Rôle du médecin traitant dans la prise en charge des enfants victimes de harcèlement scolaire entre pairs selon la perception des parents d'enfants victimes

Noémie Cazettes de Saint Leger de Lamberterie

▶ **To cite this version:**

Noémie Cazettes de Saint Leger de Lamberterie. Rôle du médecin traitant dans la prise en charge des enfants victimes de harcèlement scolaire entre pairs selon la perception des parents d'enfants victimes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03421114

HAL Id: dumas-03421114

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03421114

Submitted on 9 Nov 2021

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

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

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

MÉDECINE
Santé
Université de Paris

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.1

MÉDECINE
Santé
Université de Paris

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2020 **N° 73**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 29/09/2020

Par

Noémie CAZETTES de SAINT LEGER de LAMBERTERIE

Rôle du médecin traitant dans la prise en charge des enfants victimes de harcèlement scolaire entre pairs selon la perception des parents d'enfants victimes

Dirigée par Madame la Docteure Marie Hayat

JURY

Monsieur le Professeur Christian Ghasarossian, PU	Président
Madame la Professeure Catherine Jousselme, PU-PH	Membre du jury
Monsieur le Docteur Romain Guedj, MCU	Membre du jury
Madame la Docteure Sylvie Nathanson, PH	Membre du jury
Madame la Docteure Marie Hayat, PH	Directrice

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

USPC
Université Sorbonne Paris Cité

Remerciements

Aux membres du jury,

Au Professeur Christian Ghasarossian qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse qui, à travers son bel exemple de médecin de famille, m'a appris à aimer la médecine de ville.

Au Professeur Catherine Jousselme qui me fait l'honneur de participer à ce jury de thèse. Merci pour vos enseignements au cours du DU Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent et maladies somatiques.

Au Docteur Sylvie Nathanson qui me fait l'honneur de participer à ce jury de thèse, pour son accueil en tant qu'interne en pédiatrie à Mignot et pour l'excellente formation reçue dans son service. Merci pour votre confiance dans ce sujet de thèse.

Au Docteur Romain Guedj qui me fait l'honneur de participer à ce jury de thèse et de juger de mon travail.

A ma directrice de thèse,

Au Docteur Marie Hayat d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour ta confiance, pour ton accompagnement et pour ta disponibilité qui ont permis de faire mûrir ce travail.

A tous ceux qui ont participé à l'élaboration de ce travail,

Aux participants et à leurs enfants qui ont acceptés de partager leurs histoires.

A Caroline Besnard pour ses innombrables relectures. A Cécile Schrimpf et à Isabelle Goudchaux pour leur précieuse aide méthodologique. A Arthur Tron pour ses conseils Éthique. A Virginie Rollet-Cohen pour ses relectures et ses encouragements. A Mélanie Suduca et à Alexia Faure pour m'avoir tant motivée à réaliser ce travail. A tous les yeux de lynx qui m'ont relue et soutenue.

A tous ceux qui ont participé à ma formation de médecin généraliste,

En particulier à mon tuteur de médecine, François Bloede, qui a essayé, à travers nos multiples rencontres, de faire de moi un médecin empathique. A mes anciens maîtres de stage et aux médecins que je remplace.

A ma famille,

A Artus, mon mari, pour la simplicité avec laquelle tu me rends heureuse.

À mes parents, à ma mère, que j'aurais été fière d'avoir à mes côtés, pour son merveilleux exemple de courage et de combativité face à la maladie. A mon père qui est heureux que je renouvelle la, quelque peu interrompue, tradition familiale de médecin, pour son sens du travail.

A mes frères et sœurs, Timothée, pour son soutien indéfectible et sa droiture, Mélodie pour son oreille attentive et sa patience et Ulysse pour nous faire sortir des sentiers battus. A mon beau-frère, Roman, et à ma belle-sœur, Sixtine, pour la chance de vous avoir dans la famille et à mes merveilleux neveux.

A ma marraine, Florence Goudchaux, pour sa présence bienveillante à mes côtés.

A mes cousines Marguerite et Charlotte.

A mes amis,

A mes chères amies, Laetitia Goirand, Virginie Garrett, Marguerite Sabatié-Garat, Sibylle Le Guen, Alexia Faure, Iris Secretin, Daphné Lorin de Reure, Marie Thiounn, Côme Wirz et Ruben Koslar, pour leur merveilleuse amitié.

A mes chères consœurs, Laure Castres Saint Martin, Mélanie Suduca, Tiphaine Lenfant, Caroline Besnard, Gabrielle de Bourgoing, Cécile Schrimpf, Marie-Astrid Naccache, Pauline de Laage, Alexandra Judet, Alix de Causans, Clémence Montagne, Ilhame Najem, Jennifer

Kerbrat, Linda Chafa et Caroline Caula pour leur joyeuse camaraderie au cours des nombreuses années de médecine.

A tous les amis et couples que nous avons la chance de pouvoir compter à nos côtés.

A tous ceux que je n’ai pu citer faute de place que je remercie du fond du cœur.

A mes patients, petits et grands.

Table des matières

REMERCIEMENTS....3

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION....8

CHAPITRE 1 : QU'EST-CE QUE LE HARCELEMENT SCOLAIRE ENTRE PAIRS ? 8
1. DEFINITION....8
2. LES TYPES DE HARCELEMENT....9
3. QUI SONT LES VICTIMES ? 10
4. LES CONSEQUENCES DU HARCELEMENT SCOLAIRE ENTRE PAIRS....10
CHAPITRE 2 : ÉPIDEMIOLOGIE 11
1. DONNEES FRANÇAISES....11
2. DONNEES INTERNATIONALES 11
3. UNE QUANTIFICATION DIFFICILE 12
CHAPITRE 3 : MISE EN PERSPECTIVE DU ROLE DU MEDECIN TRAITANT DANS LA PRISE EN CHARGE DU HARCELEMENT SCOLAIRE....12
CHAPITRE 4 : OBJECTIF DE L'ETUDE 14

TROISIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODES 15

CHAPITRE 1 : STRUCTURE DE L'ETUDE 15
1. CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE PAR THEORISATION ANCREE 15
2. CHOIX DE L'ENTRETIEN INDIVIDUEL ET SEMI-DIRIGE....16
CHAPITRE 2 : POPULATION ETUDIEE....18
1. ECHANTILLONAGE 18
2. MODALITES D'INCLUSION 18
CHAPITRE 3 : RECUEIL DES DONNEES 19
1. PREMIER CONTACT ET DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN 19
2. RETRANSCRIPTION ET STOCKAGE DES DONNEES....19
3. TRAITEMENT DES DONNEES 20
CHAPITRE 4 : ASPECTS JURIDIQUES....21

TROISIEME PARTIE : RESULTATS....22

CHAPITRE 1 : RESULTATS DESCRIPTIFS 22
1 : POPULATION DE L'ETUDE 22
2. SATURATION DES DONNEES 22
CHAPITRE 2 : RESULTATS ANALYTIQUES 24
1. CLINIQUE DU HARCELEMENT SCOLAIRE ENTRE PAIRS....24
1.1 DESCRIPTION DE L'ENFANT VICTIME....24
1.2 RETENTISSEMENT CHEZ L'ENFANT VICTIME 24
1.3. RETENTISSEMENT FAMILIAL 27
2. LES OBSTACLES A LA PRISE EN CHARGE GLOBALE 30
2.1. LES OBSTACLES LIES A L'ENFANT VICTIME 30

2.2. Les obstacles lies aux parents 31
2.3. Les obstacles lies a l'ecole 32
2.4. Les obstacles lies au medecin traitant 33
3. Les attentes des parents vis-a-vis du medecin traitant 37
3.1. Une relation de confiance 37
3.2. Prevenir les enfants du risque de harcelement scolaire 38
3.3. Alerter les parents d'une situation de harcelement scolaire chez son enfant 38
3.4. Prise en charge therapeutique 39

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION 43

Chapitre 1 : Élements de reponse a la question de recherche, comparaison a la litterature existante et mise en perspective 43
Chapitre 2 : Forces et faiblesses de l'etude 50
Chapitre 3 : Schema de synthese de la theorisation issue des entretiens 52

CONCLUSION 53

BIBLIOGRAPHIE 54

TABLE DES ILLUSTRATIONS 59

ANNEXES 60

Annexe 1 : Guide d'entretien 60
Annexe 2 : Lettre d'information destinee aux participants 61
Annexe 3 : Avis du Comite d'Éthique 63
Annexe 4 : Les criteres COREQ 64

RESUME 64

Première partie : INTRODUCTION

Dans les années 2010, suite à l'impulsion de chercheurs étrangers tel que le norvégien Dan Olweus (1), précurseur des études sur le *school bullying*, puis à celle de chercheurs français telles que Catherine Blaya (2) et Nicole Catheline (3) et grâce aux signaux d'alertes lancés par les associations, le gouvernement français a eu une véritable prise de conscience de l'ampleur de la problématique du harcèlement scolaire et de l'enjeu de ses conséquences en terme de santé publique.

Chapitre 1 : Qu'est-ce que le harcèlement scolaire entre pairs ?

1. Définition

Une première définition avait été proposée par Peter Smith, chercheur britannique, dans les années 90 : « Nous dirons qu'un enfant ou une jeune personne est victime de *bullying* lorsqu'un autre enfant ou jeune ou groupe de jeunes se moque de lui ou l'insulte. Il s'agit aussi de *bullying* lorsqu'un enfant est menacé, battu, bousculé, enfermé dans une pièce, lorsqu'il reçoit des messages injurieux ou méchants. Ces situations peuvent durer et il est difficile pour l'enfant ou la jeune personne en question de se défendre. Un enfant dont on se moque méchamment et continuellement est victime de *bullying*. Par contre, il ne s'agit pas de *bullying* lorsque deux enfants de force égale se battent ou se disputent. » (4). Cette première définition décrit intelligiblement le phénomène mais omet la notion de répétitivité. Or, si le phénomène n'est pas continuel, on ne peut pas parler de harcèlement.

En France, en 2011, Éric Debardieux, dans un rapport ministériel qui avait pour but de faire un état des lieux des violences en milieu scolaire à la demande du Ministère de l'Éducation Nationale, avait proposé une définition qui intègre le caractère répétitif du harcèlement scolaire : « Il s'agit donc d'une violence répétée, verbale, physique ou psychologique, perpétrée par un ou plusieurs élèves à l'encontre d'une victime qui ne peut se défendre, en position de faiblesse, l'agresseur agissant dans l'intention de nuire à sa victime. »

(5). Cette définition est retenue institutionnellement en France par les services de l'Éducation Nationale.

Pour qu'il y ait harcèlement, toutes les définitions utilisées dans les études internationales s'accordent sur le fait que trois critères : intentionnalité, répétition et relation d'emprise, doivent être présents simultanément.

2. Les types de harcèlement

Il existe une multiplicité d'expressions possibles de cette violence pouvant être classées comme suit :

-Le harcèlement moral regroupe les propos (moqueries, surnoms désobligeants, insultes, chantage affectif etc.) et les attitudes malveillantes (regards noirs, silences etc.).

-Le harcèlement physique (coups, bousculades etc.) est à différencier des « bagarres » car il n'y a aucun objet à cette violence si ce n'est d'humilier la victime.

-Le harcèlement sexuel correspond aux propos ou gestes à connotation sexuelle et à caractère dégradant ou humiliant visant un individu.

-Le harcèlement matériel (dégradation des affaires de cours, des vêtements etc.) a pour objectif d'humilier la victime via la dégradation de ses biens.

-Le harcèlement alimentaire consiste, par exemple, à faire tomber le plateau repas de la victime ou à l'immerger d'eau le rendant ainsi immangeable.

-Le cyberharcèlement se fait via les écrans (téléphone, ordinateur). Il a la particularité d'être sans limite dans le temps et l'espace et d'une rapidité de diffusion incontrôlable.

Le harcèlement scolaire est le plus souvent polymorphe c'est-à-dire qu'un élève subit, dans la plupart des cas, au moins deux types de violence. (6).

3. Qui sont les victimes ?

Le harcèlement concerne tous les âges du primaire au secondaire, tous les milieux sociaux (7), tous les types d'établissements scolaires (8)(9)(10), les filles comme les garçons. Les filles sont plus susceptibles d'être victimes de harcèlement moral et les garçons de harcèlement physique (11).

4. Les conséquences du harcèlement scolaire entre pairs

Le harcèlement scolaire est un facteur de risque majeur pour la santé de l'enfant qui en est victime. On observe, chez ces enfants, des troubles psychosomatiques deux fois plus fréquents que chez les non-victimes (12) avec par exemple des céphalées ou des douleurs abdominales.

Les enfants victimes ont un risque accru de présenter des troubles psychiatriques tels qu'une anxiété, une dépression, une idéation suicidaire (13) et des conduites auto-agressives pouvant aller jusqu'à la tentative de suicide (14).

Il existe également un retentissement scolaire. En effet, les victimes de harcèlement scolaire sont plus à risque de présenter une baisse de leurs notes ou un décrochage scolaire résultant de l'absentéisme et des inquiétudes qu'ils peuvent avoir à l'école (13).

A long terme, les adultes ayant été victimes de harcèlement scolaire dans leur enfance sont plus à risque de présenter des troubles anxio-dépressifs et ont un risque suicidaire plus élevé que les non-victimes (15), (16).

Chapitre 2 : Épidémiologie

1. Données françaises

En 2011, une enquête réalisée auprès de 12 326 élèves de cycle 3 (CM1, CM2, classe de sixième) par l'Observatoire International de la Violence à l'École pour le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF France), montre que le nombre de victimes de harcèlement verbal ou symbolique (ostracisme) est estimé à 14,4% des élèves. Le taux de victimes de harcèlement physique à l'école peut être estimé à 10,1% des élèves. Le taux de victimes d'un harcèlement qui cumule violences répétées physiques et verbales à l'école peut être estimé à 11,7% des élèves compris entre 4,9% d'élèves victimes d'un harcèlement sévère à assez sévère et 6,7% d'élèves soumis à un harcèlement modéré (17).

La Direction de l'Évaluation de la Prospective et de la Performance (DEPP), service statistique ministériel, mène des enquêtes de climat scolaire et de victimation auprès d'élèves du second degré (collège et lycée). Ces enquêtes donnent des informations sur la façon dont les élèves perçoivent le climat scolaire et fournissent des indicateurs statistiques sur les actes de violence dont les élèves sont victimes. Ce sont des études quantitatives réalisées à l'aide d'auto-questionnaires anonymisés. En 2011, une étude nationale a été menée auprès de 18 000 collégiens : le pourcentage de collégiens se trouvant dans une situation de cumul de violences de modéré (entre trois et quatre faits) à fort (cinq faits ou plus) est de 16,4% et pour 6,3% des élèves, on atteint au moins 5 faits de violence importante (8).

En 2018, une étude utilisant la même méthodologie a été réalisée auprès de 30 000 lycéens. Le pourcentage de lycéens se trouvant dans une situation de cumul de violences de modéré (entre trois et quatre faits) à fort (cinq faits ou plus) est de 5,5% et pour 1,3% des élèves, on atteint au moins cinq faits qualifiés de violence importante (18).

