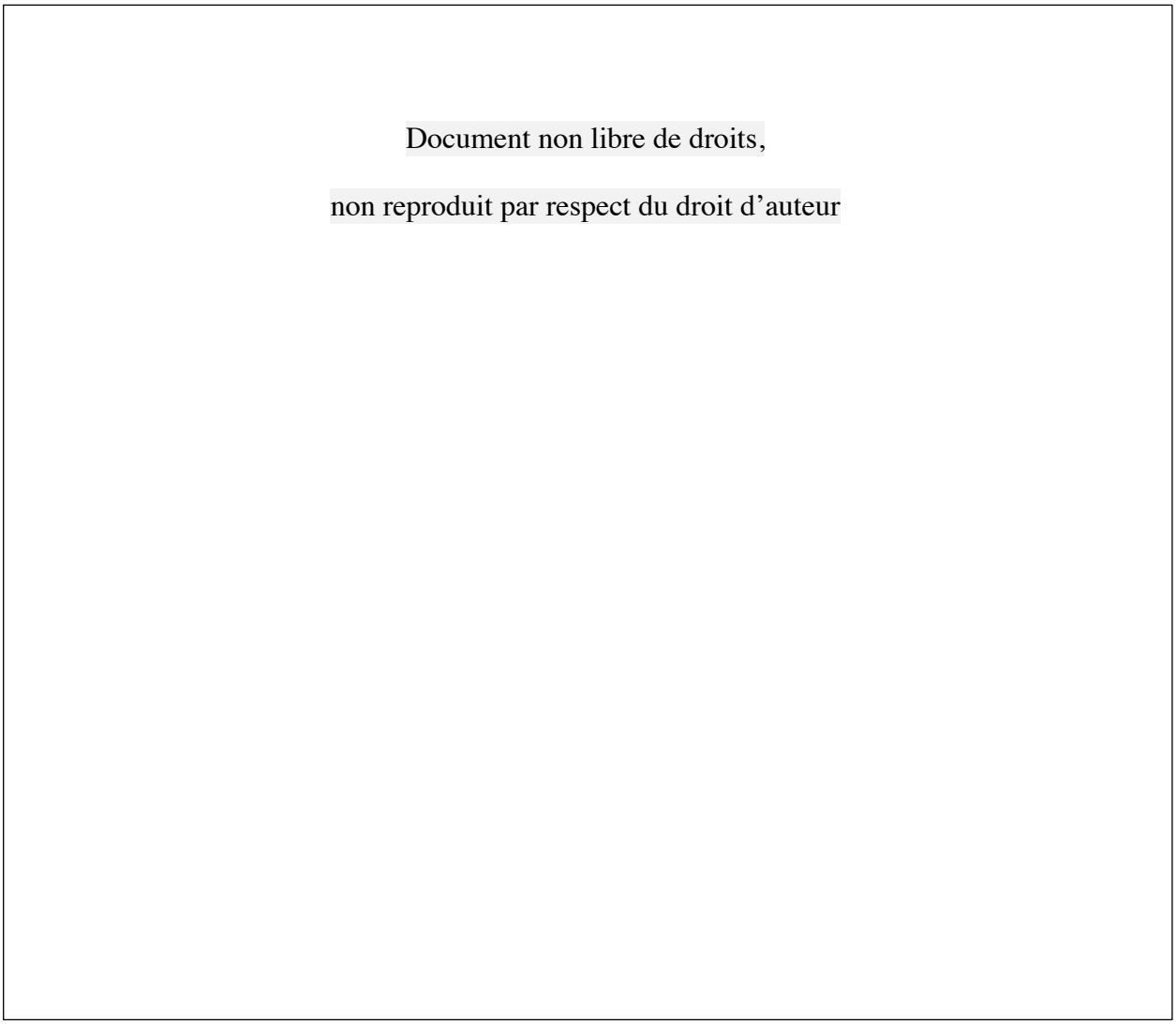


Figure 4: Taille d'effet des différents programmes de prévention du harcèlement scolaire - source: School-Based Programs to Reduce Bullying and Victimization (Farrington & Ttofi, 2009)[82]

3.5.3 Cyberharcèlement

De nombreux sites et documents donnent quelques conseils en cas de cyberharcèlement avéré :

- Ne pas répondre aux messages insultants, agressifs

- Changer les mots de passe régulièrement
- Bloquer les expéditeurs indésirables
- Changer de «pseudo» (le nom visible sur les sites consultés) et prévenir le modérateur
- Utiliser un réseau privé virtuel (VPN) pour être anonyme
- Créer une nouvelle adresse mail et limiter sa diffusion
- Vérifier la sécurité du point d'accès Wi Fi, changer le mot de passe
- Porter plainte à la police, garder des preuves

Sur une dynamique de prévention, on peut rajouter :

- Vérifier les paramètres de confidentialité des réseaux
- Mettre à jour son ordinateur , changer les mots de passe et adresse mail si on quitte son conjoint
- Limiter le nombre d'informations personnelles en ligne
- Ne pas répondre aux inconnus, ne pas donner d'informations personnelles

Il est possible de contacter un numéro vert dédié (0800 200 000) ou le centre national informatique et libertés (CNIL).

Le rôle de parents y est majeur, notamment concernant le respect de l'âge limite, les conditions d'utilisation (en particulier l'acceptation d'amis inconnus sur Facebook), la limitation en durée et pour éviter d'avoir connexion et écran dans la chambre. Il est important de former parents et enfants sur les limites et dangers de la « vie virtuelle ».

3.5.4 Sur le plan pénal

Les informations ci-dessous ont été récupérées sur le site internet du gouvernement (demarches.interieur.gouv.fr). Le site différencie les peines encourus pour violences scolaires, harcèlement scolaire, provocation au suicide. Toutes sont encadrées par des textes de lois. Le harcèlement scolaire est précisé dans l'article 222-33-2-2 du code pénal, modifié le 3 aout 2018.

Après avoir saisi les différents référents de l'éducation nationale, et si la situation n'évolue pas, l'enfant victime de harcèlement scolaire peut déposer une plainte auprès de la police ou de la gendarmerie, ou s'adresser directement au procureur de la république en adressant un courrier au Tribunal de Grande Instance (TGI). Il est possible également de demander une indemnisation auprès de l'établissement considéré comme «fautif» (n'ayant pas agi alors qu'il était alerté de la situation) au tribunal civil (d'instance ou de grande instance selon le montant de l'indemnisation). Seuls les parents peuvent effectuer cette dernière démarche.

Les coupables de faits de harcèlement scolaire âgés de plus de 13 ans risquent des peines de prison et des amendes. Les mesures et sanctions applicables aux mineurs de moins de 13 ans relèvent de dispositifs spécifiques. Ils ne peuvent en aucun cas aller en prison ou payer une amende.

Les tableaux (*tableau 2*) ci-dessous résument les peines encourus selon la majorité de l'auteur. Des circonstances aggravantes existent :

- si la victime a **moins de 15 ans**
- si le harcèlement a été commis sur **une victime dont la vulnérabilité** (maladie, handicap physique ou mental...) **est apparente ou connue de l'auteur**
- si le harcèlement a entraîné une incapacité totale de travail (jours d'école manqués) de plus de 8 jours,
- si le harcèlement a été commis **via internet.**

Tableau 2: Peines encourus en cas de harcèlement scolaire (source : ministère de l'intérieur)

— Auteur mineur

Peines aggravées pour harcèlement scolaire			
Sanction	**Sans circonstance aggravante**	**Avec 1 circonstance aggravante**	**Avec 2 circonstances aggravan**
Peine de prison	6 mois	1 an	18 mois
Amende	7 500 €	7 500 €	7 500 €

— Auteur majeur

Peines maximum pour harcèlement scolaire			
Sanction	**Sans circonstance aggravante**	**Avec 1 circonstance aggravante**	**Avec 2 circonstances aggravan**
Peine de prison	1 an	2 ans	3 ans
Amende	15 000 €	30 000 €	45 000 €

En cas de violence scolaire volontaire et grave, ces mêmes peines peuvent atteindre jusqu'à 7 ans d'emprisonnement et 100.000 euros d'amende si l'auteur est majeur et la victime a moins de 15

ans. En cas de provocation au suicide, qui peut être induit par un harcèlement scolaire, ces mêmes peines peuvent atteindre jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 75.000 euros d'amende.

Nous retenons qu'une **situation de cyberharcèlement sur un adolescent de moins de 15 ans constitue d'emblée une situation pénale avec 2 circonstances aggravantes**.

4 TROUBLES ANXIEUX ET QUALITE DE VIE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Les troubles anxieux ci-dessous sont définis pour la plupart dans le DSM 4 ou 5 (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 4th/5th Edition).

4.1 Troubles anxieux

Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent ont une prévalence parmi les plus élevées (8,3% des 13-19 ans) et ont une forte comorbidité entre eux et avec les troubles dépressifs[84]. La littérature différencie le développement de peurs physiologiques, dites peur développementales, et les caractères qui les rendent pathologiques[84,85]. La *figure 5* permet de repérer par tranche d'âge les troubles anxieux rencontrés, avec en regard les peurs qualifiées de normales.

Document non libre de droits,

non reproduit par respect du droit d'auteur

Figure 5: Peurs normales et pathologiques selon l'âge, source : Troubles anxieux chez l'enfant et aspects liés au développement (M.F. Flament et al., 2014)[84]

4.1.1 Trouble panique et agoraphobie

Rare chez l'enfant (< 1%), la prévalence est de 2 à 4% chez l'adolescent pour le trouble panique et/ou agoraphobie. **L'attaque de panique** est définie par *« la survenue soudaine d'une anxiété, d'une peur ou d'un malaise très intense hors de tout danger réel »*. Les symptômes habituellement retrouvés sont : *« palpitations, transpiration, tremblements, sensation de souffle coupé ou d'étranglement, douleur ou inconfort thoracique ou abdominal, nausée, sensation de vertige,*

déréalisation ou dépersonnalisation, peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou, peur de mourir, sensation d'engourdissement ou de picotement, frissons et bouffées de chaleur ».

Le **trouble panique** est défini par « *la présence de quatre attaques de panique en quatre semaines ou d'au moins une attaque suivie d'une période d'au moins un mois marquée par la crainte persistante de subir une nouvelle attaque* ».

L'agoraphobie peut être associé (ou indépendant du trouble panique). Il est caractérisé par *« la crainte de ne pas pouvoir s'échapper ou obtenir de l'aide en cas de besoin dans diverses situations: être seul en dehors de la maison, être dans une foule ou une file d'attente, être sur un pont ou voyager dans un autobus, un train ou une voiture* ». Cette crainte doit persister pendant au moins 6 mois. Des auteurs précisent dans le tableau clinique la « *réalisation d'examens complémentaires parfois invasifs et répétés qui n'aboutissent pas au diagnostic psychiatrique* »[84,85].

4.1.2 Anxiété de séparation

Sa prévalence chez l'enfant est de 3 à 5% en population générale. Selon le DSM 5, elle est définie par « *une anxiété excessive et inappropriée sur une période d'au moins 4 semaines, lorsque l'enfant est séparé de ses parents ou de la maison* ». Son diagnostic requiert au moins trois des symptômes suivants :

- *« une détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation ou l'anticipation de ces situations;*
- *la peur qu'un malheur touchant l'enfant ou les parents ne rendent la séparation définitive;*
- *une réticence persistante ou un refus d'aller à l'école ou ailleurs, de rester seul, ou d'aller dormir seul ou hors de la maison;*
- *des cauchemars à thème de séparation;*
- *des plaintes somatiques répétées lors de la séparation »*

L'anxiété de séparation est « *associé à la phobie scolaire dans 64% des cas* » (la phobie scolaire n'étant pas un diagnostic au sens du DSM 5)[84].

4.1.3 Phobie spécifique

Sa prévalence est de 3 à 4% en population clinique. Elle est définie par « *une peur intense, permanente et irrationnelle vis-à-vis d'un objet ou d'une situation spécifique, menant à son évitement, et cela sur une période de plus de six mois* ». Ce trouble doit avoir un impact significatif sur le fonctionnement scolaire, familial et social, et/ou l'enfant développe une souffrance marquée

et/ou des évitements. On retrouve plusieurs thèmes: « *animaux, environnements naturels, sang et injections, situationnels (ascenseurs, transport public)* »[84,85].

4.1.4 Mutisme sélectif

Classifié comme trouble anxieux spécifique dans le DSM 5, ce trouble est défini par « *une incapacité régulière à parler dans certaines situations sociales, mais pas dans d'autres* ». Le trouble doit avoir une conséquence sur la réussite scolaire, professionnelle ou la communication sociale, et doit être présente au moins un mois[84].

4.1.5 Trouble anxieux généralisé

Avec une prévalence rapportée de 0.3 à 4.6%, ce trouble est caractérisé par une anxiété et des préoccupations excessives durant au moins 6 mois, concernant un grand nombre d'événements ou d'activités. L'intolérance à l'incertitude est un élément cardinal du trouble.

Sont retrouvés plusieurs symptômes associés mais un seul est nécessaire au diagnostic: agitation, fatigabilité, difficultés de concentration ou de mémoire, irritabilité, tensions musculaires et trouble du sommeil [84,85].

4.1.6 Trouble anxiété sociale (phobie sociale)

Ce trouble, dont la prévalence est très variable d'un pays à l'autre (0.2 à 13% selon le pays), se caractérise par la peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales où l'enfant est exposé au jugement de personnes non familières, pendant au moins 6 mois. Cette peur peut prendre plusieurs formes (cris, opposition, évitement). Le DSM 5 distingue 3 situations: peur de parler en public, peur de manger ou d'écrire devant les autres, peur d'interagir avec des personnes d'autorité[84,85].

4.1.7 Trouble obsessionnel compulsif

Sa prévalence serait de 0.7 à 1.9%. Le trouble obsessionnel-compulsif est défini par « *la présence d'obsessions (pensées, images ou impulsions) et/ou de compulsions (comportements ou actes mentaux accomplis selon des règles strictes)* ». Le trouble est caractérisé par le caractère récurrent et envahissant des actes ou pensées. Les contenus les plus fréquents sont : « *la peur de la saleté ou des microbes, la peur d'un danger menaçant soi-même ou des êtres chers, la symétrie ou l'exactitude, et des obsessions somatiques, sexuelles ou religieuses, et les rituels les plus fréquents sont le lavage, la vérification, le besoin de compter ou de toucher, la répétition d'activités quotidiennes, ou l'accumulation* »[84].

4.1.8 État de stress post traumatique (ESPT)

Sa prévalence serait de 1.3 à 6%, mais certains traumatismes chez l'enfant pourraient majorer cette prévalence (accident de voiture, abus physique ou sexuel…) L'état de stress post-traumatique (ESPT) fait suite à « *l'exposition à un stress extrême, comme la mort, des blessures, ou des menaces à l'intégrité physique de soi-même ou d'autres personnes* ». Le trouble est caractérisé par « *un reviviscence involontaire des scènes vécues, un évitement des situations associées au traumatisme, un émoussement affectif et une hyperactivité neurovégétative, des troubles du sommeil avec cauchemars avec ou sans lien avec le traumatisme* ». Chez l'enfant on peut aussi observer « *une agitation sans but, des jeux répétitifs en lien avec le traumatisme* ». Ces symptômes doivent durer plus d'un mois et altérer significativement le fonctionnement[84,85].

4.1.9 Refus scolaire anxieux (RSA)

D'une prévalence d'environ 0.3 à 1.7%, le RSA n'est pas un diagnostic inclus dans les classifications internationales (dont DSM 5) mais il est souvent comorbide d'un autre trouble anxieux (anxiété de séparation chez l'enfant ou anxiété sociale chez l'adolescent). Il se caractérise par le «*refus irrationnel d'aller à l'école avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique si l'enfant est forcé*», et conduit le plus souvent à la déscolarisation.

Les symptômes sont ceux du trouble associé (anxiété sociale ou de séparation), et souvent d'ordre somatiques (maux de ventre, pleurs, tremblements, malaises). Le risque de complication est important (isolement, dépression, chronicisation d'un trouble anxieux)[21,85].

4.2 Qualité de vie

Nous avons pu décrire les différents troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent, et relever les différentes conséquences possibles sur le fonctionnement social et scolaire. Il existe cependant peu d'études sur l'association générale entre qualité de vie et anxiété chez l'enfant, notamment par difficulté à rendre «objectivable» le vécu des enfants sur différentes dimensions de leur qualité de vie. La plupart des études publiées sur le sujet sont spécifiquement associées à un trouble, somatique ou psychiatrique (pour exemple en psychiatrie, une étude mesure l'impact des troubles anxieux sur la qualité de vie des adolescents souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme sans déficience intellectuelle[86]).

Une étude de 2004 propose l'exploration de l'association entre qualité de vie et diagnostics pédopsychiatriques. Les auteurs retrouvent une qualité de vie générale identique quels que soient les diagnostics établis, mais des spécificités par sous domaine : pour les enfants présentant un

TDA/H, une altération du fonctionnement scolaire et social; pour les enfants souffrant de troubles anxieux, une altération du fonctionnement émotionnel; pour les enfants présentant un TSA, une altération du fonctionnement social; et pour les enfants souffrant de troubles de l'humeur, une altération du fonctionnement émotionnel[87].

Dans la cadre d'une étude sur le harcèlement scolaire et l'anxiété, il nous a donc semblé pertinent de proposer en parallèle une évaluation de la qualité de vie sur les dimensions psychologiques, sociales, parentales et scolaires.

4.3 Vignettes cliniques

Afin d'illustrer notre problématique, nous allons développer quelques exemples différents de harcèlement scolaire entre pairs, d'enfants consultants (les noms ont été changés).

4.3.1 Amin

Amin est un enfant de 10 ans qui consulte en pédopsychiatrie pour une symptomatologie anxieuse d'évolution récente. Le diagnostic d'anxiété de séparation a été posé. Il présente également des somatisations importantes (maux de ventre, céphalées, tensions musculaires), et des troubles du sommeil (type réveils nocturnes et cauchemars). Lors de la première consultation, il évoque des violences physiques répétées par deux élèves de son école, qui passent inaperçus aux yeux des adultes. Chaque jour il est humilié, bousculé par ces deux élèves, mais il ne sait pas comment se défendre, et n'a pas souhaité en parler de peur « que ça empire ». Cela dure depuis 2 mois. Les parents, une fois au courant, ont changé leur enfant d'école. Amin a montré un amendement complet de la symptomatologie anxieuse initiale lors des consultations suivantes.

4.3.2 Flora

Flora a 13 ans ; elle vit habituellement avec sa mère aux alentours de Marseille. Elle vient en consultation avec son père qui habite Montpellier, car elle vient de changer d'établissement scolaire. C'est le troisième en quelques mois. Dans le premier collège, elle avait refusé les avances sexuelles d'un petit ami. Celui-ci pour « se venger », avait fait circuler des rumeurs à connotation sexuelle sur son compte. Flora s'est retrouvée exclue et humiliée par un grand nombre de personnes dans son premier établissement. Rapidement mutée dans un autre d'établissement, la rumeur s'est pourtant colportée sur le deuxième, par relai entre élèves. Les humiliations se sont poursuivies. Flora a commencé à refuser d'aller à l'école. En consultation, elle décrit des angoisses persistantes, des somatisations anxieuses, des gestes auto-agressifs, quelques idées suicidaires passives, des troubles du sommeil. Elle explique avoir eu peu de soutien de la part des adultes,

même lorsque sa mère est intervenue auprès du collège. Les comportements des élèves auraient été banalisés, le comportement de la jeune fille renvoyée uniquement à sa propre « vulnérabilité ».

4.3.3 Augustin

Augustin, 9 ans, vient en consultation car il fait des attaques de panique atypiques en classe et peut se montrer violent avec ses pairs. Il a tenté de fuguer de l'école à plusieurs reprises. Il a déjà changé d'établissement pour le même type de problèmes. L'enseignante et le directeur de l'école insiste pour un suivi, voire pour un nouveau changement d'école. D'autres parents d'élèves insistent eux aussi pour qu'il change d'école car il a pu « effrayer » leurs enfants. Il verbalise peu en consultation, semble très angoissé. Au fil du temps, nous repérons une éducation autoritaire de la part de la mère, et des conflits répétés avec ses pairs autour de ses origines. Il a des difficultés à canaliser ses émotions, ne trouve pas de solution alternative pour apaiser ses frustrations et répondre aux agressions de ses pairs. Le suivi pluri-professionnel aura permis d'apaiser les tensions entre école et parents, d'expliquer « les souffrances » de cet enfant, parfois même en jouant le rôle de médiateur en réunion au sein de l'établissement. Augustin, identifié non plus seulement comme un enfant « agresseur », mais comme un enfant « souffrant », a retrouvé progressivement sa place d'élève au sein de son école.

4.3.4 Yasmine

Yasmine 15 ans, est en 3ème au collège. La première consultation a lieu en réanimation car la patiente à fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire. Le climat familial est conflictuel, Yasmine montre parfois des troubles des conduites, elle dit avoir des conflits répétés avec ses pairs et avec les enseignants. Au collège, elle a un jour envoyé une photo d'une partie de son corps dénudé à son petit ami. Depuis qu'elle l'a quitté, celui-ci la menace de diffuser cette photo pour la forcer à reprendre la relation. Elle pensait pourtant avoir effacé la photo du logiciel, mais le garçon avait réussi à l'enregistrer. Mettant sa menace à exécution, la jeune fille a reçu en l'espace de quelques jours, des insultes répétées de plusieurs dizaines de jeunes sur son téléphone, y compris d'élèves d'autres établissements qu'elle ne connaissait pas. De nouveau, peu verbalisée et banalisée, cette situation semble avoir été un facteur de stress important dans le passage à l'acte. Aucun trouble anxieux ou trouble de l'humeur n'avait été retrouvé lors des consultations de suivi.

Ces situations sont bien entendues des cas de consultations pédopsychiatriques, dont on peut évoquer le caractère aigu et grave. Mais nous avons imaginé le sujet de cette recherche devant la

fréquence élevée de ces situations et leur complexité. Devant l'intensité de la symptomatologie anxieuse présentée par ses patients, nous avons construit cette étude transversale en population clinique.

5 ÉTUDE CLINIQUE SUR LE HARCELEMENT SCOLAIRE ET L'ANXIETE

5.1 Problématique

Étant donné les facteurs de risque et conséquences du harcèlement connus dans la population générale, et leur forte prévalence en consultation pédopsychiatrique, il est fort probable qu'une proportion substantielle de jeunes consultants soit confrontée à une situation de harcèlement, même si cette dernière n'est pas le motif initial de consultation. De plus, face aux difficultés de repérage dans les établissements, les consultations pédopsychiatriques ayant typiquement lieu en dehors du milieu scolaire peuvent s'avérer un lieu d'écoute privilégié (notamment grâce au secret médical). En outre, en consultation pédopsychiatrique, il est d'usage de réaliser une analyse multidimensionnelle de la vie du patient (anamnèse complète, symptomatologie somatique et psychiatrique, histoire familiale, pratiques éducatives, fonctionnement scolaire) et ce, sur plusieurs années de la vie du patient. De telles informations, rarement obtenues dans le cadre scolaire, sont critiques pour faire évoluer la compréhension des causes et conséquences du phénomène de harcèlement. Enfin, la consultation pédopsychiatrique offre des possibilités de prévention primaire et secondaire de ce phénomène qui lui sont propres (psychothérapie individuelle ou en groupe, coordination avec l'établissement scolaire…).

