État des lieux des pratiques et des connaissances vis-à-vis du harcèlement scolaire entre pairs, en médecine générale, en Languedoc-Roussillon

Aurore Mantion

▶ **To cite this version:**

Aurore Mantion. État des lieux des pratiques et des connaissances vis-à-vis du harcèlement scolaire entre pairs, en médecine générale, en Languedoc-Roussillon. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03007114

HAL Id: dumas-03007114

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03007114

Submitted on 16 Nov 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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par

Aurore MANTION

le 3 Avril 2018

« ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES ET DES CONNAISSANCES VIS-A-VIS DU HARCELEMENT SCOLAIRE ENTRE PAIRS, EN MEDECINE GENERALE, EN LANGUEDOC-ROUSSILLON »

Directeur de thèse : Docteur Jérôme CAMPAGNAC

JURY :

Présidente : Madame le Professeur PURPER OUAKIL Diane
Assesseurs : Monsieur le Docteur COSTA David
Monsieur le Professeur DAVID Michel
Monsieur le Docteur CAMPAGNAC Jérôme

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par

Aurore MANTION

le 3 Avril 2018

« ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES ET DES CONNAISSANCES VIS-A-VIS DU HARCELEMENT SCOLAIRE ENTRE PAIRS, EN MEDECINE GENERALE, EN LANGUEDOC-ROUSSILLON »

Directeur de thèse : Docteur Jérôme CAMPAGNAC

JURY :

Présidente : Madame le Professeur PURPER OUAKIL Diane
Assesseurs : Monsieur le Docteur COSTA David
Monsieur le Professeur DAVID Michel
Monsieur le Docteur CAMPAGNAC Jérôme

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

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
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DU CAILAR Jacques
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
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
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
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
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
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
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
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
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
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
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

PU-PH de 1re classe

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
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
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
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
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
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
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
HAYOT Maurice-Physiologie
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
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
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
PRUDHOMME Michel-Anatomie
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

SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
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

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe
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
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1re classe
ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
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
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale
COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale
CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

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
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur PURPER OUAKIL Diane : Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous suis sincèrement reconnaissante pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail ainsi que pour tous vos conseils.

A Monsieur le Docteur COSTA David : Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

A Monsieur le Professeur DAVID Michel : Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et pour votre aide en méthodologie.

A Monsieur le Docteur CAMPAGNAC Jérôme : Tu auras été plus qu'un simple directeur de thèse ou de mémoire. Une année de formation à la Médecine Générale par tes soins m'auront permis de devenir et surtout, de me sentir médecin. Je garderai toujours en tête notre petite phrase culte du Dr House…

A Monsieur le Docteur OZIOL Eric : merci pour ta bienveillance, ton calme légendaire, ta disponibilité infaillible même à 3h du matin pour m'aider à choisir l'antibiothérapie d'une patiente qui n'était pas du service. Et de l'être encore aujourd'hui. Tu fais partie des médecins qui m'ont conforté dans le choix du métier et que j'admire. Merci pour tout.

A Messieurs et à Mesdames les Docteurs BORLOT Fabrice, LE FALHER Georges, GILBERT Olivia, SIMORRE Bernard et GOMARD-MENNESSON Emeline : merci pour m'avoir transmis votre savoir, pour votre disponibilité. Merci pour l'ambiance, les fous rires, la bonne humeur permanente. Merci de considérer l'interne comme un professionnel de santé et non pas pour un être inférieur à votre service ! Mes deux semestres dans le service resteront inoubliables.

A Mesdames les Docteurs TARDIEU Sandrine et ALBANO Bernadette : vous avez participé à ma transformation de « bébé docteur » à « docteur ». Vous êtes des femmes formidables et des médecins merveilleux. Merci pour tout. Et merci à Riri pour ses bons petits plats et son attention.

A tout le service de « Médecine Interne – HPS » du CH de Béziers : secrétaires, ASH, aides-soignant(e)s et infirmières. Merci particulièrement aux infirmières pour leur soutien, leur transmission de leur savoir et de leur aide dans les moments difficiles. Vous formez une super équipe.

A l'équipe EMASSP du CH de Béziers : merci de m'avoir accompagné dans la gestion de la douleur et de la fin de vie avec tout ce que cela englobe.

A mes maîtres de stage actuels, les Docteurs SUAU Blandine, LEVY Géraldine, MAGNET-PUJOL Françoise et ABDOU Hamid : merci pour le temps que vous avez consacré à me former autant que vous le pouviez à vos disciplines respectives. J'ai vraiment apprécié travailler auprès de vous. Je ressors de ce stage encore plus confiante grâce à vous.

A Madame le Docteur LEVY Géraldine : Merci pour tout. J'espère te voir rester en terre Biterroise…

A Madame le Docteur SUAU Blandine : Merci pour tout ce que tu m'auras appris et ta gentillesse. Je me sens vraiment à l'aise dans la prise en charge des tout-petits grâce à toi. Toutes mes félicitations pour l'heureux évènement à venir !

Au service de Pédiatrie du CH de Béziers, et particulièrement aux puéricultrices avec qui j'ai partagé toutes ces gardes épuisantes physiquement et psychologiquement.

Aux sages-femmes de la maternité du CH de Béziers, et particulièrement à Eliane, Ludivine et Marie. Merci pour votre bonne humeur, votre soutien et votre savoir. Merci pour les fous rires. Merci Eliane de m'avoir fait partager cet accouchement à 4 mains…

A ma mère : notre relation est particulière, la vie n'a pas toujours été rose entre nous mais je sais que tu seras toujours là. Tu n'as jamais cessé de croire en moi et tu as toujours fait en sorte d'être présente et de me soutenir tout au long de mon cursus. Je t'en remercie. Je t'aime.

A mon père : notre passé est ce qu'il est. A ta manière, tu m'as accompagné et je t'en remercie. Je sais que les mots ne sont pas ton fort mais que le cœur y est. Je t'aime Papounet.

A mon Ninou : tout d'abord merci d'avoir participé à la réalisation de cette thèse par tes compétences. J'espère te rendre autant fier que je le suis de toi. Je t'aime.

A ma cousine Claire : Merci d'avoir toujours été là, de m'avoir écouté stresser, râler, pleurer, d'avoir écouté mes coups de gueule, mes moments de solitude et de détresse, mes « exploits » de prise en charge. Merci aussi d'être si fière de moi, j'ai le sentiment d'être quelqu'un de bien avec toi. Merci de m'avoir fait l'honneur d'être la marraine de ta fille. Tu le sais bien : je t'aime ma grande sœur.

A ma filleule Coline : quel bonheur et quelle fierté d'être ta marraine. Tu remplis mon cœur de joie. Je t'aime.

A ma belle-famille : merci de m'avoir intégré dans votre famille, merci pour tous ces bons moments partagés à vos côtés. C'est toujours un bonheur de passer du temps avec vous.

A Aurélie et à Laura : vous faites partie des meilleurs souvenirs, la plus belle amitié de cet internat. Nos fous rires, nos coups de gueule, notre soutien mutuel pour devenir chacune notre tour Docteur. Je souhaite que cela dure toujours.

A ma nouvelle équipe : Delphine, Vanessa, Aline, Marc, Tony et Seb : les aléas de la vie m'ont fait croiser votre chemin et celui de votre projet. Nous voilà lancé dans une belle aventure et je suis très contente d'en faire partie. Longue vie à l'Espace Santé Servian !

A Charline : nous avons failli partager l'aventure du libéral ensemble. Je suis contente que tu aies trouvée ta voie et j'ai été ravie de partager avec toi les débuts de l'installation. J'espère que notre amitié perdurera.

A mes anciens co-internes de Médecine Interne, Soumsoum, Titine, Buzz l'Eclair et Philine : mon premier semestre restera inoubliable grâce à vous. La biche vous accueille en terre Biterroise quand vous le voulez ! Un grand merci à Eglantine d'avoir pris le temps de répondre à toutes mes questions quand j'ai débuté le travail de thèse, alors que tu étais en pleine aventure Outre-Atlantique.

A mes anciens co-internes de Pédiatrie : particulièrement Charles d'avoir défendu notre droit aux 8 demi-journées par semaine, c'était bien tenté ! C'est quand tu veux pour un apéro !

A mes anciens co-internes des Urgences Adultes du CHU de Montpellier : Julie, Marine, Claudine, Joris, Simon, David, Anaïs, Aurélie, Camille et j'en oublie… Je souhaite retenir de ce stage une cohésion et du soutien entre internes. Merci particulièrement à Julie qui aura égayé de nombreuses gardes durant ces 6 mois intenses, reste comme tu es.

A Cyril, Mérédice, Vincent, Ismaël, Bastien et Marjorie : c'est toujours un bonheur et des supers souvenirs de passer du temps avec vous. J'espère que cela durera encore très longtemps. Un merci tout spécial à Cyril et Mérédice, qui m'auront hébergé pendant le semestre aux Urgences et qui auront pris le temps d'écouter mes moments difficiles post-gardes.

A Thibaut : je te remercie sincèrement d'avoir pris le temps de vérifier mes calculs et te souhaite de continuer dans ta réussite professionnelle.

A toutes les personnes qui sont intervenues pour la diffusion mon questionnaire.

A tous les médecins, équipes soignantes, patients qui auront marqué ces 10 années d'études en bien comme en mal, et qui auront fait le médecin que je suis et que je serai.

A Johan, mon Doudou : Le meilleur pour la fin comme on dit. Tu n'auras cessé d'être présent. A aucun moment, tu ne m'auras reproché de devoir faire passer mes études avant nous. J'ai une chance inouïe que tu aies croisé mon chemin et maintenant, c'est main dans la main que nous avançons. Une maison, une nouvelle vie professionnelle et encore plein de projets dans la tête. Je suis heureuse de partager tout ça avec toi chaque jour. Tu es un homme merveilleux. Je t'aime, plus que tout, pour toujours.

A Thomas 17 ans, Noélanie 8 ans, Emilie 17 ans, Diego 11 ans, Marion 13 ans et tous ceux dont le harcèlement scolaire aura brisé la vie. A tous ces enfants qui sont victimes ou qui ont été victimes de harcèlement scolaire.

« Celui qui ne sait pas est un ignorant, mais celui qui sait et qui ne fait rien est un criminel. »
Bertold Brecht.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS 1
1 INTRODUCTION 2
2 GENERALITES 3
2.1 DEFINITION 3
2.1.1 Définition de la violence scolaire 3
2.1.2 Définition du harcèlement scolaire 4
2.2 EPIDEMIOLOGIE 5
2.2.1 Les chiffres 5
2.2.2 Réalité des chiffres 6
2.3 DE LA SIMPLE CHAMAILLERIE A LA SITUATION DE HARCELEMENT 8
2.3.1 Pourquoi ? 8
2.3.2 Installation de la situation de harcèlement 8
2.3.3 Types de harcèlement scolaire 10
2.3.4 Lieux des agressions 11
2.3.5 A qui se confient –ils ? 11
2.4 TYPOLOGIE INDIVIDUELLE ET RELATIONNELLE 12
2.4.1 La victime 12
2.4.2 L'agresseur 12
2.4.3 Le spectateur 13
2.4.4 L'agresseur-victime 13
2.4.5 Les neutres 14
2.4.6 Typologie relationnelle 14
2.5 CONSEQUENCES DU HARCELEMENT SCOLAIRE 16
2.5.1 Sur les victimes 17
2.5.1.1 Durant l'enfance et l'adolescence 17
2.5.1.2 Durant la vie adulte 18
2.5.2 Sur les agresseurs 19
2.5.2.1 Durant l'enfance et l'adolescence 19
2.5.2.2 Durant la vie adulte 20
2.5.3 Sur les agresseurs/victimes 20

2.5.3.1 Durant l'enfance et l'adolescence 20
2.5.3.2 Durant la vie adulte 21
2.5.4 Le risque suicidaire 21
2.6 LE CYBER-HARCELEMENT 24
2.6.1 Définition 24
2.6.2 Caractéristiques épidémiologiques et démographiques 24
2.6.3 Conséquences psychopathologiques 25
2.6.4 L'expansion du cyber-harcèlement 26
2.7 SUR LE PLAN JURIDIQUE 29
2.8 PREVENTION 30
2.8.1 Au niveau du Ministère de l'Education Nationale 30
2.8.2 Les outils de prévention 30
2.9 A L'ETRANGER 32
2.9.1 Méthodes de mesure 32
2.9.2 Epidémiologie dans le monde 32
2.9.3 Programmes de lutte anti-bullying 33
2.10 JUSTIFICATION DE L'ETUDE 34
2.10.1 Un problème de Santé Publique 34
2.10.2 Attentes des victimes envers le médecin généraliste 35
3 MATERIEL ET METHODES 37
3.1 HYPOTHESE DE TRAVAIL 37
3.2 OBJECTIF 37
3.3 METHODES 37
3.3.1 Choix de l'étude quantitative 37
3.3.2 Type de recueil : le questionnaire 38
3.3.3 Population étudiée 38
3.3.4 Recueil des données 39
3.3.5 Analyse des données 40
3.4 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE 40
4 RESULTATS 41
4.1 TAUX DE REPONSES 41
4.2 DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE 41
4.3 PRATIQUES VIS-A-VIS DU HARCELEMENT SCOLAIRE 42
4.4 CONNAISSANCES VIS-A-VIS DU HARCELEMENT SCOLAIRE 48
4.5 OPINIONS DES PRATICIENS 49
5 DISCUSSION 51
5.1 SYNTHESE DES RESULTATS 51
5.2 COHERENCE INTERNE 52
5.2.1 Caractéristiques de la population étudiée 52

5.2.2 Biais recensés 53
5.3 APPLICABILITE DES RESULTATS 55
5.4 COHERENCE EXTERNE 56
5.5 PLACE DU GENERALISTE 57
6 CONCLUSION 62
BIBLIOGRAPHIE 63
ANNEXES 70

ABREVIATIONS

BT : Bullying Traditionnel (= Harcèlement traditionnel)

CB : Cyberbullying (= Cyber-harcèlement)

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COMERBI : Collège des Médecins de la Région Biterroise

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

HAS : Haute Autorité de Santé

HBSC : Health Behaviour in School-Aged Children

IMG : Interne en Médecine Générale

IS : Idées/idéations suicidaires

MG : Médecine Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TDAH : Troubles du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TS : Tentative de suicide

UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (= Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture)

UNICEF : United Nations of International Children's Emergency Fund (= Fonds des Nations unies pour l'enfance)

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

1 INTRODUCTION

On parle de plus en plus du risque suicidaire chez l'adolescent, voire chez l'enfant, mais on ne parle pas encore assez des raisons qui poussent ces jeunes à choisir la mort plutôt que la vie.

En France, le **harcèlement à l'école** est sous-estimé. Ces simples « chamailleries » sont considérées comme un « rituel de passage qui forge le caractère ». Les chiffres sont inquiétants. En 2011, la première enquête effectuée par l'Observatoire international de la violence et dirigée par Eric Debarbieux révèle que **11,4% des élèves sont victimes de harcèlement physique et verbal**. (1) En 2013, une étude réalisée par la DEPP retrouve **7%** de victimes **au collège**. (2) Comme si cela ne suffisait pas, les agresseurs ont vu leur terrain de prédilection s'agrandir grâce aux réseaux sociaux et aux smartphones. Selon Bellon et Gardette (3), **10,5% de la population « Facebokienne »** (de la 6ème à la 3ème) rencontreraient des problèmes via Internet et **8,7% via le portable**. C'est ce que l'on appelle le « **cyber-harcèlement** ».

Les conséquences sont **physiques**, **scolaires**, **psychosomatiques** et **psychologiques**. A long terme, il existe des risques : d'addiction, de troubles du comportement et de troubles thymiques pouvant aller jusqu'au **suicide**. (4)

A ce jour, il n'existe **aucune recommandation** établie par la HAS pour le dépistage et la prise en charge du harcèlement scolaire. Il n'est pas traité en enseignement théorique dans toutes les facultés de Médecine de France. Des articles dans le domaine de la pédopsychiatrie et de la psychologie sont nombreux mais aucun ne s'adresse aux médecins généralistes.

Et si ces jeunes avaient essayé de demander de l'aide à leur médecin généraliste ? **Pourrait-on éviter de tels drames en posant seulement quelques questions banales au cours d'une consultation de Médecine Générale ?** Les médecins généralistes sont-ils sensibilisés à ce problème ; exercent-ils une vigilance relative aux questions de harcèlement ?

L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques, du harcèlement scolaire entre pairs (enfants et adolescents sans distinction), en Médecine Générale, en Languedoc-Roussillon.

2 GENERALITES

2.1 DEFINITION

2.1.1 Définition de la violence scolaire

En 1982, suite à la parution de l'article de Wilson et Kelling sur la théorie de « la vitre brisée », le terme d' « **incivilité** » est employé par Sébastian Roché, criminologue. Dans le cadre scolaire, il est utilisé pour exprimer tout fait qui trouble le climat scolaire : de l'insolence aux agressions, de la violence infligée à la violence perçue. Il élargit les limites de la violence scolaire au-delà des crimes et des délits. Dans les années 2000, le terme est abandonné car considéré à risque d'attribuer excessivement et injustement à des comportements ordinaires une connotation de délinquance. Son manque de précision ne permettant pas de qualifier les faits et de les hiérarchiser en termes de gravité, Eric Debarbieux, pédagogue français, utilise alors le terme de « **micro-violence** ». En 2011, suite aux Assises Nationales du Ministère de l'Education Nationale sur le harcèlement scolaire, les mêmes critiques qu'à l'encontre du terme « incivilité » sont émises. La définition de la violence à l'école fait débat, entre ceux qui souhaitent se restreindre au champ pénal (et donc à la délinquance) et ceux qui souhaitent une définition plus large. (5)

Violence scolaire et harcèlement ne sont pas synonymes. Que devons-nous comprendre alors par « violence » ?

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la violence se définit comme : *« L'usage intentionnel de la force physique, du pouvoir sous forme de menace ou d'action contre soi-même, autrui ou un groupe ou une communauté dont la conséquence réelle ou probable est une blessure, la mort, un traumatisme psychologique, un mauvais développement ou encore la précarité. »* (WHO, 1995). Une définition spécifique au cadre scolaire est établie lors du Symposium sur les violences scolaires de Bruxelles en 1998 : « *La violence à l'école recouvre la totalité du spectre des activités et des actions qui entraînent la souffrance ou des dommages physiques ou psychiques chez des personnes qui sont actives dans ou autour de l'école, ou qui visent à endommager des objets à l'école* » (HURRELMANN, à Vettenburg). (1)

Ce qui anime le débat, ce sont les faits qui qualifient cette violence à l'école. Ils sont nombreux et très variés les uns des autres en termes de nature et de gravité. Ils regroupent : toute violence physique avec ou sans arme, le racket, les conduites d'intimidation, les menaces, les vols, le « binge drinking » (mode de consommation excessif de boissons alcoolisées sur une courte période de temps, par épisodes ponctuels ou répétés), les conduites suicidaires, la cyber-violence, le « happy slapping » ou vidéolynchage (pratique consistant à filmer l'agression physique d'une personne à l'aide d'un portable), les jeux dangereux comme les jeux de non-oxygénation (ex : strangulation avec le jeu du foulard), d'agression ou de défis (principe du « t'es pas cap »). (6)

« La violence scolaire est une notion protéiforme, insaisissable. Elle est largement dépendante des codes moraux, des représentations sociales de l'éducation, de l'état des réflexions juridiques et des codes qui les cristallisent dans des constructions toujours provisoires »

Eric Debarbieux

La violence scolaire est un phénomène multiforme. Sa complexité repose sur un souci de sémantique.

2.1.2 Définition du harcèlement scolaire

Dans les années 1970, le psychologue norvégien Dan Olweus est le premier a prononcé le terme de « school bullying ». Il désigne qu' *« un élève est victime de violence (a student is being bullied) lorsqu'il est exposé de manière répétée et à long terme, à des actions négatives de la part de un ou plusieurs élèves* ». (7) Plus tard, il précise la nécessité d'un rapport de forces inégal (dominant(s)/dominé) et d'une volonté de nuire par la répétitivité et la durée dans le temps des actes. (5,8)

De son côté, le chercheur britannique Peter K. Smith, insiste sur « *l'abus systématique de pouvoir* » (7,8) : « *Violence répétée (mais pas obligatoirement quotidienne) physique ou psychologique, perpétrée par un ou plusieurs élèves (bully) à l'encontre d'une victime (bullied) qui ne peut se défendre car en position de faiblesse, l'agresseur agissant dans l'intention de nuire à la victime ».*

Il n'existe pas de traduction française littérale du mot « school bullying ». Les Québécois parlent d'intimidation. En France, le choix s'est porté sur le mot « harcèlement » de façon à mettre l'accent sur la répétitivité des actions.

Le harcèlement scolaire entre pairs est une forme de violence scolaire. Trois conditions le caractérisent : la répétitivité des actes dans le temps, l'intention de nuire du/des agresseur(s) et l'inégalité du rapport de forces (dominant(s)/dominé). (5,8,9)

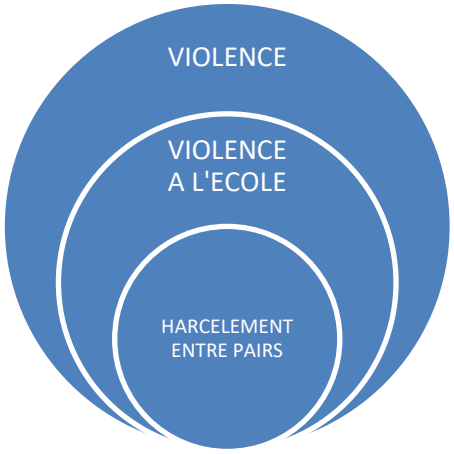

Figure 1 : Position du harcèlement scolaire entre pairs dans la violence.

2.2 EPIDEMIOLOGIE

2.2.1 Les chiffres

Les chiffres sont peu nombreux du fait d'une prise de conscience tardive du phénomène. Les statistiques les plus solides en France proviennent des enquêtes de victimation menées tous les 2 ans par Eric Debarbieux et de l'étude internationale HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) organisée par l'OMS tous les 4 ans.