2. Données internationales

Dans un rapport de 2019, l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO) dévoile qu'environ un enfant sur trois (32%) a été harcelé par ses pairs à l'école dans le mois passé, toutes régions du monde confondues. Le taux de harcèlement scolaire est estimé à 25% en Europe et à 31,7% en Amérique du Nord (19).

3. Une quantification difficile

Ces résultats divergents révèlent que le harcèlement scolaire est un phénomène difficile à quantifier. Plusieurs raisons, sur lesquelles s'accordent la majorité des chercheurs, peuvent expliquer cette difficulté : le tabou qui pèse sur le sujet, son invisibilité aux yeux des observateurs extérieurs et la teneur subjective de sa définition, qui repose sur le ressenti de la victime, rendant difficile la mesure du phénomène.

Chapitre 3 : Mise en perspective du rôle du médecin traitant dans la prise en charge du harcèlement scolaire

Au vu des conséquences qu'il génère, le harcèlement scolaire est un enjeu majeur de santé publique. Aussi, la lutte contre le harcèlement scolaire fait partie des priorités gouvernementales notamment depuis le rapport alarmant du professeur Éric Debardieux pour le Ministère de l'Éducation Nationale publié en 2011 (5). Des actions ont été menées auprès des enfants et de leurs parents (campagnes de sensibilisation, numéro d'écoute gratuit et anonyme) mais également envers les enseignants (formations, réseau de référents harcèlement académiques, protocole de conduite à tenir en cas de situation de harcèlement scolaire (20) (21)).

En revanche, il n'existe actuellement aucune recommandation des hautes autorités de santé française concernant la prise en charge médicale des victimes de harcèlement scolaire et aucune place n'est faite, à ce jour, à cet item dans la formation des médecins. Par ailleurs, la communication entre le médecin traitant et l'école ou entre le médecin traitant et la médecine scolaire n'est que peu développée voire inexistante dans certains cas. D'une part, les médecins généralistes se disent les derniers à être informés si un cas de harcèlement est avéré dans une école (22) et d'autre part, la littérature nous apprend que le médecin généraliste est

globalement mal renseigné sur les missions de son confrère de l'Éducation Nationale, et qu'il ne sait en général pas le contacter (23).

Néanmoins, par ses conséquences, on peut facilement imaginer que le harcèlement nécessite une prise en charge médicale. La prise en charge médicale des victimes de harcèlement scolaire fait intervenir quatre acteurs clés : le médecin traitant comme premier interlocuteur du système de soin, les enfants victimes, leurs parents qui initient la consultation médicale et évidemment l'école. Les pratiques et attentes vis-à-vis du médecin traitant ont été explorées auprès d'enfants et d'adolescents. Elles mettent en avant leur souhait que le médecin les questionne sur le sujet (24) leur donne des conseils pour réagir face à ces agressions, les aide en cas de tristesse de l'humeur et les réassure. Ces jeunes souhaitent également que le médecin assure un lien avec l'école (25) et qu'il sensibilise les enfants et leurs parents (26). Les médecins quant à eux, manquent de confiance quant à leur capacité à prendre en charge le harcèlement scolaire (24) et parfois manquent de connaissances (27). Ces médecins soulignent la difficulté à faire parler les adolescents et le peu de consultations à cet âge-là. L'absence de lien avec l'école est évoquée ainsi que le manque de temps pendant les consultations (22). Ils pensent tout de même avoir un rôle à jouer dans cette problématique et dans la mise en place d'un réseau de soutien autour de l'enfant victime (28). Toutes ces études se sont intéressées au point de vue des enfants et adolescents victimes ainsi qu'à celui des médecins traitants mais pas à celui des parents.

En effet, du fait de son jeune âge, l'enfant ou l'adolescent est fréquemment accompagné par ses parents pour toute ou une partie de la consultation médicale et la prise de rendez-vous chez le médecin est souvent à l'initiative des parents. Qui plus est, le parent qui vit avec son enfant au quotidien, sera le premier à détecter des changements chez son enfant et à suspecter une situation de mal-être pouvant être due à une situation de harcèlement scolaire. Le harcèlement peut avoir un retentissement chez l'enfant mais aussi sur toute sa cellule familiale et en particulier sur ses parents qui vont être impliqués dans la prise en charge de cette problématique et la vivre au quotidien. Malgré le rôle clé des parents dans la prise en charge du harcèlement scolaire, aucune étude n'a été réalisée sur leurs attentes vis-à-vis du médecin traitant. Aussi, après s'être intéressé aux points de vue des enfants et à celui des médecins, il a semblé indispensable de se concentrer également sur les attentes des

parents pour comprendre tous les enjeux de la prise en charge du harcèlement scolaire entre pairs.

Chapitre 4 : Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude a été de comprendre les attentes des parents d'enfants victimes de harcèlement scolaire entre pairs, vis-à-vis du médecin traitant. L'objectif secondaire était de générer des clefs d'aide au dépistage et à la prise en charge des enfants victimes de harcèlement scolaire entre pairs en consultation de médecine de ville.

Troisième partie : MATERIEL ET METHODES

Chapitre 1 : Structure de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, transversale, monocentrique.

1. Choix de la méthode qualitative par théorisation ancrée

Cette étude s'est intéressée au point de vue d'acteurs sociaux et a donc fait appel à la dimension humaine et sociale des problématiques de santé, ce qui a justifié le recours à des méthodologies moins courantes dans le domaine de la santé : l'utilisation de la méthodologie qualitative. Une approche quantitative (données numériques, chiffrées) nous a paru inappropriée pour l'objet de l'étude.

La méthode par théorisation ancrée, méthode d'analyse qualitative parmi tant d'autres, est une démarche inductive : elle va s'intéresser à un phénomène dans son contexte naturel, chercher à le comprendre et à modéliser une théorie à partir de l'observation de celui-ci. La méthode par théorisation ancrée vise à produire des théories à partir du matériau empirique. Elle conjugue deux règles : rendre compte du matériau et produire des théories explicatives du matériau. La première règle, l'ancrage, consiste à se référer à ce que vivent les acteurs et à le restituer fidèlement. Rendre compte fidèlement du vécu des personnes rencontrées interdit évidemment de forcer le matériau pour le faire entrer dans des cases préconçues. Plutôt que d'appliquer des théories, une telle méthode implique au contraire d'en créer de nouvelles. La deuxième règle découle donc de l'esprit de la première (29). Cette méthode est particulièrement indiquée dans une perspective compréhensive en partant de la façon dont les acteurs vivent et appréhendent ce qui leur arrive. Elle a donc paru adaptée à l'objet de l'étude.

Selon Pierre Paillé (30), l'analyse par théorisation ancrée comprend six étapes. Chaque étape permet de conceptualiser de plus en plus les données empiriques pour aboutir peu à peu à la théorisation des phénomènes observés.

La première étape de l'analyse a été de coder chaque entretien : des codes ont émergé à partir d'extraits d'entretien (le verbatim). Le codage a ensuite été comparé entre chaque entretien collecté. Ainsi chacun des codes est venu s'enrichir de nouveaux entretiens et d'autres codes sont apparus au fur et à mesure de l'analyse des entretiens.
A partir de ces codes, des catégories ont été mises en évidence, elles ont permis de faire émerger les aspects les plus significatifs du phénomène. Une catégorie, contrairement au code, a une richesse conceptuelle car elle permet, en quelque sorte, de classer les codes les plus importants et de les renommer.
Les catégories ont ensuite été mises en relation : des liens ont été trouvés entre ces catégories en s'appuyant sur une schématisation.
Ces résultats ont ensuite été intégrés à la problématique de l'étude. En effet, il est rare qu'une analyse par théorisation ancrée se limite au cadre initial de recherche et c'est ce qui a été le cas pour notre analyse qui a produit de nombreux résultats, certains n'ayant aucun rapport avec le sujet, d'où l'importance, à cette étape-là, de délimiter précisément l'objet de l'étude.
La modélisation a consisté à représenter schématiquement les processus mis à jour au cours des opérations précédentes en systématisant la dynamique révélée dans la mise en relation.
La théorisation a été la dernière étape du travail d'analyse : il s'agit de formuler la théorie qui doit permettre de saisir la complexité du phénomène. (30)

L'analyse a été triangulée, c'est-à-dire que les entretiens ont été indépendamment codés par deux chercheurs afin de comparer leurs points de vue et optimiser la validité des résultats.

2. Choix de l'entretien individuel et semi-dirigé

Les entretiens ont été menés de façon individuelle dans le but de respecter l'intimité de chaque personne interrogée et d'améliorer la qualité de l'échange sur ce sujet délicat. Il a été choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés en s'aidant d'un guide d'entretien car le harcèlement est un sujet connu et l'objectif était précis. Dans l'entretien semi-structuré, le chercheur utilise un guide d'entretien, une grille préétablie de questions ouvertes, pour mener

la discussion. Ce guide reprend la liste des thèmes à aborder. Pour chacun de ces thèmes, des sous-questions dites « de relance » permettent d'aborder les points importants si l'enquêté ne les développe pas spontanément. Ce guide d'entretien reste souple et l'enquêteur peut l'adapter au cours de l'entretien selon les réponses de l'enquêté.

Dans cette étude, un guide d'entretien a été réalisé au travers de discussions avec l'équipe de recherche (Annexe 1). Le guide d'entretien a été appliqué de manière flexible au cours des entretiens, afin de ne pas orienter les enquêtés et de leur laisser la possibilité d'aborder des thèmes pouvant être pertinents pour l'objet de l'étude. L'enquêteur principal avait les questions en tête, ces questions n'ont pas nécessairement été abordées dans l'ordre afin de laisser la possibilité à l'enquêté de les aborder lui-même au fil du récit de l'épisode de harcèlement de son enfant. L'enquêteur pouvait approfondir les points nécessitant des éclaircissements ou aborder ceux que l'enquêté n'abordait pas spontanément. Le guide d'entretien a évolué tout au long de la collecte de données afin d'incorporer les concepts émergents et d'améliorer la qualité des données.

Chapitre 2 : Population étudiée

1. Échantillonnage

L'échantillonnage a été réfléchi afin d'avoir des variations maximales dans les milieux socio-économiques des participants et dans les situations de harcèlements. A cette fin, il a été choisi de diversifier les modes de recrutement : les participants ont été recrutés via des associations de lutte contre le harcèlement scolaire d'Île-de-France et via l'association e-Enfance, via des rencontres avec des médecins généralistes et des psychologues.

2. Modalités d'inclusion

L'étude a eu lieu en France. Les participants ont été recrutés entre juin 2019 et janvier 2020.

Les participants étaient inclus selon les critères d'inclusion suivants :
-s'ils acceptaient de participer à l'étude,
-s'ils avaient un enfant, en âge d'être scolarisé (scolarité obligatoire en France de 3 à 16 ans), ayant été identifié comme victime de harcèlement scolaire entre pairs par un professionnel de santé ou une association spécialisée,
-si le harcèlement de leur enfant était terminé au moment de l'étude
-et s'ils acceptaient d'être audio-enregistrés pendant l'entretien.

Le nombre de sujets à inclure n'était pas déterminé à l'avance. Les entretiens ont pris fin une fois les données saturées. La saturation des données est obtenue lorsqu'aucun élément nouveau, aucun thème nouveau n'est relevé lors du codage des entretiens.

Chapitre 3 : Recueil des données

1. Premier contact et déroulement de l'entretien

Les participants ont été recrutés par des associations de lutte contre le harcèlement scolaire, des médecins ou des psychologues qui leur proposaient de participer à une étude sur le harcèlement scolaire sans plus de précision. S'ils acceptaient de participer, les participants étaient informés que le chercheur principal les contacterait par téléphone pour leur expliquer le déroulement de l'étude et leur proposer de participer à l'étude.

Les participants étaient ensuite contactés par téléphone par le chercheur principal qui se présentait en tant qu'étudiant en médecine réalisant une étude anonyme sur le thème du harcèlement scolaire entre pairs. S'ils acceptaient de participer à l'étude, un rendez-vous était convenu dans un lieu choisi par les participants afin de réaliser l'entretien (domicile, bureau, espace de coworking). L'entretien pouvait également être réalisé par visioconférence. Tous les entretiens ont été menés par le chercheur principal. Ils suivaient la méthodologie développée précédemment dans le paragraphe « Choix de l'entretien individuel semi-dirigé ».

En complément des données tirées de l'entretien, quelques métadonnées ont été recueillies : profession des enquêtés, schéma familial, âge de l'enfant victime etc. afin de caractériser le participant. Elles étaient obtenues soit pendant l'entretien si le participant y répondait spontanément soit en fin d'entretien à l'aide d'un questionnaire.

2. Retranscription et stockage des données

Les entretiens étaient audio-enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Ils étaient ensuite retranscrits littéralement et anonymisés par le chercheur principal afin de créer le matériau à analyser. L'ordre d'inclusion dans l'étude était associé au numéro d'inclusion dans l'étude, premier entretien = P1, deuxième entretien= P2, etc. Le contenu retranscrit ne faisait pas mention de caractéristiques identifiables (nom des participants ou des intervenants, lieux, noms d'école etc.) et il n'y avait pas de table de correspondance.

Les retranscriptions des entretiens ont été stockées sur l'ordinateur du chercheur principal dans un fichier de traitement de texte et les données ont été cryptées.

3. Traitement des données

Les données retranscrites ont ensuite été analysées manuellement tel que développé dans le paragraphe « Choix de la méthode qualitative par théorisation ancrée ».

Chapitre 4 : Aspects juridiques

1. Autorisations

Le jour de l'entretien, une information orale et écrite a été délivrée aux participants et un consentement écrit était recueilli afin de pouvoir audio-enregistrer l'entretien (Annexe 2). Pour les entretiens réalisés en visioconférence, les consentements ont été transmis par email.

L'étude a reçu l'autorisation de la CNIL, par l'intermédiaire d'un engagement de conformité à la méthodologie de référence MR-004 dans le cadre d'une recherche dite n'impliquant pas la personne humaine, ce que l'étude a respecté. Les données ont été traitées conformément aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données – RGPD (règlement européen 2016/679) et aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée. L'ensemble des données sera conservé jusqu'à publication des résultats finaux de l'étude et jusqu'à 2 ans après la dernière publication des résultats de la recherche, puis les données seront archivées selon les délais établis par la règlementation en vigueur. L'enregistrement audio sera détruit au maximum 2 ans après la dernière publication des résultats de la recherche.

Le protocole de l'étude a été soumis au comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants (numéro IRB : IRB00010804) qui stipule que la recherche a été réalisée en conformité avec la réglementation nationale (Annexe 3).

2. Financement

L'étude n'a bénéficié d'aucun financement. Aucune rémunération ni indemnité financière n'étaient prévues pour les participants.