Malgré l'apport potentiel des consultations pédopsychiatriques pour la compréhension du phénomène de harcèlement et sa prévention, aucune étude publiée à notre connaissance n'a encore été effectuée dans ce cadre-là.

Dans ce sens, si nous nous intéressons à une population clinique, il est opportun de se demander tout d'abord si la proportion d'enfants qui vivent une situation de harcèlement (quel que soit le statut) est plus importante en population clinique pédopsychiatrique qu'en population générale. En comparaison avec les enfants non concernés, les enfants concernés par le harcèlement (victime, agresseur ou les deux), sont-ils plus anxieux, ont-ils une moins bonne qualité de vie que les autres enfants consultants ? Retrouve-t-on des facteurs communs ? Ces éléments justifient-t-il une prise en charge spécifique du harcèlement scolaire ou une attention particulière dans le tableau clinique?

5.2 Objectifs de l'étude

L'objectif principal est de comparer, en population clinique, l'anxiété des enfants concernés par le harcèlement (victime et/ou agresseur) par rapport aux enfants non concernés.

Les objectifs secondaires comprennent :

- l'étude de la fréquence des situations de harcèlement en population clinique afin de la comparer à la population générale.
- la comparaison entre enfants concernés ou non par le harcèlement scolaire, pour différentes dimensions de la qualité de vie (incluant notamment le soutien par les pairs, les parents, et l'humeur afin de vérifier la concordance avec l'anxiété mesurée).
- la comparaison entre enfants concernés ou non par le harcèlement scolaire, concernant les diagnostics médicaux posés en consultation de suivi pédopsychiatrique.
- la sous-analyse de ces différentes comparaisons, détaillée par statut (non concerné, victime, agresseur ou les deux).

En filigrane, ces différents éléments permettront d'évaluer la pertinence du repérage de ces situations de harcèlement scolaire lors des consultations pédopsychiatriques, à fins d'évaluation, de prise en charge ou de prévention.

5.3 Hypothèses

De manière cohérente avec les recherches déjà effectuées sur le sujet en population générale, nous nous attendons, pour l'objectif principal et les objectifs secondaires, à une majoration des symptômes anxieux et une moindre qualité de vie chez les patients impliqués dans une situation de harcèlement par rapport aux patients non concernés. Nous émettons également l'hypothèse d'une fréquence plus grande de ce phénomène dans la population clinique.

5.4 Méthodes

5.4.1 Design de l'étude

C'est une étude transversale, observationnelle, analytique, ouverte, monocentrique.

5.4.2 Population

Il s'agit des enfants de 8 à 16 ans reçus en consultation dans le service de médecine psychologique pour enfants et adolescents secteur 2 du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Montpellier. Cette unité propose des consultations individuelles médico-psychologiques, des évaluations multidisciplinaires à visée diagnostique, concernant l'ensemble des troubles du neurodéveloppement (dont le trouble du spectre de l'autisme, les troubles «dys» et le trouble déficitaire de l'attention), ainsi que l'ensemble des troubles psychopathologiques de l'enfant (incluant notamment les troubles anxio-dépressifs, le refus scolaire anxieux…).

Cette unité propose également des prises en charges en remédiation cognitive et en groupes thérapeutiques (concernant l'hyperactivité, les troubles du comportement, la gestion des émotions, l'affirmation de soi, les habiletés sociales, ou les troubles de la motricité), des groupes d'éducation thérapeutique et de psychoéducation à destination des parents et des aidants, des soins en hôpital de jour.

Chaque patient admis est reçu initialement en rendez-vous par une infirmière du service pour faciliter l'orientation ultérieure.

L'étude s'étend sur la période comprise entre mars et octobre 2018. Ces enfants et leurs parents ont reçu une note d'information sur la recherche (adaptée pour les enfants). Le seul critère de non inclusion est un niveau de langage écrit et oral en français insuffisant pour la compréhension des questionnaires.

5.4.3 Instruments et recueil de données

Le recueil de données a été réalisé grâce à des auto-questionnaires, distribués systématiquement à tout nouveau consultant. Ces questionnaires étaient accompagnés de deux courriers d'information, l'un destiné aux parents, et l'autre aux enfants consultants, dans une version adaptée (cf. Annexes). Les consultants pouvaient à tout moment s'opposer à la récupération et au traitement des données les concernant. Toutes les questions s'adressaient aux enfants exclusivement, mais le (ou les) parent(s) pouvai(en)t aider à la compréhension des questions. Ce recueil de questionnaires était composé de 3 échelles avec 86 questions au total. Ces 3 échelles sont les suivantes :

5.4.3.1 Le « rBVQ » pour le harcèlement scolaire

« **Revised Bullying/Victim Questionnaire » (rBVQ)** valide à partir de 8 ans ; ce questionnaire créé par D. Olweus en 1996 est le plus utilisé dans la littérature sur le harcèlement pour le dépistage des situations de harcèlement dans les écoles. Il est validé en français et compte 18 items, répartis en 2 sous échelles sur les agissements agressifs subis et adoptés par l'enfant pendant les deux derniers mois. Chaque item est coté sur une échelle de Likert de 5 propositions allant de «jamais» à «plusieurs fois par semaine». A partir de l'item général, le seuil intermédiaire de «2 à 3 fois par mois» permet de définir un statut pour chaque patient recruté: «victime», «agresseur», «victime et agresseur», «aucun des deux»[88]. **Ce questionnaire permettra donc de définir les groupes qui seront comparés.** Les autres items définissent les types de harcèlement subis ou agis: moqueries, surnoms méchants, insultes, ostracisme, bousculade, coups, vols, casse de matériel, menaces,

remarques sur les origines, la couleur de peau, circulation de fausses rumeurs… Une question porte sur la durée du harcèlement subi.

Le questionnaire précise qu'«*on parle de bullying quand ces situations surviennent fréquemment et qu'il est difficile pour l'élève qui subit cela de se défendre lui-même. On parle également de bullying quand un élève est régulièrement brimé (/malmené) de façon méchante et/ou blessante. On ne parle pas de bullying quand les taquineries/moqueries sont amicales ou "pour rire". De la même façon, on ne parle pas de bullying quand deux élèves de même "force" / "pouvoir" se disputent ou se battent* ».

5.4.3.2 Anxiété par la « SCARED ».

La «Screen for Child Anxiety Related Emotionnal» (SCARED) est un autoquestionnaire évaluant l'anxiété chez l'enfant et l'adolescent. Il permet de dépister les différents troubles anxieux, avec une bonne validité et fidélité[57,84,85]. Nous avons utilisé la forme non révisée validée pour permettre la comparaison avec d'autres études et limiter le nombre d'items globaux sur le questionnaire de passation.

La forme enfant compte 41 items avec une échelle de Likert allant de de 0 à 2 (« pas vrai », « parfois vrai », « souvent vrai ») pour chaque item, soit un score total de 0 à 82. Elle couvre plusieurs échelles syndromiques dont 4 appartiennent au DSM (Trouble panique, Trouble d'anxiété généralisée, Anxiété de séparation, Phobie sociale, Phobie scolaire)[55,89]. Le score total à cette échelle constitue le critère de jugement principal, et les scores aux sous échelles des critères de jugement secondaire. La SCARED décrit des seuils de screening afin d'évaluer la probabilité d'avoir un trouble anxieux.

Pour chaque dimension, les scores seuils sont les suivants:

- SCARED total: un total supérieur ou égal à 25 sur 41 items (score maximum 82) indiquerait un trouble anxieux probable.
- Trouble panique / symptômes somatiques: un sous-total supérieur ou égal à 7 sur 13 items (score maximum 26) serait un indice fort pour la présence du trouble.
- Trouble anxiété généralisée: un sous-total supérieur ou égal à 9 sur 9 items (score maximum 18) serait un indice fort pour la présence du trouble.
- Trouble anxiété sociale: un sous-total supérieur ou égal à 8 sur 8 items (score maximum 16) serait un indice fort pour la présence du trouble.
- Anxiété de séparation: un sous-total supérieur ou égal à 5 sur 7 items (score maximum 14) serait un indice fort pour la présence du trouble.

- Phobie scolaire : un sous-total supérieur ou égal à 3 sur 4 items (score maximum 8) serait un indice fort pour la présence du trouble.

5.4.3.3 Qualité de vie par la KIDSCREEN-27

La « KIDSCREEN » est un auto-questionnaire traduit en français et validé, élaboré dans le cadre d'un projet européen (Kidscreen Europe, 2004). Il évalue la qualité de vie des enfants 8 de 18 ans. Il existe trois versions: la Kidscreen-52, 27 ou 10. Nous utiliserons la Kidscreen 27 pour la durée réduite de la passation (15mn). Il conserve de bonnes propriétés psychométriques par rapport à la Kidscreen-52. La forme «enfant» comprend 27 items portant sur les activités physiques, l'humeur, la vie de famille et le temps libre, les amis et l'école. Chaque item comporte une échelle de Likert allant de 1 à 5 allant de « pas du tout » ou « jamais » à « extrêmement » ou « toujours »[90].

Les scores de chaque dimension sont recalculés pour obtenir un T-Score, permettant les comparaisons entre chaque groupe étudié, et les normes européennes.

Les différentes dimensions sont détaillées ci-dessous :

- Le « bien être physique » explore les activités, l'énergie, les plaintes somatiques en 5 items.
- Le « bien être psychologique » explore les émotions, l'humeur , l'estime de soi en 7 items.
- La « vie de famille » explore la qualité des interactions avec les parents, l'autonomie ressentie en 7 items.
- Le « soutien par les pairs » explore la qualité des interactions avec les pairs en 4 items.
- L'« école » explore le climat scolaire ressenti, la capacité d'apprentissage et de concentration, la qualité de la relation avec les enseignants en 4 items.

5.4.3.4 Questionnaires pour les parents

Les formulaires « parents » des questionnaires SCARED et KIDSCREEN n'ont pas été utilisés, pour ne pas surcharger le nombre de questionnaires (ce qui aurait pu majorer le taux de réponses incomplètes).

5.4.3.5 Autres données

En parallèle, pour chaque enfant inclus, plusieurs autres données seront recueillies à partir du dossier médical :

- Données sociodémographiques : statut marital et professions des parents.

- Données médicales : motif de consultation et diagnostics pédopsychiatriques, évaluation en cours.

Ces données seront récupérées à partir de l'observation infirmière d'admission, des courriers et notes du psychologue ou pédopsychiatre traitant, des tests psychométriques scannés ou effectués dans le service, des demandes de bilan en attente.

5.4.4 Procédure

Il a été proposé de remplir le recueil des 3 questionnaires sus-cités (rBVQ, KIDSCREEN 27, SCARED) pendant la consultation infirmière initiale (première consultation avant décision d'orientation vers un médecin ou psychologue de l'unité). Ils ont été auto-administrés avec le moins d'aide possible de la part du parent présent. Le temps de passation était estimé à environ 15-20 minutes. Les autres données ont été recueillies dans le dossier médical du patient.

Une note d'information a été donnée respectivement aux parents et enfants lors de la première consultation infirmière (avec une forme adaptée aux enfants). Il était possible de refuser la participation à l'étude à tout moment.

Toutes les données recueillis dans le cadre de cette étude ont été communiquées au pédopsychiatre ou psychologue traitant, afin de ne pas interférer dans la prise en charge habituelle du patient, voire de fournir des informations complémentaires utiles à la prise en charge (notamment en cas de situation de harcèlement dépistés par le questionnaire rBVQ ou d'anxiété majeure dépistée par le questionnaire SCARED), sauf si le patient ou sa famille s'y opposait.

5.4.5 Calendrier

La distribution des questionnaires en consultation infirmière a eu lieu de Mars à Octobre 2018. L'analyse a eu lieu de Novembre 2018 à Mai 2019.

5.4.6 Analyse statistique

5.4.6.1 Calcul du nombre de sujet nécessaire

Le nombre de sujets nécessaires à inclure dans la première étape et pour répondre à l'objectif principal dépend de la différence attendu au score de la SCARED entre les groupes d'enfants concernés par le harcèlement (« victime », « agresseur », et « victime/agresseur » (dont le seuil de la sous échelle « agissements » subis ou agis du rBVQ est supérieur ou égal à « 2 à 3 fois par

mois ») versus « non concernés » (tous les autres enfants). Nous nous basons sur les études précédentes proposant une comparaison en population générale entre enfants victimes ou non de harcèlement, ainsi que sur la prévalence d'enfants dans chaque groupe également en population générale (10%, 6% et 4% respectivement pour les enfants « victimes », « agresseurs » et « agresseur/victime », soit 20% d'enfants concernés par le harcèlement).

Nous tenons également compte du nombre habituel de demandes de consultation dans l'unité où a eu lieu la recherche, et de la proportion d'enfants âgés de 8 à 16 ans à inclure dans cette étude.

Les demandes habituelles de consultation sont au minimum de 600 par an, dont 400 enfants âgés de 8 à 16 ans. Une majorité de demandes a lieu sur l'année scolaire (hors temps de vacances scolaires).

Si le nombre de sujet nécessaire à inclure est de 150 personnes et le taux de participation de 70%, il faut donc proposer l'étude à 215 patients, soit une période d'inclusion d'environ 5 mois.

5.4.6.2 Représentations graphiques

Une description globale de l'ensemble de l'échantillon a été réalisée en donnant les fréquences des différentes catégories pour les variables qualitatives. Les distributions des variables quantitatives n'étant pas toujours gaussiennes, la description de ces variables a été faite à l'aide de la moyenne et de la déviation standard. Les représentations graphiques des distributions (« boxplot ») permettent la visualisation de la médiane (ligne pleine), des valeurs minimales et maximales (« moustaches »), et des interquartiles (75ème et 25ème centiles représentés par la « boite »). Nous avons représenté les moyennes par une croix rouge sur les représentations graphiques de la répartition des scores généraux.

5.4.6.3 Distribution et homogénéité des groupes

Les tests de Shapiro et Wilks effectués sur les résultats montrent des distributions non normales. De plus certains effectifs sont petits (<5 pour certaines variables étudiées). Il est donc préférable d'utiliser des tests non paramétriques (comparaison des médianes et non des moyennes) malgré la perte de puissance que cela implique.

5.4.6.4 Tests statistiques

Tous les traitements de données et analyses ont été réalisés sous le logiciel libre R version 3.4.3.

Dans le cas de **comparaison de fréquences (**variables sexe, statut vis-à-vis du harcèlement, diagnostics**)** , nous utiliserons le test du CHI2 d'indépendance, ou le test exact de Fisher si les effectifs théoriques sont inférieurs à 5. Ce dernier test permettra de calculer des Odds Ratio pour certaines variables (avec leur indice de confiance à 95%).

Pour la **comparaison de moyennes** (scores SCARED, KIDSCREEN27, âge), nous utiliserons le test de Wilcoxon ou Mann Whitney (les tableaux afficheront les moyennes et écarts types des distributions).

Pour les **tests sur plusieurs distributions**, nous utiliserons le test de Kruskall-Wallis. Si le test est significatif, cela signifie qu'au moins une des trois médianes est différente des deux autres (ou bien elles sont toutes différentes les unes des autres). Lorsqu'une différence significative apparait entre plus de 2 médianes, ces dernières sont comparées 2 à 2 en appliquant une correction de Bonferroni au seuil de significativité fixé conventionnellement à 5% pour tous les tests utilisés.

Les indices de confiance sont à 95%, les tests sont bilatéraux, le risque Alpha est de 5%.

Les tests qui montrent une différence statistiquement significative avec un risque alpha inférieur à 5% sont représentés par un astérisque (*), les tests très significatifs avec un risque alpha inférieur à 1% sont représentés par deux astérisques (**).

5.5 Comité d'éthique

Cette étude a été soumise au Comité local d'éthique qui a donné son accord pour cette étude en date du 14 /02/2018 sous le numéro *2018 IRB-MTP 02-12*.
Les procédures sont en accord avec les recommandations de la CNIL.

6 RESULTATS

6.1 Populations

6.1.1 Population d'étude et d'inclusion

Nous rappelons qu'il s'agit de toutes les demandes de consultations passant par la consultation infirmière d'orientation dans le service de médecine psychologique pour enfant et adolescent du secteur 2 (MPEA2) du CHU de Montpellier sur la période d'étude définie, pour les enfants de 8 à 16 ans. Pendant la période d'inclusion (8 mois sur la période de Mars à Octobre 2018), **316 consultations infirmières d'orientation ont eu lieu, et 114 enfants** ont rempli le **questionnaire** pour participer à l'étude. Nous allons voir leur répartition par mois, sexe, âge.

6.1.1.1 Effectifs par mois

Nous notons la décroissance du nombre d'inclusions au fil de l'étude. Les nombres moyens de consultations et d'inclusions par mois sont **respectivement de 39.5 et 14.25** (Cf. Annexes, *figure 16*).

6.1.1.2 Effectifs par âge

Nous notons d'emblée la proportion plus importante dans la classe «10 ans». La moyenne d'âge pour les **consultations est de 11.2 années (**écart type : 2.2**) et de 11.5 années (**écart type: 1.9**) pour les inclusions**, sans différence significative (p= 0.28) (Cf. Annexes, *figure 17*).

6.1.1.3 Effectifs selon le sexe

La proportion de **filles est de 36.9% dans les consultations et 36.8% dans les inclusions**, sans différence significative (p=1) (Cf. Annexes, *figure 18*)

6.1.2 Taux de participation

Sur la période d'étude, nous rappelons que 114 patients ont répondu sur les 316 consultations infirmières, soit un **taux global de participation de 36%.** (Cf. Annexes, figure 18)

Les 4 premiers mois d'inclusions oscillent entre 40 et 70% de taux de participation. Les mois suivants de 5 à 20%.

Le taux de participation par âge est d'environ 20% pour les 8.9 et 13 ans, entre 30 et 50 % pour les 11,12, 14, 15 ans, et le taux le plus élevé à 65% concerne la classe des 10 ans.

Une des explications du taux de participation bas pour la classe des 8-9 ans est la difficulté de compréhension des questionnaires pour l'âge que nous reprendrons dans le paragraphe suivant sur les causes de non-participation.

6.1.3 Causes de non participation et de données manquantes

Nous avons récolté peu de données concernant les causes de non-participation pour en donner une représentation graphique. Nous pouvons cependant expliciter les cas les plus courants à partir des informations données par les infirmières du service qui ont mené les entretiens d'admission et distribué les questionnaires.

6.1.3.1 Age des consultants

Les enfants de 8 à 10 ans se sont trouvés en difficulté pour la compréhension de certaines questions. Le vocabulaire utilisé dans certains questionnaires est parfois difficile à saisir d'emblée; il a dû être explicité par l'infirmière ou les parents. Des difficultés propres à cette population clinique se surajoutent parfois (TDA/H, trouble du langage écrit).

6.1.3.2 Trouble du neuro-développement

Quel que soit l'âge du consultant, les troubles de l'attention (TDA/H), les troubles du langage, les troubles oppositionnels, les déficits intellectuels, les hauts potentiels intellectuels, les troubles du spectre de l'autisme ont été des motifs rapportés de non-participation (ou participation très incomplète) à l'étude.

6.1.3.3 Contexte de consultation

La consultation a lieu parfois en urgence avec un contexte familial conflictuel et l'enfant n'est pas disponible pour remplir les questionnaires.

Certains patients sont repartis avec le questionnaire, mais ne l'ont pas ramené (ou pas renvoyé par mail).

6.1.3.4 Autres motifs

Les consultations non honorées, l'oubli de distribution des questionnaires, le refus non motivé lors de la consultation, sont d'autres motifs de non-participation.

6.2 Questionnaire rBVQ sur le harcèlement scolaire

Nous rappelons que ce questionnaire est constitué de plusieurs questions réparties en 2 groupes, qui permettent chacun de définir si l'enfant est **victime (harcelé) ou non pour la première série de questions** et **agresseur (harceleur) ou non pour la deuxième série de questions**.

Chaque enfant ayant rempli le questionnaire peut donc se retrouver dans **4 statuts différents** vis-à-vis du harcèlement, à condition d'avoir rempli les 2 parties du questionnaire rBVQ. Nous appellerons donc « **statut » le positionnement par rapport à ces rôles :**

- Soit **il n'est pas concerné** (ni victime ni agresseur)
- Soit il est **concerné uniquement par le fait d'être victime** (mais il n'est pas agresseur)
- Soit il est **concerné uniquement par le fait d'être agresseur** (mais il n'est pas victime)
- Soit il est **concerné par les deux rôles, il est à la fois victime et agresseur**. (ce que nous avons pu détailler dans le contexte général).

Toutes les **analyses s'effectueront initialement entre les patients non concernés et les patients concernés par le harcèlement scolaire entre pairs** (qu'il soit victime, agresseur ou les deux), puis **par comparaison entre chacun des statuts en analyse secondaire.**

6.2.1 Effectifs et association entre les statuts

Pour l'analyse principale comparant le groupe d'enfants concernés versus le groupe d'enfants non concernés, 104 patients peuvent être inclus dans l'analyse car ils ont rempli au moins une des 2 parties du questionnaire rBVQ, permettant de qualifier leur situation vis-à-vis du harcèlement comme concerné ou non. 10 patients ne peuvent donc pas être inclus (7 garçons et 3 filles)

On retrouve 31 enfants concernés sur 104, soit **30% de la population incluse dans l'analyse.**

Sur ces 104 patients dont nous avons défini la situation, 100 patients ont rempli les 2 parties du questionnaire rBVQ et permettent donc d'analyser le double statut concernant le rôle de victime et d'agresseur : 73 ne sont pas concernés, 15 sont victimes seulement, 5 agresseurs seulement, 7 sont à la fois harceleur et victime (et donc 4 ne peuvent pas être classés).

Le t*ableau 3* montre les effectifs des patients selon le statut vis-à-vis du harcèlement.

Les données montrent d'emblée un plus fort taux de « victime seule » qu'en population générale (15% versus 10%). De même les taux d'enfants agresseurs et agresseurs-victimes sont plus élevés que les taux que nous avions évoqué dans le contexte général.

Tableau 3: Proportions et effectifs selon le statut victime et/ou agresseur

Fréquence	**Non victime**	**Victime**	**Totaux**	**P value**
Non agresseur	73% (73)	15% (15)	88% (88)	0,004**
Agresseur	5% (5)	7% (7)	12% (12)	
Totaux	78% (78)	22% (22)	100% (100)	

La proportion d'enfants agresseurs est plus importante dans le groupe victime que dans le groupe non victime (31.8% (N :7/22) versus 6.4% (N :5/78)) Ainsi, le fait d'être victime est associé significativement avec le fait d'être agresseur (OR :6.6 ; IC 95% : 1.6 - 30.5 ; p= 0.004).