❖ Enquêtes HBSC :

En 2014, 12,4% de collégiens sont victimes de harcèlement scolaire avéré sans différence significative en fonction du sexe et de l'âge. En 2010, ce taux était de 14%. Cette diminution ne s'est révélée statistiquement significative que pour les classes de 6ème.
Toujours en 2014, 1,5 % ont subi un harcèlement avéré par messages ou par commentaires sur les réseaux sociaux et 0,6% par photos, sans différence significative en fonction du sexe et du niveau de formation. (10)

❖ Enquêtes de victimation :

En 2011, 14,4% des élèves d'écoles élémentaires déclarent être victimes de harcèlement verbal, 10,1% de harcèlement physique et 11,7% de harcèlement physique et verbal (1). Au collège (2,11), 6,2% ont subi des faits de violence compatibles avec une situation de harcèlement en 2011, contre 7% en 2013. Cette augmentation peut s'expliquer par un plus grand nombre de déclarations de filles et de violences psychologiques, ainsi que l'extension de l'étude aux établissements d'éducation prioritaire. Il ressort de ces enquêtes que les victimes sont plus souvent en classe de 6ème et les agresseurs en classe de 3ème. Que ce soit en tant que victime ou qu'agresseur, le harcèlement (indirect) psychologique touche plus fréquemment les filles et le harcèlement (direct) physique touche plus fréquemment les garçons. En 2015, 1,4 % de lycéens déclarent avoir subi des faits de violence compatibles avec une situation de harcèlement. Les garçons sont également les plus touchés et le phénomène est deux fois plus fréquent dans les lycées professionnels. (12)

2.2.2 Réalité des chiffres

On remarque aisément la différence de prévalence entre les enquêtes de victimation et l'enquête HBSC. Ceci ne se limite pas à ces enquêtes. On observe une véritable disparité des chiffres sur la globalité des études que l'on peut trouver dans la littérature et l'administration éducative.

Dans la littérature, les raisons qui en sont à l'origine proviennent de l'hétérogénéité des échantillons et des méthodes d'évaluation (enquête longitudinale ou transversale, auto-questionnaire et conditions de passation, type d'entretien).

Une différence non négligeable et sans doute la plus importante est celle des définitions employées. Pour exemple, l'enquête HBSC s'appuie sur les données du questionnaire Agresseur/Victime révisé d'Olweus (OBVQr) reconnu mondialement : brimades ou violences subies ≥ 2 fois par mois au cours du bimestre, avec définition préalable aux questions du mot brimade. L'enquête de victimation a une approche plus subjective en mesurant « l'expérience victimaire ». Elle se distingue par le calcul d'un indice de victimation basé sur la fréquence des victimations subies, leur association et leur intensité. Elle a la volonté de mettre en évidence l'effet cumulatif des micro-violences et leurs importances psychologiques et sociales du point de vue de la victime. (1,2,12–14)

Dans l'administration éducative, la violence scolaire est mesurée par le logiciel « SIVIS » (anciennement « Signa ») qui recense les délits et les infractions relatifs au code pénal, entre élèves ou envers un personnel de l'établissement. Il se limite à un millier d'établissements et ne permet pas d'estimer l'évolution réelle du phénomène. Parallèlement, il existe des enquêtes administratives à la charge des chefs d'établissement, elles aussi focalisées sur les faits graves. La méthodologie scientifique semble mieux s'approcher de la réalité contrairement à ces statistiques. En effet, si on compare les résultats de l'enquête de Debarbieux et Montaya contre ceux recensés par le Ministère de l'Education Nationale en 2003, on retrouve respectivement : 6,3% d'individus signalant avoir été rackettés contre 0,03% ; 73,2% injuriés contre 0,23% ; 16,7% insultés de manière raciste contre 0,01%, 24,2% frappés contre 0,30%. L'écart entre les connaissances institutionnelles et la réalité des violences subies est flagrant ! De plus, elles présentent le défaut de n'être que des recensements statistiques ponctuels de la violence scolaire et non du harcèlement lui-même. (15)

En pratique, il est possible que les chiffres soient sous-estimés par les protagonistes eux-mêmes. Pour un agresseur, pourtant garanti de l'anonymat d'un auto-questionnaire, il peut minimiser la gravité de ses actes. Quant à une victime, par crainte du non-respect de la confidentialité, elle peut préférer se taire (peur de représailles ou d'être considérée comme « faible »).

Un autre moyen d'évaluer le harcèlement scolaire serait de quantifier le nombre de consultations relatives à ce motif. Je n'ai pas trouvé d'éléments bibliographiques spécifiques et les données sur les consultations pour violences scolaire sont pauvres.

Le recours à un médecin généraliste à cet effet paraît faible : 36% des consultations pour violences scolaires recensées par le Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions (CASA) de Rouen se sont effectuées en cabinet de Médecine selon les résultats d'une thèse de Médecine Légale. (16)

Il existe un véritable décalage entre les statistiques et la réalité.

2.3 DE LA SIMPLE CHAMAILLERIE A LA SITUATION DE HARCELEMENT

2.3.1 Pourquoi ?

Pour une DIFFERENCE : physique (poids, taille, type de cheveux…), d'une identité de genre (garçon jugé trop efféminé, fille jugée trop masculine, orientation sexuelle), de centres d'intérêts, d'une différence ethnique, linguistique ou culturelle.

Pour une STIGMATISATION : d'un handicap, d'un trouble de la communication (bégaiement), de pauvreté ou d'un statut social, d'une appartenance à un groupe particulier. (17)

2.3.2 Installation de la situation de harcèlement

La situation de harcèlement s'installe suite à l'enchevêtrement d'évènements.

Tout commence par l'incompréhension de la victime : ne comprenant pas les raisons de l'agression, elle n'arrive pas à y répondre convenablement. Parce qu'elle ne déclenche aucune hostilité, l'agresseur se voit conforté dans ses actions, ce qui l'encourage à les répéter. La victime finit par penser qu'elle mérite ce qui lui arrive et par culpabilité, ne manifeste aucune opposition. Elle se résigne.

Dans le même temps, la réaction de l'entourage « spectateur » va conditionner la suite. Soit il n'éprouve aucune empathie ou estime que la situation est justifiée compte tenu de l'attitude passive de la victime : elle est alors isolée et devient une véritable proie. Soit il manifeste des signes de désapprobation est fait diminuer l'intensité des actes voire y met fin.

A cela, s'ajoute la responsabilité *des adultes* de par leur *cécité* à propos de la situation. Certains pensent que c'est une façon d'apprendre la vie, une espèce de « rituel de passage qui forge le caractère ». D'autres, estiment que ce serait stigmatiser encore plus la victime en sous-estimant sa capacité à se défendre seule. Et lorsqu'ils décident d'intervenir, parce que la situation est allée trop loin le plus souvent, la victime a fini par développer des stratégies d'adaptation. Les stratégies dites positives regroupent : la recherche d'information sur le sujet, la tentative de positiver sur ce qui est vécu (principe du « ce qui ne me détruit pas me rend plus fort »), l'investissement dans d'autres activités ou le militantisme. L'inconvénient de cet état de résilience est de donner l'impression aux personnes extérieures que la situation n'est pas si dramatique. Les stratégies dites négatives regroupent : les comportements agressifs de défense ou d'évitement, les conduites dangereuses, l'addiction à des produits toxiques et la cyberaddiction. Ces comportements peuvent donner à entendre que la victime est en partie responsable et elle peut être sanctionnée en retour ! (8,18)

Pour Huré et al., tout partirait d'erreurs de traitement de l'information sociale (schéma basé sur le modèle de Crick et Dodge) (19). Ce processus est divisé en 5 étapes. La première consiste à *l'encodage des stimuli* qui se révèle être de bonne qualité quel que soit le profil d'intimidation. Des erreurs apparaissent dès la 2^{e} étape sur *l'attribution d'intentions* : agresseur et victime attribuent davantage des intentions hostiles lorsqu'ils sont confrontés à un provocateur. Pour l'étape 3, *clarification des buts comportementaux*, face à l'anticipation d'une situation conflictuelle, la victime choisira davantage une issue relationnelle (« être ami ») tandis que l'agresseur choisira une issue instrumentale (« récupérer pour soi l'objet du conflit »). Pour les dernières étapes 4 et 5, *accès et sélection de réponses comportementales en mémoire*, les deux profils se distinguent à nouveau. Les victimes ont en mémoire des schémas d'affirmation de soi (discuter avec le provocateur) et useront de stratégies d'évitement tandis que les agresseurs ont en mémoire des schémas agressifs et utiliseront davantage la violence comme réponse à une situation ambiguë (frapper, se moquer, insulter).

Tout le processus est soumis aux expériences sociales passées, aux connaissances des règles sociales et aux schémas sociaux déjà établis. Ces variables sont modulées par l'évaluation des pairs sur le comportement adopté et la réponse de ces derniers en retour.

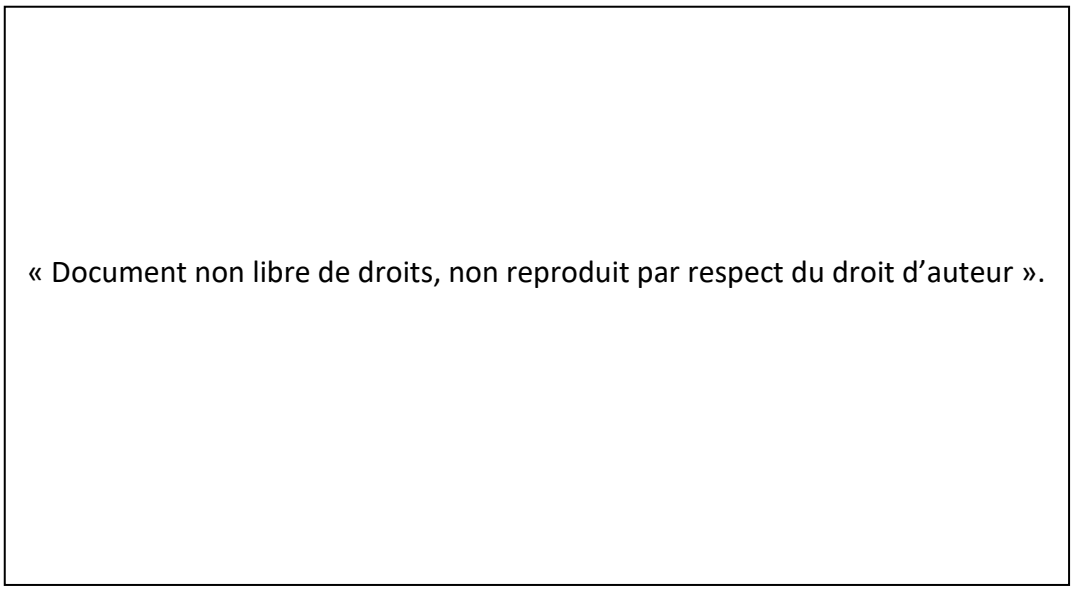

Figure 2 : Traitement de l'information sociale selon le modèle de Crick et Dodge (1994) (19)

Les deux profils présentent des fonctionnements cognitifs différents vis-à-vis d'une provocation ou d'une situation ambiguë.

2.3.3 Types de harcèlement scolaire

DIRECT :

- *Physique* : coups de poing et de pied, crachats, mèches de cheveux arrachées, racket, bousculades, atteinte matérielle (vols, dégradations d'objets personnels).
- *Verbal* : insultes, railleries, menaces, humiliations, mépris, surnoms, grimaces, gestes obscènes.

INDIRECT :

- *Relationnel* : rejet, exclusion des groupes de jeu et de travail, rumeurs, ostracisme.
- *Cyberbullying* : utilisation des nouvelles technologiques (smartphones, Internet) afin de faire circuler des images ou des textes sous des identités d'emprunt (ou pas) pour déstabiliser la victime.

2.3.4 Lieux des agressions

Dans l'enceinte ou devant l'école, sur les trajets domicile-école, à la maison via le portable et le cyber-espace. A l'intérieur de l'établissement, les sites privilégiés sont les toilettes, les vestiaires, les couloirs ou tout autre lieu susceptible d'être moins surveillé. Le harcèlement se produit à l'abri des regards. (17)

2.3.5 A qui se confient –ils ?

Les victimes se confient à leurs parents, à leurs amis, frère ou sœur, à un adulte ou à un enseignant. Mais parfois, les victimes décident de garder le silence. Certaines pensent que c'est « normal » et que ça ne durera pas. D'autres se sentent responsables, craignent des représailles ou d'être jugées voire à nouveau isolées ou encore ressentent de la honte. La révélation au médecin généraliste (MG) survient plutôt tardivement, à l'initiative des parents, et souvent suite à une agression physique ou un trouble somatique en lien avec le harcèlement. (20)

Selon une étude qualitative menée par Vessey et al. auprès de jeunes âgés entre 10 et 16 ans lors d'entretiens en groupe, 3 explications sur le fait de ne pas se confier à son médecin ont été identifiées : l'idée que cela ne relevait pas d'une tâche médicale, la dimension beaucoup trop personnelle pour en parler à son docteur et la pensée qu'il n'avait pas les moyens de leur venir en aide. Ils avaient été déconcertés d'apprendre qu'un soignant pouvait être sollicité avant même d'en arriver au stade suicidaire. (21) D'autres explications sont possibles : le sexe du médecin, la peur de le déranger, le ressenti d'être mal à l'aise et le refus de mettre au courant les parents (soit parce qu'ils sont présents, soit parce qu'ils supposent que le médecin ne respectera pas le secret médical). (20)

2.4 TYPOLOGIE INDIVIDUELLE ET RELATIONNELLE

Dan Olweus détermine deux profils pour chaque intervenant : la victime passive ou active, l'agresseur passif ou actif. Ces écrits sont le fruit de recherches menées depuis 1978 et sont corroborés par d'autres scientifiques tels que Björkquist, Ekmen, Lagerspetz ou encore Farrington. (22)

En 1996, Twenlow et Sacco (9,23), vont encore plus loin. Ils identifient quatre profils de victime, trois profils d'agresseur et intègrent un troisième protagoniste « le spectateur ». Pour eux, victime et agresseur peuvent prendre le rôle de chacun (on parle alors « d'agresseur-victime » ou « bully-victim »). Par contre, le rôle du spectateur reste constant et influence clairement la balance pathologique « victime-agresseur ».

2.4.1 La victime

- Soumise : Elle est passive, timide, faible physiquement et sensible à la critique. Elle a un imaginaire fantastique riche et fait face à la peur par la soumission. Elle n'est pas dépressive. Elle refuse d'aller à l'école.
- Provocatrice : Typologie la plus fréquente. Elle a des difficultés de concentration et se comporte de telle façon qu'elle agaçe et crée des tensions autour d'elle. Certaines peuvent souffrir de trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).
- Masochiste : Dans un contexte de relation amoureuse au lycée. C'est généralement une fille qui ne se considère pas « victime » mais simplement amoureuse.
- Sauveuse : Même contexte que la victime masochiste. La différence se situe dans le modèle d'intéraction dynamique (voir 2.4.6 Typologie relationnelle).

2.4.2 L'agresseur

- Dépressif : Il a peu confiance en lui. Il est sujet aux crises d'agressivité. Il est souvent absent et/ou en retard. Il souffre de dépression se traduisant par des signes tels que l'insomnie ou des symptômes psychosomatiques.
- Agité : Il est anxieux et manque d'empathie. Il perturbe la classe. Le diagnostic de TDAH est souvent posé.
- Sadique : Il est peu anxieux, fait preuve d'un sadisme remarquable et de peu d'empathie. Il est impulsif et ne craint pas la discipline.

Il semblerait que l'environnement familial ait un impact sur le fait d'être engagé dans une situation de harcèlement scolaire, en tant qu'agresseur ou victime. Plus précisement, par l'exposition à des violences domestiques. Baldry et al. (24), ont interrogé des adolescents entre 8 et 15 ans dans le cadre d'une étude transversale. Deux facteurs de risque d'implication dans une situation de harcèlement ont été mis en évidence : l'abus sexuel par le père et être témoin de violence interparentale (mère à l'égard du père, sans pouvoir préciser si c'était volontaire ou de l'auto-défense). L'appartenance a une classe sociale défavorisée était également un facteur de risque de victimisation.

Dans l'étude de Foshee et al. (25) dont l'échantillon est issu d'une base de données d'un essai contrôlé randomisé sur des adolescents ayant été exposés à des violences domestiques, 65% avaient déclarés être auteur de « bullying ». Parmi ces adolescents, des facteurs associés ont été identifiés : la surveillance maternelle laxiste (comme la méconnaissance des activités de l'enfant), l'existence de symptômes dépressif et/ou d'accès colériques, la mauvaise gestion des conflits et les comportements agressifs envers son/sa partenaires jugés justifiés.

Une éducation parentale autoritaire (particulièrement avec usage de châtiment corporel) serait fréquemment attribuée aux auteurs de harcèlement tandis qu'une surprotection maternelle serait un trait fréquent des victimes. (26)

2.4.3 Le spectateur

- Pro-victime : Il se sent impuissant, impotent. Il s'identifie à la victime et devient victime sans agression physique.
- Pro-agresseur : Il est voyeuriste, sadomasochiste. Il aime observer la scène et créer une diversion afin d'empêcher l'intervention des enseignants.

Leur rôle participe au phénomène d'effet de groupe et conditionne le sort de la victime. Ils peuvent l'encourager voire l'exacerber (par des rires ou des moqueries), ou l'atténuer voire le faire cesser (désapprobation ouverte ou soutien de la victime).

2.4.4 L'agresseur-victime

Felipe et al. (27), décrivent cette catégorie pour des enfants qui subissent et qui harcèlent d'autres élèves que ceux qui les ont agressés. Ils embêtent, agacent, taquinent les autres de façon à se faire insulter et pouvoir attaquer en retour par la bagarre. Ils sont peu ou non acceptés par leurs camarades et sont en général les élèves les plus détestés.

Ils sont agressifs et anxieux, peuvent présenter des symptômes dépressifs et à avoir une faible estime d'eux-mêmes. Leur comportement en société est inadapté ce qui entraîne un risque d'isolement social, d'échec scolaire et de conflits plus fréquents. L'environnement familial est surprotecteur ou négligeant ou abusif.

Leurs caractéristiques se rapprochent de celles des agresseurs « purs » sauf qu'ils sont moins agressifs et ont plus d'ambition scolaire lorsqu'ils ne sont pas rejetés par les autres. Ils ont autant de difficultés à se maîtriser (de par leur hyperactivité et/ou impulsivité), ce qui explique leurs comportements agressifs. Comparativement aux victimes « pures », ils sont plus agressifs et moins sociables (lorsque les victimes pures sont « rejetées ») et sont plus confrontés à l'échec scolaire.

Concernant les difficultés scolaires, ils n'ont pas pu conclure si elles étaient à l'origine du comportement de *bullying* ou si elles étaient une conséquence de ce dernier.

2.4.5 Les neutres

Ce sont les enfants qui ne participent en aucune manière à une situation de harcèlement.

2.4.6 Typologie relationnelle

En fonction du profil de chacun, Twenlow et Sacco (9,23) distinguent plusieurs modèles d'interaction dynamique :

- Agresseur sadique – Victime soumise – Spectateur pro-agresseur : c'est la culture de la domination qui régit l'école. L'agresseur sadique agit sur sa proie (la victime soumise) sous les yeux du spectateur voyeuriste. L'agitation du ou des spectateur(s) encourage l'agresseur, qui permet à ce(s) dernier(s) de vivre par procuration leur(s) tendance(s) agressive(s) qu'ils n'osent pas mettre à exécution.

- Agresseur agité – Victime provocatrice – Spectateur pro-agresseur ou pro-victime : l'agresseur et la victime sont tous les deux très nerveux et n'arrivent pas à se contrôler. L'agresseur est hors de contrôle et est en perpétuel conflit avec ses pairs et les adultes, parfois sans raison. L'attitude du spectateur sera régie par son profil : le « spectateur-agresseur » s'identifiera vers l'agresseur agité dominant, le « spectateur-victime » sera attiré par la victime provocatrice.

- Agresseur dépressif en partenariat avec agresseur sadique – Victime soumise – Spectateur pro-victime : il s'agit d'une agression par l'intermédiaire d'un tiers. L'agresseur sadique provoque l'agresseur dépressif qui, au lieu de réagir en tant que victime, part en quête d'une victime soumise. L'agresseur sadique observe alors avec perversité, s'assurant que tout se déroule selon son plan. Il devient la quintessence du spectateur, encouragé par le spectateur pro-victime. L'agresseur dépressif devient sa marionnette.

- Agresseur dépressif – Victime provocatrice – Spectateur pro-agresseur ou pro-victime : ni l'agresseur ni la victime n'engage d'action envers l'autre mais crée une atmosphère de perturbation qui recrute un public de spectateurs pro-victimes et pro-agresseurs. Ils ont tous les deux des difficultés à s'intégrer dans la vie sociale de l'école et font équipe pour attirer l'attention, croyant que c'est une bonne manière d'améliorer leur image.

- Cas particulier : Agresseur sadique – Victime masochiste ou sauveuse : durant la période du lycée ou fin de collège, après la maturité sexuelle, dans un contexte de chagrin d'amour ou de relation amoureuse avec un agresseur sadique. L'agresseur sadique est un garçon clairement désapprouvé par les autres et connu pour être agressif et antipathique. La victime est souvent une jeune fille qui adopte une attitude de « martyr » ou de « sauveuse ». La victime masochiste est selon elle, délaissée et abandonnée. Elle se conduit comme une personne humiliée et s'affiche en martyr. La victime sauveuse pense pouvoir changer son amant grâce à son amour et son attention.

La situation du harcèlement scolaire est un phénomène de groupe et résulte d'interactions sociales dynamiques pathologiques.

2.5 CONSEQUENCES DU HARCELEMENT SCOLAIRE

En 2015, Wolke et Lereya (28) publient une revue de la littérature sur les effets du harcèlement scolaire. Cette revue rassemble des études longitudinales et des méta-analyses constituées d'études longitudinales et transversales.