Troisième partie : RESULTATS

Chapitre 1 : Résultats descriptifs

1. Population de l'étude

De juin 2019 à janvier 2020, 11 mères d'enfants victimes de harcèlement scolaire ont été contactées dans le cadre de l'étude, ayant permis la réalisation de 11 entretiens semi-dirigés. Chez les parents en couple, le couple a été sollicité pour l'entretien et seules les mères ont pu se rendre disponibles pour y participer. Les entretiens ont eu lieu au domicile familial, sur le lieu de travail de la mère ou dans un espace de coworking. Deux entretiens ont été réalisés par système de visioconférence par commodité (en raison de la distance géographique). Il n'a pas été retrouvé d'incidence du lieu de l'entretien sur les résultats.

Le temps moyen d'entretien était de quarante-six minutes. L'entretien le plus court a duré dix-huit minutes et le plus long une heure et trente-neuf minutes.

La population était constituée de 11 mères âgées de 39 à 49 ans et de milieux socio-professionnels différents. Les cas de harcèlement avaient eu lieu entre 2009 et 2018. Les histoires des 11 enfants répondaient à la définition de harcèlement scolaire. Au total, 9 des enfants harcelés étaient des filles et 2 étaient des garçons. Leurs âges au moment du harcèlement étaient compris entre 8 et 14 ans. Tous les types de harcèlements étaient représentés et tous les enfants étaient victimes de plusieurs types de cette violence. Les médecins traitants étaient des généralistes dans 5 cas et des pédiatres dans 4 cas. Deux participantes n'avaient pas de médecin traitant au moment du harcèlement, en raison du déménagement de la participante ou du départ à la retraite du médecin.

Tableau 1: Caractéristiques de la population étudiée

Participant	Parent interrogé	Age des participants	Profession	Année du HS	Age de l'enfant au moment du HS	Sexe de l'enfant	Type de harcèlement scolaire	Situation familiale	Médecin traitant	Durée entretien
P1	Mère	48	Animatrice radio	2009 à 2011	De 11 à 14 ans	Garçon	Physique et moral	Mère seule	Généraliste	1h24
P2	Mère	41	Éducatrice	2018	13 ans	Fille	Physique et moral	Mère seule	Généraliste	1h01
P3	Mère	45	Juriste	2017	14 ans	Fille	Cyberharcèlement, physique et moral	Famille biparentale	Pédiatre	37min
P4	Mère	48	Cadre supérieure	2014	9 ans	Fille	Physique, moral, alimentaire et sexuel	Famille biparentale	Non	44 min
P5	Mère	39	Sage-femme	2018	8 ans	Fille	Physique, moral, alimentaire et sexuel	Famille biparentale	Généraliste	40min
P6	Mère	49	Employée de banque	2017	8 ans	Garçon	Physique et moral	Famille biparentale	Pédiatre	1h39
P7	Mère	49	Directrice d'hôpital	2016	10 ans	Fille	Physique et moral	Famille biparentale	Pédiatre	1h27
P8	Mère	46	Stomatologue	2018	12 ans	Fille	Physique et moral	Famille biparentale	Non	42min
P9	Mère	44	Diététicienne	2018	14 ans	Fille	Cyberharcèlement, harcèlement moral	Parents divorcés, garde partagée	Généraliste	1h15
P10	Mère	44	Photographe	2018	13 ans	Fille	Cyberharcèlement, harcèlement moral et sexuel	Famille biparentale	Généraliste	18 min
P11	Mère	47	Conseillère parlementaire	2010	9 ans	Fille	Physique et moral	Famille biparentale	Pédiatre	26 min

Légende : HS : harcèlement scolaire.

2. Saturation des données

La saturation des données est apparue au dixième entretien. Un onzième entretien n'a pas apporté de nouveaux thèmes à l'analyse.

Chapitre 2 : Résultats analytiques

L'analyse du verbatim a fait émerger trois grandes catégories : la clinique du harcèlement scolaire entre pairs, les obstacles à la prise en charge globale et les attentes des parents vis-à-vis du médecin traitant.

1. Clinique du harcèlement scolaire entre pairs

1.1 Description de l'enfant victime

Lorsque les parents parlaient de leur enfant victime, six parmi les interviewés avaient relevé des caractéristiques qui différenciaient leur enfant des autres enfants. Certaines de ces caractéristiques évoquées étaient intrinsèques à l'enfant : tel que le fait d'être en avance d'un an, être atteint d'une maladie chronique, être un enfant à haut potentiel, être hypersensible ou avoir une particularité physique. D'autres facteurs étaient extrinsèques à l'enfant tel que le fait d'arriver dans une nouvelle école et de ne pas avoir d'ancrage. Les parents considéraient que « Dès qu'un enfant est un peu différent soit par son physique, son comportement ou autre il y a forcément déjà une forme de rejet qui n'est pas forcément du harcèlement mais c'est une forme de rejet » (P1).

Néanmoins, l'autre moitié des parents interrogés donnaient la description d'un enfant sans caractéristique particulière.

1.2 Retentissement chez l'enfant victime

La symptomatologie des enfants harcelés était mixte, mêlant des signes psychosomatiques, physiques et psychiques qui conduisait à un recours fréquent au médecin traitant : « Son pédiatre l'a beaucoup suivie, on a été souvent à l'hôpital malheureusement. Il y a ma gynéco aussi qui s'est mise dessus. Même mon médecin généraliste a été dessus. » P3.

1.2.1. Retentissement psychosomatique

Les parents rapportaient également des signes psychosomatiques telle qu'une anorexie, des céphalées et des douleurs abdominales : « Elle ne mangeait quasiment pas non plus. Ni midi, ni le soir. Là je me suis dit pour le coup ça commence à prendre beaucoup plus d'ampleur. Puis des crampes. Enfin voilà. Ça a suivi au niveau physique : des maux de têtes, des crampes au ventre » P2 ou des troubles neurovégétatifs : « Elle faisait quand même des évanouissements à l'école. Il y a une fois où c'est la psychologue scolaire qui l'a retrouvée dans l'escalier. » P3.

1.2.2. Retentissement physique

Des signes physiques en rapport avec des coups et blessures à des endroits suspects ont été rapportés : « J'aperçois une grande griffure large de la taille d'un ongle, enfin d'un demi centimètre sur 2 entre les 2 mamelons » P5.

Cette autre mère interrogée décrivait « Ces trucs (signe de montrer les bras) C'est quoi ? Ah bah c'est avec unetelle, on fait un concours de celle qui se fait des cicatrices. C'était des trucs bizarres quand même mais j'ai pas trop tilté » P11.

1.2.3. Retentissement psychique

L'analyse du verbatim a mis en évidence l'apparition, chez les enfants victimes, d'une symptomatologie anxio-dépressive concomitante au harcèlement.

En effet, l'enfant victime présentait une rupture de comportement par rapport à son état antérieur : « Arrivée en sixième elle a commencé à déjà ne plus du tout montrer son cahier de texte, ni rien. Vraiment elle devenait très hermétique avec tout ce qui concernait l'école et elle voulait s'habiller plus qu'en pantalon, elle ne voulait mettre que des couleurs sombres, elle devenait de plus en plus agressive à la maison. » P11.

Parmi les symptômes, était décrit : une humeur triste : « Je la trouvais sombre. A la maison, elle était agressive. Elle faisait des dessins assez sombres avec des dragons... des trucs un peu... enfin qui lui ressemblaient pas. » P4.

D'autres parents décrivaient chez leur enfant des crises de larmes et une irritabilité : « X pleurait vraiment tous les soirs, dès que son petit frère ou le grand lui disait quelque chose mais qui n'avait pas forcément un rapport ou qui n'était pas forcément méchant du genre « est ce que tu reveux du dessert », elle prenait tout de suite le truc hyper mal. » P8.

Les enfants victimes développait une anhédonie : « Elle avait pas envie de sortir, elle avait pas... Elle n'avait plus envie de rien faire. » P9 et l'envie de passer inaperçu : « Elle voulait surtout pas mettre de choses coquettes, elle voulait surtout pas qu'on la coiffe de façon jolie, pas qu'on la tresse etc. Elle voulait passer inaperçue » P5.

Certains parents décrivaient un ralentissement psychomoteur avec un repli sur soi : « On n'a plus invité de copines, elle sortait plus. Enfin voilà. Elle s'est un peu repliée » P9 et une prostration : « Elle avait qu'une envie c'était d'être habillée tout en noir, tout en sombre, être dans sa chambre et qu'on lui foute la paix » P11.

Certains enfants développaient une anorexie « Ma fille ne mangeait plus. Elle restait plusieurs jours sans manger. » P2.
« L'année dernière, il ne mangeait pas. Il mangeait très peu. Et c'est bête qu'un petit garçon ne mange pas. Il était pas triste mais il mangeait pas... » P6

Une idéation suicidaire était également décrite chez plusieurs des victimes : « Elle m'a dit « de toute façon je voudrais mourir puisqu'on m'a dit qu'il faudrait que je meure. » » P5 ainsi qu'un comportement auto-agressif chez une des enfants : « A un moment donné je me rappelle que je lui disais « mais pourquoi est-ce que tu as des traits rouges, etc. ? » Je pense qu'il y avait des espèces de simulacres de vraiment je me lacère un peu la peau etc. » P11.

Une des enfants victime de harcèlement scolaire a tenté de se défenestrer : « Sa sœur l'a récupérée au moment où elle sautait par la fenêtre donc voilà c'était complètement miraculeux. Elle a réussi à la faire rentrer » P7.

Tous les parents interrogés avaient noté que les symptômes de leurs enfants étaient rythmés par les temps scolaires avec une amélioration pendant les vacances et une aggravation en s'approchant de la reprise des cours : « Les vacances de Noël, elle allait un peu mieux » P3. « L'humeur était toujours un petit peu à cran et plus les jours s'approchaient de l'école et plus ça empirait » P2

1.2.4. Retentissement scolaire

Certains des enfants victimes développaient une phobie scolaire : en se remémorant l'histoire de son enfant, une mère interrogée se rappelait que celui-ci : « avait peur d'aller à l'école » P3. Effectivement plusieurs interviewés rapportaient que leurs enfants développaient une peur irrationnelle d'aller à l'école en rapport, selon les mères interrogées, avec l'inquiétude d'être réexposé au harcèlement. Cette phobie scolaire était concomitante au harcèlement scolaire et s'atténuait avec la prise en charge du harcèlement solaire.

Un absentéisme scolaire était souvent observé soit à cause des symptômes psychosomatiques soit en rapport avec la symptomatologie anxio-dépressive. Il y avait une répercussion sur le niveau scolaire : « Ses résultats ont été catastrophiques toute son année de quatrième » P3. Tous les enfants victimes avaient soit une baisse de leurs notes au moment de l'épisode de harcèlement, soit de meilleures notes à l'issue de celui-ci.

1.3. Retentissement familial

1.3.1. Retentissement chez les parents

Les parents interrogés culpabilisaient de la situation et d'avoir mis du temps à s'en rendre compte : « On était tellement, on avait tellement le sentiment d'être passé à côté qu'on en a été absolument bouleversés » P7.

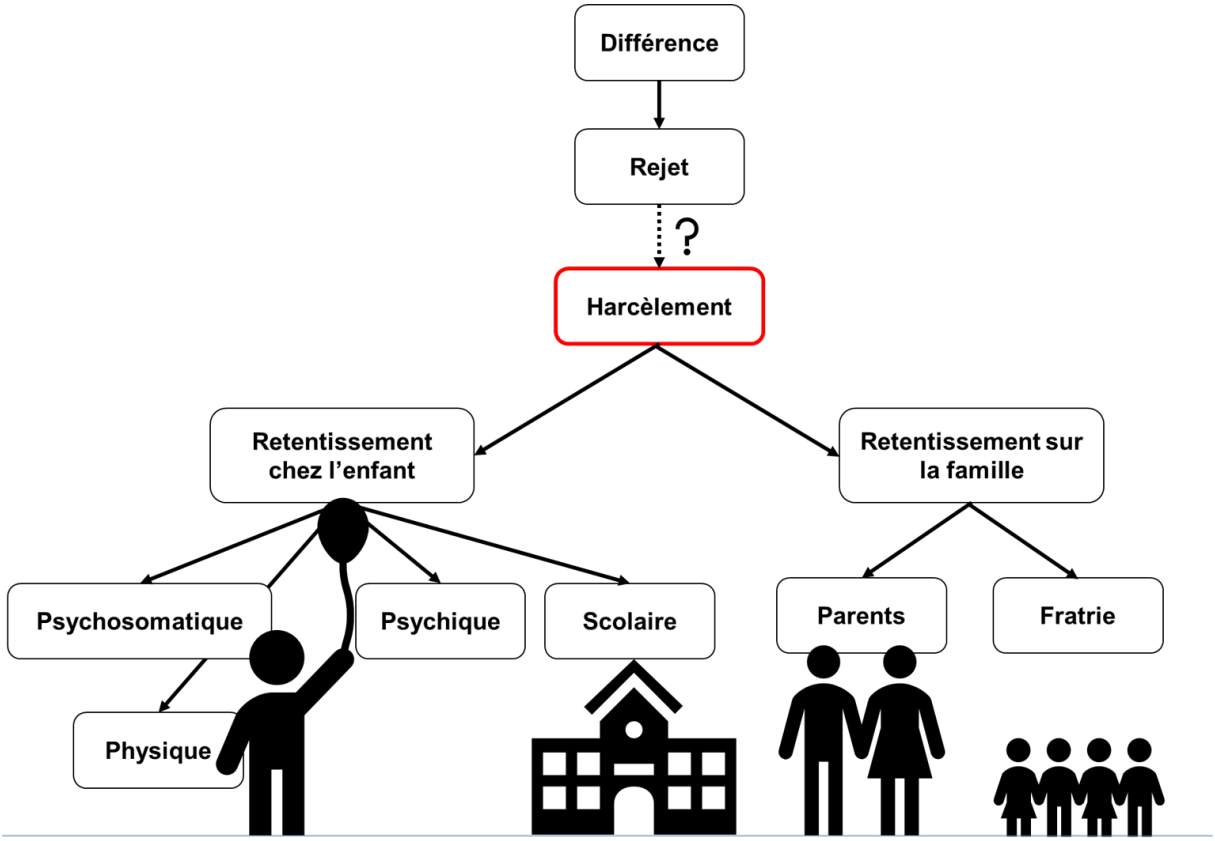
Ils se sentaient très seuls face à ce problème et se sentaient stigmatisés comme des parents à problèmes : « Quand votre enfant est victime on peut nous aussi très vite se trouver en situation de parent compliqué. C'est-à-dire, on aime bien aussi quand les parents ne font pas de vagues. Donc quand vous venez régulièrement avec des écrits ou expliquer qu'il y a des choses qui ne vont pas et que ce serait bien que chacun prenne ses responsabilités, vous êtes pas forcement vu d'un bon œil. » P1.

Certaines participantes ont rapporté un retentissement au sein du couple parental : « Mon mari à ce moment-là était un peu moins présent sur tous ces aspects-là donc euh oui ça a mis une distance. Moi j'ai un peu eu l'impression de mener le combat toute seule. » P4.