6.2.2 Répartition en fonction de la situation de harcèlement et du sexe

Le *tableau 4* montre les effectifs en fonction de la situation (détaillée par statut) et du sexe. Il n'y a pas de différence statiquement significative dans la répartition des **statuts selon le sexe** (p = 0.2), et dans la répartition des **situations de harcèlement selon le sexe** (31% pour les filles, 29% pour les garçons, p = 1). Nous pouvons observer qu'aucune fille ne se déclare comme uniquement « agresseur » , contrairement au garçons, mais ces répartitions peuvent être due au hasard.

Tableau 4: Effectifs selon le sexe et la situation vis-à-vis du harcèlement

Effectifs	**Filles**	**Garçons**	**Totaux**
Non concernés	**27**	**46**	**73**
Concernés, dont	**12**	**19**	**31**
Victimes	7	8	15
Agresseurs	0	5	5
Victimes et agresseurs	4	3	7
Non classés	1	3	4
Totaux	**39**	**65**	**104**

6.2.3 Répartition en fonction du statut et de l'âge

La *figure 6* montre la répartition des effectifs en fonction du statut et de l'âge et le *tableau 5* les moyennes d'âge par statut.

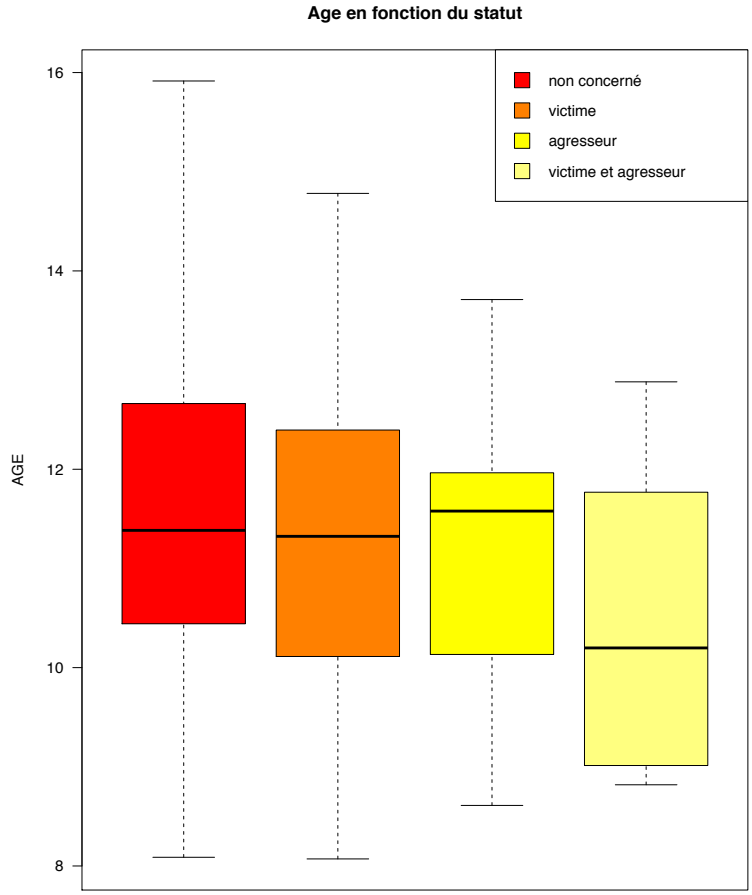


Figure 6: Répartition des effectifs en fonction de l'âge et du statut

La moyenne d'âge global est de 11.5 ans. Le test comparant les moyennes d'âge selon le statut ne montre pas de différence significative (p = 0.5). Nous ne retrouvons pas graphiquement et statistiquement ce qui a pu être retrouvé en population générale, sur une métanalyse de 2010 qui retrouve une taille d'effet de 0.09 entre âge et statut d'agresseur[8]. Nous avons cependant de petits effectifs concernant le statut d' « agresseur ».

Tableau 5: Age moyen en fonction du statut

	Population incluse	**Non concerné**	**Victime**	**Agresseur**	**Agresseur et Victime**	**P Value**
Age moyen (ET)	**11.5 (1.9)**	**11.7(2.0)**	**11.3 (1.8)**	11.2 (1.9)	10.5 (1.7)	**0.5**

6.2.4 Caractéristiques du harcèlement (types et durée)

La *figure 7* montre les différents types de harcèlement les plus fréquents par statut. Nous rappelons que pour chaque patient, le type de harcèlement a été retenu lorsque l'enfant précise qu'il a lieu plus de 2 à 3 fois par mois sur les questions supplémentaires des 2 parties du rBVQ.

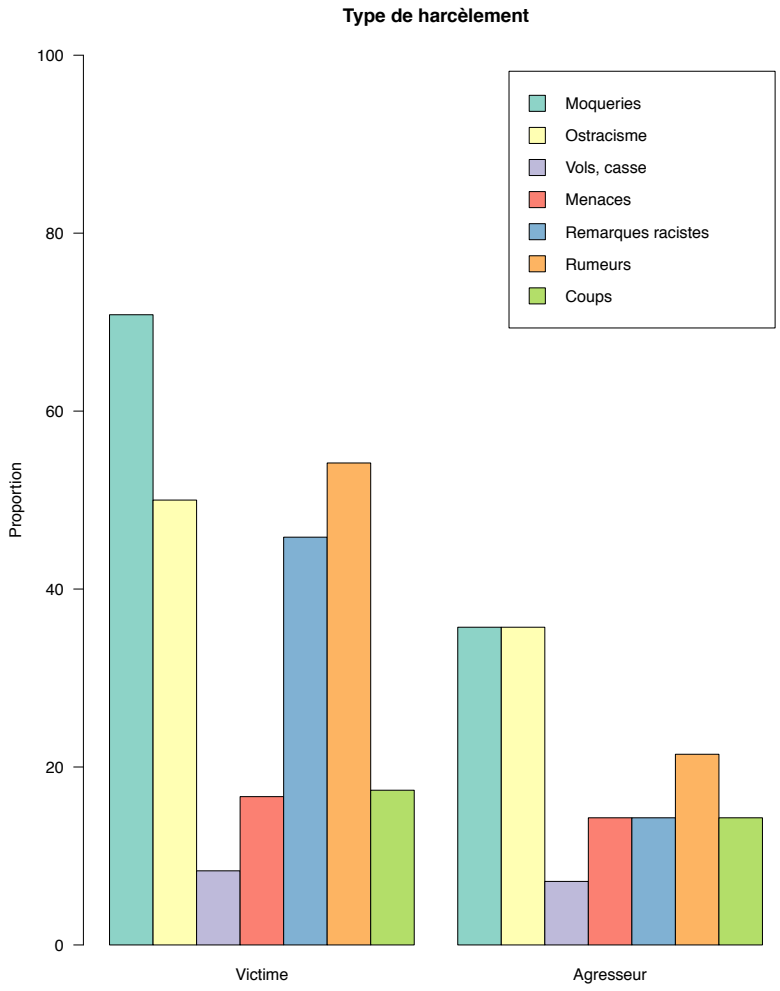


Figure 7: type de harcèlement scolaire par statut

Parmi les victimes, les types les plus fréquents sont les moqueries (71%), la diffusion de rumeurs (54%), l'ostracisme (50%), les remarques déplacées ou racistes (46%).

Parmi les agresseurs, les types les plus courants sont les moqueries et l'ostracisme (36% chacun)), la diffusion de rumeurs (21%). L'analyse montre que le vol, la casse, les menaces, les coups, sont peu fréquents dans les agressions rapportées comme agies ou subies. Visuellement sur la *figure 11*, les enfants qui se qualifient comme « agresseur » rapportent moins de types de harcèlement que les enfants qui se qualifient comme « victime ».

La *figure 8* montre la durée du harcèlement rapporté par les enfants « victimes » sur le questionnaire rBVQ. 30% des victimes déclarent une durée supérieure ou égale à 1 an, 22% de 6 mois, 17% de 1 mois. Donc **69% des victimes déclarent un harcèlement scolaire dont la durée est supérieure ou égale à 1 mois.**

A noter que 4% des victimes notent « jamais » pour la durée, alors qu'ils ont côté aux différentes questions antérieures. Il s'agit d'une probable mécompréhension de cette dernière question.

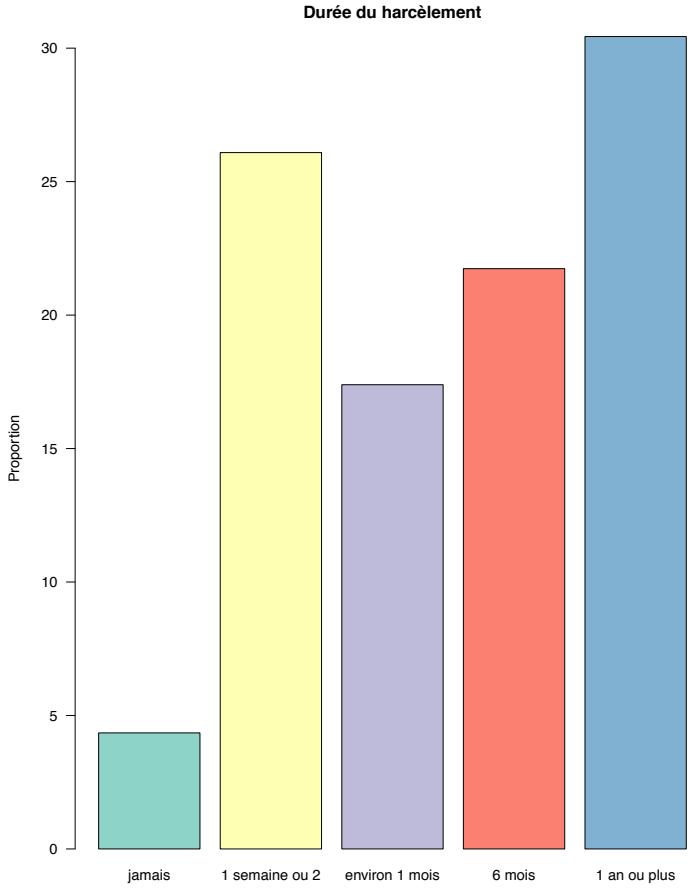


Figure 8: durée du harcèlement scolaire enre pairs

6.2.5 Analyses par situation puis par statut liés au harcèlement scolaire

Nous rappelons que l'analyse principale portera tout d'abord sur la comparaison entre les patients en situation de harcèlement (qualifiés d'agresseurs, de victimes, les deux, ou non classés) et les patients non concernés. Cette analyse sera stratifiée par sexe.

Les analyses secondaires pour chaque échelle seront:

- La comparaison entre les statuts (non concernés, agresseurs, victime, ou les deux, les non classés étant exclus), et la comparaison post-hoc deux à deux si un test montre une valeur

p significative. Il est à noter que les tests non paramétriques seront moins puissants pour montrer une différence significative. (cf. Méthodes)

- une analyse sur la corrélation avec l'âge pour les scores.

6.3 Données sociodémographiques

Le *tableau 6* explore les différences de fréquence entre la situation maritale, la fratrie, les catégories socioprofessionnelles du père et de la mère (CSP), la classe de l'enfant, entre les enfants concernés et non concernés. **Aucune différence observée n'est statistiquement significative.** Cependant nous pouvons relever que le groupe d'enfants en situation de harcèlement a plus souvent des parents séparés (53.3% versus 33.8%) et que le père est plus souvent sans emploi (20% versus 7,5%).

Tableau 6: données sociodémographiques des patients inclus en fonction de la situation de harcèlement

Données sociodémographiques En % du groupe	Non concerné (N=73)	Situation de harcèlement (N=31)	*p-value*
Situation maritale			*0.10*
Ensemble/mariés	64.8	43.3	
Séparés	33.8	53.3	
Mère Veuve	1.4	3.3	
Nombre d'enfants			*0.71*
1	16.7	16.7	
2	47.2	46.7	
3	31.9	30.0	
4	4.2	3.3	
5	0.0	0.0	
6	0.0	3.3	
CSP du père			*0.29*
Agriculteur	1.5	0.0	
Artisan	9.0	8.0	
Cadre	26.9	40.0	
Employé	28.4	12.0	
Ouvrier	4.5	4.0	
Profession interm.	20.9	12.0	
Retraite	1.5	4.0	
Sans emploi	7.5	20.0	
Étudiant	0.0	0.0	

CSP de la mère			*1*
Agriculteur	0.0	0.0	
Artisan	0.0	0.0	
Cadre	22.5	24.1	
Employé	36.6	37.9	
Ouvrier	4.2	3.5	
Profession interm.	15.5	13.8	
Retraite	0.0	0.0	
Sans emploi	19.7	20.7	
Étudiant	1.4	0.0	

6.4 Anxiété

L'échelle utilisée pour mesurer l'anxiété chez les patients inclus est la SCARED. Nous rappelons que cette échelle compte 41 items notés de 0 à 2, donc un score minimum de 0 et un score maximum de 82. La SCARED compte 5 échelles syndromiques qui regroupent les 41 items de l'échelle entière, et permettent un dépistage de différents troubles anxieux souvent rencontrés en pédopsychiatrie :

- Trouble panique
- Trouble anxiété généralisée
- Trouble anxiété sociale
- Anxiété de séparation
- « Phobie scolaire » (pas un diagnostic au sens du DSM V)

Chaque dimension est détaillée dans le chapitre Méthodologie.

6.4.1 Analyse principale, scores d'anxiété en fonction de la situation de harcèlement

Nous rappelons que la situation de harcèlement regroupe les victimes, agresseurs ou les 2. Le score moyen global à la SCARED est de 28,84 (écart type :12,7), pour une échelle allant de 0 à 82. La *figure 9* montre la répartition pour le score total à la SCARED et la *figure 10* les scores pour les différentes dimensions, en fonction de la situation de harcèlement scolaire. Le *tableau 7* développe les moyennes des scores comparés avec leur test de significativité.

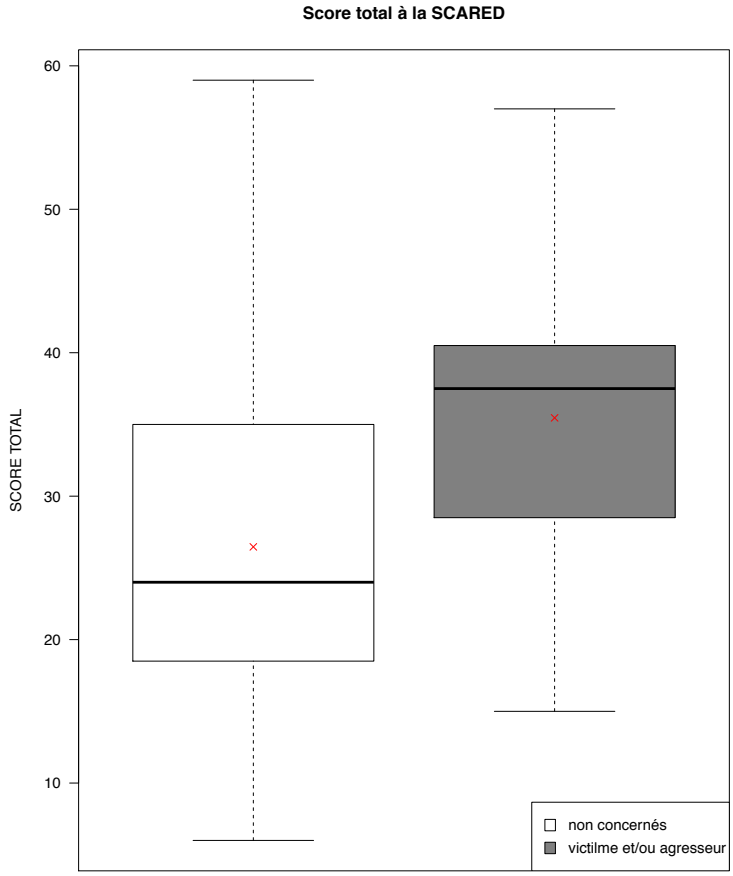


Figure 9: Répartition des scores totaux à la SCARED en fonction de la situation de harcèlement

Le score total à la SCARED montre une différence significative de 9 points (sur une échelle de 82 points maximum) entre les 2 groupes ($p = 0.003$). Toutes les dimensions sauf l'anxiété de séparation montrent une différence significative entre les deux groupes. Dans cette étude, nous pouvons affirmer que **les patients concernés par une situation de harcèlement cotent plus en moyenne sur l'échelle SCARED, que les patients non concernés. La taille d'effet est d'environ 0.7** (différence des 2 moyennes divisée par l'écart type combiné).

Pour les différents troubles, la stratification par sexe perd en puissance, et les différences ne restent significatives que pour les garçons, dans les dimensions « « Anxiété sociale » et phobie scolaire » ($p= 0.02$ et $p=0.002$).

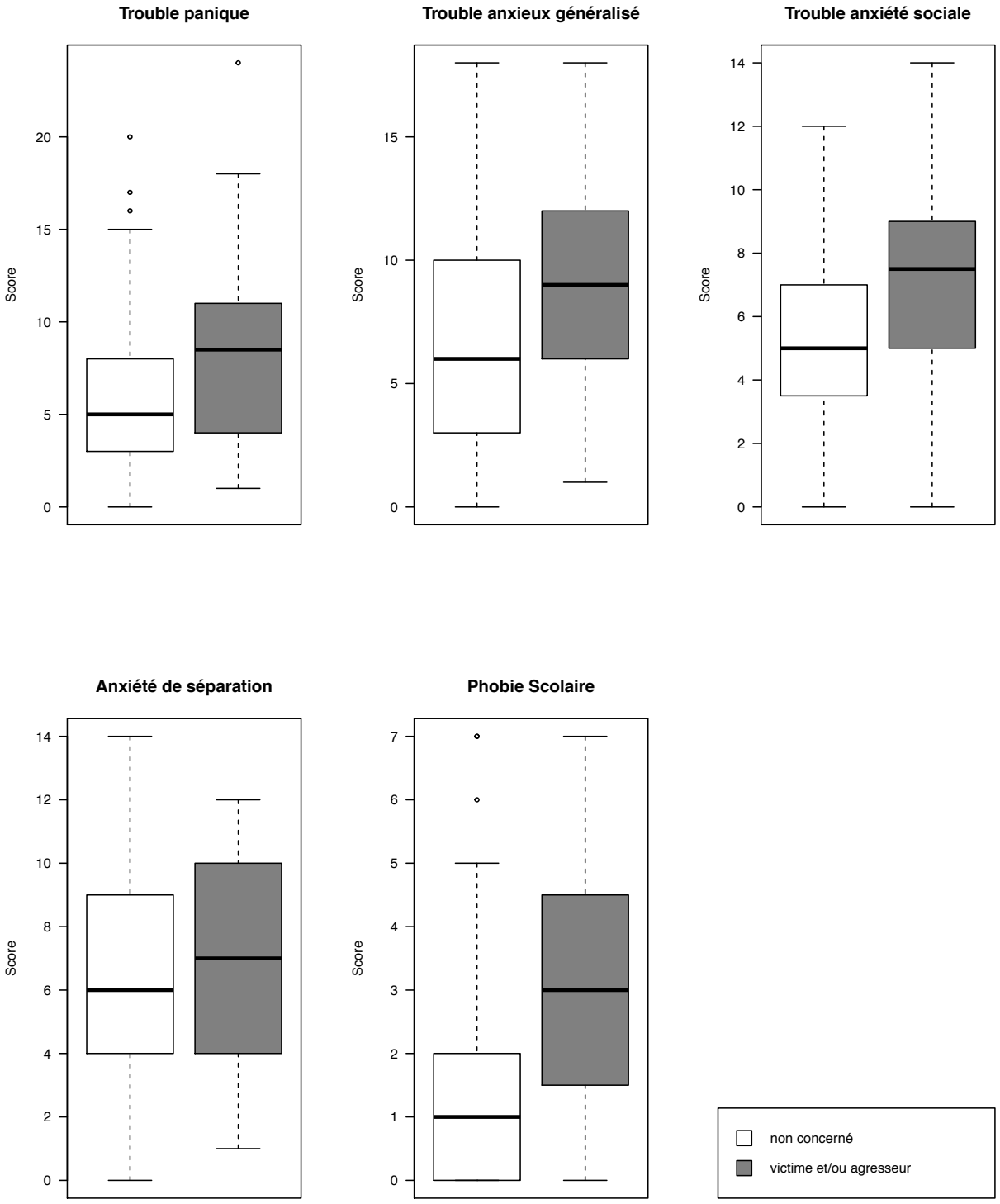


Figure 10: répartition des scores à la SCARED par dimension, en fonction de la situation de harcèlement

Tableau 7: Scores à la SCARED (total et à chaque sous dimension), en fonction de la situation de harcèlement

Moyennes des scores (Écart Type)	**Population Incluse** (N=104)	**Non concerné** (N=73)	**Situation de harcèlement** (N=31)	**p value**
SCARED Total	28.8 (12.7)	26.5 (12.4)	35.5 (11.5)	**0,003****
Garçons (49)	27.7(13.4)	25.1 (13.3)	33.6(12.6)	**0.049***
Filles (34)	30.5 (11.5)	28.4 (11.0)	38.6 (9.4)	**0.02***
Trouble panique	6.8 (4.7)	6.1 (4.3)	8.7(5.6)	**0.03***
Garçons (61)	6.9 (5.0)	5.9 (4.4)	8.9 (6.2)	0.06
Filles (39)	6.6 (4.5)	6.3 (4 .3)	8.0 (4.8)	0.23
Anxiété généralisée	7.5 (4.4)	6.9 (4.3)	9.0 (4.5)	**0.04***
Garçons (59)	6.7 (4.1)	6.2 (4.0)	7.9 (4.2)	0.16
Filles (37)	8.7 (4.6)	8.04 (4.5)	10.9 (4.4)	0.12
Anxiété Sociale	5.9 (3.1)	5.3 (2.8)	7.0 (3.4)	**0.01***
Garçons (63)	5.8 (3.0)	5.1 (2.8)	6.9 (3.1)	**0.02***
Filles (39)	6.1 (3.2)	5.6 (2.7)	7.2 (4.0)	0.17
Anxiété de séparation	6.6 (3.4)	6.5 (3.4)	7.2 (3.3)	0.31
Garçons (63)	6.3 (3.4)	6.4 (3.5)	6.6 (3.6)	0.83
Filles (39)	7.0 (3.3)	6.8 (3.4)	8.2 (2.8)	0.17
Phobie scolaire	2.05 (1.99)	1.60 (1.73)	3.04 (2.13)	**0.001****
Garçons (65)	1.95 (2.11)	1.14 (1.82)	3.12 (2.09)	**0.002****
Filles (39)	2.20 (1.80	1.92 (1.55)	2.91 (2.30)	0.24

Pour une meilleure visibilité clinique, nous allons utiliser les seuils définis pour la SCARED et chacune de ses échelles syndromiques. Nous nous appuierons pour cela sur les indications fournies sur le questionnaire de passation de la SCARED. Ces seuils ont été élaborés afin d'obtenir la meilleure sensibilité et spécificité en regard de la Kidie-Sads , gold standard pour poser les diagnostics pédopsychiatriques.