L'avantage des études longitudinales était de suivre dans le temps les individus et ainsi d'observer l'apparition de complications (après contrôle des facteurs de confusion). Pour l'évaluation des conséquences à l'âge adulte, il s'agissait de cohorte dont la date de départ était essentiellement la date de naissance. L'ajout d'études transversales aux méta-analyses permettait d'augmenter les effectifs et donc, d'améliorer la puissance de l'analyse. Dans les articles retenus, les principaux facteurs de confusion étaient : l'âge, le genre, les antécédents personnels psychopathologiques (dont diagnostics psychiatriques de l'axe I du DSM-IV : TDAH, trouble provocateur oppositionnel, dépression et anxiété), l'environnement familial (structure, violences, maltraitance, niveau éducatif des parents, rapport avec la mère, histoire familiale), l'existence de troubles internalisés et/ou externalisés, le quotient intellectuel (QI) et l'origine ethnique. L'évaluation des facteurs de confusion et des complications était faite à l'aide d'outils psychométriques ou de questionnaires validés et standardisés : par exemple, contexte familial par le FAI (Family Adversity Index), diagnostic psychiatrique par le DAWBA (Developpement And Well-Being Assessment adapté aux 2-17 ans), QI par le WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children).

La majorité interprétait les résultats selon l'interrogatoire de l'enfant, de la mère et de l'enseignant référent (évaluation de concordance). L'analyse était une analyse multivariée comprenant des régressions logistiques surtout et parfois linéaires, des analyses de variance étaient effectuées en plus pour les méta-analyses. L'analyse était réalisée par des logiciels connus tels que SPSS ou SAS. L'intervalle de confiance retenu était à 95% et les résultats énoncés ci-dessous étaient significatifs avec une p-value inférieure à 5%.

Ainsi, ils ont pu établir les conséquences du harcèlement scolaire à court et moyen termes (enfance et adolescence soit de 6 à 17 ans) et à long terme (vie adulte et de jeune adulte soit de 18 à 50 ans). (29–35,35–42)

2.5.1 Sur les victimes

2.5.1.1 Durant l'enfance et l'adolescence

❖ Sur la santé physique et mentale :

- **Troubles anxieux** : association entre harcèlement (surtout de type relationnel) et apparition de troubles anxieux (notamment de phobie sociale). L'étude de Siegel et al. révèle que le harcèlement par les pairs est à la fois un facteur prédictif et une conséquence de la phobie sociale au fil du temps.
- **Symptômes évocateurs de troubles de la personnalité type « borderline »** et **troubles psychotiques** : apparaissent à l'adolescence après un harcèlement survenu pendant l'école primaire. Effet « dose-réponse » : plus le harcèlement est fréquent et sévère, plus le risque de développer des symptômes type « borderline » est important; plus le harcèlement est fréquent, sévère (plusieurs types à la fois) ou chronique, plus le risque de survenue d'épisodes psychotiques est important.
- **Dépression** et **troubles internalisés** (symptômes traduisant une dégradation générale de l'auto-évaluation de soi, globalement « syndrome anxio-dépressif ») : apparition et persistance de symptômes dépressifs jusqu'à 2 ans après la période de harcèlement. Il existe une association significative bidirectionnelle entre le harcèlement et l'apparition de troubles internalisés. Un effet « dose-réponse » a été démontré : plus le harcèlement est ancré et la victime subit un harcèlement à la fois direct et indirect, plus le risque de dépression et de persistance des symptômes dépressifs dans le temps est important.
- **Symptômes psychosomatiques** : céphalées, douleurs abdominales, dorsalgies, troubles du sommeil (cauchemars, terreurs nocturnes), asthénie et vertiges. Les victimes (comme les agresseurs/victimes) présentent un risque plus élevé de développer ces symptômes par rapport aux agresseurs.
- **Auto-agressivité** et **risque suicidaire** : surviennent à l'adolescence. Effet « dose-réponse » en cas d'harcèlement chronique.

❖ Sur la scolarité : difficultés d'adaptation scolaire et mauvaise perception du climat scolaire globalement. De façon surprenante, une seule méta-analyse a établi une association significative entre conséquences scolaires et harcèlement.

Eric Debarbieux, dans son rapport au Ministère, rapporte des difficultés de concentration, de moins bons résultats scolaires et des taux d'absentéisme plus élevés (pour éviter de se confronter à son ou ses agresseur(s)). (26)

Plusieurs études ont montré qu'il existait une relation entre le fait d'être victime de harcèlement scolaire et l'apparition de conséquences psychosomatiques et mentales. Le fait d'être exposé à plusieurs types de harcèlement ou à un harcèlement chronique augmente le risque d'apparition de ces complications.

2.5.1.2 Durant la vie adulte

❖ Sur la santé physique et mentale :

- **Agoraphobie, anxiété généralisée et troubles paniques** : plus grande prévalence de ces troubles chez l'adulte jeune lorsque le harcèlement a été subi durant l'adolescence.
- **Dépression** et **troubles internalisés** : apathie, mélancolie, anxiété, faible estime de soi, idéations suicidaires, troubles du sommeil avec somnolence diurne accrue. Quel que soit le type de harcèlement et le fait ou non d'être victime de plusieurs types à la fois, augmentent le risque.
- **Troubles psychotiques** : augmentation de la prévalence à l'âge de 18 ans, surtout si le harcèlement est chronique.
- **Symptômes psychosomatiques** : douleurs physiques et céphalées. Altération de l'état général vers 20 ans et à 50 ans après un harcèlement fréquent subi pendant l'enfance.
- **Consommation de substances** : facteur prédictif de tabagisme important. Pas de lien retrouvé avec l'usage de drogues.
- **Auto-agressivité** et **risque suicidaire** : de manière générale, augmentation d'idées suicidaires, de tentatives de suicides et de suicides aboutis. Certaines études ont néanmoins retrouvé une association significative chez les femmes seulement.

❖ Sur le plan économique : Un effet dose-réponse a été retrouvé pour les enfants ayant été victimes de harcèlement chronique. (39)

- Niveau d'éducation faible.

- Faibles revenus financiers.
- Emploi : certaines études ne retrouvent aucune association significative. D'autres, retrouvent une mauvaise gestion financière, des difficultés à garder un emploi stable ou une plus grande probabilité d'être au chômage.

❖ Sur le plan social : Un effet dose-réponse a été retrouvé pour les enfants ayant été victimes de harcèlement chronique. (39)
- Relations entre pairs : difficultés à se faire ou à garder des amis, à tout âge.
- Relations amoureuses : tendance au célibat. En couple, il n'y a pas de conséquence sur la parentalité.
- Relations sociales perturbées sans différence significative avec les autres profils.
- Perception d'une qualité de vie altérée et accès moins important à une aide sociale (pour la santé) à l'âge de 50 ans.

2.5.2 Sur les agresseurs

2.5.2.1 Durant l'enfance et l'adolescence

❖ Sur la santé physique et mentale :
- **Trouble de la personnalité antisociale** : délinquance
- **Dépression** : facteur prédictif pour les garçons seulement.
- **Auto-agressivité** et **idées suicidaires** : risque légèrement plus élevé (mais toujours moins que les victimes « pures »).
- **Troubles externalisés** (symptômes qui s'expriment par des manifestations négatives sur l'environnement) : difficultés avec les règles, comportements d'agressivité générale sur autrui (autre que le *bullying*) : bagarres, vandalisme, et asocialité.

❖ Sur la scolarité : difficultés d'adaptation scolaire.

❖ Sur le plan social : être auteur d'un harcèlement de type « direct » en classe de 6^{e} est un facteur de risque prédictif de violences sexuelles en classe de 4^{e}.

2.5.2.2 Durant la vie adulte

Globalement, ils sont plus sains physiquement et émotionnellement. Ils ne présentent pas plus de risque de problèmes de santé physique et mentale que la population normale. A noter que l'étude de Wolke et al. (39) ne retrouve plus d'association significative après ajustement sur les difficultés familiales et les antécédents psychiatriques personnels durant l'enfance.

❖ Sur la santé physique et mentale :

- **Troubles de la personnalité antisociale** : augmentation du risque de violences, de cambriolages et de recels, de délinquance, d'agressivité, d'impulsivité, de psychopathies, de problèmes avec la justice notamment d'accusations pénales.
- **Troubles psychotiques à l'âge de 18 ans**.
- **Consommation de substances illicites, de tabac et d'alcoolisme**.
- Pas d'augmentation du risque suicidaire.

❖ Sur le plan économique : niveau d'éducation faible, difficultés à garder un emploi et honorer ses obligations financières. Plus sujet à être « sans emploi ».

❖ Sur le plan social : difficultés à se faire ou à garder des amis. Les filles deviennent plus souvent mères avant l'âge de 20 ans. Relations sociales perturbées sans différence significative avec les autres profils.

2.5.3 Sur les agresseurs/victimes

2.5.3.1 Durant l'enfance et l'adolescence

❖ Sur la santé physique et mentale :

- **Trouble de la personnalité antisociale** : délinquance.
- **Troubles internalisés** : type anxiété, dépression.
- **Risque accru d'auto-agressivité et d'idées suicidaires** (chez les garçons uniquement)

❖ Sur la scolarité : difficultés d'adaptation scolaire et mauvaise perception du climat scolaire.

2.5.3.2 Durant la vie adulte

❖ Sur la santé physique et mentale :

- **Troubles de la personnalité antisociale** : taux plus élevé d'accusations criminelles graves et de cambriolages.
- **Agoraphobie** (chez les femmes uniquement) **et trouble panique**.
- **Troubles anxieux**
- **Dépression**
- **Symptômes physiques et psychosomatiques** : altération de l'état général, douleurs physiques. Plus à risque de développer des maladies graves pour le jeune adulte.
- **Tabagisme**, pas de consommation de drogues.
- **Risque suicidaire** chez le jeune homme uniquement.

❖ Sur le plan économique :

- Niveau d'éducation faible
- Difficultés à garder un emploi et à honorer ses obligations financières.

❖ Sur le plan social :

- Difficultés à se faire et à garder des amis.
- Probabilité augmentée de devenir jeune parent.
- Relations sociales perturbées sans différence significative avec les autres profils.

Le harcèlement, quelle que soit sa forme ou son intensité, a des répercussions même à l'âge adulte. On observe un effet « dose-réponse » : les enfants qui ont été victimes de manière plus fréquente ou plus sévère ou de manière chronique présentent des conséquences plus graves. ***Les victimes souffrent plus de symptômes internalisés, les agresseurs souffrent plus de symptômes externalisés mais présentent moins de complications à l'âge adulte. Les agresseurs/victimes souffrent autant de symptômes internalisés qu'externalisés.*** **Sur tous les plans, ils présentent le niveau de complications le plus élevé.**

2.5.4 Le risque suicidaire

Le manque d'études longitudinales rend complexe d'affirmer qu'il existe un lien de causalité entre le harcèlement scolaire et le risque suicidaire. Cependant, de nombreuses études concluent à une association significative entre les deux.

C’est ce que nous montrent les résultats des méta-analyses d’études transversales de Van Geel et al. et Holt et al. (43,44). Quel que soit le profil, le risque suicidaire est augmenté : les victimes et les agresseurs ont 2 fois plus de probabilités de développer des idées suicidaires (IS) ou de faire une tentative de suicide (TS) tandis que les agresseurs/victimes en ont 4 fois plus. Ces probabilités ne dépendent pas du simple fait d’être engagé dans une situation de harcèlement. D’autres facteurs modulateurs entrent en jeu : l’âge, le genre, l’environnement familial, le soutien par d’autres pairs, le pays d’origine (différence de perception et de prise en charge du problème), le ou les type(s) de harcèlement subi(s) et la présence de troubles externalisés/internalisés.

En 2017, Barzilay et al. (45), publient les résultats d’une étude de grande ampleur réalisée dans 10 pays européens dont la France. Les données sont issues de l’étude SEYLE (essai contrôlé randomisé évaluant l’efficacité des programmes de prévention sur le comportement suicidaire en milieu scolaire). En cas de harcèlement physique, la probabilité d’idées suicidaires (IS) est augmentée de 39% tandis que la probabilité de tentatives de suicide (TS) est augmentée de 28% en cas de harcèlement relationnel. Le harcèlement verbal a des répercussions lorsqu’il est associé à un contexte de soutien parental faible : il augmente le risque d’IS mais uniquement chez les adolescents dépressifs et le risque de TS uniquement chez les adolescents anxieux. Cette étude souligne le rôle primordial des parents. Le risque d’IS/TS est influencé par le pattern « type de harcèlement – symptômes psychopathologiques associés – soutien parental ».

Klomek et al. (46) ont, quant à eux, tenté d’évaluer le risque de tentatives de suicides (TS) et de suicides « aboutis ». Une des limites de leur étude longitudinale est la taille trop faible de leur effectif. Leurs résultats n’en restent pas moins intéressants. Après avoir suivi des enfants de 8 ans jusqu’à leur 25 ans : 13/24 garçons et 2/16 filles s’étaient suicidés et 42 sujets avaient été hospitalisés pour tentatives de suicide dont 3 s’étaient suicidés au décours. Les résultats révèlent que l’association entre le harcèlement scolaire à l’âge de 8 ans et la survenue de TS/suicides « aboutis » variaient selon le sexe. Chez les filles, un harcèlement fréquent était statistiquement associé à la survenue de TS et de suicides « aboutis », même après ajustement sur les facteurs de confusion (troubles de conduite et dépression). Chez les garçons, cette association disparaissait après ajustement sur les troubles de la conduite, suggérant que la psychopathologie chez les garçons joue un rôle important.

La dépression ou l'anxiété ne suffisent pas à elles seules à augmenter le risque d'IS/TS. Les filles sont plus à risque de TS et de suicide abouti car plus souvent victime de harcèlement relationnel.

En Médecine de ville, les médecins généralistes ont la possibilité d'évaluer rapidement le mal-être des adolescents au moyen du questionnaire TSTS-CAFARD. Il est l'acronyme de Traumatologie, Sommeil, Tabac, Stress scolaire ou familial, Cauchemars, Agression, Fumeur, Absentéisme et Ressenti Désagréable familial. Il permet d'aborder un panel de thèmes autres que celui du motif de consultation, sans pour autant allonger le temps de l'entretien. Il a été validé sur des données recueillies par l'enquête Lycoll en 1999 et semble de nos jours désuet. En effet, les modes de communication et d'interactions actuels font supposer qu'il n'est plus adapté à notre société. De plus, le thème du harcèlement scolaire n'est pas clairement identifié, bien qu'il puisse être indirectement abordé par la question « Agression ».

Coralie Servant (47), dans son travail de thèse, a élaboré un nouveau test de dépistage plus court mais tout aussi efficace et facile d'utilisation : le test BITS pour Brimades, Insomniaque, Tabagique et Stressé. Les violences scolaires sont explorées par les questions : « As-tu été brimé(e) à l'école ou sur les réseaux sociaux ? » et « As-tu été victime de violence en-dehors de l'école ? ». Sa sensibilité est de 75% et sa spécificité est de 70% contre respectivement 71% et 68% pour le test TSTS-CAFARD. Ce nouveau test est actuellement évalué dans l'étude MICAS qui est une étude multicentrique menée dans 4 pays francophones (France, Suisse, Belgique et Luxembourg). L'objectif principal est de mettre en évidence la proportion des problématiques suicidaires (pensées fréquentes dans l'année ou tentatives dans la vie) des 13-18 ans révélées par l'usage du test BITS en consultation courante de Médecine Générale. Les résultats sont en cours de traduction, la publication est prévue courant 2018. Cependant, la thèse en rapport a été soutenue en Novembre 2017 et a évalué la sensibilité du BITS test à 65,1% et la spécificité à 82,4% dans le cas des problématiques suicidaires. Le thème de « Brimades » n'a pas été testé. (48)

2.6 LE CYBER-HARCELEMENT

2.6.1 Définition

Il désigne le fait d'utiliser les nouvelles technologies d'information et de communication par un individu ou un groupe d'individus, pour adresser des messages hostiles ou agressifs dans l'intention d'humilier ou d'intimider quelqu'un, de manière répétée dans le temps.

La notion de répétitivité est à spécifier dans ce cas. En effet, les faits de cyber-harcèlement (CB) perdurent sur la toile et sont difficiles à supprimer, surtout lorsqu'ils sont partagés et diffusés par de « nouveaux agresseurs » tel un lynchage collectif (ou « the negative bystander effect »). C'est pourquoi, le CDC (Centers for Disease Control and prevention) aux Etats-Unis, considérant le problème comme une menace pour la santé publique, a élargi la définition à : tout type de harcèlement ou d'intimidation via email, tchat, forum, site internet, blog et textos. (49)

Les catégories d'acteurs sont les mêmes que pour le harcèlement traditionnel : cyber-victime, cyber-agresseur, cyber agresseur-victime, cyber-neutre, cyber-spectateur.

2.6.2 Caractéristiques épidémiologiques et démographiques

- En 2013, au collège, 18% des élèves déclarent avoir été victime de faits de cyber-violence (contre 9% en 2011) dont 5% peuvent s'apparenter à du cyber-harcèlement.
- Il concerne généralement des élèves déjà victimes de harcèlement traditionnel, quel que soit le type de violence (55%).
- Les filles sont les plus touchées : 21% contre 15% chez les garçons.
- Il est plus fréquent chez les élèves de troisième (à l'inverse du harcèlement traditionnel) : 20% contre 15% en sixième. (13)

Une étude réalisée par Kubiszewski et al. (50) retrouve globalement la même proportion de cyber-victimes et de cyber-neutres que pour le « bullying » traditionnel (BT). Un quart des victimes sont à la fois touchés par le CB et le BT. Les agresseurs « purs » sont plus souvent auteurs de BT, 1/5 usent à la fois de CB et de BT. Les agresseurs/victimes sont plus concernés par le cyber-harcèlement. 41% des élèves sont concernés à la fois par du CB et du BT, donc dans environ la moitié des cas, le CB n'est pas un prolongement du BT.

Le problème de disparité des chiffres est identique à celui du harcèlement traditionnel (49). La particularité du frein à témoigner est la crainte d'être confisqué de téléphone ou d'ordinateur. Cependant, la prévalence du CB semble moins élevée que celle du BT.

Les filles sont plus souvent victimes que les garçons, car elles passent plus de temps sur les réseaux sociaux. Cela va à l'encontre de nombreuses études qui révèlent que les filles sont plus impliquées en tant qu'auteure dans la victimisation indirecte que les garçons. Sans grande surprise, les quelques études menées sur l'orientation sexuelle montrent une augmentation du CB chez les homosexuels, les bisexuels et les transsexuels.

Le plus souvent, il s'agit d'un élève de l'école. Plus de la moitié des cyber-agresseurs/victimes et moins d'un quart des cyber-victimes se disent intimidés par un ami. Presque la moitié ne sait pas par qui ils sont attaqués.

Par ordre de fréquence, les moyens utilisés sont les textos et les messages instantanés puis les tchats, forums, emails et enfin les sites internets. Les élèves d'écoles élémentaires utilisent plus volontiers les textos et les messages instantanés tandis que les jeunes de 15-17 ans (les filles surtout) utilisent plutôt les emails. Une des raisons est le passage au collège qui est associé à une augmentation du temps passé sur l'ordinateur et les réseaux sociaux. (51)

2.6.3 Conséquences psychopathologiques

Tout comme le harcèlement traditionnel, les problèmes internalisés sont associés aux cyber-victimes et les problèmes externalisés aux cyber-agresseurs. Les cyber-agresseurs/victimes sont touchés par les deux. Chaque profil est sujet aux troubles du sommeil de manière semblable.

Les cyber-agresseurs « purs » sont moins agressifs et moins associables que leurs homologues traditionnels et ceux impliqués dans les 2 types de harcèlement. Ils sont atteints : de troubles de la conduite, d'hyperactivité, de consommation de substances tels que l'alcool et le tabac (de façon plus importante que pour les cyber-victimes).

Les cyber-victimes « pures » présentent moins de troubles du sommeil, de difficultés d'intégration sociale et de détresse psychologique que leurs homologues traditionnelles et que celles impliquées dans les 2 types de harcèlement. Elles sont atteintes : de détresse psychologique, de dépression, de repli sur soi, de peur, d'alexithymie, d'insomnie, de symptômes psychosomatiques tels que les céphalées et les douleurs abdominales, de consommation d'alcool et de tabac. (49,50)

Les cyber-agresseurs/victimes présentent plus de conséquences que les autres (tout comme les agresseurs/victimes traditionnels). Ils sont plus sujets aux troubles du comportement, aux troubles mentaux et aux idéations suicidaires.

Le cyber-harcèlement est associé à un risque plus élevé d'idées suicidaires : 3 fois plus de risque contre 2 fois pour le harcèlement traditionnel (différence significative sur 3 études seulement). (43)

2.6.4 L'expansion du cyber-harcèlement

Le nombre d'internautes a considérablement augmenté en l'espace de quelques années. Selon l'Union Internationale des Télécommunications, fin 2016, le monde comptait 3,2 milliards d'internautes soit 41% de la population mondiale. En France, les dernières statistiques publiées en 2013 révèlent que 97,7% des 15-29ans ont utilisé Internet dans les 3 derniers mois dont 88,3% tous les jours. Pour 70,9% d'entre eux, l'usage prédominant est à la participation à des réseaux sociaux via la création d'un profil ou l'envoi de messages. (52)

La société actuelle est « hyper-connectée » entre les smartphones, les tablettes, les ordinateurs portables, l'amélioration de la qualité du réseau et du WI-FI et le développement des réseaux sociaux. On a pu assister au développement d'applications de plateformes de communication anonymes qui ont une part de responsabilité. C'est notamment le cas de l'application « Yik Yak » initialement créé par deux étudiants d'université aux Etats-Unis pour le partage d'informations en tout genre, qui a rapidement dévié par la publication de propos inappropriés à l'encontre d'autres élèves voire de professeurs, de menaces de morts, d'alertes à la bombe… (53)

Internet offre également un terrain d'action sans frontières pour les jeux dangereux. C'est notamment le cas du défi « Blue Whale Challenge » ou le « défi de la baleine bleue » venu de Russie, qui a déferlé la chronique en France en 2017. Son nom provient de la légende urbaine qui prétend que les baleines qui s'échouent sur la plage sont suicidaires. Le défi a pris naissance sur le réseau social Vkontakte au printemps 2016. Les règles sont simples : réaliser 50 défis choisis par un « parrain » préalablement contacté, en 50 jours. Jour après jour, les défis sont de plus en plus glauques et graves en termes d'auto-agressivité. Au début, il s'agit simplement de dessiner une baleine sur une feuille puis progressivement de regarder des films d'horreur toute la nuit, de ne plus parler à personne, de se priver de sommeil ou encore de se scarifier jusqu'à l'étape ultime : le suicide en se jetant d'un toit ou sous un train. Plus le « joueur » avance dans les défis, plus il prouve qu'il n'a pas peur de la mort.