1.3.2. Retentissement dans la fratrie

Au sein de la cellule familiale, le harcèlement prenait trop de place : « Notre autre fille n'avait plus la parole. C'était compliqué pour elle. En fait elle avait l'impression qu'on ne s'occupait pas d'elle. » P6, délaissant ainsi les autres enfants au profit de l'enfant victime qui, malgré lui, monopolisait toute l'attention des parents préoccupés par la situation.

Figure 1 : Clinique du harcèlement scolaire



Légende : La différence peut entraîner le rejet et éventuellement mener au harcèlement, avec un retentissement chez l'enfant psychosomatique, physique, psychique ou scolaire et un retentissement sur la famille, incluant les parents et la fratrie.

On peut voir, au travers de cette première partie, que beaucoup de données sur le retentissement du harcèlement scolaire entre pairs sont ressorties de l'analyse. Ces résultats s'accordent avec les données de la littérature qui ont été développées dans l'introduction. Cette première partie permet de mettre en évidence le fait que le harcèlement scolaire a de vraies conséquences visibles au quotidien pour les parents ; qu'il a des conséquences sur l'enfant victime mais également sur toute sa famille. On commence ici à mettre en lumière le rôle que peut jouer le médecin traitant dans cette situation en lien avec les parents.

2. Les obstacles à la prise en charge globale

2.1. Les obstacles liés à l'enfant victime

Au cours des entretiens, les parents interrogés faisaient ressortir le fait que leur enfant ne souhaitait pas dire qu'il était victime de harcèlement : « Ce qui est compliqué c'est que souvent ils ne veulent pas le dire. Ils ne veulent ni témoigner, ni le dire » P9.

Les parents interrogés expliquaient ce silence par plusieurs raisons. D'une part : « Les enfants harcelés ont du mal à comprendre qu'ils sont le jouet des autres et pas qu'ils y sont pour quelque chose » P11, en effet il peut être difficile pour un enfant de se rendre compte de ce qui relève de la normalité et ce qui ne l'est pas.

D'autre part, si les enfants se rendaient compte de la situation alors certains parents soulignaient que leur enfant ne leur avait pas dit par honte d'être une victime : « L'enfant ne dit pas tout. Déjà moi elle me disait « j'ai honte ». Elle avait honte de pas être capable de se défendre » P4.

Autre point important, les enfants pouvaient le cacher pour ne pas faire souffrir leurs parents : « En parler c'est aussi peut être voir souffrir ses parents » P9.

Dernier point, les enfants pensaient qu'en parler à un adulte allait empirer le problème. Une mère interrogée racontait que son enfant s'était confié à elle et qu'elle avait dénoncé le harcèlement dont était victime son enfant à la directrice de l'établissement qui avait aussitôt convoqué les élèves responsables et suite à cela, sa fille « a été qualifiée de balance : donc là mais la moitié de sa classe et la moitié du reste du collège se sont retournés contre elle » P4. Son intervention qui partait d'une bonne intention n'a fait qu'empirer la situation de son enfant. Une autre mère expliquait que sa fille qui allait régulièrement à l'infirmerie pour des douleurs abdominales psychosomatiques n'avait pas osé se confier à l'infirmière scolaire par peur de représailles scolaires. Cette enfant était harcelée après la diffusion, via les réseaux sociaux, de photographies la représentant et craignait d'être exclue de l'école si elle se confiait à l'infirmière scolaire. Cette enfant avait des difficultés à se rendre compte qu'elle était en position de victime

et ajouté à cela avait une crainte de l'autorité de l'école et des conséquences qui pourraient être engendrées par ses aveux.

2.2. Les obstacles liés aux parents

Les parents interrogés avaient des difficultés à reconnaitre la situation de harcèlement dont était victime leur enfant « Vraiment des tas de problèmes mais sur le coup, on les a pris isolément, on ne s'est pas rendu compte qu'il y avait éventuellement un fil conducteur. » P7. Ils ont mis en évidence plusieurs obstacles à cela. En premier lieu un manque de communication entre parent et enfant par manque de temps chez des parents qui avaient des professions chronophages : « Quand je rentrais le soir, il fallait faire vite, vite le diner, vite le machin, vite aller se coucher, vite ! Et donc, il n'y avait pas trop la parole. » P11.

Certains parents interrogés remettaient en cause l'éducation qu'ils avaient reçue de leurs propres parents : « Ma grand-mère c'était « Never complain machin », elle était avec des tubes et des machins et elle te demandait comment tu allais et si tu étais contente de ton… voilà. Et il y a un côté, rien ne doit… Et je pense qu'on a été beaucoup trop dans cette éducation-là. » P11. Ce modèle éducatif n'autorisait pas les enfants à se plaindre et avait pour conséquence de brider la parole.

Les mères interrogées étaient déconcertées face à l'évolution des comportements et des modes de communication entre leur génération et celle de leurs enfants. Certains parents ont soulevé leur naïveté face au phénomène : « Avant que ça n'arrive à X, je ne pouvais pas m'imaginer que ça puisse exister en fait. Je suis tombée des nues quand j'ai découvert ça. » P8. Certains justifiaient cette ignorance par le gap générationnel existant entre eux et leur enfant : « J'étais tellement loin de m'imaginer que ma fille qui sort de sa cinquième, à qui un garçon plus âgé puisse demander ça. Je pense que je l'aurais peut-être avertie plus tard mais voilà tout se fait plus tôt et c'est là qu'on est pris de court aussi » P1 [à propos de sa fille qui avait envoyé une photo d'elle suggestive à un élève de son école]. Une mère soulignait sa naïveté face à l'utilisation des réseaux sociaux : « Je pense que j'étais naïve parce que finalement entre l'utilisation que nous on peut faire des réseaux sociaux en tant qu'adulte et celle où ils sont livrés et c'est vrai c'est pas évident en fait. Ouais là-dessus on est un peu démunis surtout quand

ils commencent. Alors c'est vrai que on a beau avertir, mettre en garde, je pense qu'il y a beaucoup de choses qui vous échappent. » P10.

Enfin, certains parents interrogés avaient repéré des changements de comportement chez leur enfant mais avaient mis cela sur le compte du caractère de leur enfant : « Je ne la sentais pas heureuse mais comme elle avait toujours été sur ce pli spleen on m'aime, on ne m'aime pas… moi… elle avait vu des neuros, elle avait vu plein de trucs, notre fille, donc au bout d'un moment j'avais pris le parti avec mon mari de se dire : « X tout va bien. » » P3.

2.3. Les obstacles liés à l'école

Le harcèlement scolaire est un phénomène d'actualité et l'augmentation des campagnes de prévention ainsi que du nombre de témoignages pouvait avoir l'effet pervers de décrédibiliser les victimes et leurs parents : « Ce qui est toujours compliqué c'est que le harcèlement c'est un peu à la mode en ce moment. D'ailleurs c'est ce qu'on m'a objectée l'année dernière. » P6. A contrario, une mère dont la fille a été harcelée, quelques années avant que le sujet soit abordé dans les médias, pensait que si ça fille avait été harcelée aujourd'hui, elle aurait été mieux informée en tant que parent et mieux armée pour l'aider à s'en sortir.

Certains établissements scolaires, indépendamment des cas de harcèlement étudiés, avaient mis en place des campagnes de prévention afin de sensibiliser les parents à ce phénomène. Néanmoins une maman a souligné ne pas s'être sentie concernée par la prévention globale faite par l'école : « Je pense que ce n'est pas vraiment l'école qui nous parle de ces sujets parce qu'il y a bien une conférence de temps en temps sur le harcèlement scolaire mais c'est assez vague et on a toujours l'impression que ça ne touche pas notre enfant » P8. Et malgré ces campagnes de sensibilisation, le harcèlement restait un concept flou pour les enfants aussi bien victimes qu'agresseurs : « Il n'y a pas longtemps j'ai été à la remise des bulletins et j'ai vu des affiches « le harcèlement il faut en parler machin » mais finalement j'ai trouvé qu'il manquait un peu de c'est quoi le harcèlement ? Parce qu'on en parle mais finalement est-ce qu'elle s'est rendue compte qu'elle était dans ce cadre-là quand elle l'a fait ? Non je crois pas. Non je ne pense pas. C'était sa copine donc elle avait tous les droits. C'est-à-dire à partir de

quand on appelle 12 fois une personne ? Si on n'est pas un adulte on pense que c'est normal. » P9.

Certains parents avaient fait appel à l'école de leur enfant pour les aider à mettre un terme au phénomène et les responsables de l'établissement étaient souvent perçus comme étant dans le déni et ne voulant pas admettre qu'un élève puisse être victime de harcèlement au sein de leur établissement : « Ils ont pas su gérer parce qu'ils n'ont pas voulu gérer. Parce que gérer ça voulait dire reconnaître qu'il y avait un problème » P3.

L'absence de communication au sein de l'établissement était également pointée comme un écueil à la prise en charge du harcèlement : « J'avais écrit un mot en CE1 en me plaignant que ma fille avait faim en sortant de l'école et que c'était pas du tout normal alors qu'elle mangeait à la cantine et au goûter. En fait elle se faisait voler tous ses repas systématiquement, tous ses goûters et personne n'avait surveillé alors que j'avais écrit un mot... » P5.

Enfin, malgré la bonne volonté du corps professoral, la question de la formation et du soutien des enseignants sur la prise en charge du harcèlement scolaire a été soulevée par les interviewés : « La directrice m'a dit « moi votre fille quand je la vois dans la cour j'ai la boule au ventre mais je ne sais pas quoi faire ». » P4.

2.4. Les obstacles liés au médecin traitant

2.4.1. Les situations où le médecin traitant n'a pas été consulté

Parmi les onze enfants, quatre n'avaient pas consulté leur médecin traitant et parmi ces quatre enfants, un enfant n'avait plus de médecin traitant et ses parents l'avaient emmené voir un médecin nutritionniste qui est devenu son médecin traitant par la suite.

Les parents ont relevé un premier frein à consulter le médecin traitant qui était celui de la méconnaissance du rôle du médecin dans la prise en charge du harcèlement scolaire : « On n'en avait pas parlé au médecin traitant parce qu'on arrivait aussi dans une nouvelle ville, on n'avait pas de médecin traitant en arrivant mais pour être honnête si on était resté dans la ville

d'avant en fait je me suis dit, je n'y pensais même pas. En fait c'est une piste à laquelle je n'avais pas pensé. » P4.

Ajouté à cette méconnaissance du rôle du médecin traitant, le peu de consultation chez le médecin à cet âge-là a été souligné rendant rares les opportunités d'intervention du médecin : « Un gamin de douze ans qui va bien, il voit peu son médecin quand même. » P7.

2.4.2. Les situations où le médecin traitant a été consulté et où la prise en charge a été un échec

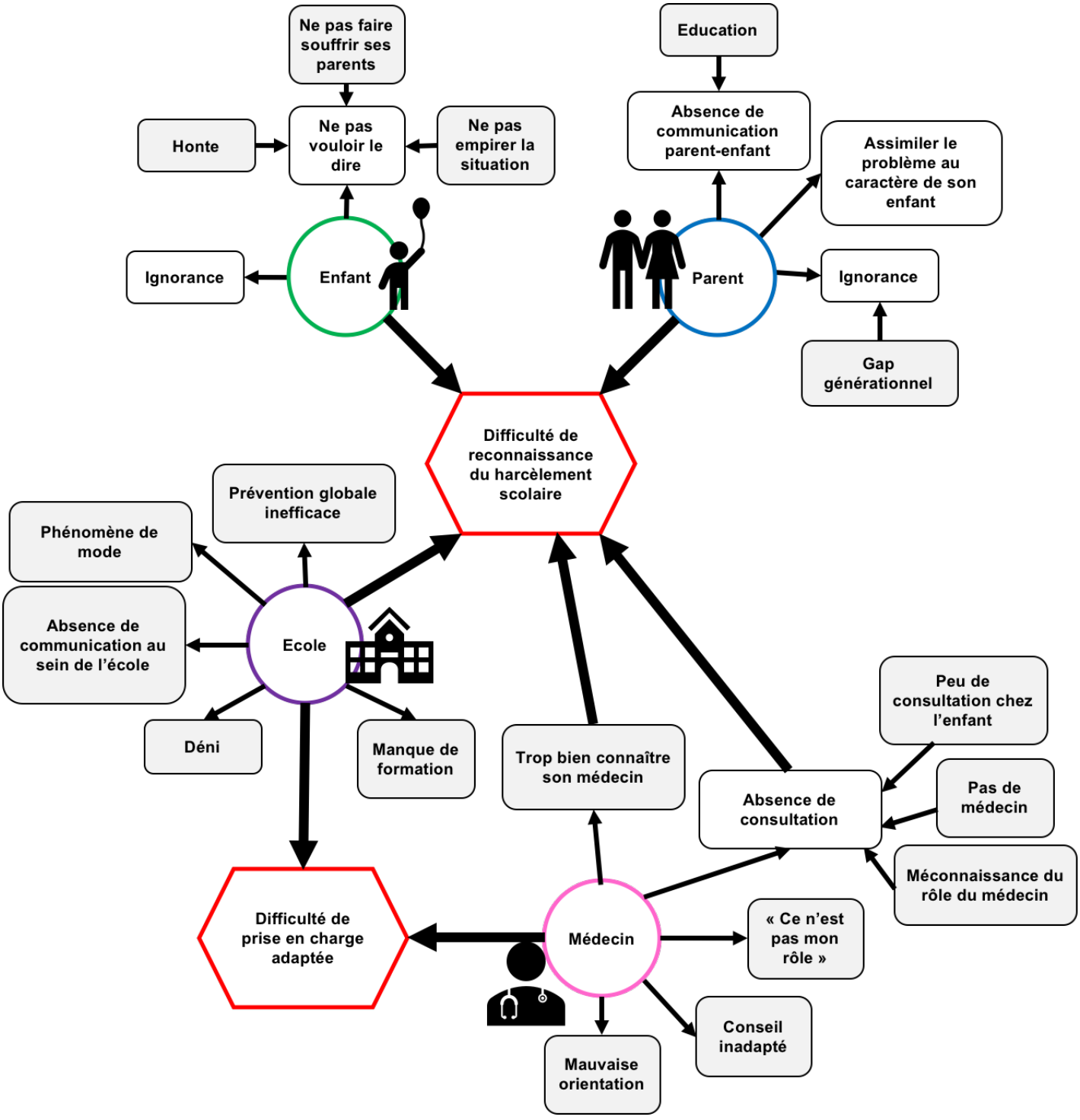
Lors d'une consultation médicale, plusieurs situations ont desservi les parents et leur enfant victime de harcèlement scolaire. En se disant non concerné par la problématique, un médecin a renforcé le sentiment de solitude des parents : « Elle m'a renvoyée que c'était au collège de faire leur travail qu'elle n'a pas à faire de mot ou de... Donc je me suis retrouvée un petit peu... bah sans rien de toute façon » P2.