6.4.2 Comparaison du « screening » de la SCARED, calcul d'Odds Ratio

Nous avons détaillé en méthodologie les seuils pour le score total et chacune des dimensions.

Pour chacun des scores, le fait de dépasser le seuil indique une forte probabilité d'avoir le trouble associé. Ainsi, nous analyserons le nombre de patients ayant dépassé ce seuil (positif au « screening »), en fonction de la situation vis-à-vis du harcèlement scolaire (*tableau 8*)

Tableau 8: Odds ratio des différents troubles anxieux en fonction de la situation de harcèlement, stratifiés sur le sexe.

		OR	IC 95%	p-value
SCARED		**4.0**	**1.2 - 15.7**	**0.01***
	Garçons	2.7	0.7 – 12.3	0.21
	Filles	**INF**	**1.1 - INF**	**0.03***
Trouble panique		**2.8**	**1.0 - 8.0**	**0.04***
	Garçons	2.1	0.6 - 8.0	0.25
	Filles	4.5	0.8 - 33.3	0.28
Anxiété généralisée		2.5	0.9 - 7.0	0.06
	Garçons	2.4	0.6- 9.5	0.20
	Filles	2.9	0.5-21.4	0.26
Anxiété Sociale		**3.5**	**1.2 – 10.0**	**0.01***
	Garçons	3.7	0.9 - 15.2	0.05
	Filles	3.1	0.6 - 18.1	0.14
Anxiété de séparation		0.9	0.3 - 2.9	1
	Garçons	0.7	0.2 - 2.9	0.75
	Filles	1.6	0.2 -1 8.3	1
Phobie scolaire		**4.2**	1.5 – 12.0	**0.003 ****
	Garçons	**7.2**	1.8 - 32.1	**0.003****
	Filles	1.8	0.3 – 10.0	0.46

Nous confirmons ici avec ces scores les observations antérieures avec une **significativité des différences observées entre les 2 groupes pour le score total (OR : 4, IC95% : 1.2-15.7, p=0.01), et les dimensions trouble panique (OR : 2.8, IC95% : 1-8, p=0.04), anxiété sociale (OR : 3.5, IC95% : 1.2-10, p=0.01), et « phobie scolaire » (OR : 4 .2, IC95% : 1.5-12, p=0.003).** La dimension anxiété généralisée ne montre plus de différence significative. La

stratification par sexe fait également perdre en puissance les différents tests. Les garçons, pour la dimension « phobie scolaire », ont une différence significative entre les deux groupes (p=0.003). Résultat intéressant, **l'OR pour le score total à la SCARED pour les filles est non calculable (infini), car la totalité des filles en situation de harcèlement dépasse le seuil de la SCARED.**

Le score total à la SCARED semble pertinent à utiliser, à la fois cliniquement et statiquement. Le seuil de 25 proposé dans la SCARED permet alors rapidement de définir une probabilité forte d'avoir un trouble anxieux. Pour rendre plus lisible les résultats, un **enfant concerné par le harcèlement scolaire (victime et/ou agresseur) a 4 fois plus de risque d'être « positif » à la SCARED** dans notre population clinique d'étude.

Ce résultat concorde avec ce qui est retrouvé dans la littérature concernant l'association d'une situation de harcèlement scolaire avec un trouble anxieux.

Nous devons en outre appuyer le fait qu'il s'agit d'une étude en population clinique, donc que nous aurions pu observer un « effacement » ou un amoindrissement de cette association, étant donné que les troubles anxieux retrouvés parmi les patients en pédopsychiatrie, ne sont pas imputables exclusivement aux situations de harcèlement en milieu scolaire.

6.4.3 Ajustement sur l'âge

Nous avions déjà testé la distribution de l'âge en fonction du statut qui montrait une indépendance.

Le test de corrélation entre Score à la SCARED et l'âge est proche de 0 et non significatif ($r = 0.06$, $p = 0.58$) ce qui montre **une indépendance des variables**. Le score de la SCARED ne varie pas en fonction de l'âge.

6.4.4 Scores à la SCARED selon les 4 statuts

La *figure 11* montre la répartition des scores selon le statut par rapport au harcèlement. Graphiquement, les 3 groupes d'enfants concernés par le harcèlement scolaire semblent avoir des scores plus élevés que les enfants non concernés. Le test montre une différence significative entre une ou plusieurs médianes ($p = 0,03$).

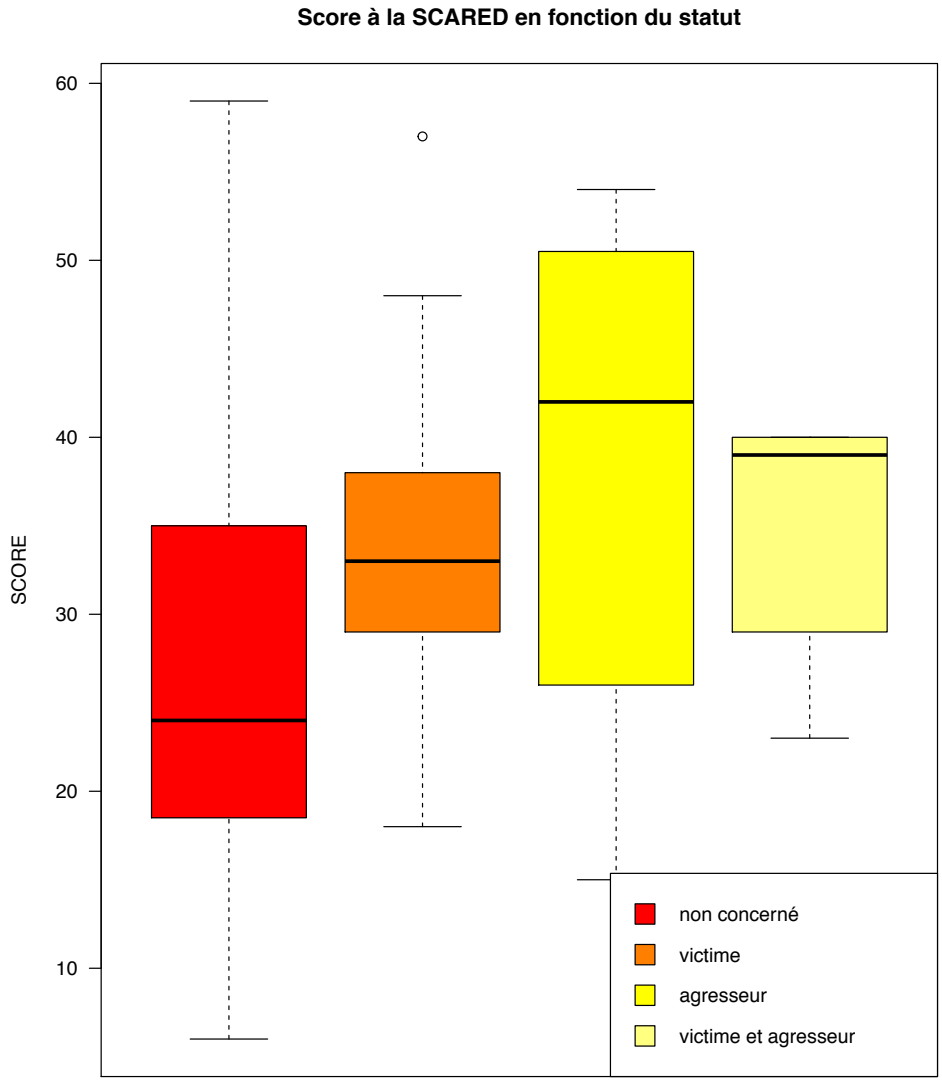


Figure 11: Répartition des scores totaux à la SCARED en fonction du statut

La *figure 12* montre la répartition des scores aux échelles syndromiques présentées, en fonction du statut. Graphiquement, il est difficile de prédire des différences significatives car les distributions ne sont pas uniformes et certains effectifs sont petits (<=5).

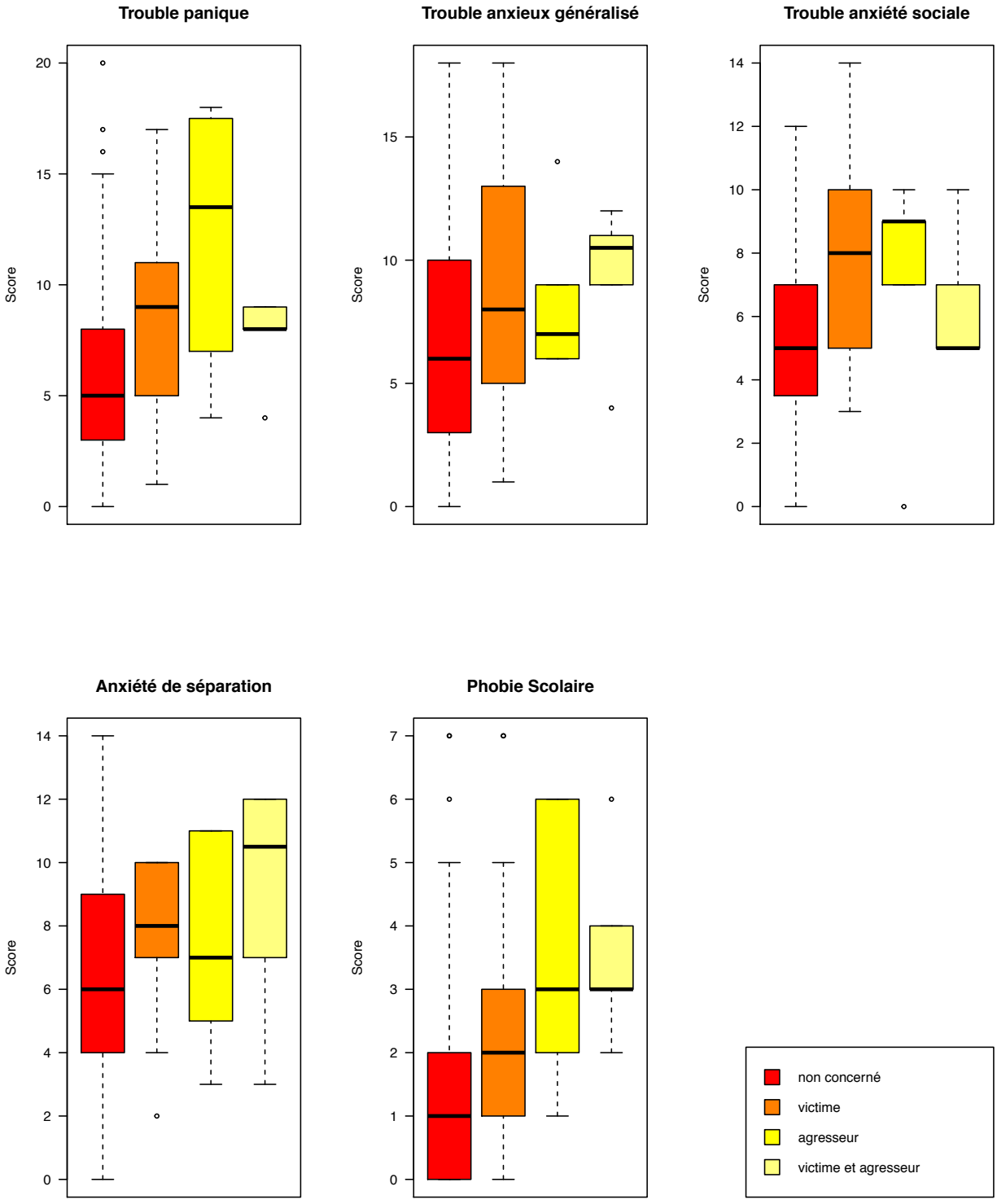


Figure 12: Répartition des scores à la SCARED par dimension et par statut

Le *tableau 9* regroupe les différents résultats de la SCARED selon le statut, ainsi que l'analyse post-hoc deux à deux, si un test est positif. Nous observons que la comparaison entre les différents

statuts est **statistiquement significative pour le score total à la SCARED et la dimension « phobie scolaire » (respectivement p = 0.03 et p = 0.004)**.

L'analyse post-hoc montre :

- une **différence de 8.3 points pour le score total de la SCARED entre les enfants victimes et les enfants non concernés. (p = 0.01)**
- une **différence pour la dimension « phobie scolaire », entre les enfants « agresseurs » et les enfants « non concernés » (p = 0.03), et entre les enfants « agresseurs et victime », et les enfants non concernés (p = 0.005).**

Tableau 9: Scores moyens pour la SCARED selon le statut et analyses post-hoc

moyennes des scores SCARED (Écart type)	**Non concerné** (NC) **N=73**	**Victime** (V) **N=15**	**Agresseur** (A) **N=5**	**Agresseur et Victime** (A+V) **N=7**	**P Value**	**Post-hoc test**
SCARED Total (N : 83)	**26.5 (12.4)**	**34.8 (10.3)**	**38.3 (17.0)**	**34.2 (7.8)**	**0.03***	
Analyses post-hoc :						
NC versus V						**0.01***
NC versus A						0.16
NC versus A + V						0.10
V versus A						0.69
V versus A+V						0.84
A versus A+V						0.71
Trouble panique (N : 100)	6.1 (4.3)	7.9 (4.6)	12.3 (6.6)	7.6 (2.1)	0.07	
Anxiété généralisée (N : 96)	6.9 (4.3)	8.9 (5.4)	8.4 (3.4)	9.5 (2.9)	0.23	
Anxiété Sociale (N : 100)	5.3 (2.8)	7.9 (3.7)	7.0 (4.1)	6.2 (2.0)	0.07	
Anxiété de séparation (N : 100)	6.5 (3.4)	7.4 (2.6)	7.4 (3.6)	9.2 (3.5)	0.23	
Phobie scolaire (N : 100)	1.6 (1.7)	2.7 (2.3)	3.6 (2.3)	3.5 (1.4)	**0.004****	
Analyses post-hoc :						
NC versus V						0.07
NC versus A						**0.03***
NC versus A + V						**0.005****
V versus A						0.48

V versus A+V	0.19
A versus A+V	0.92

6.5 Qualité de vie

L'échelle de qualité de vie KIDSCREEN 27 est répartie en 5 sous échelles (bien-être physique, bien être psychologique, autonomie et relation avec les parents, soutien de l'entourage et des pairs, environnement scolaire). Comme pour la SCARED, nous analyserons principalement la différence entre les enfants concernés et non concernés par le harcèlement scolaire, puis la différence par statut. La *figure 13* représente la répartition des scores généraux des patients inclus à la Kidscreen 27 par dimension. Les médianes et moyennes restent relativement proches et les distributions normales, mais en sous-groupes, les effectifs sont petits.

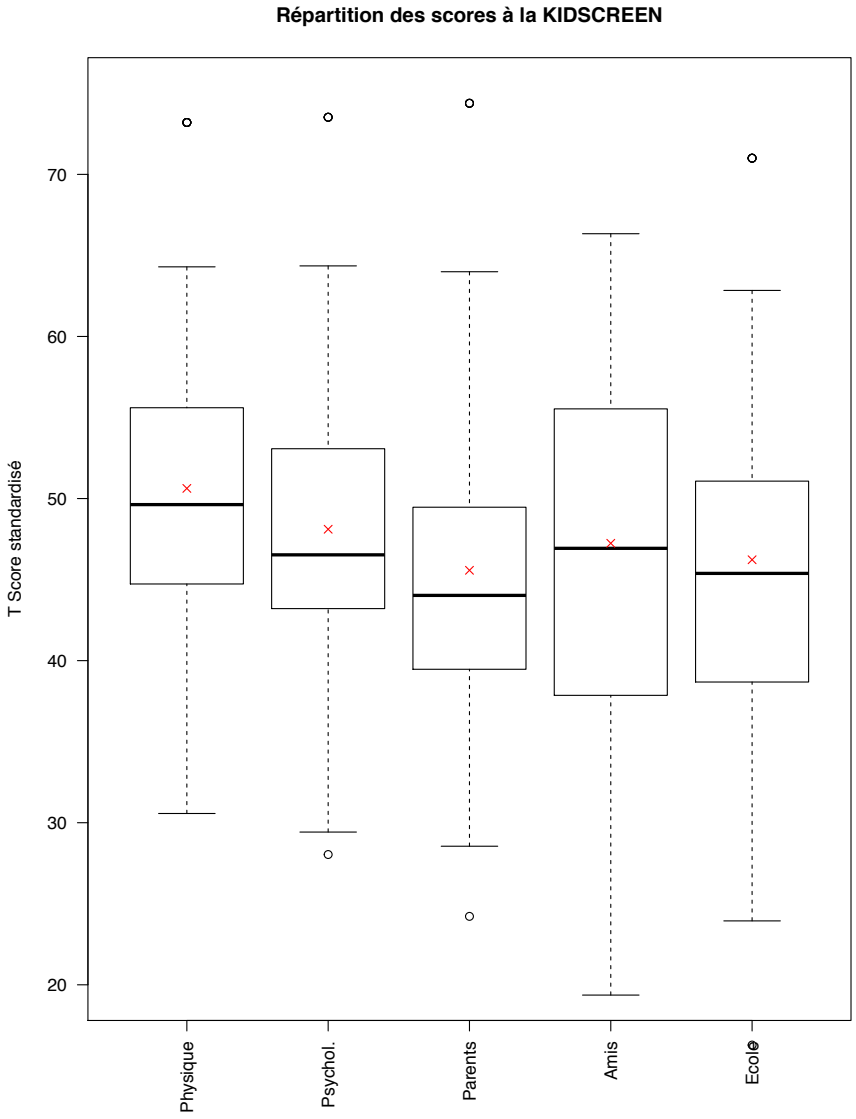


Figure 13: Répartition général des scores KIDSCREEN des patients inclus

6.5.1 Scores à la KIDSCREEN 27 selon la situation de harcèlement

La *figure 14* montre la répartition par dimensions pour les deux groupes analysés (non concernés versus victimes et/ou agresseurs). Le *tableau 10* donne les T scores moyens et le test de significativité par dimension, ainsi que les normes européennes pour les 8 à 18 ans (Normes européennes de la Kidscreen 27).

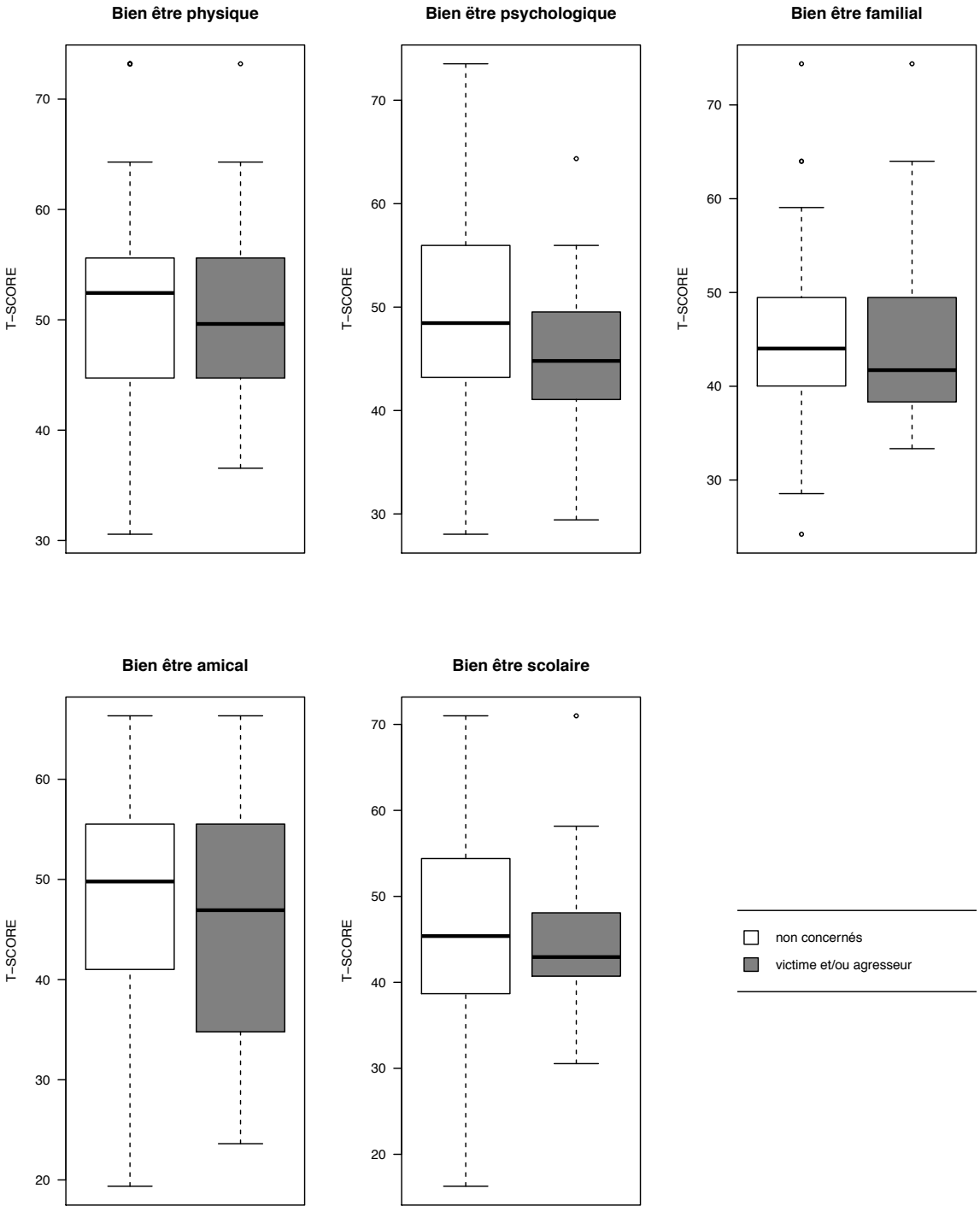


Figure 14: Répartition des scores à la Kidscreen 27 en fonction de la situation de harcèlement

La dimension « psychologique » montre une différence statistiquement significative de 5 points (p = 0.02) entre les 2 groupes. Stratifiée par sexe, la dimension psychologique montre une **différence très significative de 8.4 points pour les garçons entre les 2 groupes (p = 0.005**), mais pas d'écart pour les filles (différence 0.4 points, p=0.83). Cependant les **filles montrent d'emblée un T-score inférieur aux garçons sur la dimension psychologique quel que soit leur statut vis-à-vis du harcèlement** (T score moyen 45.0 versus 50.0 pour les garçons, p : 0.006), ce qui diffère des normes européennes. (cf. Tableaux annexes, *tableau 16*)

Le score entre filles et garçons à la dimension « physique » est également significativement différent sur la moyenne des scores (T score moyen 47.80 vs 52.80, p : 0.01), mais reste proches des normes européennes.((cf. Tableaux annexes, *tableau 16*)

Tableau 10: Score KIDSCREEN en fonction de la situation de harcèlement

KIDSCREEN 27 T SCORE moyen (Écart Type)	Normes Europe 8-18 A	Population Incluse (N=104)	Non concerné (N=73)	Situation de harcèlement (N=31)	*p-value*
Physique		50.6 (9.0)	51.3 (9.4)	50.0 (8.1)	*0.47*
Garçons (58)	51.4 (9.9)	52.5 (8.9)	53.3 (9.1)	52.0 (8.4)	*0.54*
Filles (37)	48.8 (10.0)	47.8 (8.4)	48.1 (9.3)	47.0 (7.1)	*0.82*
Psychologique		48.1 (9.7)	49.8 (10.2)	44.8 (7.7)	***0.02****
Garçons (61)	50.5 (9.9)	50.0 (10.1)	52.7 (10.4)	44.3 (7.2)	***0.005****
Filles (38)	49.5 (10.6)	45.0 (8.1)	45.2 (8.1)	45.6 (8.5)	*0.83*
Parents		45.6 (10.1)	45.0 (9.2)	45.0 (9.8)	*0.60*
Garçons (62)	50.2 (9.9)	46.2 (9.9)	46.5 (8.7)	43.0 (7.8)	*0.06*
Filles (35)	49.8 (10.1)	44.5 (10.7)	42.3 (9.7)	48.4 (12.1)	*0.21*
Amis		47.2 (12.8)	48.3 (11.6)	45.4 (14.9)	*0.30*
Garçons (64)	49.8 (10.0)	48.1 (12.4)	49.7 (10.8)	44.1 (14.8)	*0.16*
Filles (39)	50.2 (10.0)	45.8 (13.4)	45.9 (12.7)	47.4 (15.5)	*0.99*
École		46.2 (10.0)	46.6 (10.7)	45.1 (8.5)	*0.36*
Garçons (64)	49.0(10.1)	46.1 (10.6)	47.0 (12.0)	43.8 (7.5)	*0.22*
Filles (39)	50.9 (9.9)	46.4 (8.8)	46.0 (8.5)	47.1 (9.7)	*0.95*

6.5.2 Corrélation avec l'âge

Le *tableau 11* montre les facteurs de corrélation entre l'âge et chacune des dimensions de la KIDCSREEN. Seule la dimension « Amis » montre une significativité statistique, mais avec une corrélation faible (r : 0.2, IC95% : 0.01- 0.4, p = 0.04). Les autres dimensions ont une corrélation nulle avec l'âge.