Il doit poster une photo ou une vidéo pour prouver au « tuteur » l'accomplissement de la tâche et dans certains cas, le relayer sur les réseaux sociaux avec un hashtag #bluewhalechallenge. Le « parrain » exerce une telle influence qu'il arrive à pousser le jeune vers la mort tout en faisant en sorte que ce dernier en est le seul décideur. S'il refuse un défi ou souhaite arrêter, il se voit alors harcelé par le « tuteur » qui n'hésite pas à lui proférer des menaces de mort. Le danger réside dans le fait qu'il suppose que le « joueur » décide librement d'accomplir le défi final. Il banalise complètement le cyber-harcèlement. (54,55)

Dans le même temps, l'entreprise Netflix (entreprise américaine proposant des films et des séries télévisées en flux continu sur Internet) a provoqué un débat international suite à la diffusion de la série « 13 reasons why ». Elle raconte l'histoire d'Hannah Baker, une élève de première dans un lycée américain ordinaire, qui explique les raisons de son suicide en 13 enregistrements audios destinés aux 13 personnes qu'elle accuse d'être responsable de son acte. Tout commence par la diffusion d'une photo prise à son insu et qui, sortie de son contexte, va lui coller l'image d'une fille facile aux yeux des garçons et de tout son lycée. Les épisodes enchaînent des évènements isolés et en apparence anodins qui, analysés dans leur ensemble, peuvent amener à « comprendre » pourquoi elle a choisi de se donner la mort. Le scénario comporte des scènes violentes de situations taboues telles que le harcèlement scolaire quotidien mais aussi le viol et le suicide. Cette série a été décriée par de nombreux experts, psychiatres et psychologues scolaires car jugée comme à risque de choquer ou d'influencer des jeunes vulnérables et/ou présentant des troubles psychiques, particulièrement ceux ayant des idées suicidaires, à idéaliser les choix des personnages. Certains l'ont accusé de « glorifier le suicide » et d'exposer une version simpliste en « 13 raisons » du processus qui mène vers le suicide. D'autres ont critiqué l'image donnée aux adultes (conseiller d'orientation et parents) par leur inertie et leur aveuglement face au désarroi grandissant d'Hannah alors qu'il est important de montrer que les adultes peuvent être des personnes de confiance dans ce genre de situation. D'autres encore, ont condamné le fait de faire porter la faute aux survivants et d'avoir justifié son choix sans laisser d'autres options possibles. Bien que cette série ait été source de nombreux reproches, elle a aussi donné le courage à des victimes ou des proches de victimes de témoigner. Elle soulève une autre facette que peut avoir Internet sur l'influence des jeunes. (56–58)

Les cyber-espaces offrent une liberté procurée par l'anonymat. Les cyber-agresseurs se sentent moins contraints par la norme sociale, désinhibés par l'absence de riposte. Ils ne sont pas soumis à un feed-back direct. Ils n'ont plus besoin d'être en position de force physiquement mais plutôt technologiquement par le vol ou l'emprunt d'identité, le piratage de compte, l'envoi de virus ou de contenus embarrassants ou tout simplement en interpellant directement la victime en ligne. Les victimes sont réticentes à témoigner par peur d'être confisqué de leurs portables ou de leurs ordinateurs ou de voir leur temps de connexion restreint. (49,50) Dans certains cas, il n'y a pas de spectateur pouvant aider la victime par son témoignage. (51)

Le cyber-harcèlement concerne généralement des élèves déjà victimes de harcèlement traditionnel. Les filles sont les plus touchées. Les agresseurs sont le plus souvent auteurs de BT tandis que les agresseurs/victimes sont le plus souvent auteurs de CB. La prévalence du CB est moins élevée que celle du BT. Tout comme le BT, les cyber-victimes présentent plus de troubles internalisés, les cyber-agresseurs présentent plus de troubles externalisés, les cyber-agresseur/victimes présentent les deux à la fois et à des degrés plus élevés. Le cyber-bullying est plus à risque d'idéations suicidaires.

2.7 SUR LE PLAN JURIDIQUE

Grâce à la loi du 4 août 2014, le harcèlement scolaire peut être puni en tant que délit par l'article 41 du code pénal (59).

Premier alinéa : « Le fait de harceler une personne par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende lorsque ces faits ont causé une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ont entraîné aucune incapacité de travail.

Les faits mentionnés au premier alinéa sont punis de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende :

1° Lorsqu'ils ont causé une incapacité totale de travail supérieure à huit jours ;

2° Lorsqu'ils ont été commis sur un mineur de quinze ans ;

3° Lorsqu'ils ont été commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur ;

4° Lorsqu'ils ont été commis par l'utilisation d'un service de communication au public en ligne.

Les faits mentionnés au premier alinéa sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende lorsqu'ils sont commis dans deux des circonstances mentionnées aux 1° à 4°. »

Cette loi a introduit le délit général de harcèlement moral. Cela permet notamment de reconnaître le cyber-harcèlement comme un délit : nul besoin d'être en contact physique avec sa victime pour lui nuire. La différence réside dans le fait que ce nouveau délit réprime des faits qui n'entraînent que potentiellement une dégradation des conditions de vie, alors que la qualification en violences volontaires nécessite un résultat, c'est-à-dire une atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la victime. A noter qu'il n'y a pas d'âge minimal fixé par la loi pour engager la responsabilité pénale d'un mineur. C'est-à-dire que, quel que soit son âge, un mineur peut être reconnu coupable d'une infraction. Les sanctions qui peuvent lui être infligées évoluent avec son âge. Un mineur peut aller en prison à partir de 13 ans.

2.8 PREVENTION

2.8.1 Au niveau du Ministère de l'Education Nationale

En 2010, le gouvernement français commence à se préoccuper du problème. Lors des états généraux de la sécurité à l'école, le ministre de l'Education Nationale, Luc Chatel, demande un rapport sur les violences et le harcèlement en milieu scolaire à Eric Debarbieux. Ce dernier rend son rapport en Avril 2011 pour être officiellement exposé les 2 et 3 Mai 2011 aux Assises Nationales sur le harcèlement scolaire dont l'objectif était d'établir des mesures concrètes.

En 2012, le ministre Vincent Peillon, installe la délégation ministérielle chargée de la prévention et de la lutte contre les violences scolaires. Cela aboutit à la création de 250 « référents » auxquels peuvent faire appel les académies pour une aide à la gestion d'une situation de harcèlement.

En 2013, les actions entreprises aboutissent à la refondation de la loi qui impose aux établissements à faire de la lutte contre le harcèlement une priorité.

En 2015, la ministre Najat Vallaud-Belkacem crée la journée de lutte nationale fixée chaque année au mois de Novembre.

2.8.2 Les outils de prévention

Un site internet officiel intitulé « Non au harcèlement » (www.nonauharcelement.education.gouv.fr) est accessible à tous. Il donne des conseils sur la conduite à tenir pour chaque intervenant : victime, auteur, témoin, parent de victime ou d'auteur ou de témoin, professionnel de l'éducation, ou en cas de cyber-harcèlement. Il propose aux équipes pédagogiques et éducatives des outils de travail (vidéos et affiches, cahiers d'activités, supports de séance) pour organiser des séances de prévention en classe. Des guides pédagogiques sur la prise en charge globale sont également téléchargeables ainsi qu'un protocole d'action standardisé.

On peut aussi retrouver sur la toile le jeu vidéo Stoplaviolence ! sur www.stoplaviolence.net. La règle du jeu est d'élucider 3 enquêtes de harcèlement scolaire.

Enfin, les élèves ont la possibilité de participer activement avec la création en 2015 du prix « Non au harcèlement » de la meilleure affiche et de la meilleure vidéo de prévention. Le concours est renouvelé chaque année. Un numéro vert dédié a été créé : le **3020**.

Au niveau associatif, en Languedoc-Roussillon, 4 associations sont recensées :

- ALPHE (Association de Lutte et de Prévention contre le Harcèlement à l'Ecole).

Ses objectifs : actions de sensibilisation par des campagnes d'informations auprès des élèves, parents et enseignants ; vocation d'être une ressource et un observatoire dans le but d'éclairer les pouvoirs publics ; développer des actions de prévention, d'accompagnement et de formation auprès des éducations, des parents, des élèves.

- Bullying no thank you. Son objectif : sensibiliser le public.
- Association de lutte contre le harcèlement.

Son objectif : lutter avec tous les moyens d'actions possibles, lutter contre les conséquences du harcèlement et du cyber-harcèlement.

- Arrêt demandé International, à Montpellier :

Son objectif : lutter dans les établissements scolaires avec le témoignage d'anciennes victimes et la mise en place d'ateliers pédagogiques. Depuis 2016, elle a intégré l'ONG « Hope for Education » spécialisée dans la prévention et la lutte contre les violences scolaires et les cyber-violences, en France et dans le monde.

Au niveau européen, la France participe au programme de la Commission européenne « Safer Internet Program ». Il a pour vocation de donner les moyens aux enfants et adolescents de maîtriser les cyber-technologies (y compris le cyber-harcèlement) par la mise en place de programmes de sensibilisation (site « Internet Sans Crainte »), de lignes d'écoute (« Net Ecoute ») et de services de signalement des contenus illicites et préjudiciables (« Point de Contact »). Il est à l'initiative de 3 évènements européens annuels : le Safer Internet Day, le Safer Internet Forum et le concours du meilleur site pour enfants. Le site « Internet sans crainte » s'adresse aux parents, aux enseignants et éducateurs, aux 7-12ans et 12-17ans. Il prodigue des conseils, des jeux virtuels, des vidéos, des quizz, des outils de sensibilisation et d'information adaptés à chaque intervenant.

2.9 A L'ETRANGER

2.9.1 Méthodes de mesure

Dans les pays d'Europe du Nord, la référence est le questionnaire Agresseur/Victime d'Olweus révisé. C'est l'étape préalable à tout plan de prévention. Il est utilisé afin d'évaluer la prévalence, la gravité, les formes d'attaques privilégiées de *bullying* et de repérer les sous-groupes d'adolescents les plus touchés. Ce questionnaire est disponible en version française depuis 2014 grâce au travail de Kubiszewski et al. (60)

De nombreux questionnaires existent. Trente-trois ont été analysés et répertoriés dans un compendium édité par the National Center for Injury Prevention et the Control of the Centers for disease Control and Prevention aux Etats-Unis.

Ils sont adressés aux chercheurs et aux spécialistes de la prévention et de la santé. Ils sont une aide pour évaluer différents aspects de l'expérience de *bullying* en fonction de chaque statut et les conséquences. (61)

2.9.2 Epidémiologie dans le monde

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur ».

Figure 3 : Pourcentage des adolescents âgés de 13 à 15 ans ayant déclaré avoir été harcelés (bullied) au moins 1 fois au cours des 2 derniers mois, par pays. Source : UNICEF, 2014 (62) *Lecture : plus la couleur tend vers le rouge est plus le taux se rapproche de 50%. Le gris représente les pays n'ayant pas participé à l'étude.*

Tout comme en France, l'absence de définition universelle rend les estimations variables dans les différents pays étudiés. Cependant, un constat est présent dans tous les pays : le nombre d'enfants et d'adolescents touchés est considérable.
Les chiffres ci-dessous sont donnés à titre informatif et sont issus du dernier rapport de l'UNICEF (62) (recueil des données dans 106 pays) :

- De 7% au Tadjikistan à 74% au Samoa des adolescents âgés de 13 à 15 ans sont victimes.
- Dans les pays à revenu élevé : 9% en Italie à 52% en Lituanie.
- Dans 14 des 67 pays à revenu faible ou moyen : plus de la moitié sont concernés.
- 31% des adolescents en Europe et en Amérique du Nord sont auteurs.

- Les données sur le cyber-harcèlement concernent les pays de l'Ouest du monde du fait de l'accès à Internet. Les taux de victimes sont les suivants : 6% en Europe, 7% en Australie, 14% au Canada, 20% aux USA, 21% en Afrique du Sud et 51% en Amérique Latine/Caraïbes. Les taux d'agresseurs sont : 3% en Europe, 4% en Australie et 12% au Canada.

2.9.3 Programmes de lutte anti-bullying

Dans son dernier rapport, l'UNESCO (17) répertorie les programmes de prévention établis dans le monde entier. En voici quelques exemples :

- En Finlande : programme KiVa dont les objectifs sont la prévention, la gestion de cas individuels, le suivi de l'évolution et de la communication des résultats aux écoles. Il est installé dans 90% des écoles finlandaises. Il a prouvé son efficacité par la diminution des taux nationaux de harcèlement et d'agression.
- En Norvège : programme Olweus dont les objectifs sont la réduction et la prévention du harcèlement. Il a guidé l'adoption de la loi contre le harcèlement scolaire en Norvège et en Suède. Il a été appliqué initialement dans les établissements de l'enseignement primaire et du premier cycle du secondaire en Norvège puis s'est propagé en Allemagne, Angleterre, Canada, Croatie, Etats-Unis, Islande et Suède.

L'objectif global est d'améliorer les relations entre pairs, de faire de l'école un lieu sûr et propice à l'apprentissage et au développement des élèves. Il a prouvé son efficacité par la diminution des cas de harcèlement et des comportements antisociaux et par l'amélioration du climat scolaire.

- La campagne « Apprendre sans peur » de Plan International, à visée mondiale (44 pays en 2010). Son but est de sensibiliser le public et de persuader les gouvernements, les écoles et tout acteur de la nécessité d'agir. Elle fait participer les enfants dans tous les aspects de la campagne. Elle a contribué à modifier des lois et sécuriser des écoles. Au total : 94 millions d'adultes et d'enfants ont été informés, 27 pays ont amélioré les moyens de signalements par les enfants, 36 pays ont eu un accès à un soutien médical pour les blessures liées aux violences scolaires et 28 pays à un soutien psychologique.

2.10 JUSTIFICATION DE L'ETUDE

2.10.1 Un problème de Santé Publique

Le harcèlement scolaire est un phénomène fréquent. Il touche aujourd'hui environ 700 000 élèves en France. Il sévit dès l'entrée à l'école primaire jusqu'au lycée.

Les conséquences à long terme représentent un véritable coût économique. La prise en charge des conséquences psychosomatiques et psychopathologiques engendrent des dépenses de santé. Les répercussions en termes de criminalité et de difficultés d'insertion sociale engendrent des dépenses de justice et d'assistance publique. A cela, s'ajoutent les coûts pour la mise en œuvre de programmes de prévention.

Aux Etats-Unis, la Fondation Highmark (organisation privée dédiée à l'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des individus et des communautés) a réalisé une étude afin d'évaluer le bénéfice économique obtenu par la mise en œuvre du programme de lutte anti-bullying d'Olweus dans les collèges et lycées (63). Elle a évalué les coûts de prise en charge, par étudiant, à environ : 3 500 dollars pour les troubles mentaux, 1 500 dollars pour les céphalées, 2 000 dollars pour l'alcoolisme.

Un modèle de simulation basé sur l'emploi, les frais de justices et d'assistance publique, a estimé les dépenses sociétales sur une période de 25 ans, à plus de 23 millions de dollars pour les adolescents « agresseurs » et à plus de 11 millions de dollars pour les victimes.
La mise en place du programme de lutte anti-bullying d'Olweus a permis :

- un gain de plus de 13 millions de dollars, pour les soins de santé, sur les 49 comtés de Pennsylvanie, au bout de 2 ans et après amortissement des coûts d'installation.
- la diminution du décrochage scolaire, après 3 ans, a permis un gain de plus de 13 millions de dollars.
- le bénéfice attendu sur les dépenses sociétales serait de plus de 1 million de dollars par personne au cours de sa vie.

Pour toutes ces raisons, le harcèlement scolaire entre pairs peut être défini comme problème de santé publique.

2.10.2 Attentes des victimes envers le médecin généraliste

Le médecin généraliste est la plupart du temps le premier contact médical (voire l'unique) auquel l'enfant a accès. Le fait d'être en première ligne souligne l'importance de l'identification et de la capacité à orienter de façon adaptée chaque enfant. Les études basées sur les témoignages des victimes concernant leurs expériences et leurs ressentis sont nombreuses, mais peu rapportent leurs attentes envers leur médecin généraliste.

Malgré un effectif faible, les résultats du travail de Dale et al. sont intéressants. En publiant un questionnaire en ligne, ils ont pu récupérer l'avis de 96 adolescents âgés de moins de 16 ans. Sur ces 96 réponses, 93% pensent que le médecin généraliste devrait être en mesure de reconnaître et d'aider les victimes de harcèlement ; 55% pensent qu'ils seraient à l'aise pour se confier si on leur posait des questions sur le sujet quel que soit le motif initial de la consultation. (64).

De manière générale, les jeunes patients ainsi que leurs parents attendent de la part de leur MG qu'il soit capable de dépister, prendre en charge et prévenir les conséquences psychosomatiques sur le long terme du harcèlement scolaire. (65)

Les victimes attendent tout particulièrement : de la mise en confiance, de l'écoute, de la reconnaissance, de la réassurance et du soutien de la part de leur MG. Ils aspirent à des actions concrètes : des conseils sur la façon d'agir face aux agressions ou à l'état de déprime, un certificat médical dans le but de porter plainte, des soins tels qu'une hospitalisation si nécessaire voire de contacter l'établissement scolaire. (20)

Il est clair que les médecins généralistes ont leur place dans la prise du harcèlement scolaire.

Actuellement, aucune recommandation de la HAS, aucun protocole médical n'est disponible pour les professionnels de santé dont les MGs. Alors concrètement, que savent-ils et que font-ils face à ce problème ?

3 MATERIEL ET METHODES

3.1 HYPOTHESE DE TRAVAIL

Le problème du harcèlement scolaire n'est réellement identifié que depuis 2011 en France. Il n'est pas traité dans le programme de 2e cycle dans toutes les facultés de Médecine. Il n'existe aucune recommandation officielle, que ce soit sur le dépistage ou sur la prise en charge de ces enfants. Les médecins sont donc peu voire pas du tout informés et encore moins formés sur le sujet.

Cela amène à supposer que la prise en charge en Médecine Générale du harcèlement scolaire entre pairs est insuffisante. Par prise en charge, j'entends, en termes d'identification, de conduite à tenir et d'orientation des patients.

A ma connaissance, aucune étude quantitative n'a été réalisée sur la problématique des connaissances et des pratiques du harcèlement scolaire en consultation de médecine de ville.

3.2 OBJECTIF

L'objectif de cette étude est d'établir un état des lieux des pratiques et des connaissances sur le harcèlement scolaire entre pairs en Médecine Générale en Languedoc-Roussillon.

3.3 METHODES

3.3.1 Choix de l'étude quantitative

Le choix de la recherche quantitative se justifie par la volonté de décrire une situation, avant de comprendre les raisons qui y ont abouti (vocation de la recherche qualitative). L'étude observationnelle descriptive permet de mesurer les comportements, les connaissances et les opinions pour répondre à la question de recherche « Quelles sont les pratiques et les connaissances sur le harcèlement scolaire entre pairs, en Médecine Générale, en Languedoc-Roussillon ? ». (66)

3.3.2 Type de recueil : le questionnaire

Il s'agit d'une enquête quantitative transversale descriptive par auto-questionnaire (Annexe 1). L'ouvrage de François de Singly a aidé à la conception du questionnaire, notamment sur la formulation des questions. (67)

Il débute par 4 questions de « DEMOGRAPHIE » : titre, département d'exercice, sexe, âge. La section « PRATIQUES » regroupe 3 questions sur la pratique habituelle du médecin puis d'une mise en situation simpliste décomposée en 6 questions. La section « CONNAISSANCES » regroupe 7 questions sur la définition et la prévalence du harcèlement scolaire. Enfin, une dernière section « OPINIONS » permet de sonder en 4 questions l'avis des praticiens sur leur vision du généraliste par rapport au harcèlement scolaire et sur leur formation. Le choix et la rédaction des questions proviennent d'une réflexion issue de ma recherche bibliographique. Il comporte un total de 24 questions réparties en 4 sections. Nombre des réponses proposées sont des échelles d'évaluation de type « Echelle de Likert ». J'ai fait ce choix car elle est reconnue pour mesurer les attitudes et les comportements des individus. Elle est composée de 5 items : 2 positifs, 2 négatifs et 1 « sans avis » afin de ne pas forcer le lecteur à prendre parti. Le reste des questions sont des questions fermées ou préformées afin de faciliter le traitement et la compréhension.

L'intelligibilité, la lisibilité et la pertinence du questionnaire ont été préalablement testées sur 7 individus (4 médecins installés, 2 internes remplaçants et 1 non professionnel de la santé). Le temps de remplissage a été évalué à 5 minutes maximum. Aucune modification n'a été proposée.

3.3.3 Population étudiée

❖ <u>Type de population</u>

Les professionnels de santé intéressés étaient les médecins généralistes installés ou remplaçants et les internes de Médecine Générale (IMG) effectuant des remplacements (donc confrontés à la réalité des consultations, en-dehors de toute autonomie supervisée lors d'un stage).

Les critères d'exclusion étaient les suivants : personne ou professionnel de santé autre que Docteur en Médecine Générale installé ou remplaçant ou IMG remplaçant ; Principal département d'exercice hors Languedoc-Roussillon.

En partant du principe que le quotidien des médecins était chargé et que peu d'entre eux prendraient le temps de répondre, j'ai décidé de sélectionner le maximum de praticiens accessibles, sans tirage au sort, selon une méthode non probabiliste par échantillonnage de « convenance ». L'enquête s'est limitée à la région du Languedoc-Roussillon.

❖ Taille de la population

Selon une étude réalisée par l'Ordre National des Médecins en 2017 sur la démographie médicale, en Languedoc-Roussillon, le nombre de médecins généralistes exerçant en libéral (ou en partie) en 2017 était de 2757. Le statut « installé » ou « remplaçant » n'est pas précisé. (68) Le Conseil de l'Ordre n'a pas pu me communiquer le nombre d'IMG remplaçants en Languedoc-Roussillon car un interne n'est pas obligé d'exercer dans le département qui lui a délivré sa licence.

Un total de 1913 praticiens a été contacté : 80 par l'organisme « Croque-Santé » et 47 par la Maison Médicale de Garde de Béziers (formant le COMERBI), 630 par le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de la Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes et 1156 par l'URPS Occitanie (Union Régionale des Professionnels de Santé). Les IMG ont été contactés par le DUMG, les Docteurs remplaçants l'ont été par tous les organismes sauf le DUMG.