Les parents ont exposé deux situations où le médecin s'est senti concerné par la problématique mais où la prise en charge de l'enfant victime n'a pas été aidante. Une première situation a été de mal orienter l'enfant : « Elle aurait pu peut-être un peu plus nous guider et puis faire un peu plus le bon casting du psy parce qu'elle nous a envoyé chez cette bonne femme qui a vu X une fois et qui lui a bien enfoncé la tête sous l'eau en lui disant que c'était une bien méchante petite fille » P11. Une deuxième situation a été de donner des conseils inappropriés à l'enfant : « Quand je suis allée la voir en janvier, elle a simplement dit à X. Bah il ne faut pas te laisser faire hein. Soit il faut les choper à la sortie... Bon du coup la réponse n'était peut-être pas appropriée non plus. Puisque, moi dans les faits après ça se retourne contre moi. » P2

Comme le rapporte une mère interrogée, trop bien connaître son médecin traitant a été un frein à l'alerter. En effet, malgré un nombre de consultations répétées et inquiétantes de leur enfant chez leur médecin traitant, ni le médecin ni les parents ne se sont mis en alerte et n'ont évoqué le harcèlement scolaire ou une autre problématique chez cet enfant en détresse. Comme l'expliquait cette mère, les discussions dérivaient rapidement sur des sujets plus amicaux et la consultation médicale ne se centrait pas sur l'enfant qui devenait presque un motif secondaire

de consultation : « C’est toujours le risque quand on connaît trop son médecin en fait j’imagine qu’on alerte moins. » P7.

Figure 2: Les obstacles à la prise en charge globale



Légende : L'origine des obstacles à la reconnaissance du harcèlement scolaire est multiple, qu'ils soient issus de l'enfant, du parent, de l'école ou du médecin, ces deux derniers pouvant également présenter des obstacles à une prise en charge adaptée de la problématique.

3. Les attentes des parents vis-à-vis du médecin traitant

3.1. Une relation de confiance

La relation avec le médecin traitant était très importante aux yeux des parents interrogés, ils la décrivaient comme une relation de confiance mutuelle qui se crée et se renforce au fil des consultations médicales « C'est quelqu'un de confiance le médecin, on sait qu'il répétera pas ce qu'on lui dit et qu'il peut être très aidant par rapport à la connaissance qu'il a de la famille aussi. » P4.

Le médecin était vu comme une personne neutre qui contrairement aux parents ne souffrirait pas d'entendre la douleur de l'enfant : « J'en ai souffert clairement, je veux dire c'est ma fille donc. Et je pense qu'elle ne le supporte pas non plus et probablement que le médecin traitant c'est pas quelqu'un qui souffrirait de ça. Il serait plus dans quelque chose de à l'écoute, du soutien, éventuellement des solutions. C'est vrai que c'est pas évident de parler de ça à ses parents si on sait qu'ils vont souffrir. » P9.

Le secret médical a semblé être un allié pouvant aider les enfants à parler sans crainte que cela engendre des conséquences comme il peut y en avoir quand on en parle aux parents ou à l'école : « Le médecin c'est une tierce personne, et puis il y a le secret médical on peut lui parler sans qu'il y ait de conséquences, ça peut aider les enfants à parler. » P8.

L'approche souhaitée était une approche centrée sur le patient : « Je pense que s'il y a une approche en tête à tête beaucoup plus personnelle avec un médecin, on peut voir les choses avec plus de... Enfin on voit la réalité plus en face et on se rend compte que oui ça n'existait pas à notre génération et en tout cas, on n'était pas tellement au courant de tout ça et qu'on se rend compte que ça existe, que ça peut arriver à nos enfants » P8.

3.2. Prévenir les enfants du risque de harcèlement scolaire

Les parents interrogés souhaitaient que le médecin accorde du temps à cette violence pendant la consultation en l'évoquant à chaque consultation de l'enfant ou de l'adolescent à la fois pour sensibiliser les enfants et aussi pour leur montrer qu'ils peuvent en parler à leur médecin si besoin : « Pas forcément faire un pitch de un quart d'heure à chaque consultation sur le harcèlement mais enfin voilà que quand c'est une consultation avec un ado garçon ou fille, c'est important d'avoir un petit mot, comme on regarde le poids et la taille, parce que je pense que ça arrive beaucoup plus souvent qu'on ne le pense et dans tous les milieux et à tous les niveaux de classe » P8.

Une mère dont l'enfant était atteint d'une maladie chronique souhaitait que le médecin sensibilise les familles d'enfants ayant des pathologies chroniques à l'existence du harcèlement scolaire. Elle faisait partie des parents qui pensaient que le fait d'avoir une caractéristique particulière risquait de rendre les enfants vulnérables : « En tant que médecin, en tout cas on ne généralise peut-être pas, mais dès qu'un enfant a une pathologie spécifique ou autre c'est bien de dire aux familles attention parce qu'il y a aussi ça. Que ça il faut s'en préserver. Parce qu'un enfant qui est malade qui subit ça en plus ça fait beaucoup » P1. Cette mère pensait que le fait d'être sensibilisé permettrait de mieux accueillir la situation.

3.3. Alerter les parents d'une situation de harcèlement scolaire chez son enfant

Nous avons précédemment exposé le fait que les parents pouvaient avoir des difficultés à se rendre compte que leur enfant était victime de harcèlement. Les parents interrogés racontaient que leur médecin traitant les avait beaucoup aidés en les alertant : « J'ai été la voir quand elle avait mal au ventre, et c'est elle qui m'a dit « il se passe quelque chose » mais moi j'ai de la chance, enfin nous on a de la chance d'avoir toujours eu de très bons médecins. » P3.

De même, si les parents minimisaient la situation, les parents interrogés considéraient que le médecin traitant était dans son bon droit pour les aider à prendre conscience de la gravité de

la situation : « Le médecin me dit « vous voyez quand même les forces en présence : vous avez votre fille qui est à l'hôpital pendant des semaines parce qu'elle se fait agresser. Enfin pas de syndrome de Stockholm, il faut la protéger » P7.

3.4. Prise en charge thérapeutique

3.4.1. Psychothérapie de soutien

Une fois le harcèlement avéré, les participants souhaitaient que le médecin soit disponible et avaient apprécié qu'il prenne des nouvelles de leur enfant : « Le fait, ne serait-ce que déjà elle me demande si ça se passait mieux, notre médecin traitant hein, si je voyais des changements que voilà et tout ça, je trouvais ça bien. » P6.

Ils désiraient une oreille attentive de la part de leur médecin : « Un médecin traitant aurait pu être aussi à l'écoute même si on n'est pas sûr de la maladie, des symptômes de maladie mais il y a un mal-être à un moment donné. » P4.

Les participants attendaient par ailleurs que le médecin traitant qualifie la situation de harcèlement : « X était persuadée que ce n'était pas du harcèlement qu'elle avait mais que c'était des enfants qui n'étaient pas sympas mais que ce n'était pas grave, que c'était elle qui… Enfin elle savait plus trop où elle en était et ce médecin a été super parce qu'elle a réussi à mettre des mots sur le problème. » P8.

Les parents interrogés considéraient qu'il était important que le médecin reconnaisse l'enfant en tant que victime : « Il faut arriver à qualifier que c'est du harcèlement. Parce qu'entre des chicaneries d'enfant, des réflexions. On sait bien qu'ils sont un peu malmenés qu'ils se prennent des réflexions, les cours d'écoles sont dures. Là on était vraiment sur un cas avéré de harcèlement. Quand le mot a été posé, déjà ça a été reconnu. » P4

Les parents se sentaient responsables de la situation dans laquelle était leur enfant et avaient besoin d'être déculpabilisés : « Sur le moment peut être, certainement que le médecin aurait pu échanger avec moi et me dire à moi parent, vous êtes suffisamment attentifs à vos

enfants etc. Il y a des choses qu'on ne peut pas voir. » P4. Ils avaient également besoin que le médecin rassure leur enfant : « Le médecin a un rôle, à mon avis, à jouer auprès des enfants, en les rassurant et en leur permettant de parler » P8.

3.4.2. Un lien avec l'école

Un parent pensait que le médecin pourrait les conseiller dans les démarches à suivre auprès de l'école : « Peut-être qu'elle aurait pu plus nous guider sur les démarches à faire vis-à-vis de l'école » P11. Une autre mère pensait que l'avis du médecin donnait du crédit aux parents dans la discussion avec l'école : « Je pense que même dans la discussion avec l'école, le fait de dire « vous savez, le médecin considère que » ça a tout de même un peu de poids. » P7.

3.4.3. Lien avec d'autres acteurs

Le médecin traitant avait pour mission de créer un réseau autour de l'enfant. Les parents attendaient que le médecin leurs donnent les coordonnées d'associations : « Quand elle me disait, « les enfants vont bien ? » Je lui disais « bah non, je sais pas quoi faire, tel truc, tel machin. » Elle me disait « vous savez, il y a des associations pour vous aider » mais en fait les trucs arrivent tellement vite que vous savez pas. » P6.

Ils pensaient que le rôle du médecin était d'adresser leur enfant à un psychologue ou psychiatre en cas de nécessité : « La pédiatre a été plutôt de bon conseil. C'est elle qui m'a dit tout de suite, « on décode. Pourquoi, elle est très agressive ? Parce qu'elle est très agressée. Le psy lui ferait du bien ». » P11.

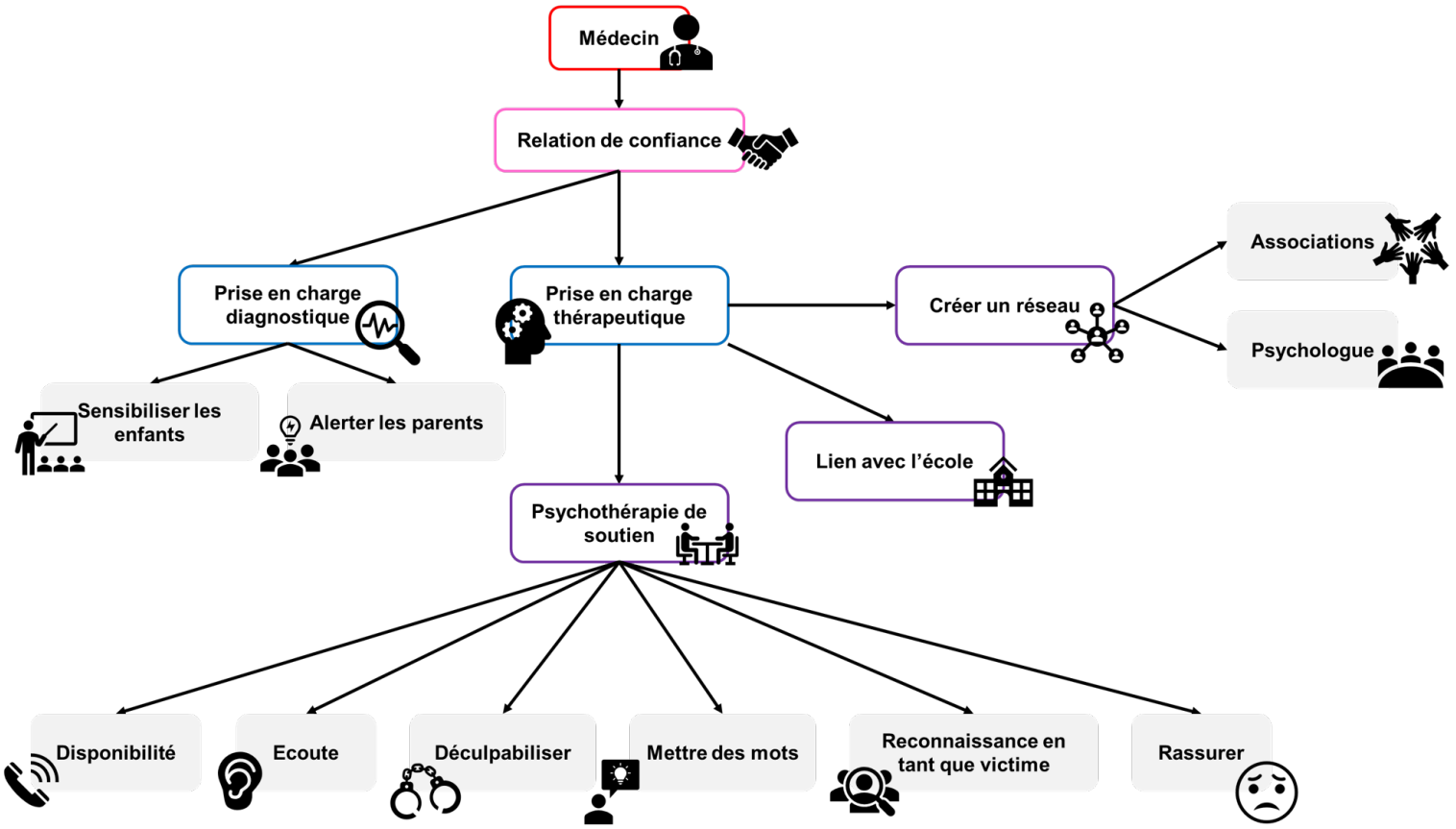
3.4.4. Les situations où le recours au médecin n'a pas été jugé nécessaire par les parents

Dans trois situations les parents n'ont pas jugé nécessaire d'avoir recours au médecin traitant. Dans une première situation, les parents ont eu recours à une psychologue pour aider leur enfant et avaient trouvé cette prise en charge efficace.

Dans les deux autres situations, les parents avaient réussi à gérer seul et à stopper rapidement le problème de harcèlement scolaire dont était victime leur enfant. Il y avait des similitudes entre ces deux situations : premièrement la communication entre parents et enfants était centrale dans leur éducation ce qui avait permis à leur enfant de se confier à eux, parents, dès le début de la situation : « X, c'est vrai qu'on a la chance qu'elle nous raconte vraiment beaucoup de choses par contre, elle raconte des fois elle nous lit carrément des messages, bon plutôt à moi qu'à son papa. C'est vrai qu'elle est très... Elle nous cache pas grand-chose […] Et du coup, cette histoire en fait, elle a fini par nous l'avouer. » P10.

Deuxièmement, les parents avaient agi en accord avec leur enfant : « Elle me dit : «Ok je vais l'appeler mais je veux que tu sois là. ». Très bien, ok. Donc on va dans ma chambre et elle me dit « mais par contre tu dis rien. Je veux juste que tu sois là mais que tu dises rien » P9.

Figure 3 : Les attentes des parents vis-à-vis du médecin traitant



Légende : La relation de confiance est centrale dans les attentes des parents vis-à-vis du médecin traitant pour la prise en charge diagnostique : la reconnaissance du harcèlement et thérapeutique : les actions mises en place pour traiter la problématique.

Chapitre 1 : Éléments de réponse à la question de recherche, comparaison à la littérature existante et mise en perspective

Grâce aux propos rapportés par les parents interrogés, cette étude permet de mettre en lumière le fait que les parents interrogés pensent que le médecin généraliste a vrai un rôle à jouer dans la prise en charge du harcèlement scolaire, rejoignant ainsi l'avis des enfants ou adolescents victimes (24), (25), (26), (31) et celui des médecins généralistes (22), (27),(28).