Tableau 11: facteurs de corrélation entre les dimensions de la KIDSCREEN et l'âge.

Score moyen KIDSCREEN 27/AGE	Facteur de corrélation r	P value
Physique	-0.07	0.51
Psychologique	-0.04	0.69
Parents	-0.02	0.85
Amis	**0.20**	**0.04**
École	-0.15	0.13

Les T scores moyens de la dimension « Amis » par tranche d'âge, de 8 à 10, de 10 à 12, de 12 à 14, de 14 à 16 ans, sont respectivement de 42.23, 48.31, 45.27, 52.10, ce qui ne permet pas de définir une linéarité dans cette corrélation.

6.5.3 Scores à la KIDSCREEN 27 selon le statut

La *figure 15* représente la répartition des scores par dimension, pour chaque statut. Le *tableau 12* montre les scores et les tests de significativité pour chacune des dimensions de la Kidscreen 27.
Les tests statistiques sur les différentes dimensions **ne montrent pas de différence significative**, probablement par manque d'effectifs et une dispersion trop importante des scores sur chacun des statuts.

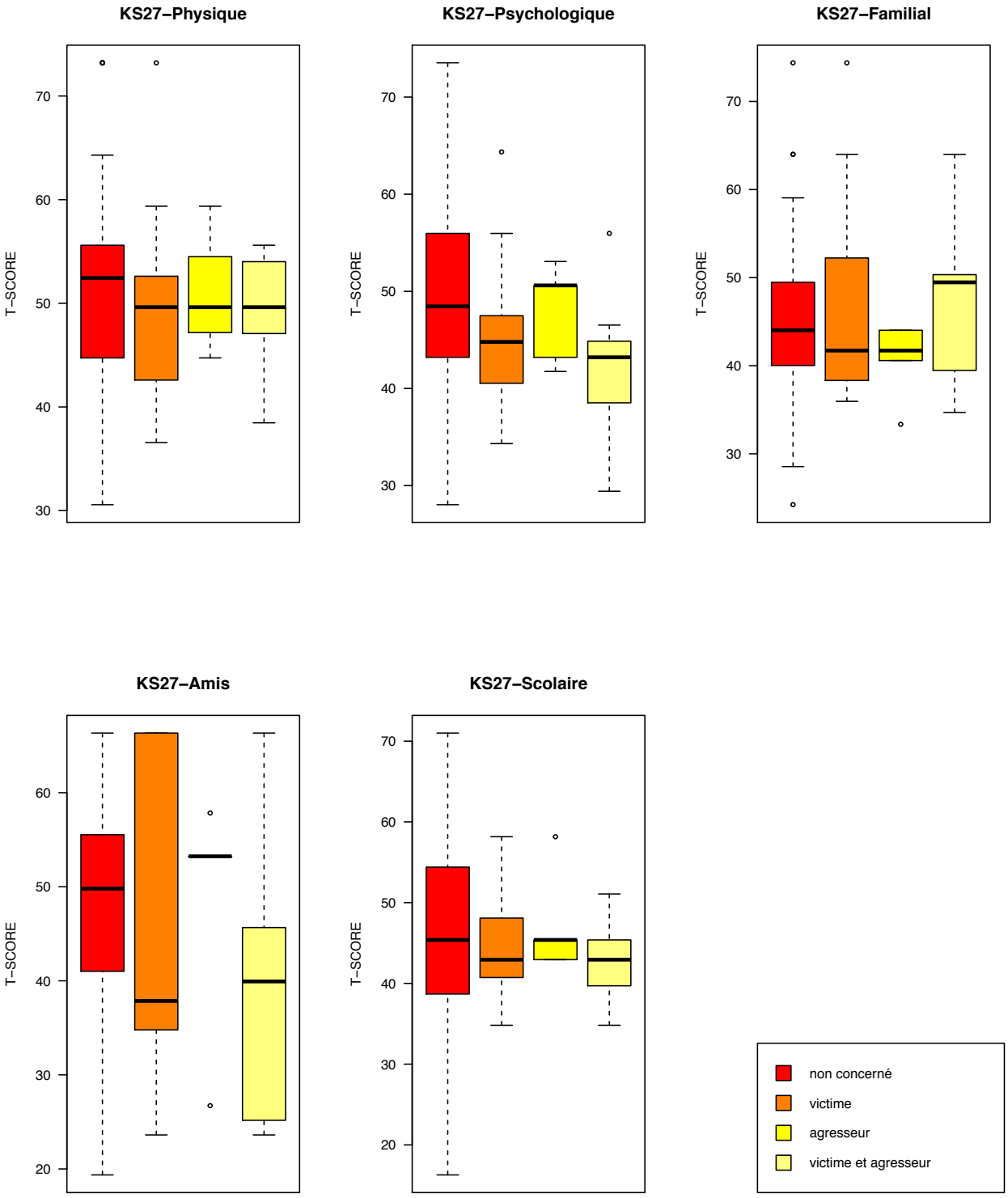


Figure 15: Scores aux dimensions de la KIDSCREEN 27 selon le statut

Tableau 12: T score moyen à la kidscreen 27 selon le statut

KIDSCREEN 27 T SCORE moyen (ET)	Non concerné	Victime	Agresseur	Agresseur + Victime	*p-value*
Physique	51.3 (9.4)	49.6 (9.5)	51.2 (7.5)	49.4 (6.0)	*0.86*
Psychologique	49.8 (10.2)	45.3 (7.7)	47.9 (5.0)	42.2 (8.2)	*0.08*
Parents	45.0 (9.2)	46.5 (11.4)	40.7 (4.4)	46.8 (9.9)	*0.68*
Amis	48.3 (11.6)	46.1 (16.2)	48.9 (12.5)	38.8 (15.6)	*0.28*
École	46.6 (10.7)	45.1 (7.2)	47.0 (6.4)	42.7(5.3)	*0.67*

6.6 Motifs de consultation et diagnostics médicaux

Nous rappelons que les données ont été récupérées sur les dossiers médicaux des patients inclus, à partir de l'observation infirmière d'admission, des courriers et notes du psychologue ou pédopsychiatre traitant, des tests psychométriques scannés ou effectués dans le service, des demandes de bilan en attente. Pour un trouble donné, les informations relevées montrant une suspicion sans diagnostic posé, sont cotées « en cours d'évaluation ».

6.6.1 Motif principal de consultation en fonction de la situation de harcèlement

Dans le *tableau 13*, nous avons tout d'abord relevé le motif principal de consultation (même s'il y en a plusieurs). De manière cohérente, le motif « difficultés avec les pairs » ressort comme un motif plus fréquent dans le groupe d'enfants concernés (16.7% versus 1.4%). Cependant la répartition globale pour cet item ne montre pas de différence statistiquement significative (p= 0.35).

Tableau 13: Fréquence du motif de consultation selon la situation vis à vis du harcèlement scolaire

En % du groupe	**Non concerné (N=73)**	**Situation de harcèlement (N=31)**	***p-value***
Motif principal			*0.35*
Tr. des apprentissages	38.6	40.0	
Tr. attentionnel	18.6	13.3	
Anxiété	12.9	13.3	
Tr. du comportement	11.4	10.0	

Diff. avec les pairs	**1.4**	**16.7**
Refus scolaire anxieux	5.7	3.3
Dysthymie	5.7	3.3
TCA	2.9	0.0

6.6.2 Diagnostics pédopsychiatriques en fonction de la situation de harcèlement

Le *tableau 14* explore les différences de fréquences de diagnostics pédopsychiatriques en fonction de la situation de harcèlement pour l'enfant. Chaque trouble est détaillé selon les informations recueillies.

De nouveau, aucune différence observée n'est significative entre les deux groupes. Nous pouvons cependant relever pour les troubles de l'attention une différence de diagnostics intéressante : les troubles de l'attention avec hyperactivité sont plus fréquemment diagnostiqués dans le groupe d'enfants non concernés par les situations de harcèlement (21% versus 13%). Pour le trouble avec inattention prédominante, c'est l'inverse. Ce diagnostic est plus fréquemment rencontré dans le groupe d'enfants concernés (20% versus 9.9%). Les troubles anxieux sont trop peu diagnostiqués pour pouvoir explorer des différences entre les groupes.

Tableau 14: Fréquence des diagnostics pédopsychiatriques selon la situation de harcèlement scolaire

Suivi médical **En % du groupe**	**Non concerné**	**Situation de harcèlement**	***p-value***
Langage écrit			*0.95*
TSLE+/-dysorthographie	21.1	23.3	
Retard de langage écrit	2.8	3.3	
Dysorthographie seule	4.2	4.3	
En cours d'évaluation	15.5	20.0	
Langage oral			*0.97*
TSLO	4.2	6.7	
Retard de langage oral	5.6	3.3	
En cours d'évaluation	5.6	6.7	
Mathématiques			*0.71*
Dyscalculie	2.8	6.7	
Tr.Logicomathématiques	2.8	3.3	
Dyscalculie + TLM	1.4	3.3	
En cours d'évaluation	22.5	16.7	
Motricité			*0.57*
Tr. des coordinations	5.6	6.7	

Dysgraphie	5.6	10.0	
TDC + dysgraphie	1.4	6.7	
En cours d'évaluation	25.0	16.7	
Syndrome délirant	0.0	0.0	*1*
Syndrome dépressif			*0.13*
Oui	8.5	10.0	
En cours d'évaluation	1.4	6.7	
Tr. de l'attention			*0.37*
TDAH	**21.1**	**13.3**	
TDA	**9.9**	**20.0**	
En cours d'évaluation	16.9	20.3	
Tr. oppositionnel			*0.23*
Oui	2.8	6.7	
En cours d'évaluation	0.0	3.3	
Anxiété			*0.99*
Phobie	1.4	0.0	
Anxiété sociale	2.8	3.3	
RSA	1.4	3.3	
TOCS	2.8	0.0	
PTSD	1.4	0.0	
Anxiété Généralisée	4.2	3.3	
Non précisée	12.7	16.7	
En cours d'évaluation	7.0	6.7	
TSA			*0.66*
Oui	1.4	0.0	
En cours d'évaluation	1.4	3.3	
Déficience intellectuelle			*NC*
Oui	0.0	0.0	
En cours d'évaluation	1.4	0.0	
Haut potentiel intellectuel			*0.69*
Oui	8.5	10.0	
En cours d'évaluation	5.6	6.7	

7 DISCUSSION

7.1 Principaux résultats

7.1.1 Population incluse

Il n'y avait pas de différence entre la population d'étude et la population incluse sur la période définie concernant l'âge, le mois d'inclusion, et le sexe. Le taux global de participation était de 36%.

Au regard de nos hypothèses, nous avons pu montrer qu'en population clinique il y a un plus fort taux d'enfants concernés par le harcèlement scolaire, en comparaison de la population générale (31 enfants sur 104 soit 30% de la population incluse). Dans notre population, 15% sont victimes seulement, 5% agresseurs seulement, 7% sont à la fois harceleurs et victimes. Nous avons pu observer que le fait d'être victime est associé significativement avec le fait d'être agresseur (OR : 6.6 ; IC 95% : 1.6 - 30.5 ; p= 0.004).

Parmi les victimes, les types les plus fréquents de harcèlement rapportés sont les moqueries (71%), la diffusion de rumeurs (54%), l'ostracisme (50%), les remarques déplacées ou racistes (46%). Parmi les agresseurs, les types les plus courants sont les moqueries et l'ostracisme (36% chacun)), la diffusion de rumeurs (21%). **69% des victimes déclaraient un harcèlement scolaire dont la durée était supérieure ou égale à 1 mois**.

Pour toutes les analyses, nous n'avons pas observé de différence significative entre les 2 groupes pour le sexe, l'âge, et la catégorie socioprofessionnelle.

7.1.2 Analyse principale : l'anxiété

L'analyse principale montre une différence significative de 9 points (sur une échelle de 82 points maximum) entre les 2 groupes (p = 0.003). La **taille d'effet est moyenne à élevée** (d de Cohen : **0.74**).

Toutes les dimensions de l'échelle SCARED, sauf l'anxiété de séparation, montrent une différence significative entre les deux groupes. Stratifiée sur le sexe, cette différence se maintient pour le score total à la SCARED (écart de 8.5 points pour les garçons; p=0.049, écart de 10.2 points pour les filles; p=0.02). Pour les différentes dimensions, la stratification par sexe perd en puissance, et les différences ne restent significatives que pour les garçons, dans les dimensions «Anxiété sociale » et « phobie scolaire » (respectivement p= 0.02 et p=0.002).

En utilisant les seuils de l'échelle SCARED pour définir le test de dépistage de trouble anxieux comme positif ou non, nous observons une significativité des différences observées entre les 2 groupes pour le score total (OR : 4, IC95% : 1.2-15.7, p=0.01), et les dimensions trouble panique (OR : 2.8, IC95% : 1-8, p=0.04), anxiété sociale (OR : 3.5, IC95% : 1.2-10, p=0.01), et « phobie scolaire » (OR : 4 .2, IC95% : 1.5-12, p=0.003)**.** Il n'y a pas de corrélation des scores avec l'âge des patients.

Ainsi, au regard de notre hypothèse, les enfants concernés par le harcèlement scolaire entre pairs ont effectivement globalement un score d'anxiété plus élevé que les enfants non concernés, et 4 fois plus de risque d'être dépistés par l'outil SCARED, avec un seuil de positivité à 25.

7.1.3 Qualité de vie

La **dimension « psychologique** » montre une différence statistiquement significative de 5 points (p = 0.02) entre les T scores des 2 groupes, avec **taille d'effet moyenne** (d de Cohen : 0.5). Stratifiée par sexe, la dimension psychologique montre une différence très significative de 8.4 points pour **les garçons** entre les 2 groupes (p = 0.005) avec une **taille d'effet élevée** (d de Cohen : 0.88). Il n'y a pas d'écart pour les filles (différence de 0.4 points, p : 0.83). Cependant les filles montrent d'emblée un T-score inférieur aux garçons sur la dimension psychologique quel que soit leur statut vis-à-vis du harcèlement (T score moyen 45.0 versus 50.0 pour les garçons, p : 0.006), et diffère des normes européennes (T score moyen 45.0 versus 49.5, p < 0.0001).

La corrélation avec l'âge des scores à la Kidscreen est soit très faible pour la dimension « soutien par les pairs » (« amis »), soit nulle pour les autres dimensions.

Le fait d'être concerné par une situation de harcèlement scolaire entre pairs, semble avoir une influence importante sur la « qualité de vie psychologique » des garçons. Il n'y a pas d'effet surajouté du harcèlement scolaire **pour les filles, qui montre d'emblée une « qualité de vie psychologique » plus altérée du fait d'être admises en pédopsychiatrie (quelle que soit la situation de harcèlement scolaire).**

7.1.4 Motifs de consultation et diagnostics

Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes, pour les motifs principaux de consultation et dans les diagnostics établis lors du suivi.

7.2 Forces de l'étude

7.2.1.1 Population clinique pédopsychiatrique

Comme nous avons pu le constater, la majorité de la littérature publiée sur le sujet du harcèlement scolaire fait référence à des études menées en population générale (école et collège). Certaines études sont menées en milieu clinique aux urgences. Nous nous sommes intéressés à une analyse en population clinique pédopsychiatrique afin de proposer un contexte de suivi hors urgences. Notre étude montre qu'il est tout à fait possible de recueillir des informations spécifiques au harcèlement scolaire entre pairs, et d'étudier comment cette exposition peut participer à la présentation clinique initiale. 30% de notre population incluse est concernée par une situation de harcèlement scolaire. Nous avons pu alors observer les différences avec les patients non concernés, en terme d'anxiété, de qualité de vie, de diagnostics médicaux.

7.2.1.2 Statut et situation vis-à-vis du harcèlement

Les études et méta-analyses citées en bibliographie s'intéressent principalement aux troubles anxieux et dépressifs chez les victimes (pour les études médicales), et aux troubles des conduites ou antisociales chez les agresseurs (études de criminologie).

Il semblait donc pertinent de s'intéresser en population clinique à la qualité des relations avec les pairs sans préjuger d'un statut d'agresseur ou de victime, afin d'en délimiter l'implication dans les troubles pédopsychiatriques. En effet, dans le cadre médical, les enfants aussi bien agresseur que victime sont en position de vulnérabilité (en tant que consultants), et peuvent témoigner de difficultés sociales avec leurs pairs. Nous avons fait le choix d'étudier ces difficultés, sans différencier d'emblée l'orientation des troubles à rechercher. A partir du questionnaire spécifique rempli par les patients, nous avons pu observer l'association entre le statut de victime et d'agresseur. Ainsi, nous avons regroupé les patients concernés par une **situation de harcèlement scolaire** (victime, agresseur ou les deux), afin d' étudier les vulnérabilités médicales communes à ces différents statuts (anxiété, qualité de vie et diagnostics médicaux).

7.2.1.3 Anxiété et qualité de vie

Nous avons pu observer une différence significative sur les scores d'anxiété concernant les enfants concernés par le harcèlement par rapport aux enfants non concernés. Notamment, les OR calculés se montrent significatifs pour l'échelle globale SCARED, ainsi que pour les dimensions « trouble panique », « trouble anxiété sociale », et « phobie scolaire ». Du fait des effectifs réduits, les

analyses par sexe perdent en puissance, mais nous pouvons relever que les filles qui sont concernées par le harcèlement dépassent toutes le seuil de screening de la SCARED. Nous avons pu également observer, dans la perspective de l'étude d'une vulnérabilité commune, que les enfants qualifiés d'« agresseurs » seulement, avaient un score moyen d'anxiété plus élevé que les enfants d'autres groupes.

Ces observations (notamment les OR) sont concordantes avec les études déjà publiées en population générale. Ceci révèle un rôle propre de l'exposition au harcèlement scolaire, malgré la possible présence d'autres facteurs de stress environnementaux en population clinique. Nous insistons de nouveau sur le fait que dans cette étude, nous retrouvons ces associations pour l'ensemble des enfants concernés (qu'ils soient victime, agresseur ou les deux).

Nous devons cependant restant vigilant quant à une hypothèse de causalité, étant donné les limites que nous aborderons dans le chapitre suivant, et la possible présence de facteurs de confusion non étudiés.

L'étude de la qualité de vie a permis d'étudier la concordance entre score d'anxiété et dimension psychologique. En effet, cette dimension ressort comme un élément significativement différent entre les groupes d'enfants concernés ou non (5 points d'écart sur la moyenne des T-scores). Cela semble cohérent avec les différences observées dans les scores d'anxiété, étant donné les éléments étudiés dans cette dimension (humeur, estime de soi…). Cependant, stratifiée par sexe, cette différence se majore et reste significative pour les garçons, mais s'annule pour les filles. Cette observation s'explique par le fait que les filles incluses ont globalement un score plus bas que les garçons, même en étant non concernées par le harcèlement scolaire. Nous pouvons discuter de la place des autres facteurs impliqués dans ce score bas pour les filles. En effet, en contexte de suivi pédopsychiatrique, d'autres éléments peuvent participer à une qualité de vie « psychologique » moindre, en dehors de l'exposition au harcèlement scolaire. Sur cette dimension psychologique, l'effet propre de cette exposition au harcèlement scolaire semble plus importante pour les garçons que pour les filles.

Nous nous attendions à également retrouver une différence entre les groupes d'enfants concernés ou non, dans la dimensions «Amis»(ou «soutien par les pairs»), ce qui n'a pas été le cas. Cette dimension montrait des différences importantes selon le statut (avec un score très faible pour le statut d' « agresseur et victime »), mais la dispersion majeure des scores empêche tout analyse fiable.

7.2.1.4 Données sociodémographiques et diagnostics médicaux

Nous avons relevé le fait qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative pour la totalité des comparaisons de ce chapitre. Cependant, nous avons pu noter quelques différences notables qui pourraient être discutées afin de comparaison avec d'autres études citées. En effet, pour les enfants concernés par le harcèlement scolaire, les données sociodémographiques montrent que les parents sont plus souvent séparés, et les pères plus souvent sans emploi. Il est cependant difficile de conclure à des conditions socioéconomiques plus défavorables.

Concernant les diagnostics, compte tenu de l'hétérogénéité des suivis et des recueils de données, nous n'avons pu établir de différences significatives entre les groupes d'enfants concernés ou non par le harcèlement scolaire. Comme précédemment, nous avons cependant relever plusieurs observations qui méritent d'être soulignées.

Tout d'abord, les diagnostics de trouble de l'attention diffèrent entre les deux groupes. Globalement, le diagnostic est autant posé dans chacun des groupes, mais la prédominance « hyperactivité » (TDAH) est retrouvée plus fréquemment dans le groupe d'enfants non concernés, et la prédominance « inattention » (TDA) dans le groupe d'enfants concernés par le harcèlement. Nous savions que ce diagnostic était un facteur prédisposant au harcèlement scolaire, cependant il semble intéressant d'analyser les sous types du diagnostic en population clinique. Nous pourrions combiner l'analyse avec de possibles facteurs confondants, notamment en comparant l'intensité des troubles anxieux entre les TDAH et les TDA, ce qui pourrait jouer un rôle dans les différences observées en terme d'anxiété dans notre étude.