3.3.4 Recueil des données

Le questionnaire a été créé grâce à l'application EXCEL ONLINE du site internet OFFICE 365 de MICROSOFT OFFICE. Il a été diffusé par voie électronique via les mailing lists des organismes sus-cités. Le mail était composé d'une notice d'information avec le lien URL permettant d'accéder au questionnaire. (Annexe 1)

Une fois les réponses envoyées, les données étaient directement récupérées sur une feuille commune de tableau Excel. Ce type de recueil a permis l'anonymisation des réponses.

Le recueil des données s'est déroulé du 21 Septembre 2017 au 4 Février 2018 (arrêt arbitraire). Le DUMG de la faculté de Médecine Montpellier-Nîmes a effectué un envoi avec un rappel par l'Unité pédagogique de proximité de l'Ouest Hérault. Le COMERBI a fait une relance 1 mois plus tard.

Le dossier à la commission de l'URPS a été validé fin Décembre 2017, le premier envoi n'a donc pu être effectué qu'au terme d'une attente de 4 mois. Une relance a été réalisée 2 semaines plus tard. Je suis partie du principe que les personnes ayant déjà répondu, ne le feraient pas une deuxième fois par mégarde.

3.3.5 Analyse des données

L'analyse statistique a été réalisée à partir des données recueillies dans le tableau EXCEL. Les réponses ont été traduites en variables qualitatives.

Dans un premier temps, une analyse descriptive des réponses a été effectuée. Les variables obtenues étaient des variables qualitatives, nominales et ordinales. Elles ont été analysées en termes de fréquence (effectif et pourcentage) avec un intervalle de confiance à 95%.

Dans un second temps, les comparaisons statistiques ont été réalisées à partir de l'application BiostaTGV qui se base sur le logiciel R. Le test de Chi2 a été appliqué pour les variables qualitatives avec un effectif supérieur ou égal à 5. Le test exact de Fischer a été appliqué pour les effectifs inférieurs à 5. Le seuil de significativité « p » était fixé à 5%.

3.4 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Les moteurs de recherche utilisés pour la recherche bibliographique ont été : PubMed, Science Direct, CAIRN, BDSP, SUDOC, EM-Premium, Google, Google Scholar, Cismef. La recherche a été complétée par le visionnage de reportages et d'une série télévisée.

Les mots clés utilisés sous forme d'équation booléenne, sont les suivants :

- En Anglais : Bullying, Schoobullying, Cyberbullying, Harrassment, Peer's relationship, Victimization, Adolescent, Children, Primary care, General practice, General practicioner.
- En Français : Harcèlement scolaire, Cyber harcèlement, Harcèlement entre pairs, Intimidation, Adolescent, Enfant, Soins Primaires, Médecine Générale, Généraliste.

4 RESULTATS

4.1 TAUX DE REPONSES

Sur 1913 questionnaires envoyés, 149 ont été recueillis et 144 ont été inclus dans l'analyse. Cinq questionnaires ont été exclus pour les motifs suivants : 3 ont répondu « Autre » à la question concernant le statut; 1 comportait des réponses libres ininterprétables et 1 exerçait principalement hors Languedoc-Roussillon. Le taux de réponses s'élevait à 7,79%. Etant donné le petit nombre de données, il était possible de tester l'indépendance entre les variables sans pouvoir mesurer la force d'influence en cas de corrélation. Pour 144 réponses analysées sur 1913 envois, la marge d'erreur de l'échantillon s'élevait à 7,86% pour un intervalle de confiance à 95%.

4.2 DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

La majorité des répondants étaient des docteurs en Médecine installés (75%, n = 108 sujets). Le département d'exercice prédominant était l'Hérault (52%, n = 75 sujets). Il s'agissait d'une population plutôt jeune de moins de 35 ans (35%, n = 50 sujets) et homogène sur le genre (49% d'hommes et 51% de femmes).

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	EFFECTIFS (POURCENTAGES)	TOTAUX
Statut		
Docteur installé	108 (75%)	
Docteur remplaçant	9 (6%)	
Interne remplaçant	27 (19%)	144 (100%)
Département d'exercice		
Aude	11 (8%)	
Gard	27 (19%)	
Hérault	75 (52%)	
Pyrénées Orientales	26 (18%)	
Lozère	5 (3%)	144 (100%)
Age		
< 35	50 (35%)	
35 - 45	27 (19%)	
46 - 55	33 (23%)	
> 55	34 (24%)	144 (100%)
Genre		
Homme	71 (49%)	
Femme	73 (51%)	144 (100%)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

4.3 PRATIQUES VIS-A-VIS DU HARCELEMENT SCOLAIRE

Majoritairement, le nombre d'enfants ayant été vus en consultation au cours de la semaine était entre 10 et 30 (69,4% des praticiens, n = 100 sujets). 25% (n = 36 sujets) avaient vu moins de 10 enfants et 5,6% (n = 8 sujets) plus de 30. Sur l'ensemble, 22% (n = 31 sujets) avaient recherché des signes de harcèlement lors de la dernière consultation. Les praticiens qui consultaient entre 10 et 30 enfants avaient majoritairement entre 35 et 45 ans (92,6%, n = 25 sujets) et paradoxalement, ces mêmes praticiens étaient les plus nombreux à ne pas avoir recherché de signes de harcèlement lors de la dernière consultation (92,6%, n = 25 sujets).

Facteurs associées au nombre d'enfants vus lors de la semaine :

L'âge était corrélé au nombre d'enfants vus lors de la semaine qui venait de s'écouler (p = 0,002).

Caractéristiques des praticiens	**<10**	**[10 – 30]**	**>30**	**Test de Chi2 ou test exact de Fischer**
Genre				p = 0,268
Homme	19 (26,8%)	46 (64,8%)	6 (8,5%)	
Femme	17 (23,3%)	54 (74%)	2 (2,7%)	
Statut				p = 0,09
Docteur installé	22 (20,4%)	80 (74,1%)	6 (5,6%)	
Docteur remplaçant	2 (22,2%)	6 (66,7%)	1 (11,1%)	
IMG	12 (44,4%)	14 (51,9%)	1 (3,7%)	
Département				p = 0,785
11	5 (45,5%)	6 (54,5%)	0 (0%)	
30	7 (25,9%)	19 (70,4%)	1 (3,7%)	
34	15 (20%)	54 (72%)	6 (8%)	
48	1 (20%)	4 (80%)	0 (0%)	
66	8 (30,8%)	17 (65,4%)	1 (3,8%)	
Age				**p = 0,002**
<35	15 (30%)	33 (66%)	2 (4%)	
35-45	1 (3,7%)	25 (92,6%)	1 (3,7%)	
46-55	5 (15,2%)	24 (72,7%)	4 (12,1%)	
>55	15 (44,1%)	18 (52,9%)	1 (2,9%)	

Tableau 2 : Facteurs associés au nombre d'enfants vus par semaine

Sur les 78% des praticiens (n = 113 sujets) n'ayant pas recherché de signes à l'interrogatoire, les raisons invoquées étaient les suivantes : pour 36% (n = 40 sujets) ce n'était pas le motif de la consultation, pour 31,5% (n = 35 sujets) cela ne leur semblait pas justifié, pour 30,6% (n = 34 sujets) ils n'y avaient tout simplement pas songé, 1 sujet répondait qu'il ne savait pas gérer ce genre de situation et 1 autre déclarait « ne pas avoir le temps de rentrer dans tous les détails en consultation ». Deux sujets n'avaient pas précisé leurs raisons.

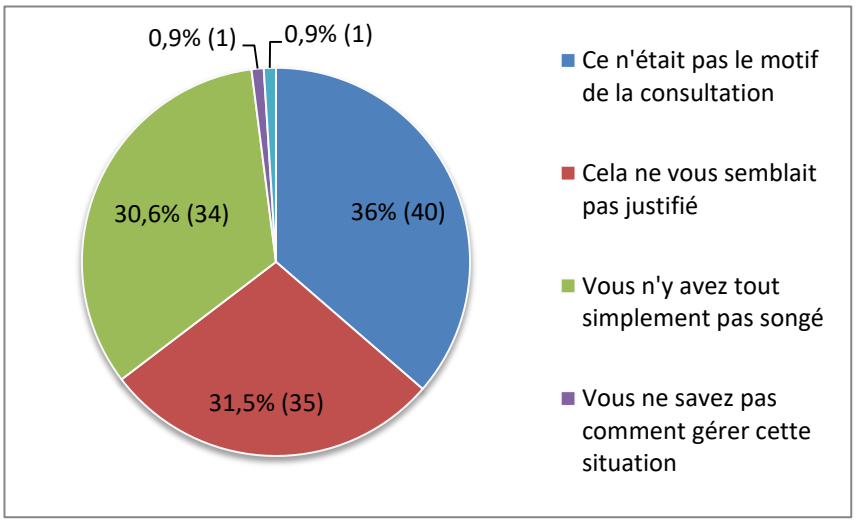

Figure 4 : Raisons invoquées pour ne pas avoir recherché de signes de harcèlement scolaire lors de la consultation précédente.

Concernant la fréquence de situations de harcèlement scolaire, 31,9% (n = 46 sujets) déclaraient y avoir été confrontés moins d'une fois par an, 43,8% (n = 63 sujets) plus d'une fois par an et 12,5% (n = 18 sujets) plus d'une fois par trimestre. 11,1% (n = 16 sujets) n'avaient jamais rencontré ce genre de situation.

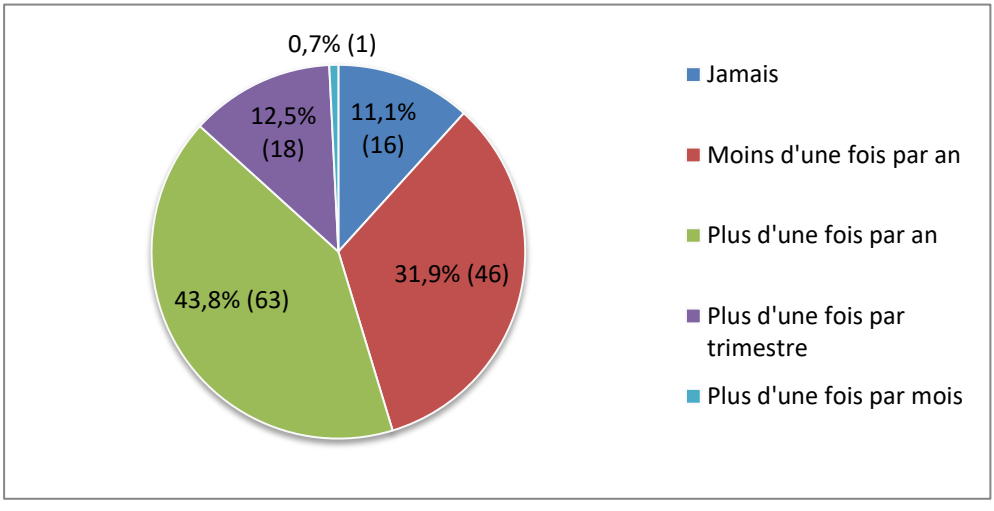

Figure 5 : Fréquence de situations de harcèlement scolaire rencontrées par les MGs.

Afin d'évaluer la réflexion de chaque praticien, j'ai fait le choix d'une mise en situation de façon à décomposer arbitrairement une prise en charge « type » en 6 points. Ce que l'on peut en retenir est que, la majorité, soit 82,2% (avis positifs, n = 127 sujets) établissaient un certificat médical et 84% (avis positifs, n = 121 sujets) conseillaient aux parents de déposer plainte ou une main courante. Orienter la victime vers un psychiatre ou un psychologue ne semblait pas systématique : 66,7% (avis positifs, n = 96 sujets) y étaient favorables mais 28,5% (n = 41 sujets) n'avaient pas pris position. L'avis était beaucoup plus mitigé lorsqu'il s'agissait de prévenir l'établissement scolaire (directeur ou infirmière scolaire ou médecin scolaire) : 31,9% (avis positifs, n = 46 sujets) étaient pour, 31,9% (n = 46 sujets) n'avaient pas pris position et 36,1% (avis négatifs, n = 52 sujets) étaient contre. Les praticiens n'envisageaient pas de prendre contact avec l'établissement scolaire, dans un premier temps tout du moins (selon 2 commentaires). La moitié informait les parents dans le cas où l'enfant consulterait seul avec 47,9% (avis positifs, n = 69 sujets) des voix mais 37,5% (n = 54 sujets) étaient « sans avis ». 70,1% (avis positifs, n = 101 sujets) auraient eu la même démarche en cas de cyber-harcèlement.

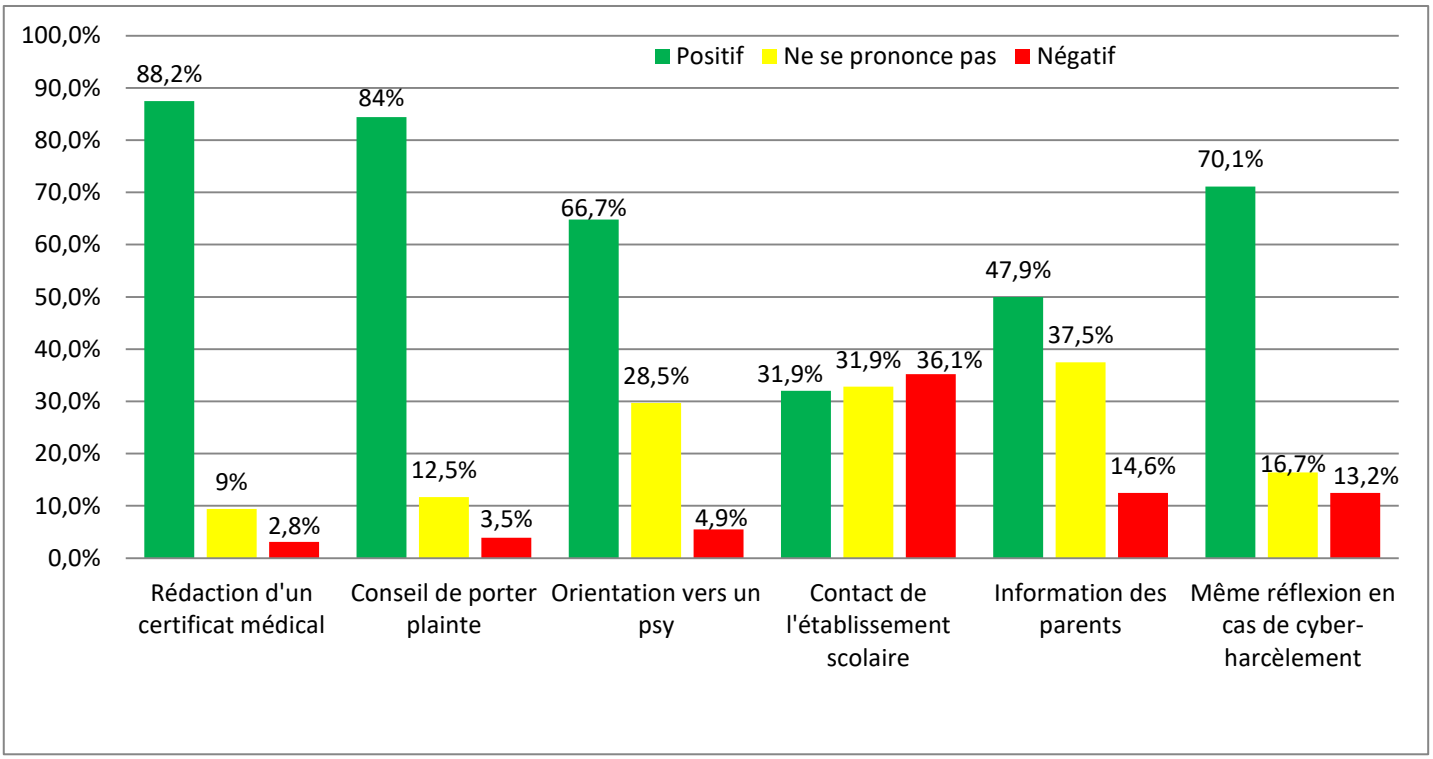

Figure 6 : Avis des praticiens sur le certificat médical, le dépôt de plainte, l'orientation vers un psychologue ou un psychiatre, le contact de l'école, l'information des parents et en cas de cyber-harcèlement.

Facteurs associés à la recherche de signes de harcèlement à l'interrogatoire :

Le genre et le statut avaient un impact significatif. Les hommes avaient moins recherché ces signes que les femmes (p = 0,003). Le fait d'être interne influençait de manière positive contrairement au fait d'être docteur remplaçant (p = 0,043). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant l'âge (p = 0,195). (Tableau 3)

Caractéristiques des praticiens	**Interrogatoire ? Oui**	**Interrogatoire ? Non**	**Test de Chi2 ou test exact de Fischer**
Genre			**p = 0,003**
Homme	8 (11,3%)	63 (88,7%)	
Femme	23 (31,5%)	50 (68,5%)	
Statut			**p = 0,043**
Docteur installé	21 (19,4%)	87 (80,6%)	
Docteur remplaçant	0 (0%)	9 (100%)	
IMG	10 (37%)	17 (63%)	
Département			p = 0,376
11	1 (9,1%)	10 (90,9%)	
30	6 (22,2%)	21 (77,8%)	
34	19 (25,3%)	56 (74,7%)	
48	2 (40%)	3 (60%)	
66	3 (11,5%)	23 (88,5%)	
Age			p = 0,195
<35	13 (26%)	37 (74%)	
35-45	2 (7,4%)	25 (92,6%)	
46-55	9 (27,3%)	24 (72,7%)	
>55	7 (20,6%)	27 (79,4%)	

Tableau 3 : Facteurs associés à la recherche de signes de harcèlement à l'interrogatoire

Facteurs associés à la rédaction d'un certificat médical : Aucune corrélation n'a été mise en évidence. (Annexe 2)

Facteurs associés à l'orientation vers un psychiatre ou un psychologue : Aucune corrélation n'a été mise en évidence. (Annexe 3)

Facteurs associés au conseil de déposer plainte ou une main courante :

Il n'y avait pas de différence significative en fonction de l'âge (p = 0,477). Par contre, le genre, le statut et le département étaient statistiquement liés au fait de conseiller de déposer plainte/main courante aux autorités compétentes. Le fait d'être un homme, d'être docteur (installé ou remplaçant) et d'exercer dans le Gard ou dans l'Hérault ou dans les Pyrénées Orientales avait un impact positif (p-values respectives : p = 0,038 ; p = 0,005 ; p = 0,004). (Tableau 4).

Caractéristiques des praticiens	Plainte ? Positif	Plainte ? Sans avis	Plainte ? Négatif	Test de Chi2 ou test exact de Fischer
Genre				**p = 0,038**
Homme	64 (90,1%)	4 (5,6%)	3 (4,2%)	
Femme	57 (78,1%)	14 (19,2%)	2 (2,7%)	
Statut				**p = 0,005**
Docteur installé	95 (88%)	12 (11,1%)	1 (0,9%)	
Docteur remplaçant	9 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
IMG	17 (63%)	6 (22,2%)	4 (14,8%)	
Département				**p = 0,004**
11	7 (63,6%)	1 (9,1%)	3 (27,3%)	
30	23 (85,2%)	4 (14,8%)	0 (0%)	
34	67 (89,3%)	7 (9,3%)	1 (1,3%)	
48	2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)	
66	22 (84,6%)	4 (15,4%)	0 (0%)	
Age				**p = 0,477**
<35	40 (80%)	6 (12%)	4 (8%)	
35-45	23 (85,2%)	3 (11,1%)	1 (3,7%)	
46-55	30 (90,9%)	3 (9,1%)	0 (0%)	
>55	28 (82,4%)	6 (17,6%)	0 (0%)	

Tableau 4 : Facteurs associés au conseil de déposer plainte/main courante

Facteurs associés à l'information des parents : Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée. (Annexe 4)

Facteurs associés à l'information de l'établissement scolaire :

Le fait d'exercer en Lozère était statistiquement lié au refus de contacter l'école (p = 0,025). (Tableau 5)

Caractéristiques des praticiens	Ecole ? Positif	Ecole ? Sans avis	Ecole ? Négatif	Test de Chi2 ou test exact de Fischer
Genre				p = 0,894
Homme	22 (31%)	22 (31%)	27 (38%)	
Femme	24 (32,9%)	24 (32,9%)	25 (34,2%)	
Statut				p = 0,919
Docteur installé	34 (31,5%)	34 (31,5%)	40 (37%)	
Docteur remplaçant	2 (22,2%)	4 (44,4%)	3 (33,3%)	
IMG	10 (37%)	8 (29,6%)	9 (33,3%)	
Département				**p = 0,025**
11	6 (54,5%)	2 (18,2%)	3 (27,3%)	
30	4 (14,8%)	13 (48,1%)	10 (37%)	
34	31 (41,3%)	22 (29,3%)	22 (29,3%)	
48	0 (0%)	1 (20%)	4 (80%)	
66	5 (19,2%)	8 (30,8%)	13 (50%)	
Age				p = 0,094
<35	17 (34%)	13 (26%)	20 (40%)	
35-45	5 (18,5%)	7 (25,9%)	15 (55,6%)	
46-55	10 (30,3%)	12 (36,4%)	11 (33,3%)	
>55	14 (41,2%)	14 (41,2%)	6 (17,6%)	

Tableau 5 : Facteurs associés à l'information de l'établissement scolaire

Facteurs associés à la situation de cyber-harcèlement :

Une corrélation a été mise en évidence entre le genre et le fait d'avoir la même prise en charge en cas de cyber-harcèlement : les femmes avaient tendance à avoir la même démarche (p = 0,048). (Tableau 6)

Caractéristiques des praticiens	Idem pour CB ? Positif	Idem pour CB ? Sans avis	Idem pour CB ? Négatif	Test de Chi2 ou test exact de Fischer
Genre				**p = 0,048**
Homme	44 (62%)	13 (18,3%)	14 (19,7%)	
Femme	57 (78,1%)	11 (15,1%)	5 (6,8%)	
Statut				p = 0,068
Docteur installé	82 (75,9%)	14 (13%)	12 (11,1%)	
Docteur remplaçant	5 (55,6%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)	
IMG	14 (51,9%)	8 (29,6%)	5 (18,5%)	
Département				p = 0,262
11	6 (54,5%)	4 (36,4%)	1 (9,1%)	
30	23 (85,2%)	2 (7,4%)	2 (7,4%)	
34	53 (70,7%)	10 (13,3%)	12 (16%)	
48	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	
66	15 (57,7%)	7 (26,9%)	4 (15,4%)	
Age				p = 0,165
<35	30 (60%)	11 (22%)	9 (18%)	
35-45	21 (77,8%)	1 (3,7%)	5 (18,5%)	
46-55	23 (69,7%)	7 (21,2%)	3 (9,1%)	
>55	27 (79,4%)	5 (14,7%)	2 (5,9%)	

Tableau 6 : Facteurs associés à la situation de cyber-harcèlement

4.4 CONNAISSANCES VIS-A-VIS DU HARCELEMENT SCOLAIRE

La définition du harcèlement sur les modalités des violences était acquise à 95,8% des voix (avis positifs, n = 138 sujets). Il en était de même lorsqu'il s'agissait de considérer la propagation de rumeurs comme une forme de harcèlement avec 86,8% des voix (avis positifs, n = 125 sujets). La moitié estimait la prévalence du harcèlement entre 5% et 15% (50,7%, n = 73 sujets). Le harcèlement scolaire entre pairs était considéré comme un facteur de risque suicidaire pour l'ensemble, à l'exception d'un répondant : 65,3% (n = 94 sujets) étaient tout à fait d'accord, 34% (n = 49 sujets) étaient d'accord et 1 était ni d'accord ni pas d'accord.