Parmi les parents interrogés, ceux qui avaient un médecin traitant appréciaient la relation qu'ils avaient avec leur médecin. Cette relation de confiance rassurante les avait incités à se tourner vers leur médecin quand leur enfant était victime de harcèlement scolaire. Le médecin traitant était une personne clé de la prise en charge médicale du harcèlement scolaire à la fois grâce à la connaissance que le médecin avait sur eux et leur famille et parce qu'il était vu comme une tierce personne qui ne souffrirait pas de la douleur de l'enfant victime. Pilier de cette relation médecin-patient, les parents interrogés voyaient le secret médical comme un atout qui pourrait aider les enfants à se confier. En effet, ils pensaient que la garantie du secret médical pouvait permettre à l'enfant victime de parler au médecin sans craindre d'empirer la situation de harcèlement scolaire comme ce pourrait être le cas si l'enfant se confiait à ses parents ou à un adulte de l'école. Dans les études réalisées auprès des enfants et adolescents, le médecin était effectivement vu comme une interlocuteur neutre ayant une indépendance vis-à-vis de la situation de harcèlement (24), (25), (26). En revanche, la connaissance du secret médical était assez floue et non évoquée spontanément. L'abord du secret médical comme atout pour permettre aux enfants de se confier à eux n'était pas évoqué dans les études réalisées auprès des médecins. Aussi, comme proposé par Anne Wojtarkowski dans son travail de thèse, il pourrait être judicieux de rappeler aux enfants et à leurs parents lors d'une consultation médicale

l'existence du droit au secret médical que possède l'enfant vis-à-vis de ses parents et ce dès le plus jeune âge (32) et des situations où ce droit peut être opposable.

La relation établie avec le médecin traitant a été un frein à la prise en charge de l'enfant victime de harcèlement dans une des situations où le médecin traitant était un ami proche des parents. A l'époque où cet enfant avait été victime de harcèlement à l'école, et malgré des consultations médicales répétées qui auraient pu alerter les parents ou le médecin, celui-ci n'avait jamais évoqué le harcèlement scolaire ou une autre problématique lors des consultations. En explorant la littérature existante sur le sujet de la relation médecin patient-proche, une des conséquences fréquemment soulignées de l'amitié dans la relation médecin-patient est le risque de minimisation des symptômes voire un déni du diagnostic du côté du médecin (33). On peut aisément comprendre que le médecin cité dans notre étude soit tombé dans cet écueil. Son expérience devrait inciter à être d'autant plus en alerte chez les enfants des proches que nous soignons en quittant la relation amicale médecin-proche et en entrant pleinement dans la relation médecin-patient.

Si l'on s'accorde au discours des parents interrogés dans cette étude, le médecin traitant pouvait intervenir à trois niveaux. En prévention primaire, en prise en charge diagnostique et en en prise en charge thérapeutique.

En premier lieu, concernant la *prévention primaire*, il était souhaité par les parents que le médecin sensibilise les enfants et les parents à l'existence du harcèlement scolaire en évoquant le sujet en consultation médicale ; point sur lequel s'accordent également les études interrogeant les enfants et adolescents (24), (25), (26). Les parents pensaient qu'une approche centrée sur le patient réalisée par le médecin traitant qui adapterait son discours à l'enfant et à ses parents serait plus impactant qu'une approche collective telle que les campagnes de sensibilisation ou les conférences organisées notamment au sein des établissements scolaires. Les parents se sentaient moins concernés par une intervention de groupe en se disant « cela ne m'arrivera jamais » que par une intervention individuelle et adaptée qui les cible directement. La question qui se pose ici est : par quel moyen sensibiliser les parents et par quel discours ? Une première étape pourrait être d'évaluer les connaissances des parents et de l'enfant sur le sujet et de leur demander s'ils souhaitent compléter leurs connaissances. Le harcèlement scolaire est un phénomène d'actualité : les parents et leurs enfants sont globalement informés

de son existence. Néanmoins, ils peuvent ressentir le besoin d'avoir des exemples plus concrets et d'avoir une discussion ouverte en tête à tête avec leur médecin. Si les parents ou enfants pensent manquer de connaissances, il peut être judicieux de leur proposer une consultation dédiée. Une autre possibilité serait de leur fournir des ouvrages ou des références de courts-métrages expliquant ce qu'est le harcèlement scolaire qui permettraient d'entamer une discussion parents-enfants et leur proposer d'en rediscuter à la consultation suivante.

Dans la première partie des résultats, les interviewés mettaient en avant des caractéristiques particulières à leur enfant ayant été victime de harcèlement scolaire tel que le fait d'avoir une maladie, d'être une enfant à haut potentiel ou d'être le nouveau venu de la classe. Ils présentaient ces caractéristiques comme une différence qui aurait donné l'impulsion au harcèlement. Cette affirmation des parents soulève plusieurs questions : qu'est-ce qu'une différence ? Est-ce que le fait d'avoir une différence prédispose à se faire harceler ? Est-ce que tous les enfants harcelés ont une différence ? Certains auteurs estiment que la base du harcèlement va être l'existence d'une différence chez la victime qui va être stigmatisée par l'agresseur. Cette différence peut être liée à l'apparence, à l'identité de genre, à un handicap, à l'appartenance à une minorité sociale ou être bien plus relative tel que le fait d'être un bon élève dans une classe d'élèves turbulents ou d'être le nouveau de la classe, etc. (34). Cependant, il ne suffit pas d'avoir une différence pour être victime de harcèlement. En effet, face à une différence un individu peut être isolé et exclu du groupe mais sans être nécessairement victime de harcèlement. En ce sens, les études de victimation ne permettent pas de pointer ces différences comme seule cause de harcèlement : de nombreux enfants présentant une ou plusieurs de ces différences ne se feront pas harceler à l'école (6). De plus, une méta-analyse réalisée en 2017 par l'équipe de Martin Pinquart, un chercheur allemand, montre que les enfants atteints de maladie chronique ou de handicap avaient une majoration de risque de 7% d'être victime de harcèlement scolaire par leurs pairs par rapport à ceux ne souffrant pas de ces pathologies. La majoration de risque était d'autant plus vraie si le handicap ou la maladie modifiait l'apparence physique ou le poids et pouvait aller jusqu'à 30%. Le risque de harcèlement chez ces enfants est donc plus ou moins majoré et ne les concerne heureusement pas tous (35). Selon Nicole Catheline (34), pour qu'il y ait un harcèlement provoqué par une différence, il faut que celle-ci génère un mal-être chez l'agresseur potentiel, en le renvoyant à ses propres difficultés et l'exclusion seule du groupe de l'individu différent ne suffit pas à dissiper le mal être de l'agresseur potentiel. Voir cette faille chez un autre est insupportable

pour le futur agresseur qui va alors essayer de réduire la victime potentielle à cette différence. Si la victime est suffisamment vulnérable à ce moment-là pour ne pas être capable de riposter et que l'harceleur obtient l'approbation de ses pairs, la dynamique de harcèlement sera alors lancée.

On peut se poser la question de savoir s'il faut effectuer de la prévention auprès des enfants « différents » : et en particulier auprès de ceux atteints de pathologie chronique ou de handicap comme le souhaitait une des mères interrogées. En effet, elle considérait que le fait d'avoir connaissance de ce risque permettrait de l'apprivoiser et ainsi de mieux l'accueillir. Emmanuelle Picquet, psychopraticienne fondatrice du Centre d'intervention en souffrance scolaire utilisant la thérapie brève systémique et stratégique de l'école de Palo Alto, estime qu'un enfant à priori vulnérable peut acquérir les armes nécessaires pour se défendre seul tandis qu'il pourrait devenir vulnérable au harcèlement s'il est étiqueté comme un enfant à risque de se faire harceler par ses pairs (36). En effet, dire à un enfant et à ses parents « Attention tu es à risque de te faire harceler » pourrait être anxiogène pour eux et risquer de produire l'évènement inverse à celui souhaité. Ainsi, mettre l'enfant dans une situation de vulnérabilité risquerait de déclencher un harcèlement qui aurait pu ne jamais avoir lieu. Quel peut être alors le rôle de médecin ? Il en appelle à notre responsabilité en tant que médecin d'être d'autant plus alerte chez ces enfants atteints de pathologie chronique ou de handicap et de leur consacrer du temps en consultation et pour les laisser s'exprimer et pour s'assurer de leur bien-être scolaire et global.

En second lieu, concernant la *prise en charge diagnostique*, les parents souhaitaient que le médecin traitant accorde de la place à la question du harcèlement à l'école à chaque consultation d'enfant ou d'adolescent comme on s'intéresse au poids et à la taille. On retrouve cette demande chez les enfants et adolescents. Le médecin pourrait ainsi, à l'aide d'une question ouverte telle que « Comment ça se passe à l'école ? » « Comment t'entends-tu avec les autres élèves ? » demander à chaque consultation d'un enfant ou adolescent comment se passe les journées d'école (24), (25) afin de montrer à l'enfant que le médecin porte de l'intérêt à son bien-être et laisser une porte ouverte à l'enfant en lui permettant de se confier au médecin au cours de la consultation médicale ou des consultations suivantes.

Les parents interrogés souhaitaient également que le médecin attire leur attention en cas de signes d'alerte chez leur enfant pouvant être en rapport avec une situation de harcèlement scolaire. Les différents signes d'alerte mis en évidence dans cette étude sont conformes à ceux rapportés dans la littérature et présentés dans la première partie de cette étude. Il n'existe pas de symptômes pathognomoniques au harcèlement scolaire : ce sont des signes pouvant révéler un mal-être chez l'enfant ou l'adolescent quel qu'en soit la cause. Il est néanmoins intéressant de noter que ces symptômes suivent le rythme scolaire avec une majoration des symptômes pendant les temps scolaires et une diminution des symptômes pendant les week-ends ou les vacances scolaires. Les parents évoquaient leur difficulté à repérer ces symptômes qui pouvaient s'assimiler, au moins au début des symptômes, à une entrée dans l'adolescence. Ils manquaient de recul au moment de la situation de harcèlement, mais devenaient capables de déterminer le moment précis du basculement du comportement de leur enfant en revoyant le film de l'histoire de harcèlement. Les médecins de leur côté évoquaient les mêmes difficultés ainsi que l'enjeu de réussir à faire parler un jeune (22). Pour s'aider à dépister une situation de détresse chez l'enfant, le médecin pourrait faire appel aux parents en leur demandant s'ils ont remarqué des changements de comportement à la maison à l'aide d'une question ouverte telle que « Comment ça se passe à la maison ? ». Si les parents n'ont pas le recul nécessaire à la première consultation, on peut néanmoins penser qu'ils seront plus observateurs du comportement de leur enfant les jours suivant la consultation médicale et s'interroger s'ils observent effectivement des changements chez leur enfant. En plus de l'aide des parents, un outil pouvant être utilisé en consultation est le questionnaire Buylling Insomnia Tobacco Stress (BITS-test) développé par Philippe Binder & al qui, au travers de 4 questions initiales et 4 complémentaires, aide à repérer un mal-être chez le jeune (37).

Figure 4 : Bullying Insomnia Tobacco Stress test

Ce test a l'avantage d'être rapide à réaliser et est donc bien adapté à la consultation médicale. En effet, la durée non extensible à l'infini de la consultation médicale fait craindre aux médecins de manquer de temps pour repérer un mal-être chez un enfant ou adolescent (22).

En troisième lieu, concernant la *prise en charge thérapeutique*, une fois le problème reconnu, les parents attendaient du médecin traitant une prise en charge basée sur une attitude psychothérapeutique, point sur lequel s'accordent les enfants et adolescents interrogés dans d'autres études (25), (26). Reconnaître que le patient souffre, que sa situation est difficile et mettre des mots sur cette douleur est finalement le premier rôle attendu du médecin qui possède les outils nécessaires pour offrir une écoute thérapeutique. L'attitude thérapeutique souhaitée par les parents était basée sur l'empathie, l'écoute et le soutien et comprenait une dimension directive de conseil, d'information et d'explications. Cette psychothérapie de soutien souhaitée par les parents est implicite au rôle du médecin traitant (38). En effet, le médecin traitant ne peut se contenter de s'intéresser qu'au corps malade, pour comprendre le corps et assurer une prise en charge globale du patient, il doit également s'intéresser à la psyché de son patient. Le médecin traitant par sa connaissance du patient et de son histoire a une position privilégiée pour offrir une écoute facilitant l'expression du patient qui en ressent le besoin. Cependant, il est important de rappeler, comme le fait Balint, que le médecin engagé dans une démarche de psychothérapie ne doit pas « jouer au psychiatre ». « Dans le doute, ne vous hâtez pas, mais écoutez » (39). De plus, les médecins selon leur sensibilité propre et selon leur disponibilité au moment de la consultation médicale sont plus ou moins enclins à se mettre dans cette attitude psychothérapeutique. D'où l'importance de connaître ses propres limites, de créer un réseau de soutien autour de l'enfant victime et de ses parents en les orientant vers des associations de lutte contre le harcèlement et de faire appel à des professionnels de santé mentale : psychiatre ou psychologue au besoin. Savoir écouter ses patients, connaitre les limites de ses connaissances et orienter un patient si cela est nécessaire est le propre de nombreuses consultations de médecine générale.

Il était également souhaité par certains parents, rejoints en cela par les enfants et adolescents (26), que le médecin traitant fasse le lien entre eux et l'école. Les parents d'enfants victimes de harcèlement scolaire se sentaient comme des parents à problèmes dont l'école se méfiait. Ils espéraient que l'avis du médecin, en qualifiant la situation de harcèlement, aurait du poids dans la discussion avec l'école en faveur de la résolution de la problématique de

harcèlement de leur enfant. Néanmoins, en pratique, le manque de temps en consultation et la crainte de déroger au secret médical (22), (27) et l'absence de communication entre le médecin et l'école sont autant de difficultés face à cette demande. Un acteur qu'il pourrait être intéressant d'impliquer dans la prise en charge médicale est le médecin de l'Éducation Nationale auprès duquel le médecin traitant pourrait prendre conseil si les parents souhaitent l'intervention d'un médecin au sein de l'école. Des recommandations claires sur le rôle du médecin traitant en lien avec l'école pourraient aider les médecins à remplir ce rôle.

Le rôle de l'école a été abordé par tous les parents interrogés qui pointaient la méconnaissance du corps professoral concernant le harcèlement scolaire ainsi que leur manque de communication et pensaient que l'Institution avait amplifié le phénomène de harcèlement et ses conséquences sur l'enfant victime. Le rôle de l'école n'était pas le but initial de cette étude mais devant la quantité de propos rapportée par les parents il a paru important de l'évoquer. Il pourrait être intéressant au travers d'un autre travail qualitatif de s'intéresser au vécu du corps professoral face à un cas de harcèlement scolaire.