Concernant les troubles anxieux, nous avons peu de données longitudinales (antécédents de trouble anxieux, diagnostics posés durant l'étude), permettant une analyse du rôle propre de l'exposition au harcèlement scolaire. Cependant, certains dossiers médicaux notent parfois des situations de harcèlement scolaire générant une symptomatologie anxieuse aigüe, concordante avec l'anxiété mesurée avec nos questionnaires, mais diminuant rapidement avec la résolution de la situation. Ces observations semblent révéler effectivement le harcèlement scolaire comme un « stresseur » important, même si la durée de son effet ne peut être quantifiée ici.

7.3 Limites de l'étude

7.3.1 Limites liées à l'inclusion

Rappelons que les inclusions ont eu lieu lors des entretiens infirmiers d'orientation sur un secteur seul de Montpellier (qui compte 2 secteurs, des « antennes » sur le département) Ce « screening à l'admission» est donc limité par des biais de sélection.

En effet, certains patients souffrant d'autisme sont parfois directement adressés au Centre Ressource Autisme (CRA) , soit par des médecins généralistes ou spécialistes en libéral, soit par les antennes du CRA, sans être reçus lors d'une consultation infirmière initiale.

En outre, de nombreux patients sont reçus par d'autres instances : autres services ou antennes de pédopsychiatrie, urgences pédiatriques, médecins généralistes.

Ainsi, il est difficile de se prononcer sur la représentativité du groupe inclus par rapport à une population clinique plus large. La généralisation des résultats doit donc se faire avec prudence.

De fait, les enfants souffrant de troubles graves du langage ne permettant pas le remplissage des questionnaires, n'ont pas été inclus. Nous avons néanmoins cité ces troubles comme des facteurs prédisposant à des situations de harcèlement. Cela limite donc la possibilité d'inclure cette population dans l'analyse, et cela a probablement sous-estimé la représentation de cette sous-population.

Également parmi les critères de non-participation nous retrouvons les familles ne parlant pas ou peu le français, les enfants montrant d'emblée des troubles attentionnels importants. Nous pensons avoir limité ce critère par le fait de limiter la durée totale des questionnaires et la possibilité d'être aidé dans la compréhension des questions, par le parent ou l'infirmière présente.

7.3.2 Limites liées aux échelles et recueil de données

7.3.2.1 Échelles utilisées

L'échelle rBVQ est normalement utilisée en classe scolaire lors d'études en population générale. La passation est souvent précédée d'une information générale sur le harcèlement scolaire, et sur la façon de remplir le questionnaire. Pour des raisons évidentes d'organisation et de respect du suivi du patient, nous n'avons pu proposer qu'une information écrite, relayée par les explications de l'infirmière recevant le patient. Plusieurs patients ont montré une mécompréhension de ce questionnaire.

L'échelle SCARED utilisée n'est pas la forme révisée. La forme révisée aurait pu apporter plus de précisions sur certains troubles, voire ajouter une analyse sur certains troubles n'apparaissant pas dans la forme non révisée (troubles obsessionnels). Plus globalement, nous avons proposé une échelle de dépistage et non de diagnostic. Nous ne pouvons affirmer les diagnostics suspectés avec certitude. Les informations recueillies dans le dossier médical à partir des notes et courriers des professionnels suivant l'enfant sont également incomplètes ou non uniformisées. Il aurait été souhaitable de proposer la passation de l'hétéro-questionnaire semi-dirigé d'évaluation diagnostique « kiddie-schedule for affective disorders and schizophrenia » (K-SADS-PL). Traduit en français, il comporte des items de dépistages et de diagnostics pour 20 troubles proposés par le DSM 4. Il permet de conduire un entretien auprès des parents, couvrant toutes les comorbidités psychiatriques actuelles et passées de leur enfant[91,92]. Pour ne pas surcharger le suivi des patients, nous n'avons pas proposé ces entretiens.

L'échelle KIDSCREEN 27 est moins complète que son homonyme à 52 items. Notamment, il comporte des items sur le harcèlement, que nous aurions pu comparer avec les résultats du questionnaire rBVQ. Cependant nous avons fait le choix de limiter le nombre global de questions pour s'assurer le plus possible d'une administration complète des questionnaires.

7.3.2.2 Autres échelles

Il aurait été utile dans un deuxième temps de proposer d'autres questionnaires afin d'avoir d'autres éléments de comparabilité du groupe et de faire le lien avec les publications sur le sujet.

- L'auto-questionnaire Basic Empathy Scale (BES) est parfois utilisé dans les études sur le harcèlement scolaire pour mesurer le degré d'empathie. Il est validé en français, compte 20 items avec une échelle de Likert de 1 à 5 pour chaque item allant de « désaccord complet » à « accord complet » [93].
- L'auto-questionnaire Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) est parfois utilisé dans les études sur le harcèlement scolaire pour mesurer le degré d'alexithymie. Il est validé en français et comporte 20 items avec une échelle de Likert de 1 à 5 allant de « désaccord complet » à « accord complet »[94].
- L'auto-questionnaire de persécution par les pairs, PPC 17, comprenant 17 items précisant le type de harcèlement, avec une échelle de Likert allant de 0 à 3 (« jamais » à « souvent »), permet dans certaines études la comparaison des troubles anxieux[95].
- Le Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 (PedsQL) est un questionnaire de qualité de vie comprenant 23 items divisés en 4 sous domaines (physique, émotionnel, social, scolaire), avec une échelle de Likert allant de 0 à 5 pour chaque item (« jamais » à

« toujours »). Ce questionnaire a été utilisé dans une étude explorant l'association entre diagnostics pédopsychiatriques et qualité de vie[87,96].

7.3.3 Limites des résultats

7.3.3.1 Transversalité de l'étude

Le caractère transversal de cette étude empêche toute conclusion de causalité sur une anxiété majorée lors des situations de harcèlement. Cependant, nos résultats sont concordants avec les études longitudinales sur lesquelles nous nous appuyons, concernant la majoration du risque de trouble anxieux si il y a eu antécédent de harcèlement scolaire entre pairs.

Comme nous l'avons soulevé, les troubles anxieux ont été dépistés grâce à l'échelle SCARED et les diagnostics ont été récupérés sur les dossiers médicaux, ce qui limite les interprétations des résultats. Nous ne pouvons conclure à une majoration des troubles anxieux du fait de l'hétérogénéité des données médicales récupérées dans les dossiers. De plus, le maintien sur le long terme de cette différence observée sur l'échelle d'anxiété n'a pu être étudiée, du fait de la durée globale de l'étude et de l'hétérogénéité des suivis. En effet, certains dossiers médicaux concernant les enfants impliqués dans des situations de harcèlement scolaire, indiquaient un amendement de la symptomatologie anxieuse initiale du fait de la résolution de la situation de harcèlement scolaire (changement d'établissement ou intervention du personnel éducatif). La préexistence d'un trouble anxieux est écartée. Dans d'autres circonstances, la présence d'un trouble anxieux est au premier plan, et le rôle propre du harcèlement scolaire est plus complexe à établir dans l'aggravation du trouble et son maintien.

7.3.3.2 Effectifs

De manière globale, le taux de participation est faible, et les effectifs sont faibles malgré une période d'inclusion de 8 mois. Les enfants de 8 à 10 ans initialement inclus ont moins reçu de questionnaires par la suite du fait de leur difficulté à comprendre certaines expressions. L'âge des inclus diffère également de la population clinique ciblée dans cette période d'inclusion. Les non-participations sont souvent dues à des facteurs communs au harcèlement ce qui peut induire une sous-estimation des résultats.

Ainsi, la représentativité d'une population clinique par notre échantillon de patients est limitée du fait de ces différents facteurs. Nous allons maintenant développer plusieurs perspectives, à la fois en terme de recherche et de pratique clinique.

7.4 Perspectives

7.4.1 Exposition versus vulnérabilité

Nous avons pu voir que le harcèlement scolaire entre pairs est associé avec une majoration de la symptomatologie anxieuse. Les troubles anxieux sont également des facteurs favorisants de situation de harcèlement, et en même temps certaines études et méta-analyses concluent au développement de troubles anxieux suite à des antécédents de harcèlement scolaire. Il est donc légitime de se poser la question de leur interdépendance et de la part qui revient au harcèlement scolaire dans la genèse des troubles psychiatriques. Le harcèlement scolaire est tantôt décrit comme un potentialisateur, un « stresseur » activant des troubles préexistants. A l'inverse, il est décrit parfois comme un ayant un rôle propre dans la genèse des troubles, notamment lorsqu'il génère des troubles aigus, résolutifs après arrêt de l'exposition. Faut-il répondre à la question d'une exposition engendrant une vulnérabilité ou d'une vulnérabilité préexistante qui aurait de toute façon générée tôt au tard un trouble ?

Également, nous pourrions objecter que le vécu des patients est bien différent de la réalité. Un enfant qui se dit persécuté par ses pairs ne l'est pas forcément. On risque de surestimer des situations de harcèlement scolaire, et d'attribuer à tort une anxiété en conséquence de ces situations, alors qu'elle était préexistante. Nous avons pu notamment nous intéresser à des études sur les biais cognitifs des enfants concernés par ces situations de harcèlement scolaire. Comment vérifier alors la véracité des propos de l'enfant, et pouvoir relever une réelle exposition au harcèlement scolaire ?

Les observations cliniques nous montrent que les situations de harcèlement sont très différentes les unes des autres. Aussi, la complexité des tableaux cliniques ne permet pas d'adopter une prise en charge médicale unique de ces enfants concernés. La situation de harcèlement scolaire pourra être tantôt analysée comme signe d'une vulnérabilité importante (TSA, TDA, syndrome dépressif), tantôt signe d'une poly-victimisation (maltraitance à la maison concomitante), parfois signe d'un environnement stressant (climat scolaire délétère, nombreuses situations de harcèlement dans l'établissement, cyberharcèlement aigu), ou encore plusieurs de ces éléments à la fois.

7.4.2 Études de cohorte

Pour pouvoir étudier d'avantage les caractéristiques sociodémographiques et diagnostics médicaux des enfants en situation de harcèlement, il serait souhaitable de mener ce même type d'étude sur des cohortes plus grandes, ou sur plusieurs services de pédopsychiatrie en même temps. Cela permettrait de repérer des vulnérabilités propres à cette population clinique.

Il serait souhaitable également de proposer des études longitudinales en population clinique sur le harcèlement scolaire. En effet, nous pourrions récupérer d'avantage de données médicales sur les diagnostics posés en cours de suivis (nous rappelons que nous avions de nombreuses évaluations en cours lors de l'analyse). Nous pourrions également proposer une évaluation des troubles anxieux et de la qualité de vie à différents instants du suivi, ce qui permettrait de mesurer l'évolution de la symptomatologie selon la situation de harcèlement. Ainsi, comme nous l'avons déjà évoqué, nous pourrions analyser le rôle propre des situations de harcèlement scolaire sur l'anxiété et la qualité de vie.

7.4.3 Enjeux professionnels autour du harcèlement scolaire entre pairs

7.4.3.1 Parcours de l'enfant en situation de harcèlement scolaire

Il est primordial de resituer le rôle de chaque professionnel par rapport à ces situations de harcèlement, afin de ne pas se déposséder mutuellement de moyens d'action. En effet, nous avions évoqué l'idée qu'un enfant puisse consulter en pédopsychiatrie, et que la découverte d'une situation de harcèlement scolaire soit alors fortuite lors de ces consultations (ce que nous avons produit avec la passation systématique des questionnaires). L'enfant peut aussi se présenter en consultation avec une contexte de harcèlement scolaire déjà clairement évoqué, qu'il soit le motif principal de consultation ou non. Ce contexte a pu être défini par les parents, ou d'autres professionnels qui entourent l'enfant (enseignant, personnel d'éducation, médecin traitant).

Identifié dans cette étude comme un facteur de risque de troubles anxieux ou de moins bonne qualité de vie chez les enfants consultants, nous devons ainsi rester vigilants au contexte de harcèlement scolaire entre pairs, quel qu'en soit l'origine, et adopter une approche pluridisciplinaire. En effet, il sera important, à l'instar des troubles des apprentissages, de repérer avec les professionnels de l'éducation et le médecin traitant, les éléments en faveur d'une vulnérabilité individuelle importante (qui pourrait évoquer un trouble mental sous-jacent) et ceux en faveur d'un milieu scolaire délétère.

Bien entendu, comme nous l'avons déjà évoqué, la prise en charge et le positionnement du psychiatre devront être gradués. Certaines situations de harcèlement peu graves ne nécessiteront pas l'intervention d'un psychiatre (pour accompagner les troubles préexistants ou induits par cette situation). Le personnel d'éducation, les parents, et le médecin traitant seront à même d'étayer l'enfant dans ses difficultés passagères. Si la situation de harcèlement scolaire est « détectée » en consultation, il sera opportun de la rapporter à ces différents professionnels.

A l'inverse, dans le cas de situations plus graves, le rôle de pédopsychiatre sera primordial, et son intervention sera également graduée : de quelques consultations de soutien à la famille, aux réunions pluridisciplinaires en établissement scolaire, en passant par des possibilités de prise en charge des vulnérabilités dans le service (groupe de thérapie, évaluation et prise en charge des troubles sous-jacents). Nous rappelons que nos résultats ne permettent pas d'établir une conduite à tenir uniforme sur la seule majoration des troubles anxieux en situation de harcèlement, et que les autres éléments du tableau clinique ne doivent pas être écartés.

7.4.3.2 Le questionnaire rBVQ en consultation de pédopsychiatrie

Le questionnaire sur le harcèlement scolaire (rBVQ) utilisé dans cette étude pourrait l'être également en pratique courante. En effet, la passation est courte, et permet de relever différentes situations de harcèlement scolaire possibles (en tant que victime et/ou agresseur). Avec les résultats de notre étude, si le patient se décrit en situation de harcèlement, nous pourrions envisager de repérer une anxiété plus importante, et de discuter des éléments ayant conduit à cette situation : comportement avec ses pairs, avec les adultes, climat scolaire, stratégies pour y faire face, évolution de cette situation.

7.4.3.3 Spécificité du cyberharcèlement

Étudiées en partie dans notre bibliographie, les situations de cyberharcèlement pourraient être plus fréquentes, plus insidieuses, et provoquer un niveau d'anxiété plus élevé chez les enfants qui y sont confrontés, en comparaison du harcèlement « traditionnel ». Les parents et enseignants sont peu formés à repérer ces situations, et à encadrer l'usage des réseaux sociaux par les enfants et adolescents. Il est donc nécessaire de travailler en collaboration avec les parents et enseignants sur ce thème actuel. En effet, il est peu visible d'emblée, et même si les protagonistes sont des pairs connus à l'école et avec qui l'enfant est en communication, le cyberharcèlement opère surtout à la maison.

7.4.3.4 Formations, co-formations

Les enseignants sont souvent demandeurs de conseils et de formation, lorsqu'un enfant déclare un trouble (apprentissages, autisme…) pour lequel l'adaptation de la pédagogie et de l'organisation de la classe sera primordiale à son développement futur. Dans le même sens, nous pensons que le rôle du psychiatre est indispensable à la compréhension des difficultés de certains enfants dans les relations avec leur pairs et avec les adultes, notamment lorsqu'une situation de harcèlement scolaire est repérée. En effet, nous avons déjà relevé les difficultés dans la sphère de la communication et dans la sphère sociale, de certains enfants souffrant de TDA/H et de TSA notamment. Ces difficultés se manifestent à la fois dans le sens d'une victimisation, mais aussi

d'un comportement agressif seulement, ou les deux en même temps ; et ces positions peuvent varier dans le temps. Cela est d'autant plus complexe à décrypter dans une cour d'école ou dans une classe, lorsqu'un enseignant seul fait face à une groupe, et peut interpréter les différentes « taquineries », comme des signes normaux d'amitié à cet âge, ou des façons de communiquer dans un groupe d'enfant donné. L'enfant pris dans plusieurs rôles aura plus de difficulté à se faire entendre lorsqu'il verbalise des difficultés avec ses pairs. Également l'enfant avec des vulnérabilités médicales (dépression, autisme…) verbalisera peu de difficultés, poursuivra parfois des socialisations avec des enfants qui lui sont pourtant hostiles. Ces différentes réactions sont souvent peu repérées ou mal comprises, et la consultation de l'infirmière scolaire, du médecin traitant, ou du psychiatre, seront des lieux privilégiés pour exprimer l'anxiété latente en lien avec cette socialisation défaillante.

Dans ce sens, il nous parait opportun de poursuivre sur la voie de la co-formation entre enseignants et psychiatres, afin que les enjeux de ces situations de harcèlement scolaire soient compris sous différents angles et mieux repérés. Ce travail de collaboration doit permettre également de repositionner les moyens d'action de chacun. Les exemples d'action de prévention que nous avons cités vont dans ce sens. Développer l'empathie, comprendre les réactions de ses pairs, éduquer à la différence, au respect de soi et des autres, aux limites et aux risques de la « vie virtuelle » sont autant d'enjeux communs à promouvoir en établissement scolaire. Nous pensons que le professionnel de santé peut y jouer un rôle de médiation, de développement d'outils d'accompagnement, de supervision d'équipe, sans pour autant prendre la place du personnel éducatif.

Même dans le cas d'un enfant « agresseur » consultant en psychiatrie, repérer la souffrance en jeu est le rôle du psychiatre. Sans excuser les agissements sur d'autres enfants, pour lesquels des sanctions seront prises par l'établissement , le psychiatre peut donner des clés de compréhension et de possibles préventions pour cet enfant, afin d'ouvrir la possibilité d'autres types de communication avec ses pairs. Dans ce sens, nous soutenons l'idée de justice restauratrice en établissement scolaire, qui nous le rappelons, a comme fondement la possibilité pour les acteurs de violence de participer à une forme de réparation, envers les victimes actuelles, et plus largement en participant à une prévention dans l'établissement.

7.4.3.5 Psychiatrie et sociologie

Pour aller plus loin, nous avions évoqué l'attention à porter à la construction de ce concept, le harcèlement scolaire entre pairs, comme étant une construction sociale également. Nous avons donc émis plusieurs limites quant à la manière de traiter ce sujet, en s'appuyant sur des écrits

sociologiques, afin d'être attentif à de possibles dérives sécuritaires. En effet, nous pensons que le positionnement du psychiatre vis-à-vis d'autres acteurs qui s'occupent des enfants doit être clairement défini sur ce sujet, pour ne pas « glisser » vers des demandes sociales inadaptées. Nous pensons notamment que le psychiatre ne peut apporter de « preuve médicale » d'un harcèlement scolaire entre pairs, mais qu'il peut prendre acte de difficultés de socialisation actuelle provoquant une souffrance, une anxiété. Nous rappelons que ces situations sont parfois difficiles à décrypter, mêlant vulnérabilité individuelle, contexte scolaire ou familial délétère. Là encore, il s'agit de proposer une approche pluri-professionnelle. Le psychiatre ne peut prendre la place du juge ou de l'enseignant. Intuitivement, il n'y a pas lieu de prendre position « médicalement » pour la défense d'une « victime » ou d'un « agresseur ». Mais nous reconnaissons la coloration « judiciaire » de ces termes, pouvant entraîner le psychiatre malgré lui, dans des demandes parentales de certificat médicaux afin d'obtenir ce que de droit. Cela pose la question encore une fois des limites de notre rôle, de ce que nous pouvons « nommer », et donc définir comme « vrai » au regard de la loi ou d'un établissement scolaire, d'autant plus si cela est inscrit dans un certificat. Au-delà des possibilités de rapporter les faits au « conditionnel », il faut bien nommer les différents éléments qui posent problème dans le développement de l'enfant que nous recevons en consultation. Nous rappelons qu'il s'agit de prendre le temps, avec les différents acteurs s'occupant de l'enfant, de repérer les différents éléments de la situation, avant de conclure à un « harcèlement scolaire entre pairs». De plus, nous avons proposé le terme « situation de harcèlement scolaire entre pairs », comprenant les statuts de « victimes », « agresseurs », « victimes et agresseurs », même si les conséquences et prises en charge peuvent être très différentes.

Cette démarche s'appuie sur les recherches que nous avons citées, qui développe l'idée d'une vulnérabilité initiale commune de ces différents rôles. D'autres études pourront appuyer l'idée de vulnérabilités ou de conséquences psychopathologiques différentes entre un statut de « victime » ou d' « agresseur ». Notre étude est limitée par le nombre d'inclusions pour faire cette analyse approfondie. Il ne faut cependant par perdre de vue les conséquences sociales d'une mécompréhension de ce type de recherche, dont la dérive principale serait de « s'approprier » les conclusions dans un sens utilitaire.

Ainsi nous pensons que la démarche médicale quotidienne peut être renforcée et délimitée, avec l'appui d'une analyse sociologique, face à des sujets aussi médiatisés que le harcèlement scolaire entre pairs. Même si la définition du harcèlement scolaire entre pairs porte à beaucoup de confusions et de mésusage du terme (avec les possibles dérives que nous avons décrites), il nous semble d'autant plus primordial que le professionnel de santé en est une vision claire, pour repérer les enfants qui en souffrent.

8 CONCLUSIONS

Cette étude nous a permis de montrer que l'association entre anxiété et harcèlement scolaire entre pairs, retrouvée dans différentes études en population générale, se maintenait en population clinique pédopsychiatrique. Nous avons pu détailler qu'en utilisant un outil de dépistage des troubles anxieux tels que la SCARED, ce test était positif dans 4 fois plus de cas pour les enfants concernés par le harcèlement scolaire (agresseurs, victimes ou les deux) par rapport aux enfants non concernés, quel que soit le sexe et l'âge.

Nous avons pu également montrer une association importante entre situation de harcèlement scolaire entre pairs et « qualité de vie psychologique » des garçons. Les filles montraient d'emblée une « qualité de vie psychologique » moindre par rapport aux normes européennes de la population générale, quel que soit leur situation vis-à-vis du harcèlement.

Nous avons pu détailler la proportion d'enfants concernés par le harcèlement scolaire, qui était plus importante dans cette population clinique que dans la population générale.

Nous avons montré qu'il serait souhaitable de proposer d'autres études longitudinales en population clinique, afin de préciser le rôle propre du harcèlement scolaire entre pairs dans l'évolution de certains troubles anxieux, et de détailler son association avec les différents diagnostics pédopsychiatriques, notamment les troubles du neuro-développement.

Également, d'autres cohortes transversales de taille plus importantes permettraient de détailler les sous analyses que nous avons développé sur les dimensions des différents troubles anxieux, pour lesquelles la principale limite de notre étude était la taille de l'échantillon. Notamment, il s'agit de comprendre si certains troubles anxieux sont plus spécifiques de certains statuts vis-à-vis du harcèlement.