Les notions de domination, de répétitivité des actes et d'intentionnalité du/des agresseur(s) semblaient moins connues. Concernant le rapport de force dominant(s)/dominé, l'échantillon se divisait presque équitablement en 3 groupes : 42,4% (avis positifs, n = 61 sujets) le reconnaissaient contre 33,3% (avis négatifs, n = 48 sujets). 24,3% (n = 35 sujets) n'avaient pas d'avis. La répétitivité des violences n'était prise en compte que pour 61,1% (n = 88 sujets).

Ils étaient 26,4% (avis négatifs, n = 38 sujets) à être contre. Seulement 63,2% (avis positifs, n = 91 sujets) intégraient la notion d'intentionnalité du/des agresseur(s).

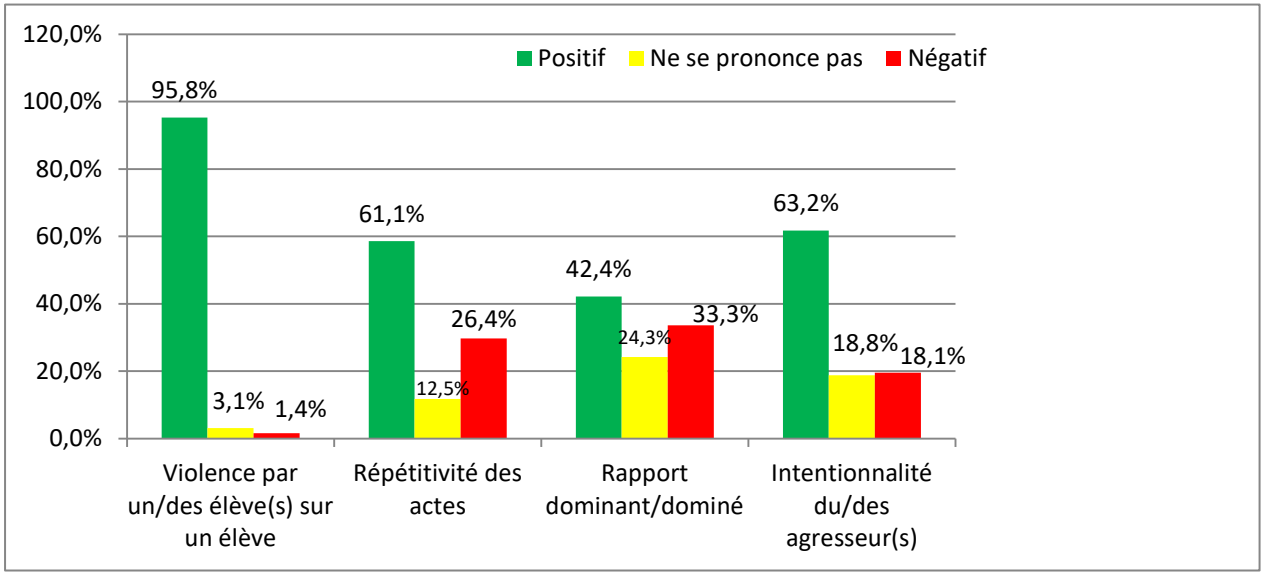

Figure 7 : Avis sur la définition du harcèlement scolaire entre pairs.

4.5 OPINIONS DES PRATICIENS

La majorité des praticiens partageaient à 81,9% (avis positifs, n = 118 sujets) le fait que le dépistage du harcèlement scolaire soit une des missions du médecin généraliste. 50% (avis négatifs, n = 72 sujets) estimaient ne pas avoir les moyens de prendre en charge une victime de harcèlement scolaire et 31,9% (n = 46 sujets) n'avaient pas pris position. 39,6% (avis négatifs, n = 57 sujets) estimaient ne pas avoir les connaissances nécessaires pour prendre en charge une victime et 36,1% (n = 52 sujets) ne se prononçaient pas.

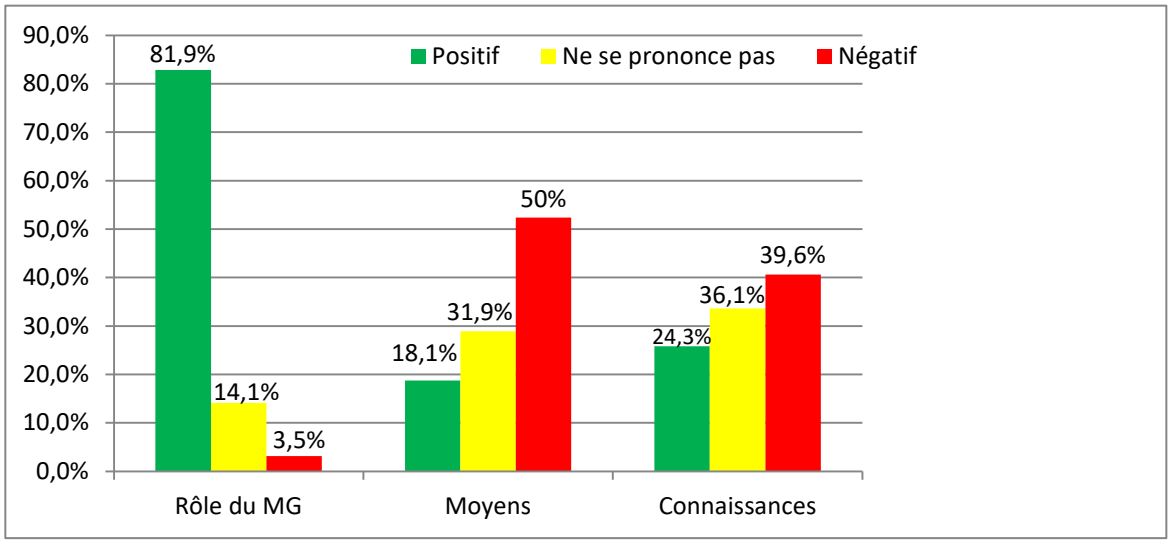

Figure 8 : Opinions sur leur implication, les moyens et les connaissances à leur disposition

En ce qui concerne la formation, 81% (n = 116 sujets) déclaraient n'avoir reçu aucune formation. Lorsqu'on explore les types de formation reçus ou souhaités, il semblerait que les questions aient posé problème. 26 incohérences de réponses sont à signaler. Il semblerait que les sujets n'aient pas compris que la dernière question concernait uniquement les personnes n'ayant pas été formées. Quoi qu'il en soit, ce qui en résulte est que 65% (n = 76 sujets) souhaiteraient une présentation lors d'un séminaire, 25,6% (n = 30 sujets) la publication de recommandations de l'HAS et 6% (n = 7 sujets) préféraient se former par leurs propres moyens. 3,4% (n = 4 sujets) ne souhaitaient pas être formés.

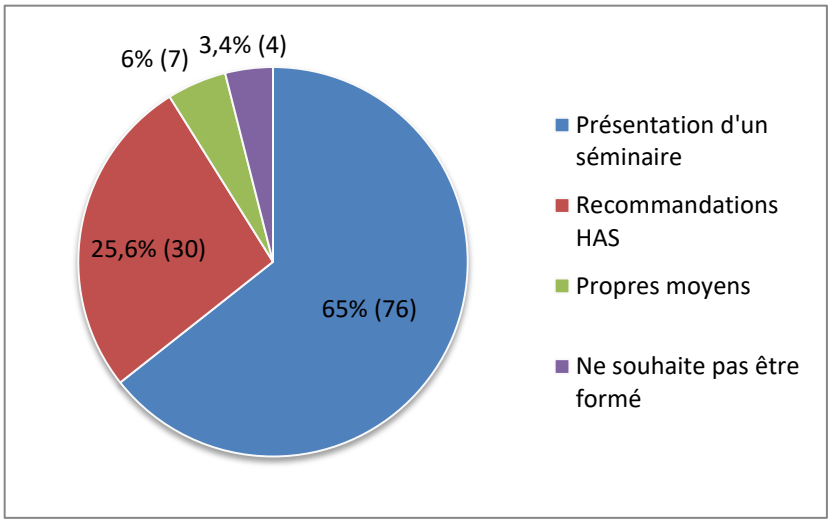

Figure 9 : Types de formation souhaités

Facteurs associés au fait d'être formé sur le sujet : Aucune corrélation n'a été établie. (Annexe 5)

5 DISCUSSION

5.1 SYNTHESE DES RESULTATS

Cette étude descriptive, réalisée en Languedoc-Roussillon, a permis d'interroger 144 médecins amenés régulièrement à consulter des enfants ou des adolescents dans leur pratique courante de Médecine Générale.

Elle a permis de mettre en évidence que le harcèlement scolaire n'était pas systématiquement recherché car jugé comme non justifié ou sans rapport avec le motif de consultation ou bien, comme étant une hypothèse diagnostique ne venant pas spontanément à l'esprit. Les internes étaient les plus nombreux à le rechercher ($p = 0,043$) et les hommes beaucoup moins ($p = 0,003$). Globalement en cas de situation de harcèlement, physique tout du moins, les médecins étaient favorables à la rédaction d'un certificat médical. Ils conseillaient également de déposer plainte ou une main courante aux autorités compétentes. Sur ce point, des corrélations statistiquement significatives ont été établies en fonction du genre, du statut et du département d'exercice : les hommes ($p = 0,038$), les docteurs (installés ou remplaçants) ($p = 0,005$) et les praticiens exerçant dans le Gard, l'Hérault et les Pyrénées Orientales ($p = 0,004$) conseillaient particulièrement de faire appel aux autorités compétentes.

De façon plus modérée, ils étaient majoritairement favorables pour orienter la victime vers un psychiatre ou un psychologue. Les avis étaient beaucoup plus mitigés en ce qui concernait d'informer les parents ou d'avertir un représentant de l'établissement scolaire. D'ailleurs, les praticiens de Lozère étaient opposés à faire le lien avec l'école ($p = 0,025$). Les femmes déclaraient suivre la même réflexion s'il s'était agi d'une situation de cyber-harcèlement ($p = 0,048$).

Si la définition de « violences physiques et/ou verbales et/ou psychologiques perpétrées par un ou plusieurs agresseur(s) » était partagée, les notions de « domination », de « répétitivité » et de « volonté de l'agresseur » étaient beaucoup moins évidentes. Environ un tiers déclarait ne pas avoir les connaissances nécessaires à la prise en charge d'une victime de harcèlement scolaire (quelle que soit sa forme). La moitié estimait ne pas avoir les moyens à sa disposition (quelle que soit la forme).

La grande majorité n'avait pas été formée sur le sujet et souhaitait l'être par la présentation d'un séminaire ou bien la parution de recommandations HAS.

Les praticiens déclaraient être confrontés à une situation de harcèlement scolaire entre moins d'une fois par an ou plus d'une fois par an. La moitié était bien consciente de l'ampleur du phénomène en estimant sa fréquence entre 5 et 15%.

A l'exception d'un praticien, tous considéraient le harcèlement scolaire comme un facteur de risque suicidaire.

5.2 COHERENCE INTERNE

5.2.1 Caractéristiques de la population étudiée

La population cible de l'étude comprenait tous les médecins généralistes en activité en Languedoc-Roussillon, qu'ils soient docteurs installés ou remplaçants ou bien internes effectuant des remplacements. Le profil démographique de l'échantillon était le suivant : Docteur installé, exerçant dans l'Hérault, âgé de moins de 35 ans. Aucun genre ne s'était démarqué : 49% d'hommes et 51% de femmes.

Le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins n'a pas pu me fournir un profil démographique afin que je puisse le comparer à celui de mon étude. Néanmoins, un atlas démographique publié en 2017 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) révèle que 16,1% des médecins, au niveau national, sont âgés de moins de 40 ans et que 29,1% sont âgées de 60 ans ou plus. Au niveau départemental, comparativement à mon échantillon, des différences sont à relever : dans l'Aude, le Gard et les Pyrénées Orientales, la proportion de médecins âgés de moins de 40 ans est inférieure à la moyenne nationale (16,1%) contre, respectivement, 45,5%, 37% et 34,6% dans cette étude. De même, la proportion de médecins âgés de 60 ans ou plus, est supérieure à la moyenne nationale (29,1%) contre respectivement, 18,2%, 22,2% et 23,1%. En Lozère, mes résultats sont supérieurs à la moyenne nationale avec 80% de médecins âgés de moins de 40ans, tout comme le CNOM ; par contre, c'est l'inverse pour les médecins âgés de 60 ans ou plus qui comptent plus de 29,1% contre 20% dans mon étude. Dans l'Hérault, les chiffres vont dans le même sens : plus de 16,1% sont âgés de moins de 40 ans et moins de 29,1% ont 60 ans ou plus selon le CNOM ; 40% ont moins de 40 ans et 5,3% ont 60 ans ou plus dans mon échantillon. (69)

5.2.2 Biais recensés

❖ Biais de sélection : voie électronique et lieux des centres d'envoi

L'utilisation de mailing lists a considérablement restreint le contact avec les praticiens possédant ou ayant renseigné leur adresse mail. Ceci a clairement été le cas avec l'URPS Occitanie qui compte environ 3000 médecins inscrits pour seulement 1156 dans la messagerie électronique.

Globalement, sur une estimation de 2757 MG actifs, nous n'avons eu accès qu'à 1913 personnes (dont 27 internes).

La prédominance des réponses dans l'Hérault concorde avec la densité médicale plus élevée dans ce département. Cependant, elle peut également s'expliquer par des centres d'envoi plus nombreux avec le COMERBI et l'Unité Pédagogique de l'Ouest Hérault.

La prédominance de docteurs installés peut s'expliquer par le contact via le DUMG de la faculté Montpellier-Nîmes puisqu'il s'agissait de Maîtres de Stage Universitaires accueillant des internes donc non remplaçants par définition. Les docteurs remplaçants ont pu être contactés par le biais du COMERBI mais cela s'est restreint au périmètre Biterrois. Ils ont aussi pu l'être par l'URPS mais à condition d'y être inscrit. Néanmoins, statistiquement, le nombre de médecins remplaçants (docteurs et internes) est bien moindre.

❖ Biais d'évaluation : le questionnaire

Le questionnaire électronique permettait de recueillir rapidement, facilement et en plus grand nombre les données. Cependant, plusieurs biais sont inhérents à cette méthode de recueil :

La perte de décision et d'informations secondaire aux questions fermées : j'ai fait le choix d'utiliser au maximum l'échelle de Likert à 5 items. C'est un des outils psychométriques les plus fiables permettant de mesurer les attitudes et les opinions des individus à des degrés différents. Le nombre impair de propositions permettait de ne pas imposer une prise de décision et de laisser un niveau de liberté avec l'option « ni d'accord, ni pas d'accord ». Cette réponse avait l'inconvénient d'être choisie si l'individu jugeait que la question n'était pas assez précise ou s'il ne l'avait pas comprise.

Elle donnait tout de même la possibilité de ne pas prendre position, par exemple pour les questions sur les définitions du harcèlement, s'ils ne les connaissaient pas. L'avantage des questions fermées était le gain de temps pour remplir le questionnaire et donc une meilleure adhésion pour répondre. Les notions de temps du type « la semaine qui vient de s'écouler » ont été incluses pour diminuer le risque de biais de mémoire.

La perte d'information secondaire à l'incompréhension ou le manque de précision des questions :

La présentation et la formulation des questions sur les critères de définition du harcèlement scolaire ont pu poser problème. Il s'agit surtout de la première question qui indépendamment des autres critères proposés dans les questions suivantes pouvait porter à confusion. Il aurait fallu séparer l'expression « On parle de harcèlement » en début de section.

Des questions où la prise de décision semblait facile, ne l'a manifestement pas été pour tout le monde. Pour exemple : environ 30% des répondants ne sont ni d'accord ni pas d'accord pour estimer les moyens et les connaissances nécessaires sur la prise en charge d'une victime.

Les questions concernant les types de formations ont été sources de beaucoup d'erreurs (cf. paragraphe 4.5) soit par incompréhension, soit par erreur de lecture ou bien par volonté de donner leurs avis sur un complètement de formation.

La mise en situation a pu également poser problème. J'ai fait le choix de rester brève dans l'énoncé et les questions afin d'aider les praticiens à se projeter dans un cas « type ». Il est évident que chaque situation est indépendante et que les décisions médicales sont modulées en fonction de multiples facteurs et cela a pu être perçu comme ambiguë avec une tendance à répondre « ni d'accord ni pas d'accord ». Pour exemple : pour la décision d'informer les parents, il n'était pas précisé si l'adolescent donnait son accord ou pas. D'ailleurs, deux sujets ont laissé un commentaire pour dire que leurs choix dépendaient de l'accord ou non de la victime et ont répondu « ni d'accord, ni pas d'accord » aux 6 questions (sauf un sujet « tout à fait d'accord » pour le certificat médical). On peut aussi interpréter indirectement les « ni d'accord, ni pas d'accord » comme des difficultés liées au secret médical.

Le biais de non-réponse est inévitable lorsque l'on s'adresse à une population médicale. L'avantage du questionnaire est de donner la liberté de répondre au moment de leur choix mais le manque de disponibilité et la réception de multiples messages électroniques au quotidien diminuent les chances de réponse. Dans notre étude, ceci est flagrant avec un taux de réponses de 7,79%.

L'anonymat était garanti mais il existait un risque de biais de « désirabilité sociale » : dans la notice d'information, des formules d'empathie ont été employées mais il est possible que certains praticiens se soient sentis jugés ou avoir eu le sentiment de passer un examen et ont pu adapter leurs réponses à celles qu'ils estimaient être la « bonne » réponse.

L'exclusion de l'analyse d'un participant à cause de données ininterprétables. J'estime cependant son impact très mineur.

❖ Autre biais :

Le début du recueil des données correspondait au début de l'année scolaire. Il est possible que les médecins aient été moins confrontés à ce problème à cette période et donc moins sensibilisés à le rechercher.

5.3 APPLICABILITE DES RESULTATS

Du fait des biais exposés ci-dessus, mes résultats ne sont malheureusement pas généralisables. D'un point de vue analytique, les chiffres que j'ai obtenu s'accompagnent d'une marge d'erreur évaluée à 7,86% (donc supérieure à 5% autorisé). De plus, l'enquête s'est restreinte au Languedoc-Roussillon et je ne peux prétendre pouvoir élargir ces résultats au niveau national.

5.4 COHERENCE EXTERNE

Il existe très peu de données dans la littérature pouvant confirmer ou infirmer mes résultats.

Durant mon travail (validation de la fiche-projet le 16/06/2017), une thèse traitant du même sujet, a été publiée par une consœur en Ille-et-Vilaine (70). Elle différait par la méthode de recherche : 15 entretiens semi-dirigés dans le cadre d'une recherche qualitative. Ses résultats sont très intéressants car ils confortent en grande partie les miens.

Pour commencer, aucun n'a pu donner une définition correcte du harcèlement scolaire. La moitié ne savait pas non plus la prévalence du phénomène. Pour la grande majorité, ils y avaient été confrontés entre 0 et 6 fois par an. Presque un quart ne se sentait pas capable de repérer les signes d'alerte. Beaucoup d'entre eux se sentaient démunis dans les actions à entreprendre, notamment par leur absence d'implication dans la vie scolaire. Certains exprimaient se sentir carrément impuissants. Ils éprouvaient des difficultés à communiquer avec l'adolescent, à identifier et à évaluer le harcèlement et ses conséquences.

Les avis divergeaient tout autant lorsqu'il était question du lien avec l'école. Certains estimaient que cela était inutile ou hors champ de la Médecine Générale, d'autres soulignaient l'obstacle du secret médical. La plupart n'imaginait pas entrer en contact eux-mêmes avec l'établissement. Quant au rôle en général du MG, une minorité estimait qu'elle n'avait aucun rôle à jouer car « bien d'autres tâches lui incombaient déjà », la moitié estimait que ce n'était pas de leur ressort par l'absence de réseau entre l'école ou le collège. La mission de dépistage n'avait pas été abordée. Certains s'accordaient sur le rôle d'écoute, de discussion, de libérateur de paroles ou d'éducation des parents et des enfants mais de façon générale, le rôle du MG était globalement mal défini dans leur esprit. Il était tout autant pour les MGs responsables des adolescents interviewés par Laura Horcholle. (20)

Dans son étude, Vicky Hensley n'a pas évalué les connaissances et les pratiques des MG mais des pédiatres et des puéricultrices (71). Comparativement, les pédiatres se sentaient plus à l'aise lorsqu'il s'agissait de leurs connaissances sur le sujet : 62,4% estimaient pouvoir le dépister, 58,5% estimaient savoir reconnaître les signes et les symptômes secondaires, 53% estimaient pouvoir agir efficacement, 52,2% estimaient avoir les compétences et 56,1% estimaient savoir comment réagir si un enfant leur avouait être victime. Ils étaient un peu plus nombreux à contacter l'établissement scolaire par le biais du conseiller d'orientation (44,5%). Les notions de rapport de forces et d'intentionnalité posaient les mêmes soucis. Par contre, 89% s'accordaient sur le fait que c'était un problème de soins primaires.