Plusieurs études mettent en avant le fait que les médecins manquent de confiance dans leurs compétences face à une situation de harcèlement scolaire ou parfois ne se sentent pas concernés par la problématique (22), (27). Notre étude met en avant le fait que les parents voyaient positivement l'implication du médecin traitant dans la prise en charge du harcèlement scolaire. Les parents n'attendaient pas que le médecin résolve seul cette problématique complexe et comptaient avant tout sur les compétences relationnelles du médecin. Ils souhaitaient que le médecin les oriente vers des associations, vers des professionnels de santé mentale s'il jugeait cela nécessaire et qu'il fasse éventuellement un lien avec l'école afin de créer un réseau autour de l'enfant victime. Les résultats de cette étude permettent de mettre en avant le rôle premier d'écoute du médecin traitant. En effet, quel que soit le niveau de connaissances sur le harcèlement scolaire que possède le médecin, il a, à priori, toutes les cartes en main pour offrir à l'enfant victime et à ses parents les clés d'une prise en charge adaptée.

Chapitre 2 : Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude a été la première à s'intéresser aux enfants victimes de harcèlement scolaire du point de vue des parents ce qui a permis d'apporter des données nouvelles concernant la prise en charge du harcèlement scolaire entre pairs.

Les parents interrogés ont apprécié le fait de pouvoir reparler de l'histoire de leur enfant et étaient heureux de participer à la recherche contre le harcèlement scolaire en partageant leur expérience.

La plupart des critères de validité d'une étude utilisant une méthodologie qualitative ont pu être mis en œuvre lors de la réalisation de cette étude. En effet, l'étude satisfaisait les critères COREQ (Annexe 4). L'analyse a été triangulée indépendamment par deux chercheurs ayant des bagages théoriques différents afin d'optimiser la validité des résultats. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données. Seule la validation des thèmes auprès des participants de la recherche, recommandée dans les critères COREQ, n'a pas été recherchée.

Cette étude a été le premier travail qualitatif du chercheur principal. L'un des facteurs limitant de cette méthode est l'habileté de l'enquêteur à mener les entretiens qui s'acquiert avec l'expérience. Les entretiens ont tous été menés par le chercheur principal qui était donc novice en recherche qualitative. Pour parer à ce biais-là, le chercheur principal s'est formé à l'entretien motivationnel, ce qui lui a donné des clés pour mener au mieux les entretiens en veillant à ne pas influencer les enquêtés. Le chercheur principal a fait un minimum de recherches bibliographiques afin d'avoir un bagage théorique pauvre sur le sujet. Il n'a jamais été confronté à une découverte de harcèlement scolaire dans sa pratique de médecin remplaçant, n'a pas de cas de harcèlement dans son entourage et n'a jamais été harcelé à l'école.

Il était initialement souhaité recruter uniquement via des associations de lutte contre le harcèlement scolaire mais nous avons été confrontés à l'anonymat de ces associations et nous avons pu recruter que trois participants par ce biais-là. Afin d'avoir un échantillon à variation maximale dans les milieux socio-économiques des participants et les situations de harcèlement, il a donc été décidé de recruter les participants via des professionnels de santé.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données. Cependant, l'échantillon interrogé regroupait uniquement des mères, celles-ci se sentant probablement les plus à même de développer le sujet. En se référant à la théorie de la culpabilité de la mère par rapport au père que Michèle Benhaïm décrit ainsi : « Devenir mère équivaudrait à devenir coupable d'avoir inscrit l'enfant dans l'ordre de la mortalité et donc, par conséquent, coupable de tout ce qui lui arriverait. » (40), on peut supposer que les mères ressentaient peut-être plus le besoin de s'impliquer et d'en parler. On peut se poser la question de savoir si des thèmes différents auraient été retrouvé en interrogeant des pères ou des couples.

Les mères qui ont acceptées de participer à cette étude avaient en point commun d'être des mères très impliquées dans l'éducation et le bien-être de leur enfant. On peut se demander si les résultats d'une étude réalisée auprès de mères moins impliquées dans l'éducation et le bien-être de leur enfant auraient été superposables à ceux de cette étude. Les milieux socio-économiques des mères interrogées, bien que variés, restent relativement élevés : est-ce que les données auraient été les mêmes en ayant une plus grande variation des milieux socio-économiques ? Est-ce que le mode éducatif de l'enfant est corrélé au niveau socio-économique des parents ou est-il plutôt lié au milieu socio-culturel ? Il serait intéressant de répéter cette étude afin de vérifier la transférabilité des résultats auprès de pères, de couples et de mères ayant des modes éducatifs variés.

Chapitre 3 : Schéma de synthèse de la théorisation issue des entretiens

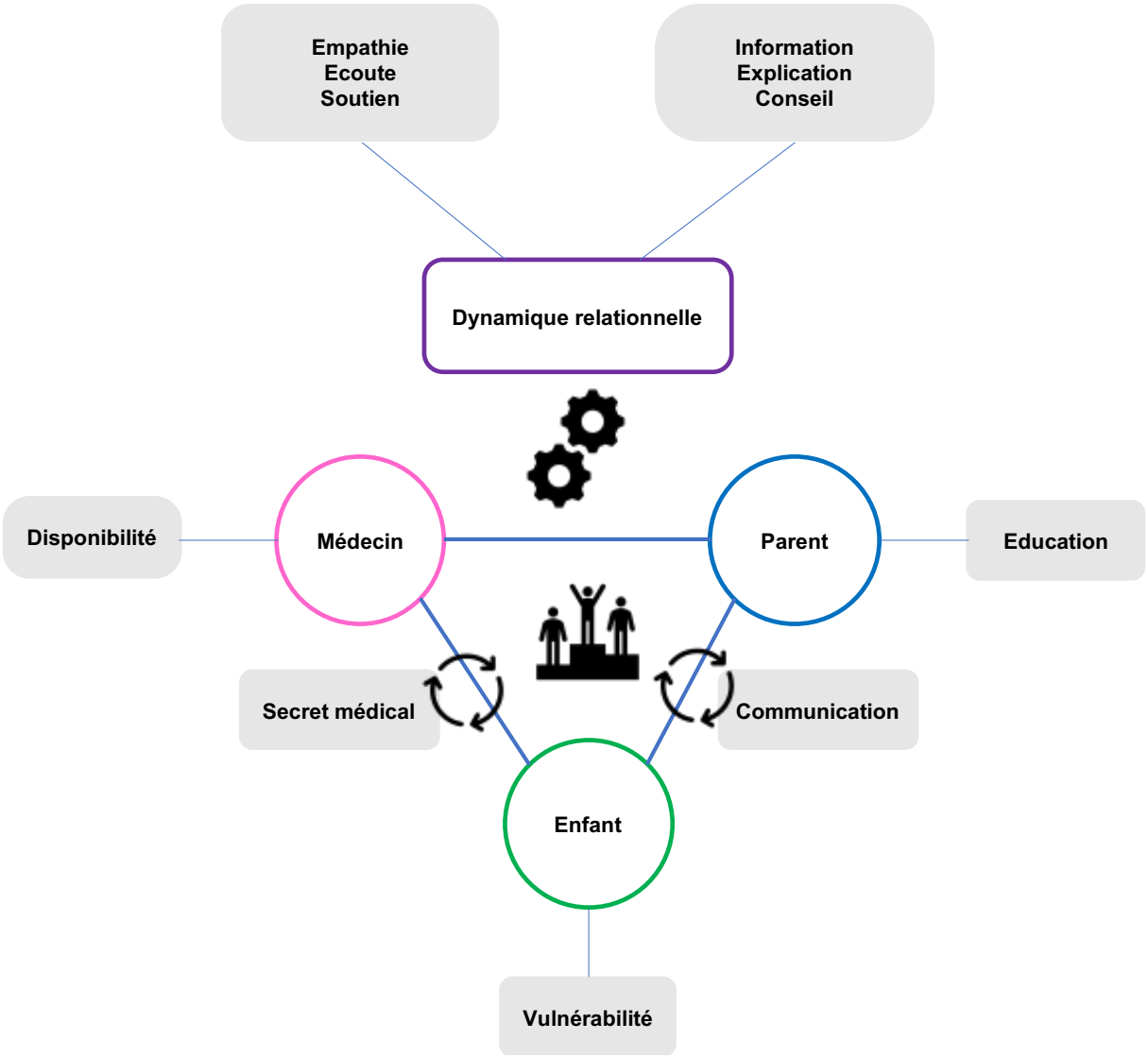


Figure 5 : Schéma de synthèse de la théorisation issue des entretiens.

Conclusion

Cette étude a permis d'appréhender les attentes des parents d'enfants victimes de harcèlement scolaire par leurs pairs. Les parents interrogés dans cette étude avaient développé une relation de confiance avec leur médecin traitant et souhaitaient inclure leur médecin dans la prise en charge du harcèlement scolaire. En s'accordant au souhait des parents, le médecin pouvait intervenir à trois niveaux de prise en charge. En prévention primaire : en les sensibilisant eux et leur enfant. En prise en charge diagnostique : en les alertant eux parents et en dépistant les enfants harcelés. En prise en charge thérapeutique : auprès des enfants victimes et de leurs parents en adoptant une attitude thérapeutique mêlant empathie, écoute et en les orientant vers des professionnels de santé mentale et des associations. Les parents souhaitaient ainsi créer un réseau de soutien autour de l'enfant victime.

Cette étude réalisée auprès de parents d'enfants ayant été victimes de harcèlement scolaire par leurs pairs vient compléter celles réalisées auprès des enfants et adolescent victimes et celles réalisées auprès des médecins traitants. Elle pointe la réalité de la place du médecin traitant dans la prise en charge du harcèlement scolaire. Selon les parents interrogés, ce dernier dispose des compétences nécessaires pour répondre aux attentes des parents d'enfants victimes de harcèlement scolaire par leurs pairs.

Bibliographie

1. Olweus, D. Aggression in the schools: Bullies and whipping boys. Washington: Hemisphere Publishing corporation, 1978, 218p.
2. Blaya C. Violences et maltraitance en milieu scolaire. Paris: Armand Colin, 2006,122p.(128)
3. Catheline N. Harcèlements à l'école. Paris : Albin Michel, 2008, 224p.
4. Smith P., Sharp S. School bullying: Insights and perspectives. New York: Routledge; 1994, 276p.
5. Debardieux E. Refuser l'oppression quotidienne : la prévention du harcèlement à l'École. Rapport au Ministre de l'Éducation Nationale de la jeunesse et de la vie associative réalisé par l'Observatoire International de la Violence à l'École [en ligne]. Bordeaux : 2011; 49p. Disponible sur http://cache.media.education.gouv.fr/file/2011/64/5/Refuser-loppression-quotidienne-la-prevention-du-harcelement-al-ecole_174645.pdf
6. ROMANO H. Harcèlement en milieu scolaire. Victimes, auteurs : que faire ? 2è éd. Paris : Dunod, 2019, 216p. (Santé social).
7. Due P, Meno J, Harel-Fisch Y et al. Socioeconomic inequality in exposure to bullying during adolescence: a comparative, cross-sectional, multilevel study in 35 countries. Am J Public Health. 2009;99(5):907–14
8. Evrard L. Résultats de la première enquête nationale de victimation au sein des collèges publics au printemps 2011. Note d'information 11.14, réalisée par la Direction de l'Évaluation de la Prospective et de la Performance commandité par le Ministre de l'Éducation Nationale de la jeunesse et de la vie associative [en ligne]. Paris : 2011. Disponible sur : http://cache.media.education.gouv.fr/file/2011/49/0/DEPP-NI-2011-14-enquete-nationale-victimation-colleges-publics_197490.pdf
9. Hubert T. La perception du climat scolaire par les collégiens reste très positive. Note d'information 13.26, réalisée par la Direction de l'Évaluation de la Prospective et de la Performance commandité par le Ministre de l'Éducation Nationale de la jeunesse et de la vie associative. [en ligne].

Paris : 2013. 6p. Disponible sur : https://www.education.gouv.fr/sites/default/files/imported_files/document/depp-2015-EF-88-89-climat-scolaire-percu-collegiens_510613.pdf

10. Hubert T. Neuf élèves sur dix déclarent se sentir bien dans leur lycée. Note d'information 15.50 réalisée par la Direction de l'Évaluation de la Prospective et de la Performance commandité par le Ministre de l'Éducation Nationale de la jeunesse et de la vie associative. [en ligne]. Paris: 2015. Disponible sur : http://cache.media.education.gouv.fr/file/2015/10/1/depp-ni-2015-50-neuf-eleves-sur-dixdeclarent-se-sentir-bien-dans-leur-lycee_517101.pdf
11. Health and Wellbeing of 15-year-olds in England - Main findings from the What About YOUth? Survey 2014 [en ligne]. NHS Digital. [Last edited: 16 May 2018]. Disponible sur : https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/health-and-wellbeing-of-15-year-olds-in-england/main-findings---2014
12. Gini G, Pozzoli T. Association Between Bullying and Psychosomatic Problems: A Meta-analysis. PEDIATRICS. 1 mars 2009;123(3):1059-65.
13. Fontaine R, Réveillère C. Le bullying (ou victimisation) en milieu scolaire: description, retentissements vulnérabilisants et psychopathologiques. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. sept 2004;162(7):588-94.
14. Lereya ST, Winsper C, Heron J et al. Being bullied during childhood and the prospective pathways to self-harm in late adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013;52:608–18.
15. Lereya ST, Copeland WE, Costello EJ, Wolke D. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. Lancet Psychiatry. Juin 2015;2(6):524-31.
16. Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. JAMA Psychiatry. avr 2013;70(4):419-26.
17. Debardieux E. A l'école des enfants heureux... ou presque. Enquête de victimation et climat scolaire réalisé par l'Observatoire international de la violence scolaire pour l'UNICEF France. [en ligne]. Publié le 29 mars

2011 ; Disponible sur : https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/UNICEF_FRANCE_violences_scolaires_mars_2011(1).pdf

18. Hubert T. Résultats de l'enquête de climat scolaire et victimation auprès des lycéens pour l'année scolaire 2017-2018. Note d'information, 18(33) réalisée par la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp) commandité par le Ministre de l'Éducation Nationale de la jeunesse et de la vie associative. [en ligne]. Paris : décembre 2018. Disponible sur : http://cache.media.education.gouv.fr/file/2018/91/4/depp-ni-2018-18-33-Resultats-enquete-climat-scolaire-et-victimation_1053914.pdf
19. Soo-Hyang Choi, Cornu C, Giannini S et al. Behind the numbers: Ending school violence and bullying. [en ligne]. Published in 2019 by the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Disponible sur : https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000366483
20. Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Non au harcèlement, Protocole de traitement des situations de harcèlement dans le premier degré [en ligne]. Paris : Octobre 2015. Disponible sur : http://cache.media.education.gouv.fr/file/10_-_octobre/71/3/Campagne_Non_au_harcelement_Protocole_de_traitement_1er_degre_490713.pdf
21. Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Non au harcèlement, Protocole de traitement des situations de harcèlement dans les collèges et lycée [en ligne]. Paris : Décembre 2015. Disponible sur : https://www.reseaucanope.fr/climatscolaire/fileadmin/user_upload/articles/protocole_traitement_situations_harcelement_colleges_lycees2016.pdf
22. Loaëc M. État des lieux de la pratique de médecins généralistes d'Ille et Vilaine dans le dépistage et la prise en charge d'un enfant ou adolescent victime de harcèlement scolaire entre pairs, 47p. Thèse : Médecine : Rennes 1 : 2017.
23. Hassid Corchia L. Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire dans la prise en charge d'enfants âgés de 3 à 18 ans atteints

de maladies chroniques et ou de handicaps dans le département du val d'Oise, 181p. Thèse : Médecine : Paris 7 : 2014.