Nous avons pu aussi évoquer l'implication de cette étude dans la pratique courante du pédopsychiatre, pour qu'il puisse intégrer la recherche d'une situation de harcèlement scolaire (l'enfant étant agresseur, victime ou les deux), en tant que facteur de risque d'une majoration de la symptomatologie anxieuse.

Enfin, nous avons développé l'idée d'un rôle important du psychiatre dans des aspects de prévention et de médiation au sein des établissements scolaires, dans le cadre d'une approche pluri-professionnelle. Nous avons proposé d'appuyer ce rôle sur des fondements clairs, à l'aide des analyses sociologiques, pour faire face à une demande sociale pressante (dans le sens d'un victimisation seulement), voir pour limiter la dérive judiciaire et sécuritaire de ce phénomène.

9 BIBLIOGRAPHIE

1. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiatry*. 1994;35(7):1171-1190.

2. Smith PK, Levan S. Perceptions and experiences of bullying in younger pupils. *Br J Educ Psychol*. 1995;65 (Pt 4):489-500.

3. Debarbieux E. Refuser l'oppression quotidienne : la prévention du harcèlement à l'École [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. 2011

4. Smith PK, ed. *The Nature of School Bullying: A Cross-National Perspective*. London ; New York: Routledge; 1999.

5. WHO | Prevention of bullying-related morbidity and mortality: a call for public health policies. WHO. https://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/10-077123/en/.

6. Catheline N, Linlaud-Fougeret V. Harcèlement entre pairs en milieu scolaire. 17 oct 2014

7. Dewulf M-C, Stilhart C. Le vécu des victimes de harcèlement scolaire. Médecine Thérapeutique Pédiatrie. 1 mars 2005;8(2):95-100.

8. Cook CR, Williams KR, Guerra NG, Kim TE, Sadek S. Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *Sch Psychol Q*. 2010;25(2):65.

9. Catheline N. *Le harcèlement scolaire*. Paris: Presses universitaires de France; 2015.

10. Romano H. *L'enfant et les jeux dangereux: jeux post-traumatiques et pratiques dangereuses*.; 2015.

11. Bernadet S, Purper-Ouakil D, Michel G. Typologie des jeux dangereux chez des collégiens: vers une étude des profils psychologiques. In: *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. Vol 170. Elsevier; 2012:654–658.

12. Michel G. Jeux dangereux et violents. *Rev Prat Médecine Générale*. 2009;23.

13. Perrine Signoret. "Blue Whale Challenge" : itinéraire d'une légende urbaine sur Internet, Le Monde.Published March 15, 2017.

14. Blaya, C. (2011). Cyberviolence et cyberharcèlement : approches sociologiques. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, 53(1), 47-65. doi:10.3917/nras.053.0047.

15. Blaya C. *Les Ados Dans Le Cyberespace : Prises de Risque et Cyberviolence*. De Boeck Supérieur; 2017.

16. Heuzey M-FL. Cyberbullying, 2014. Archives de pédiatrie - Vol. 21 - N° 5S1 - p. 26-27

17. Heuzey M-FL. Les réseaux sociaux, les enfants et le pédiatre, 2014. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence - Vol. 62 - N° 4 - p. 249-256

18. Kubiszewski V, Fontaine R, Huré K, Rusch E. [Cyber-bullying in adolescents: associated psychosocial problems and comparison with school bullying]. L'Encephale. avr 2013;39(2):77-84.

19. Melioli T, Sirou J, Rodgers RF, Chabrol H. Étude du profil des personnes victimes d'intimidation réelle et d'intimidation sur Internet. 30 déc 2014. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence - Vol. 63 - N° 1 - p. 30-35

20. Arsène M, Raynaud J-P. Cyberbullying (ou cyber harcèlement) et psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : état actuel des connaissances, 2014 .Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence - Vol. 62 - N° 4 - p. 249-256

21. Catheline N. Harcèlements en milieu scolaire. *Enfances Psy*. 2009;45(4):82. doi:10.3917/ep.045.0082

22. Abadie P, Balan B, Chretien M, Simard C. Suicidalité chez les adolescents appartenant au spectre de l'autisme, 2013. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence - Vol. 61 - N° 7-8 - p. 409-414

23. Sentenac M, Arnaud C, Gavin A, Molcho M, Gabhainn SN, Godeau E. Peer victimization among school-aged children with chronic conditions. *Epidemiol Rev*. 2012;34:120-128. doi:10.1093/epirev/mxr024

24. Kubiszewski V. Prévalence des élèves témoins de harcèlement scolaire et difficultés associées : résultats préliminaires. 3 sept 2016

25. Fougeret-Linlaud V, Catheline N, Chabaud F, Hautecloque AD, Debarbieux E, Roubira J-L, et al. Peut-on diminuer le harcèlement scolaire ? Présentation d'une intervention évaluée auprès de 346 élèves en classe de 4 e de l'Académie de la Vienne. 11 août 2014. European Psychiatry - Vol. 29 - N° 8S - p. 599

26. Van Noorden THJ, Haselager GJT, Lansu TAM, Cillessen AHN, Bukowski WM. Attribution of human characteristics and bullying involvement in childhood: Distinguishing between targets. *Aggress Behav*. 2016;42(4):394-403. doi:10.1002/ab.21634

27. Huré K, Fontaine R, Kubiszewski V. Traitement de l'information sociale et profils dans le harcèlement scolaire chez les adolescents, 2015. Revue européenne de psychologie appliquée - Vol. 65 - N° 2 - p. 83-91

28. Lansu TAM, van Noorden THJ, Deutz MHF. How children's victimization relates to distorted versus sensitive social cognition: Perception, mood, and need fulfillment in response to Cyberball

inclusion and exclusion. *J Exp Child Psychol*. 2017;154:131-145. doi:10.1016/j.jecp.2016.10.012

29. Vaillancourt T, Duku E, Decatanzaro D, Macmillan H, Muir C, Schmidt LA. Variation in hypothalamic–pituitary–adrenal axis activity among bullied and non-bullied children. *Aggress Behav*. 2008;34(3):294-305. doi:10.1002/ab.20240

30. Hofvander B, Delorme R, Chaste P, et al. Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*. 2009;9:35. doi:10.1186/1471-244X-9-35

31. Mikami K, Inomata S, Hayakawa N, et al. Frequency and clinical features of pervasive developmental disorder in adolescent suicide attempts. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(2):163-166. doi:10.1016/j.genhosppsych.2008.12.003

32. Merle P. Les deux mondes de la violence scolaire, Summary. *Enfances Psy*. 2009;(45):91-101. doi:10.3917/ep.045.0091

33. Carra C, Faggianelli D. Violences à l'école : tendances internationales de la recherche en sociologie. *Déviance Société*. 2003;Vol. 27(2):205-225.

34. Mabilon-Bonfils B. Méconnaissance du politique, sciences sociales et représentations sociales : le cas des violences scolaires. *Déviance Société*. 2007;Vol. 31(2):173-197.

35. Martin C de S. Nommer les violences scolaires. Des incivilités au harcèlement scolaire. *Lett Enfance Adolesc*. 2012;(87):119-126. doi:10.3917/lett.087.0119

36. Trépos J-Y. Vienne Philippe. Violences à l'école : au bonheur des experts. Une analyse critique des réseaux d'expertise de la violence scolaire. Paris : Éd. Syllepse, 2009, 434 p. *Rev Fr Pédagogie Rech En Éducation*. 2010;(173):142-143.

37. Dubet F. Les figures de la violence à l'école. *Rev Fr Pédagogie*. 1998;123(1):35-45. doi:10.3406/rfp.1998.1125

38. Salas D. Le couple victimisation-pénalisation, Abstract. *Nouv Rev Psychosociologie*. 2006;no 2(2):107-116. doi:10.3917/nrp.002.0107

39. Becker HS. *Outsiders: études de sociologie de la déviance*.; 2013.

40. Fougeyrollas Schwebel D, Fontanille J, Hirata H, Senotier D. *La violence, les mots, le corps*. Paris: Harmattan; 2003.

41. Payet J-P. La ségrégation scolaire [Une perspective sociologique sur la violence à l'école]. *Rev Fr Pédagogie*. 1998;123(1):21-34. doi:10.3406/rfp.1998.1124

42. Juvonen J, Graham S. Bullying in schools: the power of bullies and the plight of victims. *Annu Rev Psychol*. 2014;65:159-185. doi:10.1146/annurev-psych-010213-115030

43. Modecki KL, Minchin J, Harbaugh AG, Guerra NG, Runions KC. Bullying prevalence across contexts: a meta-analysis measuring cyber and traditional bullying. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2014;55(5):602-611. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.06.007

44. Seltzer M, Menoch M, Chen C. Opportunistic Screening for Exposure to Bullying in the Pediatric Emergency Department. *Glob Pediatr Health*. 2017;4:2333794X17714377. doi:10.1177/2333794X17714377

45. Waseem M, Arshad A, Leber M, Perales O, Jara F. Victims of bullying in the emergency department with behavioral issues. *J Emerg Med*. 2013;44(3):605-610. doi:10.1016/j.jemermed.2012.07.053

46. Menesini E, Salmivalli C. Bullying in schools: the state of knowledge and effective interventions. *Psychol Health Med*. 2017;22(sup1):240-253. doi:10.1080/13548506.2017.1279740

47. Plexousakis SS, Kourkoutas E, Giovazolias T, Chatira K, Nikolopoulos D. School Bullying and Post-traumatic Stress Disorder Symptoms: The Role of Parental Bonding. *Front Public Health*. 2019;7. doi:10.3389/fpubh.2019.00075

48. Lereya ST, Samara M, Wolke D. Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim: a meta-analysis study. *Child Abuse Negl*. 2013;37(12):1091-1108. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.001

49. Wolke D, Skew AJ. Bullying among siblings. *Int J Adolesc Med Health*. 2012;24(1):17-25. doi:10.1515/ijamh.2012.004

50. Elgar F, Gariepy G, Dirks M, Walsh S, Molcho M. *A*ssociation of Early-Life Exposure to Income Inequality With Bullying in Adolescence in 40 Countries. *JAMA Pediatrics*. 2019

51. Garandeau CF, Lee IA, Salmivalli C. Inequality matters: classroom status hierarchy and adolescents' bullying. *J Youth Adolesc*. 2014;43(7):1123-1133. doi:10.1007/s10964-013-0040-4

52. Wolke D, Lereya ST. Long-term effects of bullying. *Arch Dis Child*. 2015;100(9):879-885. doi:10.1136/archdischild-2014-306667

53. Vieno A, Gini G, Lenzi M, Pozzoli T, Canale N, Santinello M. Cybervictimization and somatic and psychological symptoms among Italian middle school students. *Eur J Public Health*. 2015;25(3):433-437. doi:10.1093/eurpub/cku191

54. Moore SE, Norman RE, Suetani S, Thomas HJ, Sly PD, Scott JG. Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. World J Psychiatry. 22 mars 2017;7(1):60.

55. Grandjean P, Petot D, Petot J-M. Persécution par les camarades et manifestations anxieuses

chez des enfants français âgés de huit à douze ans. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*. 26 oct 2016

56. Petot D, Grandjean P, Petot J-M, Gonthier V, Chalvidan E. Dépister et analyser les violences subies en milieu scolaire : le questionnaire de persécution par les camarades (PPC-17). *Psychologie française.* 2016

57. Martin A, Gosselin P. Propriétés psychométriques de l'adaptation francophone d'une mesure de symptômes des troubles anxieux auprès d'enfants et d'adolescents (SCARED-R). *Can J Behav Sci Can Sci Comport*. 2012;44(1):70-76. doi:10.1037/a0023103

58. Pontillo M, Tata MC, Averna R, et al. Peer Victimization and Onset of Social Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Brain Sci*. 2019;9(6). doi:10.3390/brainsci9060132

59. Lereya ST, Copeland WE, Costello EJ, Wolke D. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(6):524-531. doi:10.1016/S2215-0366(15)00165-0

60. Copeland WE, Bulik CM, Zucker N, Wolke D, Lereya ST, Costello EJ. Does childhood bullying predict eating disorder symptoms? A prospective, longitudinal analysis. *Int J Eat Disord*. 2015;48(8):1141-1149. doi:10.1002/eat.22459

61. Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. mars 2009;48(3):254-61.

62. Klomek AB, Sourander A, Elonheimo H. Bullying by peers in childhood and effects on psychopathology, suicidality, and criminality in adulthood. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(10):930-941. doi:10.1016/S2215-0366(15)00223-0

63. Bannink R, Broeren S, van de Looij – Jansen PM, de Waart FG, Raat H. Cyber and Traditional Bullying Victimization as a Risk Factor for Mental Health Problems and Suicidal Ideation in Adolescents. *PLoS ONE*. 2014;9(4). doi:10.1371/journal.pone.0094026

64. Barzilay S, Klomek AB, Apter A, et al. Bullying Victimization and Suicide Ideation and Behavior Among Adolescents in Europe: A 10-Country Study. *J Adolesc Health*. 2017;0(0). doi:10.1016/j.jadohealth.2017.02.002

65. Koyanagi A, Oh H, Carvalho AF, et al. Bullying Victimization and Suicide Attempt Among Adolescents Aged 12–15 Years From 48 Countries. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. March 2019. doi:10.1016/j.jaac.2018.10.018

66. Balfe M, Tantam D. A descriptive social and health profile of a community sample of adults and adolescents with Asperger syndrome. *BMC Res Notes*. 2010;3:300. doi:10.1186/1756-0500-

3-300

67. Alavi N, Roberts N, Sutton C, Axas N, Repetti L. Bullying Victimization (Being Bullied) Among Adolescents Referred for Urgent Psychiatric Consultation: Prevalence and Association With Suicidality. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2015;60(10):427-431. doi:10.1177/070674371506001003

68. Stanley IH, Horowitz LM, Bridge JA, Wharff EA, Pao M, Teach SJ. Bullying and Suicide Risk Among Pediatric Emergency Department Patients. *Pediatr Emerg Care*. 2016;32(6):347-351. doi:10.1097/PEC.0000000000000537

69. Schreier A, Wolke D, Thomas K, et al. Prospective study of peer victimization in childhood and psychotic symptoms in a nonclinical population at age 12 years. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(5):527-536. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.23

70. Thompson A, Lereya ST, Lewis G, Zammit S, Fisher HL, Wolke D. Childhood sleep disturbance and risk of psychotic experiences at 18: UK birth cohort. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2015;207(1):23-29. doi:10.1192/bjp.bp.113.144089

71. Hennig T, Jaya ES, Lincoln TM. Bullying Mediates Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood and Psychotic Experiences in Early Adolescence. *Schizophr Bull*. November 2016. doi:10.1093/schbul/sbw139

72. Bender D, Lösel F. Bullying at school as a predictor of delinquency, violence and other anti-social behaviour in adulthood. *Crim Behav Ment Health*. 2011;21(2):99-106. doi:10.1002/cbm.799

73. Ttofi MM, Farrington DP, Lösel F, Crago RV, Theodorakis N. School bullying and drug use later in life: A meta-analytic investigation. *Sch Psychol Q*. 2016;31(1):8-27. doi:10.1037/spq0000120

74. Singham T, Viding E, Schoeler T, et al. Concurrent and Longitudinal Contribution of Exposure to Bullying in Childhood to Mental Health: The Role of Vulnerability and Resilience. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(11):1112-1119. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2678

75. Prévention et lutte contre le harcèlement à l'École. circulaire n° 2013-100 du 13-8-2013. [https://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=72680]

76. Tisseron, S. le jeu des 3 figures. [http://www.sergetisseron.com/le-jeu-des-trois-figures/.]

77. Bidault, V. feelings. [http://www.feelings.fr]

78. Fougeret-Linlaud V, Catheline N, Chabaud F, Gicquel L. Le harcèlement scolaire entre pairs. À propos d'une étude en Vienne visant à évaluer l'apport d'un support ludique mettant en jeu les émotions. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence.* 2016.

79. Henderika de Vries. kiva kulu [http://www.harcelement-scolaire.eu/atelier-programme-kiva/]

80. Méthode pikas. *Colloq Eur - Harcèlement Nouv Génér*. [http://www.harcelement-scolaire.eu/atelier-methode-pikas/.]

81. Humbeeck B, Lahaye W, Berger M. *Prévention du harcèlement et des violences scolaires: prévenir, agir, réagir...*; 2016.

82. Farrington DP, Ttofi MM. School-based programs to reduce bullying and victimization. *Campbell Collab*. 2009;6:1–149.

83. Ttofi MM, Farrington DP. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: a systematic and meta-analytic review. *J Exp Criminol*. 2011;7(1):27-56. doi:10.1007/s11292-010-9109-1

84. Flament MF, Daoust J-P, Churchill AM, Hudek N. *27. Troubles anxieux chez l'enfant et aspects liés au développement*. Lavoisier; 2014. https://www-cairn-info.www.ezp.biu-montpellier.fr/les-troubles-anxieux--9782257204080-page-290.htm.

85. Denis H, Baghdadli A. Les troubles anxieux de l'enfant et l'adolescent. *Archives de pédiatrie - Vol. 24 - N° 1 - p. 87-90*. January 2017.

86. Broquere M, Soussana M, Michelon C, Rattaz C, Brisot J, Baghdadli A. Impact des troubles anxieux sur la qualité de vie des adolescents avec un trouble du spectre autistique sans déficience intellectuelle. *L'Encéphale*. 2016;42(6):499-505. doi:10.1016/j.encep.2015.12.025

87. Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF, Verhulst FC. Quality of life in children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinician report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(2):221–230.

88. Guilheri J, Cogo-Moreira H, Kubiszewski V, Yazigi L, Andronikof A. Validité de construit du questionnaire rBVQ d'Olweus pour l'évaluation du harcèlement scolaire (bullying) auprès d'élèves français de cycle 3. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence* - Vol. 63 - N° 4 - p. 211-21713 juin 2015

89. Zebdi R, Petot D. Contribution de la Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders au dépistage et au diagnostic des troubles anxieux chez l'enfant d'âge scolaire. *L'évolution psychiatrique - Vol. 79 - N° 3 - p. 503-512* . 2014

90. Robitail S, Ravens-Sieberer U, Simeoni M-C, et al. Testing the structural and cross-cultural validity of the KIDSCREEN-27 quality of life questionnaire. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. 2007;16(8):1335-1345. doi:10.1007/s11136-007-9241-1

91. Ambrosini PJ. Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.

2000;39(1):49-58. doi:10.1097/00004583-200001000-00016

92. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7):980-988. doi:10.1097/00004583-199707000-00021

93. D'Ambrosio F, Olivier M, Didon D, Besche C. The basic empathy scale: A French validation of a measure of empathy in youth. *Personal Individ Differ*. 2009;46(2):160-165. doi:10.1016/j.paid.2008.09.020

94. Zimmermann G, Quartier V, Bernard M, Salamin V, Maggiori C. Qualités psychométriques de la version française de la TAS-20 et prévalence de l'alexithymie chez 264 adolescents tout-venant. *L'Encéphale - Vol. 33 - N° 6 - p. 941-946.* 13 juin 2014

95. Petot D, Grandjean P, Petot J-M, Gonthier V, Chalvidan E. Dépister et analyser les violences subies en milieu scolaire : le questionnaire de persécution par les camarades (PPC-17). *Psychol Fr*. April 2016. doi:10.1016/j.psfr.2016.02.002

96. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL™ 4.0: Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in Healthy and Patient Populations. *Med Care*. 2001;39(8):800.