5.5 PLACE DU GENERALISTE

81,9% des praticiens estimaient que le dépistage du harcèlement scolaire était une des missions qui incombait aux médecins généralistes. Cela peut tout à fait se concevoir. En tant que médecin de famille, ils accompagnent ces enfants et ces adolescents dans leur développement physique et mental tout au long de leur vie. Bien que la prise en charge se doive d'être pluridisciplinaire, le rôle du médecin généraliste est primordial. Il est le premier contact avec les services de santé pour ces victimes qui se terrent volontiers dans le silence. Le médecin de famille n'est-il pas le mieux placé pour être l'adulte à qui se confier ?

Comme expliqué précédemment, le phénomène ne date pas d'hier et est même ancré dans les mœurs. L'opinion publique commence à ouvrir les yeux suite aux témoignages chocs des parents de victimes décédées. Les langues se délient mais la confection d'un plan d'action pluridisciplinaire n'est pas encore discutée. L'Education Nationale a élaboré des guides pédagogiques pour les enseignants, où le médecin scolaire trouve vaguement un rôle, à l'exception des cyber-violences où il n'est pas du tout mentionné, et où le médecin de famille est complètement oublié (72–74) . Pourtant, bien que tous les adolescents ne confèrent pas un rôle d'écoute à leur médecin, certains lui attribuent des capacités à les rassurer sur leur normalité, les conseiller sur ce qu'ils doivent faire et les aider à comprendre la situation qui leur échappe. (20)

Mais pour écouter, il faut avoir du temps et le temps, les MGs n'en ont pas forcément. Ils qualifient d'ailleurs ce type de consultations comme chronophages (70), n'ayant pas toujours « le temps de rentrer dans les détails » comme le reconnaît un des sujets de mon étude. Selon un rapport de la DRESS (75), la durée moyenne de consultation au cabinet est de 15 minutes et se raccourcit à 13,5 minutes pour les patients de 7 à 14 ans et à 13,9 minutes pour les 15-24ans. Ces chiffres datent de 2006 mais la demande de soins étant de plus en plus croissante, il serait surprenant que ces durées aient augmentées. Comment est-il possible dans ces conditions d'être attentif à une plainte invisible ?

Il a été demandé aux praticiens qui n'avaient pas recherché de signes de harcèlement lors de la dernière consultation, les raisons pour lesquelles ils ne l'avaient pas fait. Il aurait été intéressant d'en faire de même pour ceux qui l'avaient recherché. Tout comme les suites de prise en charge qui en ont découlées et les difficultés qu'ils avaient pu rencontrer. Car même lorsqu'un soignant est à l'écoute et se démène pour venir en aide à une victime, l'environnement judiciaire et scolaire n'est pas toujours présent ou bienveillant. Les établissements scolaires se préviennent de toute mauvaise réputation au risque d'abandonner les victimes à leur triste sort (76). Ainsi, le généraliste peut être mis en difficultés et se sentir isolé dans ses démarches. Au cours de mon recueil, j'ai reçu le témoignage d'un médecin ayant été confronté à une situation de harcèlement scolaire. Il ne m'a pas autorisé à intégrer son expérience par crainte de représailles qu'il avait déjà trop subies. Si j'ai décidé d'y dédier quelques lignes, c'est pour exprimer ce qui est ressorti de nos échanges : le corps médical en lui-même n'est pas un problème mais c'est le système qui l'entoure.
Fort heureusement, ce n'est pas le cas à chaque fois puisque j'ai eu le plaisir d'apprendre la fin d'un cas de harcèlement moral d'un adolescent de 11 ans grâce à l'action efficace de l'équipe pédagogique de son collège.

Bien que mes résultats ne soient pas généralisables, ils suggèrent que la prise en charge d'une situation de harcèlement scolaire entre pairs, par les médecins généralistes en Languedoc-Roussillon, reste floue et qu'il serait utile d'élaborer des protocoles pluri-institutionnels pour les aider dans leurs démarches.

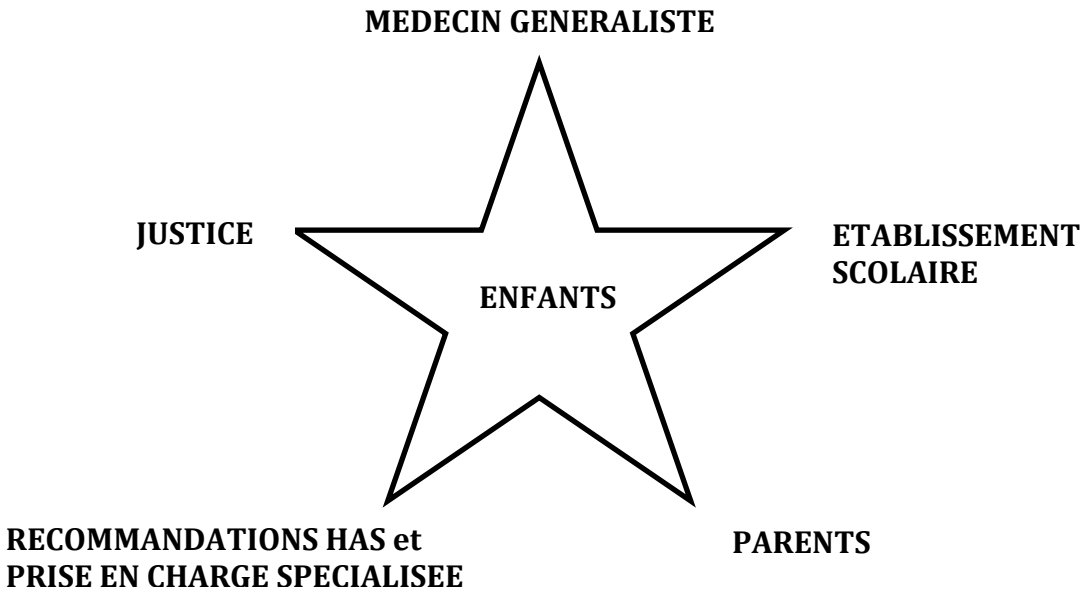

Figure 10 : Prise en charge pluri-institutionnelle

Si faire appel aux autorités judiciaires semble de mise par les praticiens, le lien avec l'école et l'information des parents restent des démarches sensibles alors qu'elles sont indispensables. Ce qui ressort également de cette étude, c'est l'aspect médico-légal qui peut limiter les médecins dans leurs décisions. En effet, bien que mineur, si l'enfant ne souhaite pas informer ses parents, cette volonté doit être respectée comme le stipule les dispositions de la loi du 4 Mars 2002 sur les droits des malades (77). Cette loi a introduit le secret de la consultation et des soins demandé par le mineur, et la possibilité de refuser que ses parents puissent être informés de son état de santé. Le médecin doit, bien sûr, s'efforcer le plus possible de convaincre l'enfant de mettre ses parents au courant. Si on va au bout de cette réflexion et que le médecin estime que la santé de l'enfant est en danger, il peut passer outre son refus et contacter les parents. Mais difficile de juger si l'enfant ne dit pas tout par crainte de représailles. Difficile d'attendre que l'enfant change d'avis avec le risque de voir les choses empirer jusqu'au drame. Difficile d'aller contre la volonté de l'enfant au risque de le perdre de vue.

Le contact avec l'établissement scolaire doit être complémentaire mais soulève lui aussi une limitation d'un point de vue médico-légal. Si le refus de faire le lien avec un représentant scolaire non médical est justifié, le médecin ne peut ignorer de pouvoir partager les faits avec le médecin scolaire.

L'alliance médecin-enfant-parents est primordiale.

De plus, cette étude soulève qu'il existe un manque de connaissances sur le sujet. La triade « répétitivité - domination – intentionnalité » n'est pas indiscutablement assimilée alors qu'elle est l'essence même du harcèlement scolaire.

Comment poser un tel diagnostic si la définition n'est pas connue ?

Finalement, comment améliorer le dépistage et la prise en charge en Médecine Générale ? Demandons aux acteurs principaux : les adolescents et les généralistes. Dans sa thèse, Laura Horcholle (20), grâce aux paroles des adolescents, nous fournit des pistes d'intervention à creuser :

- S'impliquer dans la prévention en abordant le harcèlement avec l'enfant et ses parents dès le plus jeune âge.
- Dépister le harcèlement en se montrant attentif aux plaintes et en posant des questions précises et ouvertes de façon systématique.
- Agir en conseillant et en soutenant, en encourageant à demander de l'aide aux adultes, en proposant un plan d'action en collaboration avec ses parents puis en organisant un suivi adapté.

Les propositions des MG auditionnés par Marion Loaëc complètent ces premières pistes (70) :

- Créer une ou plusieurs consultation(s) systématique(s) des 8-16ans pour évaluer entre autre la qualité de vie scolaire et identifier le MG comme personne ressource.
- Editer une grille d'entretien pour faciliter le dépistage (comme celles adressées aux enseignants par le Ministère de l'Education Nationale).

- Etablir une coordination établissement (avec les infirmières scolaires) - réseau de soins (dont ferait partie le MG).
- Organiser des journées d'informations dans les classes, animées par les MGs et les autres acteurs de la prise en charge formés sur le sujet.
- Renforcer les effectifs des Centres Médico-Psychologiques et des pédopsychiatres.

Des réponses à ces propositions sont déjà disponibles. Au niveau gouvernemental, la souffrance psychique des jeunes a fait l'objet d'un décret publié par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé dans le journal officiel du 7 Mai 2017. Il a permis l'expérimentation de la prise en charge de cette souffrance pour les 11 – 21 ans dans 8 départements répartis dans les régions Ile-de-France, Pays de la Loire et Grand Est pour une durée de 4 ans.
Ces expérimentations permettent aux MGs, pédiatres ou médecins scolaires de prescrire après évaluation, au maximum 12 consultations psychologiques prises en charge à 100%, aux jeunes en souffrance psychique, avec leur consentement, incluant leurs parents ou les titulaires de l'autorité parentale. Ils sont alors orientés vers un psychologue libéral, inscrit sur le fichier ADELI géré par les agences régionales de santé figurant sur la liste des départements retenus par la loi. Elles ne concernent pas les jeunes atteints de troubles psychiatriques ou présentant des signes de crises suicidaires, qui doivent bénéficier directement d'une prise en charge spécialisée. (78)

En ce qui concerne les journées d'information, Les Maisons des Adolescents peuvent intervenir au sein des établissements à la demande de professionnels de santé. Ces structures accueillent des adolescents de 11 à 25 ans, leur famille ainsi que des professionnels. Elles ont pour vocation d'être des lieux d'accueil, d'écoute, d'information et d'orientation pour chaque intervenant concernés par l'adolescence. Pour les MGs qui n'ont pas le temps et/ou les ressources, elles offrent une évaluation interprofessionnelle sur une situation individuelle et la mise en œuvre d'une prise en charge globale pluri-professionnelle et pluri-institutionnelle (médicale, psychologique, sociale, éducative voire judiciaire). Les Maisons des Adolescents sont de véritables ressources dans la prise en charge des adolescents lorsqu'une orientation spécifique en Centre Médico-Psychologique ou à l'hôpital n'est pas nécessaire. (79)

6 CONCLUSION

Le harcèlement scolaire est un sujet d'actualité, bien qu'infligé depuis des décennies, dont la fréquence est plus importante que celle que l'on pourrait imaginer. Il fait basculer la vie non seulement des victimes, mais aussi de tous les acteurs impliqués. Il entraîne des conséquences médico-psycho-sociales, qui peuvent persister jusqu'à l'âge adulte. En tant que médecin généraliste, nous suivons ces enfants à chaque étape de leur vie. Nous pouvons être confrontés à tout moment à ce problème.

Cette étude montre que les médecins sont confrontés à des difficultés sur ce sujet, les poussant à élaborer leurs propres stratégies aves les moyens et les connaissances qu'ils possèdent. Les problématiques soulevées sont celles d'**identifier les victimes** et celle **de disposer de moyens efficaces en termes humains, judiciaires, médicaux et scolaires**. Parce que les victimes ne vont pas se confier spontanément, l'idéal serait que le médecin pose des questions systématiques dans son interrogatoire, notamment grâce au test BITS, quel que soit le motif de la consultation.

Il est temps de protocoliser une prise en charge pluri-professionnelle et surtout pluri-institutionnelle pour accompagner les médecins généralistes à la gestion de ce problème.

D'autres études, avec de plus grands effectifs et sur un territoire plus vaste, seraient intéressantes pour confirmer ou infirmer mes résultats. Des études qualitatives permettraient de comprendre mieux la situation du point de vue des médecins généralistes.

Quoi qu'il en soit, il faut aussi retenir que le harcèlement scolaire entre pairs ne doit plus être un sujet tabou, un « rituel de passage » ou une manière de « se forger le caractère ».

Pour reprendre les termes d'Eric Debarbieux, le harcèlement scolaire ne doit plus être « *une oppression conformiste* ».

BIBLIOGRAPHIE

1. Debarbieux E. A l'école des enfants heureux... enfin presque. 2011 mars.

2. Hubert T. La perception du climat scolaire par les collégiens reste très positive. Note d'information. 2013 nov.

3. Bellon J-P, Gardette B. Harcèlement et cyberharcèlement à l'école. Une souffrance scolaire 2.0. ESF; 2013. 151 p.

4. Baldry AC, Winkel FW. Direct and vicarious victimization at school and at home as risk factors for suicidal cognition among Italian adolescents. J Adolesc [Internet]. déc 2003;26(6):703-16. Disponible sur: http://ac.els-cdn.com/S0140197103000654/1-s2.0-S0140197103000654-main.pdf?_tid=8e932bbe-4061-11e7-b24e-00000aacb361&acdnat=1495617520_81d3e4e750e3e4064be4f21b3443bd2c

5. de Saint Martin C. Nommer les violences scolaires. Des incivilités au harcèlement scolaire. Lett Enfance Adolesc [Internet]. 2012;87(1):119-26. Disponible sur: http://www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2012-1-page-119.htm

6. Debarbieux É, Blaya C, Michel G, Steffgen G, Fortin L, Beaumont C, et al. Fiches thématiques. Contributions du conseil scientifique. Les états généraux de la sécurité à l'école : comprendre, prévenir, agir. [Internet]. 2010 [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: http://www.erudit.org/en/journals/crimino/2009-v42-n1-crimino2907/029806ar/abstract/

7. Bellon J-P, Gardette B. Le rôle des pairs dans la constitution du harcèlement scolaire. Extraits de l'ouvrage « Harcèlement et brimades entre élèves, la face cachée de la violence scolaire ». 2010.

8. Catheline N. Harcèlements en milieu scolaire. Enfances Psy [Internet]. 2009 [cité 10 oct 2017];45(4):82. Disponible sur: http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2009-4-page-82.htm

9. Fontaine R, Réveillère C. Le bullying (ou victimisation) en milieu scolaire : description, retentissements vulnérabilisants et psychopathologiques. Ann Méd-Psychol [Internet]. sept 2004;162(7):588-94. Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/showarticlefile/274939/main.pdf

10. Ehlinger V, Catheline N, Navarro F, Godeau E. La santé des collégiens en France, 2014 Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Brimades, harcèlement, violences scolaires, bagarres [Internet]. 2014 [cité 29 août 2017]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1720.pdf

11. Evrard L. Résultats de la première enquête nationale de victimation au sein des collèges publics au printemps 2011. Note d'information. 2011 oct.

12. Hubert T. Neuf élèves sur dix déclarent se sentir bien dans leur lycée [Internet]. 2015 déc [cité 31 août 2017]. Report No.: 50. Disponible sur: http://cache.media.education.gouv.fr/file/2015/10/1/depp-ni-2015-50-neuf-eleves-sur-dix-declarent-se-sentir-bien-dans-leur-lycee_517101.pdf

13. Hubert T. Un collégien sur cinq concerné par la « cyber-violence ». Note d'information. [Internet]. DEPP; 2014 nov [cité 30 août 2017]. Report No.: 39. Disponible sur: http://cache.media.education.gouv.fr/file/2014/60/3/DEPP_NI_2014_39_un_collegien_sur_cinq_concerne_par_la_cyberviolence_370603.pdf

14. Ehlinger V, Spilka S, Richard J-B, Godeau E. La santé des collégiens en France, 2014 Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Méthodologie générale. 2014.

15. Debarbieux E. Les enquêtes de victimation en milieu scolaire : leçons critiques et innovations méthodologiques. Déviance Société [Internet]. 2004 [cité 29 août 2017];28(3):317-33. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2004-3-page-317.htm

16. Mokdad B. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des violences sur mineur. Rouen; 2013.

17. UNESCO. Violence et harcèlement à l'école. Rapport sur la situation dans le monde. [Internet]. 2017 [cité 10 oct 2017]. Disponible sur: http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002469/246976f.pdf

18. Romano H. Harcèlement en milieu scolaire : victimes, auteurs : que faire ? Paris: Dunod; 2015. 77-79 p.

19. Huré K, Fontaine R, Kubiszewski V. Traitement de l'information sociale et profils dans le harcèlement scolaire chez les adolescents. Rev Eur Psychol AppliquéeEuropean Rev Appl Psychol [Internet]. mars 2015 [cité 2 août 2017];65(2):83-91. Disponible sur: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S116290881400098X

20. Horcholle L. Le vécu des adolescents victimes de harcelement scolaire et leurs attentes vis-a-vis du medecin generaliste. A partir d'une etude qualitative aupres de 12 adolescents rhonalpins. [Internet]. Lyon-Est; 2016. Disponible sur: http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/1abfca66-95e4-40a1-bff1-5ba3635e2fb2/blobholder:0/THm_2016_BELBAL_Karima.pdf

21. Vessey JA, DiFazio RL, Strout TD. "I Didn't Even Know You Cared About That Stuff": Youths' Perceptions of Health Care Provider Roles in Addressing Bullying. J Pediatr Health Care [Internet]. sept 2017 [cité 18 janv 2018];31(5):536-45. Disponible sur: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0891524516302917

22. Olweus D. Bully/victim problems in school: Facts and intervention. Eur J Psychol Educ. 1997;12(4):495.

23. Twemlow SW, Sacco FC. A clinical and interactionist perspective on the bully-victim-bystander relationship. Bull Menninger Clin. Summer 1996;60(3):296.

24. Baldry AC. Bullying in schools and exposure to domestic violence. Child Abuse Negl [Internet]. juill 2003 [cité 13 juill 2017];27(7):713-32. Disponible sur: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213403001145

25. Foshee VA, McNaughton Reyes HL, Chen MS, Ennett ST, Basile KC, DeGue S, et al. Shared Risk Factors for the Perpetration of Physical Dating Violence, Bullying, and Sexual Harassment Among Adolescents Exposed to Domestic Violence. J Youth Adolesc [Internet]. avr 2016 [cité 10 févr 2018];45(4):672-86. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/s10964-015-0404-z

26. Debarbieux E. Refuser l'oppression quotidienne : la prévention du harcèlement à l'Ecole. Rapport au ministre de l'éducation nationale de la jeunesse et de la vie associative. Observatoire International de la Violence à l'Ecole; 2011 avr p. 49.

27. Felipe MT, García S de O, Babarro JM, Arias RM. Social Characteristics in bullying Typology: Digging deeper into description of bully-victim. Procedia - Soc Behav Sci [Internet]. 2011 [cité 21 sept 2017];29:869-78. Disponible sur: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877042811027777

28. Wolke D, Lereya ST. Long-term effects of bullying. Arch Dis Child [Internet]. sept 2015 [cité 22 juill 2017];100(9):879-85. Disponible sur: http://adc.bmj.com/lookup/doi/10.1136/archdischild-2014-306667

29. Siegel RS, La Greca AM, Harrison HM. Peer Victimization and Social Anxiety in Adolescents: Prospective and Reciprocal Relationships. J Youth Adolesc [Internet]. sept 2009 [cité 7 févr 2018];38(8):1096-109. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/s10964-009-9392-1

30. Wolke D, Schreier A, Zanarini MC, Winsper C. Bullied by peers in childhood and borderline personality symptoms at 11 years of age: A prospective study: Peer victimisation and borderline personality disorder symptoms. J Child Psychol Psychiatry [Internet]. août 2012 [cité 5 févr 2018];53(8):846-55. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1469-7610.2012.02542.x

31. Schreier A, Wolke D, Thomas K. Prospective study of peer victimization in childhood and psychotic symptoms in a nonclinical population at age 12 years. Arch Gen Psychiatry. 2009;66(5):527-36.

32. Zwierzynska K, Wolke D, Lereya TS. Peer Victimization in Childhood and Internalizing Problems in Adolescence: A Prospective Longitudinal Study. J Abnorm Child Psychol [Internet]. févr 2013 [cité 5 févr 2018];41(2):309-23. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/s10802-012-9678-8

33. Reijntjes A, Kamphuis JH, Prinzie P, Telch MJ. Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. Child Abuse Negl [Internet]. avr 2010 [cité 7 févr 2018];34(4):244-52. Disponible sur: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213410000505

34. Gini G, Pozzoli T. Bullied Children and Psychosomatic Problems: A Meta-analysis. PEDIATRICS [Internet]. 1 oct 2013 [cité 7 févr 2018];132(4):720-9. Disponible sur: http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2013-0614

35. Fisher HL, Moffitt TE, Houts RM, Belsky DW, Arseneault L, Caspi A. Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: longitudinal cohort study. BMJ [Internet]. 26 avr 2012 [cité 7 févr 2018];344(apr26 2):e2683-e2683. Disponible sur: http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.e2683

36. Wolke D, Woods S, Bloomfield L, Karstadt L. Bullying involvement in primary school and common health problems. Arch Dis Child. 2001;85(3):197–201.

37. Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult Psychiatric Outcomes of Bullying and Being Bullied by Peers in Childhood and Adolescence. JAMA Psychiatry [Internet]. 1 avr 2013 [cité 5 févr 2018];70(4):419. Disponible sur: http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2013.504

38. Wolke D, Lereya ST, Fisher HL, Lewis G, Zammit S. Bullying in elementary school and psychotic experiences at 18 years: a longitudinal, population-based cohort study. Psychol Med [Internet]. juill 2014 [cité 7 févr 2018];44(10):2199-211. Disponible sur: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291713002912

39. Wolke D, Copeland WE, Angold A, Costello EJ. Impact of Bullying in Childhood on Adult Health, Wealth, Crime, and Social Outcomes. Psychol Sci [Internet]. oct 2013 [cité 7 févr 2018];24(10):1958-70. Disponible sur: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0956797613481608

40. Takizawa R, Maughan B, Arseneault L. Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. Am J Psychiatry. 2014;171(7):777–784.