10 ANNEXES

10.1 Tableaux et figures annexes

10.1.1 Analyses de la population incluse

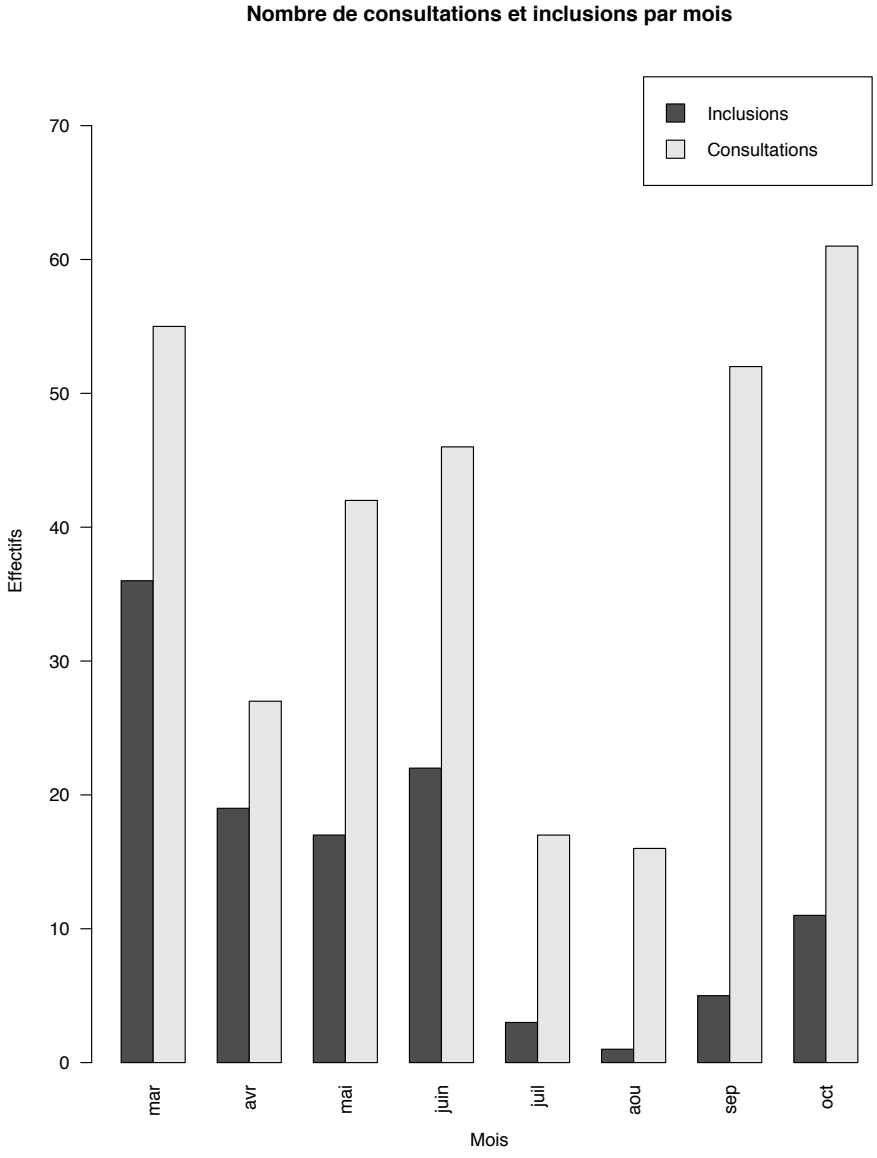


Figure 16: Nombre de consultations et inclusions sur la période d'étude

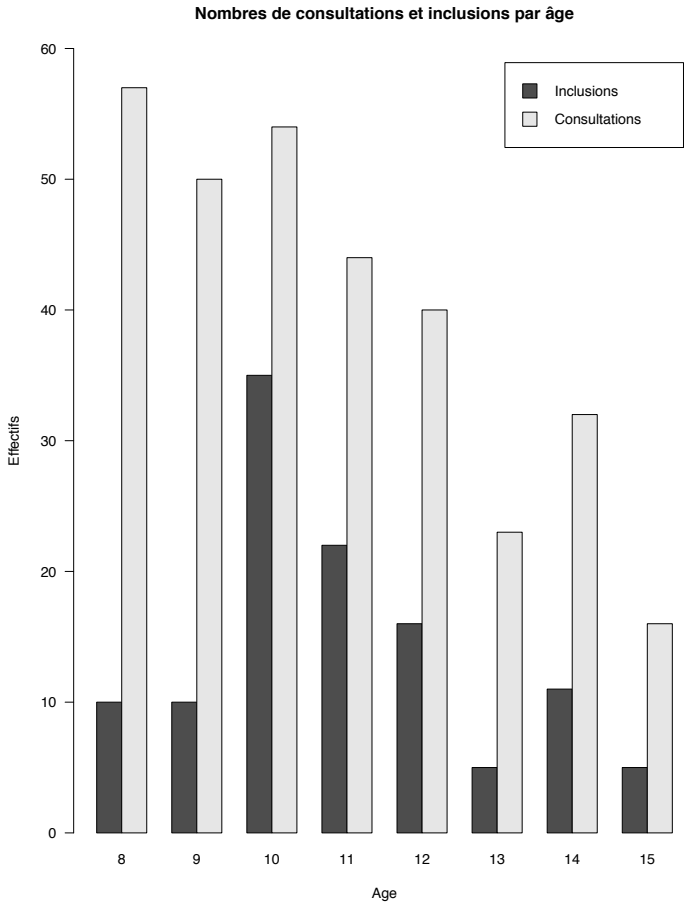


Figure 17: Nombre de consultations et inclusions par âge

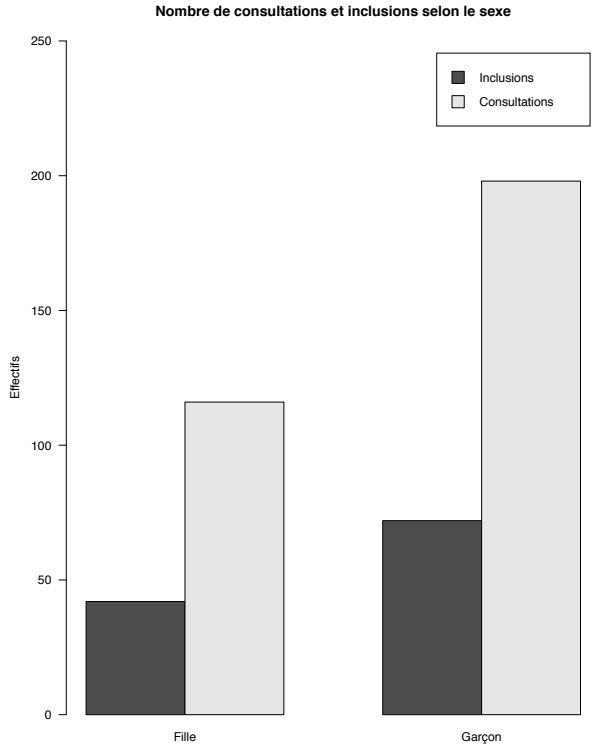


Figure 18: Nombre de consultations et inclusions selon le sexe

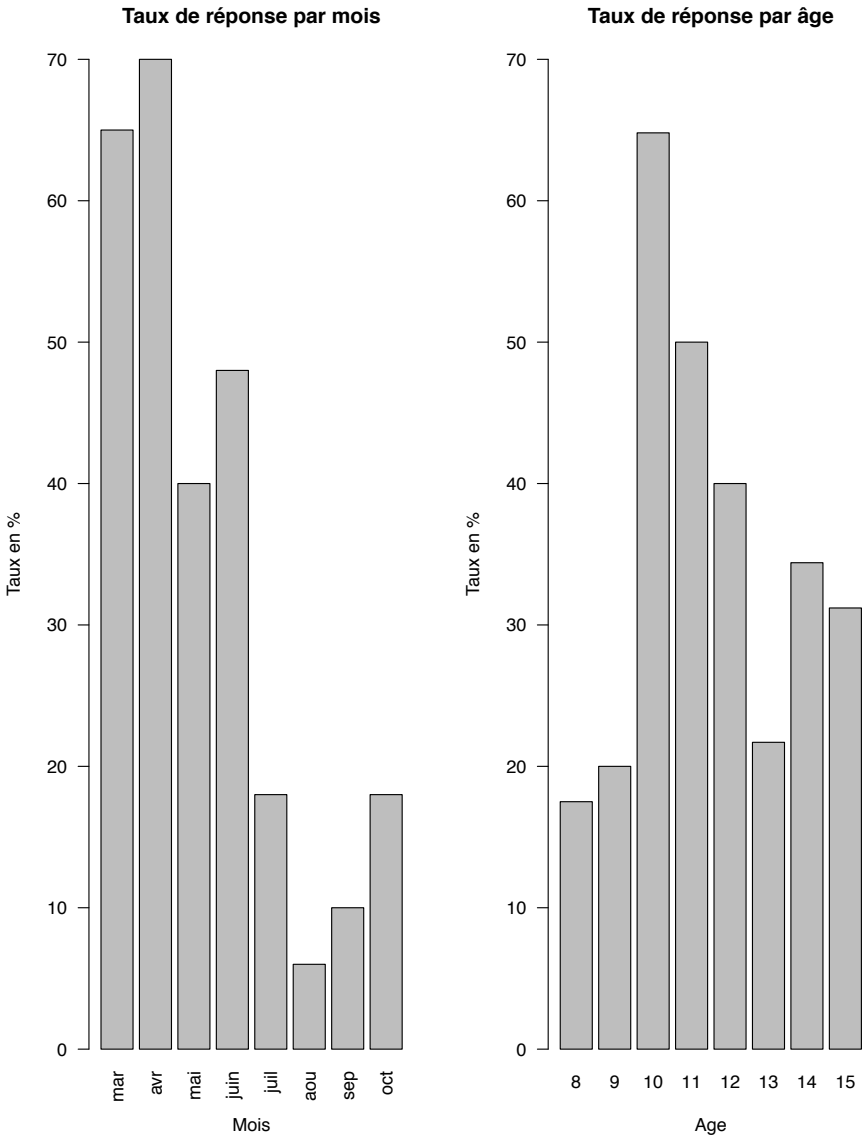


Figure 19: Taux de réponse par mois d'inclusion (2018) et par âge

Tableau 15: classe de l'enfant en fonction de la situation de harcèlement

Données sociodémographiques En % du groupe	Non concerné (N=73)	Situation de harcèlement (N=31)	*p-value*
Classe			*0.59*
CE1	1.4	6.7	
CE2	8.3	10.0	
CM1	12.5	20.0	
CM2	25.0	16.7	
6ème	19.4	26.7	
5ème	11.1	10.0	

4ème	8.3	3.3	
3ème	6.9	6.7	
2nde	6.9	0.0	

10.1.2 Tableaux annexes de la KIDSCREEN

Tableau 16: Différence des scores moyens à la KIDSCREEN 27 en fonction du sexe.

SCORE moyen KIDSCREEN 27 /SEXE	Filles	Garçons	P value
Physique	47.80	52.45	0.01*
Psychologique	45	49.95	0.006**
Parents	44.52	46.15	0.45
Amis	45.81	48.08	0.38
École	46.44	46.10	0.87

10.2 Table des figures

FIGURE 1: NOMBRE DE PUBLICATIONS SUR PUBMED CONCERNANT LE HARCELEMENT SCOLAIRE ENTRE PAIRS. 31

FIGURE 2: ENQUETE DANS 38 COLLEGES EN 2011– SOURCE : RAPPORT MINISTERIEL 2011 46

FIGURE 3: INFLUENCE DE L'EXPOSITION AU HARCELEMENT SCOLAIRE SUR LES TROUBLES MENTAUX DANS LE TEMPS ; SOURCE : « CONCURRENT AND LONGITUDINAL CONTRIBUTION OF EXPOSURE TO BULLYING IN CHILDHOOD TO MENTAL HEALTH », (SINGHAM ET AL. 2017, JAMA) 54

FIGURE 4: TAILLE D'EFFET DES DIFFERENTS PROGRAMMES DE PREVENTION DU HARCELEMENT SCOLAIRE - SOURCE: SCHOOL-BASED PROGRAMS TO REDUCE BULLYING AND VICTIMIZATION (FARRINGTON & TTOFI, 2009)[82] 56

FIGURE 5: PEURS NORMALES ET PATHOLOGIQUES SELON L'AGE, SOURCE : TROUBLES ANXIEUX CHEZ L'ENFANT ET ASPECTS LIES AU DEVELOPPEMENT (M.F. FLAMENT ET AL., 2014)[84] 60

FIGURE 6: REPARTITION DES EFFECTIFS EN FONCTION DE L'AGE ET DU STATUT 79

FIGURE 7: TYPE DE HARCELEMENT SCOLAIRE PAR STATUT 80

FIGURE 8: DUREE DU HARCELEMENT SCOLAIRE ENRE PAIRS 81

FIGURE 9: REPARTITION DES SCORES TOTAUX A LA SCARED EN FONCTION DE LA SITUATION DE HARCELEMENT 84

FIGURE 10: REPARTITION DES SCORES A LA SCARED PAR DIMENSION, EN FONCTION DE LA SITUATION DE HARCELEMENT 85

FIGURE 11: REPARTITION DES SCORES TOTAUX A LA SCARED EN FONCTION DU STATUT 89

FIGURE 12: REPARTITION DES SCORES A LA SCARED PAR DIMENSION ET PAR STATUT 90

FIGURE 13: REPARTITION GENERAL DES SCORES KIDSCREEN DES PATIENTS INCLUS 92

FIGURE 14: REPARTITION DES SCORES A LA KIDSCREEN 27 EN FONCTION DE LA SITUATION DE HARCELEMENT 93

FIGURE 15: SCORES AUX DIMENSIONS DE LA KIDSCREEN 27 SELON LE STATUT 96

FIGURE 16: NOMBRE DE CONSULTATIONS ET INCLUSIONS SUR LA PERIODE D'ETUDE 122

FIGURE 17: NOMBRE DE CONSULTATIONS ET INCLUSIONS PAR AGE 123

FIGURE 18: NOMBRE DE CONSULTATIONS ET INCLUSIONS SELON LE SEXE 123

FIGURE 19: TAUX DE REPONSE PAR MOIS D'INCLUSION (2018) ET PAR AGE 124

10.3 Liste des tableaux

TABLEAU 1: ANXIETE ET HARCELEMENT SCOLAIRE EN POPULATION GENERALE; SOURCE: PERSECUTION PAR LES CAMARADES ET MANIFESTATIONS ANXIEUSES CHEZ DES ENFANTS FRANÇAIS AGES DE HUIT A DOUZE ANS (GREANDJEAN ET AL. 2016)[55] 50

TABLEAU 2: PEINES ENCOURUS EN CAS DE HARCELEMENT SCOLAIRE (SOURCE : MINISTERE DE L'INTERIEUR) 58

TABLEAU 3: PROPORTIONS ET EFFECTIFS SELON LE STATUT VICTIME ET/OU AGRESSEUR 78

TABLEAU 4: EFFECTIFS SELON LE SEXE ET LA SITUATION VIS-A-VIS DU HARCELEMENT 78

TABLEAU 5: AGE MOYEN EN FONCTION DU STATUT 79

TABLEAU 6: DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS INCLUS EN FONCTION DE LA SITUATION DE HARCELEMENT 82

TABLEAU 7: SCORES A LA SCARED (TOTAL ET A CHAQUE SOUS DIMENSION), EN FONCTION DE LA SITUATION DE HARCELEMENT 86

TABLEAU 8: ODDS RATIO DES DIFFERENTS TROUBLES ANXIEUX EN FONCTION DE LA SITUATION DE HARCELEMENT, STRATIFIES SUR LE SEXE. 87

TABLEAU 9: SCORES MOYENS POUR LA SCARED SELON LE STATUT ET ANALYSES POST-HOC 91

TABLEAU 10: SCORE KIDSCREEN EN FONCTION DE LA SITUATION DE HARCELEMENT 94

TABLEAU 11: FACTEURS DE CORRELATION ENTRE LES DIMENSIONS DE LA KIDSCREEN ET L'AGE. 95

TABLEAU 12: T SCORE MOYEN A LA KIDSCREEN 27 SELON LE STATUT 97

TABLEAU 13: FREQUENCE DU MOTIF DE CONSULTATION SELON LA SITUATION VIS A VIS DU HARCELEMENT SCOLAIRE 97

TABLEAU 14: FREQUENCE DES DIAGNOSTICS PEDOPSYCHIATRIQUES SELON LA SITUATION DE HARCELEMENT SCOLAIRE 98

TABLEAU 15: CLASSE DE L'ENFANT EN FONCTION DE LA SITUATION DE HARCELEMENT 124

TABLEAU 16: DIFFERENCE DES SCORES MOYENS A LA KIDSCREEN 27 EN FONCTION DU SEXE. 125

10.4 Notes d'information et questionnaires utilisés dans l'étude

10.4.1 Note d'information déstinée aux enfants

NOTE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION
destinée aux enfants et adolescents participants à l'étude
« Vulnérabilité en milieu scolaire et anxiété »

Nous te proposons de participer à une recherche qui s'appelle" ***Vulnérabilité en milieu scolaire et anxiété "***, dont s'occupent le professeur Baghdadli et Monsieur Levain.

Pourquoi cette recherche ?
Elle va servir à mieux se rendre compte quand certains de nos patients comme toi ont des relations difficiles avec les autres élèves, et les conséquences possibles sur leur vie.
Au total nous demanderons à 220 enfants ou adolescents de 8 à 16 ans de participer à cette recherche.

Que fait-on dans cette recherche ?
Pour cette recherche, nous récupèrerons des données issues de ton dossier médical :

- Les réponses aux questionnaires que tu reçois à l'hôpital
- Des données sur ta vie (loisirs, scolarité, frères et sœurs...) et celles de tes parents
- La raison de ta venue en consultation, tes antécédents médicaux.
- D'autres données issues des entretiens avec les personnes du service (infirmière, psychologue ou psychiatre).

Il n'y aura pas de consultation ou d'examen supplémentaires à ceux que tu ferais d'habitude.

Quel est l'avantage de cette recherche ?
Cette recherche va permettre de mieux comprendre si certains enfants (ou adolescents) qui ont des difficultés avec les autres enfants (ou adolescents) à l'école, sont parfois plus anxieux.

Quels sont les risques ?
Tu n'as aucun risque à participer à cette étude, elle ne change rien à tes soins habituels.

Quels sont tes droits ?
Tu es totalement libre de refuser ou d'accepter de participer à cette recherche.
Tu pourras arrêter à tout instant ta participation si tu le souhaites, sans avoir à te justifier, et cela n'aura aucune conséquence sur ton suivi habituel.
Tu peux poser des questions à tout moment, au médecin ou au psychologue qui te recevra.

Autres informations importantes
Pour ta sécurité, cette recherche a d'abord été autorisée par plusieurs institutions.
Si tu ne t'opposes pas à cette recherche, les données seront stockées sur un ordinateur de l'hôpital sous la responsabilité de M. Levain pendant 2 ans. Seul M. Levain et le professionnel (psychologue ou psychiatre) qui s'occupe de toi auront accès à ces données. Ils sont tenus au secret professionnel.

Pour l'analyse, **tes données seront anonymes. Cela veut dire qu'aucune information ne permettra de te reconnaitre.**
Si tu le souhaites, nous pourrons te donner les résultats totaux de cette recherche quand elle sera finie.

<u>En cas de questions ou de problèmes ?</u>
Si tu as des questions ou si tu veux dire que tu refuses de participer à cette étude, tu peux contacter par mail/courrier/téléphone :

Emmanuel Levain, interne
SMPEA Peyre Plantade, pédopsychiatrie
Hôpital de la Colombière
39, avenue Charles Flahault
34295 Montpellier cedex 5
Tel : 04.67.33.96.88
Mail : e-levain@chu-montpellier.fr
Ou
Pr Amaria BAGHDADLI, chef de service.
SMPEA Peyre Plantade, pédopsychiatrie
Hôpital de la Colombière
39, avenue Charles Flahault
34295 Montpellier cedex 5

10.4.2 Note d'information déstinée aux parents

NOTE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION
destinée aux parents de l'enfant mineur participant à l'étude :
« Vulnérabilité en milieu scolaire et anxiété »

Madame, Monsieur,

Nous proposons à votre enfant de participer à une recherche intitulée " ***Vulnérabilité en milieu scolaire et anxiété*** " coordonnée par le Pr Baghdadli et M. Levain

Quel est l'objectif de cette recherche ?
La **qualité des relations des enfants entre pairs au sein d'un même établissement scolaire peut affecter leur développement,** surtout ceux qui sont les plus vulnérables.
Nos objectifs sont **de mieux comprendre les situations de vulnérabilité scolaires des éléves** (quand les relations sont vécues comme conflictuelles avec les autres) **et le lien avec les troubles anxieux**.
Au total nous demanderons à 220 enfants ou adolescents de 8 à 16 ans de participer à cette recherche.

Que fait-on dans cette recherche ?
Il s'agit d'une étude pilote dans laquelle le **recueil de données est clinique uniquement**. Ces données sont recueillies à partir **du dossier médical** de votre enfant :

- Réponses aux auto-questionnaires papiers
- Données sociodémographiques : statut marital et professions des parents, fratrie, ville d'habitation, école, activités extrascolaires.
- Motif de consultation et antécédents médicaux et pédopsychiatriques
- Données qualitatives issues des entretiens qualitatifs du suivi (enregistrement audio ou notes du dossier médical) sont récupérées pour les enfants les plus vulnérables.

Tous ces examens sont réalisés dans le cadre de la prise en charge habitutel de votre enfant.
Il n'y aura pas de consultation ou d'examen supplémentaires à ceux indispensables au suivi de votre enfant, ni de modifications du traitement prescrit par son médecin.

Quels sont les bénéfices attendus ?
Cette étude apporte une **meilleure connaissance des situations de vulnérabilité des enfants dans le milieu scolaire, et des conséquences possibles des conflits entre élèves** notamment en termes de troubles anxieux.

Quels sont vos droits et ceux de votre enfant en tant que participant à cette recherche ?
Votre enfant, ou vous-même, disposez d'un droit d'opposition sur le recueil et le traitement des données le concernant.
De plus, la participation de votre enfant à cette recherche est volontaire et votre enfant, ou vous-même, pouvez **l'interrompre à tout moment** sur simple demande et sans justification.
Le fait de refuser la participation de votre enfant, n'aura aucune conséquence sur le suivi habituel de votre enfant.

Aspects réglementaires et législatifs, anonymat des donnéess
Cette recherche a obtenu un avis favorable du Comité Local d'Ethique Recherche (CLER) du CHU de Montpellier (2018_IRB-MTP_02-12) en date du 21/02/2018.

Cette étude est en conformité avec la loi Informatique et Libertés à la méthodologie de référence MR-003 relative aux traitements de données à caractères personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches dans le domaine de la santé.
Si votre enfant et vous ne vous opposez pas à cette recherche, les données de votre enfant seront recueillis puis stockées sur un serveur du CHU sous la responsabilité de M. Levain pendant 2 ans. Seul M. Levain et le professionnel en charge de l'enfant auront accès à ces données, et sont tenus au secret professionnel.
Dans le cadre de cette recherche, un traitement automatisé et anonyme des données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche, au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présentée. Les données de votre enfant seront identifiées par un numéro de code chiffré qui ne permet pas d'identifier votre enfant directement.
Si vous le souhaitez, les résultats globaux de ce travail vous seront communiqués à sa conclusion par le médecin en charge du suivi de votre enfant.
Aucune donnée ne permettra l'identification de votre enfant dans les rapports ou publications scientifiques issus de cette recherche.

A qui devez-vous vous adresser en cas de questions ou de problèmes?
Pour tout renseignement concernant cette recherche ou pour exprimer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition, vous pouvez contacter par mail/courrier/téléphone :

Emmanuel Levain, interne
SMPEA Peyre Plantade, pédopsychiatrie
Hôpital de la Colombière
39, avenue Charles Flahault
34295 Montpellier cedex 5
Tel : 04.67.33.96.88
Mail : e-levain@chu-montpellier.fr
Ou
Pr Amaria BAGHDADLI, chef de service.
SMPEA Peyre Plantade, pédopsychiatrie
Hôpital de la Colombière
39, avenue Charles Flahault
34295 Montpellier cedex 5

10.4.3 Questionnaires

SMPEA 2 CHU MONTPELLIER – PEYRE PLANTADE

QUESTIONNAIRES ENFANT ET ADOLESCENT de plus de 8 ans
(rBVQ, SCARED, KIDSCREEN 27)

DATE de la consultation infirmière : ……/……../ 2018
NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :

Document non libre de droits,

non reproduit par respect du droit d'auteur

Document non libre de droits,

non reproduit par respect du droit d'auteur

Document non libre de droits,

non reproduit par respect du droit d'auteur

Document non libre de droits,

non reproduit par respect du droit d'auteur

Document non libre de droits,

non reproduit par respect du droit d'auteur

Document non libre de droits,

non reproduit par respect du droit d'auteur

Document non libre de droits,

non reproduit par respect du droit d'auteur

SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction

Les conséquences psychopathologiques du « bullying » sont bien identifiées dans la littérature, mais peu d'études explorent son association avec l'anxiété en population clinique. L'objectif principal de cette étude était de comparer, en population clinique, l'anxiété des enfants concernés (victime, agresseur, ou les deux), par rapport aux enfants non concernés. Les objectifs secondaires étaient de comparer la qualité de vie et les diagnostics médicaux entre ces deux groupes.

Méthodes

Cette étude transversale monocentrique a eu lieu en service de pédopsychiatrie de Mars à Octobre 2018. Trois questionnaires évaluant le « bullying » (rBVQ), l'anxiété (SCARED) et la qualité de vie (KIDSCREEN27) ont été proposés à tout enfant de 8 à 16 ans consultant. Les données sociodémographiques et médicales étaient récupérées sur le dossier des patients.

Résultats

114 patients d'âge moyen 11.5 ans ont été inclus. 31 enfants sur 104 étaient concernés par le « bullying ». Aucune différence significative n'était retrouvée entre les deux groupes concernant l'âge, le sexe, les données sociodémographiques ou les diagnostics médicaux. En moyenne, les patients concernés avaient un score d'anxiété supérieur (35.5 versus 26.5 ; $p = 0.003$), et un score de qualité de vie inférieur concernant la dimension psychologique (44.8 versus 49.8 ; $p = 0.02$).

Conclusion

En population clinique, les enfants en situation de « bullying » montrent des scores d'anxiété plus élevés que les enfants non concernés. D'autres études longitudinales sont nécessaires pour montrer le maintien de cette association dans le temps.

Mots clés :

Bullying, Harcèlement scolaire entre pairs, Anxiété, Qualité de vie, Population clinique