41. Foshee VA, McNaughton Reyes HL, Vivolo-Kantor AM, Basile KC, Chang L-Y, Faris R, et al. Bullying as a Longitudinal Predictor of Adolescent Dating Violence. J Adolesc Health [Internet]. sept 2014 [cité 7 févr 2018];55(3):439-44. Disponible sur: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X14001165

42. Lehti V, Sourander A, Klomek A, Niemelä S, Sillanmäki L, Piha J, et al. Childhood bullying as a predictor for becoming a teenage mother in Finland. Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet]. janv 2011 [cité 7 févr 2018];20(1):49-55. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/s00787-010-0147-z

43. van Geel M, Vedder P, Tanilon J. Relationship Between Peer Victimization, Cyberbullying, and Suicide in Children and Adolescents: A Meta-analysis. JAMA Pediatr [Internet]. 1 mai 2014 [cité 3 oct 2017];168(5):435. Disponible sur: http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapediatrics.2013.4143

44. Holt MK, Vivolo-Kantor AM, Polanin JR, Holland KM, DeGue S, Matjasko JL, et al. Bullying and Suicidal Ideation and Behaviors: A Meta-Analysis. PEDIATRICS [Internet]. 1 févr 2015 [cité 3 oct 2017];135(2):e496-509. Disponible sur: http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2014-1864

45. Barzilay S, Brunstein Klomek A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Bullying Victimization and Suicide Ideation and Behavior Among Adolescents in Europe: A 10-Country Study. J Adolesc Health [Internet]. août 2017 [cité 2 oct 2017];61(2):179-86. Disponible sur: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X1730068X

46. 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 [Internet]. mars 2009 [cité 3 oct 2017];48(3):254-61. Disponible sur: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709600253

47. Servant C. Dépister les idées ou actes suicidaires chez les adolescents. Amélioration du test TSTS-cafard par une étude sur 923 jeunes de 15 ans. [Internet]. Poitiers; 2015. Disponible sur: http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/fbd228ab-37bd-4836-b017-e15307f929d9

48. Favre Pousse A-S. Dépistage des idées ou actes suicidaires et automutilations chez les adolescents de 13 à 18 ans : Validation du BITS-test en médecine générale sur 17 sites francophones. Poitiers; 2017.

49. Aboujaoude E, Savage MW, Starcevic V, Salame WO. Cyberbullying: Review of an Old Problem Gone Viral. J Adolesc Health [Internet]. juill 2015 [cité 9 oct 2017];57(1):10-8. Disponible sur: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X15001664

50. Kubiszewski V, Fontaine R, Huré K, Rusch E. Le cyber-bullying à l'adolescence: problèmes psycho-sociaux associés et spécificités par rapport au bullying scolaire. L'Encéphale [Internet]. 2013 [cité 13 juill 2017];39(2):77–84. Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700612000097

51. Kowalski RM, Limber SP. Electronic Bullying Among Middle School Students. J Adolesc Health [Internet]. déc 2007 [cité 9 oct 2017];41(6):S22-30. Disponible sur: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X07003618

52. Gombault V. L'internet de plus en plus prisé, l'internaute de plus en plus mobile. INSEE Première. juin 2013;(1452).

53. Perez S. Amid Bullying & Threats Of Violence, Anonymous Social App Yik Yak Shuts Off Access To U.S. Middle & High School Students [Internet]. TechCrunch. [cité 9 oct 2017]. Disponible sur: http://social.techcrunch.com/2014/03/13/amid-vicious-bullying-threats-of-violence-anonymous-social-app-yik-yak-shuts-off-access-to-u-s-middle-high-school-students/

54. Arbrun C. Faut-il avoir peur du « blue whale challenge », ce jeu qui pousserait les ados au suicide ? Les Inrockuptibles [Internet]. avr 2017 [cité 3 févr 2018]; Disponible sur: https://www.lesinrocks.com/2017/04/02/actualite/faut-il-avoir-peur-du-blue-whale-challenge-ce-jeu-qui-pousserait-les-ados-au-suicide-11927981/

55. Signoret P. Blue Whale Challenge : itinéraire d'une légende urbaine sur Internet. Le Monde.fr [Internet]. 15 mars 2017 [cité 3 févr 2018]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/pixels/article/2017/03/15/blue-whale-challenge-itineraire-d-une-legende-urbaine-sur-internet_5094540_4408996.html

56. Le Bars S. « 13 Reasons Why » : Netflix et le tabou du suicide et du viol chez les ados. Le Monde.fr [Internet]. 12 mai 2017 [cité 5 févr 2018]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/m-le-mag/article/2017/05/12/13-reasons-why-netflix-et-le-tabou-du-suicide-et-du-viol-chez-les-ados_5126478_4500055.html

57. Leloup D. La série « 13 Reasons Why » provoque une discussion géante à propos du suicide. Le Monde.fr [Internet]. 16 avr 2017 [cité 5 févr 2018]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/pixels/article/2017/04/16/la-serie-13-reasons-why-provoque-une-discussion-geante-a-propos-du-suicide_5112021_4408996.html

58. Tomasi P. La série « 13 Reasons Why » est dangereuse pour moi et tous ceux qui souffrent de troubles psychiques. Le Huffington Post [Internet]. 1 mai 2017 [cité 5 févr 2018]; Disponible sur: http://www.huffingtonpost.fr/patricia-tomasi/la-serie-13-reasons-why-est-dangereuse-pour-moi-et-tous-ceux-q_a_22057805/

59. Loi n°2014-873 du 4 Août 2014 - Article 41. Code pénal août 4, 2014.

60. Kubiszewski V, Fontaine R, Chasseigne G, Rusch E. Évaluation du bullying scolaire (harcèlement scolaire) chez les adolescents français : validité de l'adaptation française du questionnaire Agresseur/Victime révisé d'Olweus (1996). Ann Méd-Psychol [Internet]. juin 2014;172(4):261-7. Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/showarticlefile/903980/main.pdf

61. Hamburger ME, Basile KC, Vivolo AM. Measuring Bullying Victimization, Perpetration, and Bystander Experiences: A Compendium of Assessment Tools [Internet]. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention; 2011 [cité 3 oct 2017]. Disponible sur: https://pdfs.semanticscholar.org/c73e/f191e6b71a50d75f31a9d11de7130514f3bb.pdf

62. UNICEF. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children. New York, USA: UNICEF; 2014.

63. Masiello M, Schroeder D, Barto S, Good K, Holliday C, Jeffers L, et al. The cost benefit of bullying prevention. A first-time analysis of saving. Highmark Foundation, Center for Health Promotion et Disease Prevention;

64. Dale J, Russell R, Wolke D. Intervening in primary care against childhood bullying: an increasingly pressing public health need. J R Soc Med [Internet]. juin 2014 [cité 17 oct 2017];107(6):219-23. Disponible sur: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0141076814525071

65. Scott E, Dale J, Russell R, Wolke D. Young people who are being bullied – do they want general practice support? BMC Fam Pract [Internet]. déc 2016 [cité 18 janv 2018];17(1). Disponible sur: http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0517-9

66. Organisation Mondiale de la Santé B régional du P occidental. Méthodologie de la recherche dans le domaine de la Santé. Guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique. Deuxième édition. [Internet]. 2003. Disponible sur: http://www.wpro.who.int/health_research/documents/dhs_hr_health_research_methodology_a_guide_for_training_in_research_methods_second_edition_fr.pdf

67. de Singly F. Le questionnaire : l'enquête et ses méthodes. 3e éd. Armand Colin; 2012. 19-84 p.

68. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale 2017. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2017 p. 323.

69. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale 2017. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2017 p. 250-1.

70. Loaëc M. Etat des lieux de la pratique des médecins généralistes d'Ille et Vilaine dans le dépistage et la prise en charge d'un enfant ou adolescent victime de harcèlement scolaire entre pairs. Rennes 1; 2017.

71. Hensley V. Childhood bullying : assessment practices and predictive factors associated with assessing for bulling by health care providers [Internet]. 2015. Disponible sur: http://uknowledge.uky.edu/nursing_etds/25/

72. Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Non au harcèlement. Protocole de traitement de situations de harcèlement dans les écoles. 2016.

73. Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Non au harcèlement. Protocole de traitement de situations de harcèlement dans les collèges et les lycées. 2016.

74. Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Non au harcèlement. Prendre en charge des cyberviolences. Collège - Lycée. 2016.

75. Breuil-Genier P, Goffette C. Etudes et résultats. La durée des séances des médecins généralistes. DRESS; 2006. Report No.: 481.

76. Dewulf M-C, Stilhart C. Le vécu des victimes de harcèlement scolaire. Médecine ThérapeutiquePédiatrie [Internet]. 2005 [cité 1 août 2017];8(2):95–100. Disponible sur: http://www.jle.com/fr/revues/mtp/e-docs/le_vecu_des_victimes_de_harcelement_scolaire_265995/article.phtml

77. Code de la santé publique. Loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Code de la santé publique.

78. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Décret n°2017-813 du 5 Mai 2017 relatif aux expérimentations visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2017-813 mai 7, 2017.

79. Cahier des charges des maisons des adolescents. 2009.

ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire

NOTICE D'INFORMATION

Bonjour,

Je m'appelle Aurore MANTION et je suis actuellement en 5e semestre de Médecine Générale. Je me permets de vous solliciter dans le cadre de ma thèse qui traite du **harcèlement scolaire**.

L'objectif de cette étude est de ***faire un « état des lieux » des connaissances et des pratiques vis-à-vis du harcèlement scolaire en Médecine Générale dans le Languedoc-Roussillon.***
Le but du questionnaire n'est en aucun cas de porter un jugement sur votre pratique ou vos connaissances sur le sujet.

Je vous demande de bien vouloir y collaborer en répondant avec la plus grande précision possible. Vos réponses demeureront strictement confidentielles. Le traitement informatique des informations sera anonyme.

Ce questionnaire vous prendra seulement **5 minutes** pour le remplir.

Il s'adresse aux **médecins généralistes installés ou remplaçants et aux internes de médecine générale effectuant des remplacements**. Pour tout autre professionnel de santé, merci de ne pas répondre.

Je vous suis sincèrement reconnaissante de m'accorder votre précieux temps pour enrichir mon travail de thèse.

Ci-joint le lien pour accéder à l'enquête :

https://1drv.ms/xs/s!Ao5W5iyp3qkVmBrKSX_3FPdBj1QP?wdFormId=%7B81B8DADE%2DE72B%2D4611%2D8A27%2D3E588B5281D8%7D

P.S : Si vous souhaitez obtenir les résultats ou toute autre information, n'hésitez pas à me contacter par mail : these.harcel.scol@gmail.com

QUESTIONNAIRE

A. DEMOGRAPHIE :

Q : Êtes-vous :
- Docteur en Médecine Générale installé
- Docteur en Médecine Générale remplaçant
- Interne de Médecine Générale remplaçant
- Autre

Q : Quel est votre département d'exercice ?
Si vous êtes remplaçant et exercé dans plusieurs départements, veuillez noter le département où vous exercez le plus fréquemment : Texte libre (nombre)

Q : Quel âge avez-vous ? : Texte libre (nombre)

Q : Êtes-vous :
- Une femme
- Un homme

B. PRATIQUES :

Q : Au cours de la semaine qui vient de s'écouler, combien d'enfant/adolescent (du primaire au lycée) avez-vous eu l'occasion de recevoir en consultation ? Texte libre (nombre)

Q : Lors de la dernière consultation avec un enfant/adolescent, avez-vous recherché à l'interrogatoire des signes de harcèlement scolaire ?
- Oui
- Non

Si non, pour quelles raisons ?
- Ce n'était pas le motif de la consultation
- Cela ne vous semblait pas justifié
- Vous n'y avez tout simplement pas songé
- Vous ne savez pas comment gérer cette situation
- Autre (merci de préciser dans le champ ci-dessous)

Si « Autre » : Texte libre

Q : A quelle fréquence avez-vous déjà été confronté à des situations de violences scolaires (physiques et/ou psychologiques et/ou verbales) ?
- Jamais
- Moins d'une fois par an
- Plus d'une fois par an
- Plus d'une fois par trimestre
- Plus d'une fois par mois

Supposons une consultation avec un adolescent qui vous confie être victime de violences physiques répétées de la part de certains camarades. L'examen physique retrouve un hématome sur l'avant-bras gauche. Les 6 questions suivantes se rapportent à cette situation :

Q1 : Vous rédigez un certificat médical. Etes-vous :

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Q2 : Vous conseillez de déposer une main courante/plainte aux autorités compétentes. Etes-vous :

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Q3 : Vous l'adressez vers un psychologue et/ou psychiatre. Etes-vous :

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Q4 : Vous informez l'établissement scolaire. Etes-vous :
(Exemple : le directeur, l'infirmière scolaire)

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Q5 : Le patient consulte seul. Vous informez ses parents. Etes-vous :

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Q6 : Auriez-vous eu la même réflexion s'il s'agissait d'un harcèlement moral via un célèbre site de réseau social ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

C. CONNAISSANCES :

Q : On parle d'harcèlement lorsqu'un enfant est victime de violences physiques et/ou verbales et/ou psychologiques perpétrées par un ou plusieurs agresseurs. Êtes-vous :

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Q : Une relation de domination est nécessaire. Etes-vous :

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Q : Ces violences doivent être répétées dans le temps. Etes-vous :

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Q : Ces violences sont volontairement infligées par le(s) agresseur(s). Etes-vous :

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Q : Estimez-vous que les commérages, la propagation de rumeurs soient une forme de harcèlement ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Q : A votre avis, quel est le pourcentage d'élèves au collège victimes de harcèlement physique et/ou psychologique ? Texte libre (nombre)

Q : Pensez-vous que le harcèlement scolaire puisse être considéré comme un facteur de risque de suicide ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

D. OPINIONS :

Q : Pensez-vous que le dépistage du harcèlement scolaire soit une des missions du médecin généraliste ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Q : Estimez-vous avoir les moyens nécessaires à votre disposition pour prendre en charge un enfant/adolescent victime de harcèlement scolaire (quelle que soit sa forme) ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Q : Estimez-vous avoir les connaissances nécessaires pour dépister un enfant/adolescent victime de harcèlement scolaire (quelle que soit sa forme) ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Q : Avez-vous été formé(e) sur le sujet ?

- Oui
- Non

Si oui : quelles sont vos sources ?

- Recherche bibliographique personnelle
- Séminaire(s) de Formation Médicale Continue ou autre, Congrès
- Article(s) de revue
- Formation théorique au cours de l'externat et/ou de l'internat
- Autre (merci de préciser dans le champ ci-dessous)

Si « Autre » : Texte libre

Si non : souhaiteriez-vous être formé(e) ?

- Par la présentation d'un séminaire (au titre de la FMC par exemple)
- Par des recommandations établies par l'HAS
- Par vos propres moyens
- Vous ne souhaitez pas être formé(e)

Annexe 2 : Facteurs associés à la rédaction d'un certificat médical

Caractéristiques des praticiens	Certificat ? Positif	Certificat ? Sans avis	Certificat ? Négatif	Test de Chi2 ou test exact de Fischer
Genre				p = 1
Homme	63 (88,7%)	6 (8,5%)	2 (2,8%)	
Femme	64 (87,7%)	7 (9,6%)	2 (2,7%)	
Statut				p = 0,277
Docteur installé	97 (89,8%)	9 (8,3%)	2 (1,9%)	
Docteur remplaçant	9 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
IMG	21 (77,8%)	4 (14,8%)	2 (7,4%)	
Département				p = 0,498
11	9 (81,8%)	2 (18,2%)	0 (0%)	
30	22 (81,5%)	3 (11,1%)	2 (7,4%)	
34	68 (90,7%)	5 (6,7%)	2 (2,7%)	
48	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	
66	24 (92,3%)	2 (7,7%)	0 (0%)	
Age				p = 0,848
<35	44 (88%)	4 (8%)	2 (4%)	
35-45	25 (92,6%)	1 (3,7%)	1 (3,7%)	
46-55	29 (87,9%)	4 (12,1%)	0 (0%)	
>55	29 (85,3%)	4 (11,8%)	1 (2,9%)	

Annexe 3 : Facteurs associés à l'orientation vers un psychologue ou psychiatre

Caractéristiques des praticiens	Psychiatre(logue) ? Positif	Psychiatre(logue) ? Sans avis	Psychiatre(logue) ? Négatif	Test de Chi2 ou test exact de Fischer
Genre				p = 0,723
Homme	45 (63,4%)	22 (31%)	4 (5,6%)	
Femme	51 (69,9%)	19 (26%)	3 (4,1%)	
Statut				p 0,565
Docteur installé	73 (67,6%)	31 (28,7%)	4 (3,7%)	
Docteur remplaçant	6 (66,7%)	3 (33,3%)	0 (0%)	
IMG	17 (63%)	7 (25,9%)	3 (11,1%)	
Département				p = 0,26
11	9 (81,8%)	2 (18,2%)	0 (0%)	
30	19 (70,4%)	8 (29,6%)	0 (0%)	
34	50 (66,7%)	21 (28%)	4 (5,3%)	
48	2 (40%)	1 (20%)	2 (40%)	
66	16 (61,5%)	9 (34,6%)	1 (3,8%)	
Age				p = 0,457
<35	34 (68%)	11 (22%)	5 (10%)	
35-45	19 (70,4%)	7 (25,9%)	1 (3,7%)	
46-55	21 (63,6%)	12 (36,4%)	0 (0%)	
>55	22 (64,7%)	11 (32,4%)	1 (2,9%)	

Annexe 4 : Facteurs associés à l'information des parents

Caractéristiques des praticiens	Parents ? Positif	Parents ? Sans avis	Parents ? Négatif	Test de Chi2 ou test exact de Fischer
Genre				p = 0,067
Homme	40 (56,3%)	20 (28,2%)	11 (15,5%)	
Femme	29 (39,7%)	34 (46,6%)	10 (13,7%)	
Statut				p = 0,444
Docteur installé	51 (47,2%)	41 (38%)	16 (14,8%)	
Docteur remplaçant	3 (33,3%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	
IMG	15 (55,6%)	10 (37%)	2 (7,4%)	
Département				p = 0,559
11	4 (36,4%)	5 (45,5%)	2 (18,2%)	
30	11 (40,7%)	14 (51,9%)	2 (7,4%)	
34	37 (49,3%)	24 (32%)	14 (18,7%)	
48	2 (40%)	3 (60%)	0 (0%)	
66	15 (57,7%)	8 (30,8%)	3 (11,5%)	
Age				p = 0,766
<35	21 (42%)	22 (44%)	7 (14%)	
35-45	14 (51,9%)	9 (33,3%)	4 (14,8%)	
46-55	17 (51,5%)	13 (39,4%)	3 (9,1%)	
>55	17 (50%)	10 (29,4%)	7 (20,6%)	

Annexe 5 : Facteurs associés au fait d'avoir été formé

Caractéristiques des praticiens	Formation : Oui	Formation : Non	Test de Chi2 ou test exact de Fischer
Genre			p = 0,734
Homme	13 (18,3%)	58 (81,7%)	
Femme	15 (20,5%)	58 (79,5%)	
Statut			p = 0,933
Docteur installé	22 (20,4%)	86 (79,6%)	
Docteur remplaçant	1 (11,1%)	8 (88,9%)	
IMG	5 (18,5%)	22 (81,5%)	
Département			p = 0,796
11	1 (9,1%)	10 (90,9%)	
30	5 (18,5%)	22 (81,5%)	
34	14 (18,7%)	61 (81,3%)	
48	1 (20%)	4 (80%)	
66	7 (26,9%)	19 (73,1%)	
Age			p = 0,991
<35	10 (20%)	40 (80%)	
35-45	5 (18,5%)	22 (81,5%)	
46-55	7 (21,2%)	26 (78,8%)	
>55	6 (17,6%)	28 (82,4%)	

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.*

- *Admise 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.*

- *Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Etat des lieux des pratiques et des connaissances vis-à-vis du harcèlement scolaire entre pairs, en Médecine Générale, en Languedoc-Roussillon.

INTRODUCTION : En France, il n'existe aucune recommandation établie par la HAS pour le dépistage et la prise en charge du harcèlement scolaire entre pairs. Il n'est pas traité dans toutes les facultés. Des articles dans le domaine de la pédopsychiatrie et de la psychologie sont nombreux mais aucun ne s'adresse aux médecins généralistes.

OBJECTIF : Etablir un état des lieux des connaissances et des pratiques, sur le harcèlement scolaire entre pairs (enfants et adolescents), en Médecine Générale, en Languedoc-Roussillon.

METHODES : Enquête transversale descriptive par auto-questionnaire électronique, en Languedoc-Roussillon, auprès de médecins généralistes installés ou remplaçants et d'internes en Médecine Générale effectuant des remplacements.

RESULTATS : L'analyse s'est effectuée sur les réponses de 144 praticiens. 82,2% des médecins rédigeaient un certificat médical. 84% conseillaient de prévenir les autorités compétentes. 66,7% orientaient la victime vers un psychiatre/psychologue. Les avis étaient beaucoup plus mitigés en ce qui concernait d'informer les parents ou d'avertir un représentant de l'établissement scolaire. Si la définition de « violences physiques et/ou verbales et/ou psychologiques perpétrées par un ou plusieurs agresseur(s) » était partagée, les notions de « domination », de « répétitivité » et de « volonté de l'agresseur » étaient beaucoup moins évidentes. Environ un tiers déclarait ne pas avoir les connaissances nécessaires à la prise en charge d'une victime de harcèlement scolaire (quelle que soit sa forme) et la moitié estimait ne pas avoir les moyens à sa disposition.

CONCLUSION : Les généralistes sont exposés à deux difficultés : celle d'identifier les victimes et celle de disposer de moyens efficaces en termes humains, judiciaires, médicaux et scolaires. Il est impératif de protocoliser une prise en charge pluri-professionnelle et surtout pluri-institutionnelle pour accompagner les médecins généralistes à la gestion de ce problème.

MOTS-CLES : *Harcèlement scolaire, Médecine Générale, Connaissances, Pratiques.*