24. Scott EJ, Dale J. Childhood bullying: implications for general practice. British Journal of General Practice. Octobre 2016;66(651):504-5.
25. Horcholle L. Le vécu des adolescents victimes de harcèlement scolaire et leurs attentes vis-à-vis du médecin généraliste. A partir d'une étude qualitative auprès de 12 adolescents rhônalpins, 135p. Thèse : Médecine : Lyon 1 : 2016.
26. Moyniez P. Le ressenti des personnes victimes de harcèlement scolaire. Thèse : Médecine : Lille 2 : 2017.
27. Mantion A. État des lieux des pratiques et des connaissances vis-à-vis du harcèlement scolaire entre pairs, en médecine générale, en Languedoc-Roussillon, 94p. Thèse : Médecine : Montpellier : 2018.
28. Condon L, Prasad V. GP views on their role in bullying disclosure by children and young people in the community: a cross-sectional qualitative study in English primary care. British Journal of General Practice. Novembre 2019;69(688):e752-9.
29. LEJEUNE C. Manuel d'analyse qualitative. 1re éd. Paris : De Boeck, 2014, 152 p
30. Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique, (23), 147–181. https://doi.org/10.7202/1002253ar
31. Scott E, Dale J, Russell R, Wolke D. Young people who are being bullied – do they want general practice support? BMC Fam Pract. Décembre 2016;17(1):116.
32. Wojtarkowski A. Le secret médical de l'adolescent en médecine générale : représentations, expériences et opinions des mineurs de 14 à 18 ans ; étude qualitative par focus group auprès de 6 établissements scolaires en Gironde, 155p. Thèse : Bordeaux : Médecine : 2016.
33. Martel H. Quand l'amitié s'invite dans la relation médecin-patient : une étude qualitative auprès des patients, 79p. Thèse : Médecine : Lille 2 : 2017.
34. Catheline N. Le harcèlement scolaire. Paris : Puf, 2018, 128p. (Que sais-je ?).

35. Pinquart M. Systematic Review: Bullying Involvement of Children with and Without Chronic Physical Illness and/or Physical/Sensory Disability—a Meta-Analytic Comparison with Healthy/Nondisabled Peers. Journal of Pediatric Psychology, Volume 42, Issue 3, April 2017, Pages 245–259, https://doi-org.sirius.parisdescartes.fr/10.1093/jpepsy/jsw081
36. Picquet E. Te laisse pas faire ! Aider son enfant face au harcèlement à l'école. Paris : Payot, 2014, 192p.
37. Binder P, Heintz A-L, Haller DM, Favre A-S, Tudrej B, Ingrand P, Vanderkam P. Detection of adolescent suicidality in primary care: an international utility study of the bullying-insomnia-tobacco- stress test. Early Intervention in Psychiatry. 2019;1–7.
38. Bouché P, Gay B, Guillou P, Martinot-Nouet I, Urbain F pour le College de Médecine Générale. La psychothérapie en médecine générale. [en ligne]. Juin 2019. Disponible sur : https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/07/Psychotherapie-en-MG-2019.pdf
39. Balint M. Le médecin, son malade et sa maladie. Paris : Bibliothèque scientifique Payot, 1988.
40. Benhaïm M. La culpabilité maternelle, La lettre de l'enfance et de l'adolescence, vol. no 47, no. 1, 2002, pp. 49-56.

Table des illustrations

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée 23
Figure 1 : Clinique du harcèlement scolaire 29
Figure 2 : Les obstacles à la prise en charge globale 36
Figure 3 : Les attentes des parents vis-à-vis du médecin traitant 42
Figure 4 : Buylling Insomnia Tobacco Stress test 47
Figure 5 : Schéma de synthèse de la théorisation issue des entretiens 52

Annexe 1 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Question brise-glace : Pouvez-vous me décrire votre famille en quelques mots ?

1) Dans votre famille quel est votre enfant qui a été victime de harcèlement à l'école ? Pouvez vous me raconter son histoire ?

Relances :
- Quels ont été les premiers signes qui vous ont alertés et quand est-ce que vous avez pensé au harcèlement scolaire ?

- Est-ce qu'il y a eu des conséquences sur sa santé ?

- Quelle a été la démarche pour arriver à se sortir « du problème » ?

2) Comment est-ce que vous avez été voir la première personne ? En avez-vous parlé à votre médecin traitant ? Si oui, quelles ont été les retombées à lui en parler ?

Relances :
- Si non, pourquoi ?

- Avez-vous consulté votre médecin traitant dans la période de harcèlement scolaire ?

3) A votre avis, est-ce que le médecin peut faire quelque chose face au harcèlement scolaire ?

Relance :
- Reprendre l'histoire éventuellement à l'aide d'un schéma et demander : à quel moment vous pensez que le médecin pourrait intervenir ? (Avant, pendant, après ?)

4) Comment pourrait-on améliorer les choses ?

Annexe 2 : Lettre d'information destinée aux participants

LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX PARTICIPANTS

Titre de la recherche : Parcours de soin et rôle du médecin traitant dans la prise en charge des enfants victimes de harcèlement scolaire, perception des parents à partir d'une étude qualitative.

Promoteur : Centre Hospitalier de Versailles, 177 rue de Versailles, 78157 Le Chesnay
Personne menant les entretiens : Noémie Cazettes de Saint Léger (Faculté Paris Descartes)
Directeur de thèse : Docteur Marie Hayat

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude clinique. Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

BUT DE L'ETUDE :

Le but de cette étude est de comprendre le parcours de soin de l'enfant victime de harcèlement à l'école et la place du médecin traitant dans ce parcours de soin afin d'améliorer la prise en charge du harcèlement scolaire.

DEROULEMENT DE L'ETUDE :

L'étude consiste en la réalisation d'un entretien avec le(s) parent(s) de l'enfant victime de harcèlement scolaire. Au cours de cet entretien Noémie Cazettes de Saint Léger vous posera des questions sur l'histoire vécue par votre enfant. Les questions sont ouvertes, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, le but étant de récolter le plus d'information possible. Cet entretien dure entre 30 minutes et 1 heure. Il se déroule dans le lieu de votre choix : hôpital, domicile, cabinet etc. Si vous l'acceptez, l'entretien sera audio-enregistré. Si vous ne souhaitez pas que l'entretien soit audio-enregistré vous ne pourrez pas participer à l'étude. Toutes les données seront anonymisées.

Vous êtes libre d'accepter ou de vous opposer à la participation à cette étude.
Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

LEGISLATION - CONFIDENTIALITE

Toute information vous concernant recueillie pendant cette étude sera traitée de façon confidentielle.
Vos données personnelles nécessaires à l'étude, extraites à partir des enregistrements audio, seront transmises au promoteur pour être traitées par informatique afin d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif qui vous a été présenté.
A cet effet, le fichier a reçu l'autorisation de la CNIL, par l'intermédiaire d'un engagement de conformité à la méthodologie de référence MR-004. Vos données seront traitées conformément aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données – RGPD (règlement européen 2016/679) et aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée.
Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est le promoteur de l'étude, le Centre Hospitalier de Versailles, représenté par son représentant légal en exercice.
Vos données seront rassemblées sous forme « pseudonymisée » (Votre ordre d'inclusion dans l'étude sera associé à un numéro d'inclusion dans l'étude, premier entretien = P1 etc.). En plus de la personne menant les entretiens, l'équipe médicale et de recherche clinique qui s'occuperont de vous, un représentant du promoteur (tel qu'un auditeur, un Attaché de Recherche Clinique ou autre) ou celui des Autorités de Santé françaises ou étrangères, tenu au

secret professionnel, pourra avoir accès à vos données recueillies pour en contrôler la conformité. à votre dossier pour contrôler la conformité des données recueillies.
Vos données seront utilisées uniquement à des fins de recherche scientifique.

Vous disposez des droits suivants relatifs à vos données à caractère personnel :

- Un droit d'accès : vous pouvez demander à voir les informations qui ont été recueillies vous concernant.
- Un droit de rectification de vos données personnelles : Si vous pensez que les données recueillies ne sont pas correctes, vous pouvez demander à les faire modifier.

Ces droits peuvent être exercés auprès du professionnel qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui, seul, connaît votre identité.

- Un droit de limitation du traitement des données collectées : Vous pouvez restreindre l'utilisation de ces données.
- Un droit d'opposition : vous pouvez demander à ce que les données recueillies ne soient pas utilisées.
- Un droit à l'oubli (ou droit à l'effacement) : vous pouvez demander à ce que vos données personnelles soient effacées, dans les limites prévues par la loi.
- Un droit à la portabilité de vos données personnelles que vous nous avez fournies et qui ont été informatisées : vous pouvez demander à recevoir ces données dans un format exploitable.

Ces droits pourront être exercés auprès du délégué de protection des données du promoteur de l'étude, dpo-recherche@ch-versailles.fr.

- Un droit de réclamation auprès de l'autorité française de contrôle des données à caractère personnel, la CNIL.

L'ensemble des données sera conservé jusqu'à publication des résultats finaux de l'étude, jusqu'à 2 ans après la dernière publication des résultats de la recherche), puis les données seront archivées selon les délais établis par la règlementation en vigueur. L'enregistrement audio sera détruit au maximum 2 ans après la dernière publication des résultats de la recherche.
Nous vous rappelons qu'en cas d'arrêt de l'étude en cours de route, vos données recueillies jusqu'à votre arrêt de participation seront utilisées et analysées pour la recherche conformément à l'article L1122-1-1 du Code de la Santé Publique.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

☐	J'accepte	L'enregistrement audio lors de l'entretien
☐	Je refuse	

Participant Nom Prénom :		**Personne menant l'entretien**	
N° de participant :		Nom, Prénom :	
Cocher si la personne s'oppose à sa participation ☐		Date de l'information :	
		Signatures :	

Fait en 2 exemplaires, un pour le participant, un pour la personne menant l'entretien.

Annexe 3 : Avis du Comité d'Éthique

Comité Ethique du CNGE
155 rue de Charonne 75011 PARIS
Courriel : comite-ethique@cnge.Fr
Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 14/04/20,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude " **Rôle du médecin traitant dans la prise en charge des enfants victimes de harcèlement scolaire entre pairs, perception des parents à partir d'une étude qualitative** "

Le Comité d'Ethique (n°IRB IRB00010804) est amené à statuer sur diverses études et protocoles.

1) Certaines études relèvent au sens de la loi française d'un examen par un Comité de Protection des Personnes (CPP).
Hors d'une saisine réalisée par le bureau du CNGE, le Comité d'Ethique du CNGE n'examine pas les protocoles relevant d'un examen par un CPP.
Le comité d'éthique ne se prononcera sur le caractère éthique d'études relevant de l'avis d'un CPP qu'aux conditions suivantes :
- le protocole est soumis préalablement à la réalisation de l'étude,
- la saisine est réalisée par le bureau du CNGE.

2) Certaines études ne relèvent pas au sens de la loi française d'un examen par un Comité de Protection des Personnes (CPP).
Pour certaines de ces études, au moment de valoriser le travail sous forme d'une publication scientifique, il est attendu que certains reviewers interpellent le (les) auteur(s) sur la soumission à un comité d'éthique. Dans ces situations, le comité d'éthique du CNGE peut produire un document à son entête stipulant que la recherche a été réalisée en conformité avec la réglementation nationale.
Ce document pourra être remis à l'auteur sans réunion en séance plénière du comité.

Au regard de la loi française, le dossier soumis " **Rôle du médecin traitant dans la prise en charge des enfants victimes de harcèlement scolaire entre pairs, perception des parents à partir d'une étude qualitative**" relève de la 2ème catégorie.

Vous trouverez par la présente confirmation que la recherche a été réalisée en conformité avec la réglementation nationale.

Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

Annexe 4 : Les critères COREQ

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? *Par exemple : PhD, MD*
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? *Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche*
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? *Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche*
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? *Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu*
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? *Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige*
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? *Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel*
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? *Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail*
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? *Par exemple : données démographiques, date*
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? *Par exemple : numéro de participant*
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Titre : Rôle du médecin traitant dans la prise en charge des enfants victimes de harcèlement scolaire entre pairs selon la perception des parents d'enfants victimes.

Résumé :
Contexte : Le harcèlement scolaire est un enjeu majeur de santé publique avec des conséquences multiples chez l'enfant qui en est victime. Après avoir interrogé les enfants et les médecins, il nous a paru judicieux de nous intéresser au point de vue des parents afin de mieux comprendre tous les enjeux de la prise en charge de ce fléau par le médecin traitant.
Méthode : Entre juin 2019 et janvier 2020, 11 parents d'enfants victimes de harcèlement scolaire ont été interrogés à l'aide d'entretiens semi-dirigés. La démarche était qualitative utilisant l'analyse par théorisation ancrée.
Résultats : Trois thèmes sont ressortis de l'analyse : la clinique du harcèlement scolaire, les obstacles à la prise en charge et les attentes des parents vis-à-vis du médecin traitant. Les participants interrogés appréciaient la relation établie avec leur médecin traitant. Ils ressentaient que le médecin avait un vrai rôle à jouer dans la prise en charge du harcèlement scolaire auprès d'eux et de leur enfant victime : en prévention, en prise en charge diagnostique puis thérapeutique. Ils attendaient du médecin traitant, une écoute thérapeutique et la création d'un réseau autour de l'enfant victime. L'avis des parents interrogés était complémentaire à celui des enfants victimes et des médecins interrogés dans des études précédentes.
Conclusion : Les parents avaient de réelles attentes vis-à-vis de leur médecin traitant concernant la prise en charge du harcèlement scolaire. Ces attentes étaient en adéquation avec les compétences du médecin traitant.

Mots clés : Harcèlement scolaire, Victimisation, Médecine Générale, Médecin traitant, Parents

Title: The role of general practitioner in the medical care of children who are victims of peer school-bullying as perceived by the parents of children victims.

Abstract:
Background: School bullying is a major public health issue that has multiple consequences for the child victim. After interviewing the children and the doctors, we thought it would be wise to consider the parents' point of view in order to better understand all the challenges involved in the medical care of this nuisance by the general practitioner.
Methods: Between June 2019 and January 2020, 11 parents of children who were victims of school bullying were interviewed using semi-structured interviews. The approach was qualitative using analysis by grounded theory.
Results: Three themes emerged from the analysis: the clinic of school bullying, the obstacle in the care and the parents' expectations toward the general practitioner. The interviewed participants appreciated the relationship established with their general practitioner and felt that the general practitioner had a real role in dealing with school bullying towards them and their children: in prevention, screening and then in therapeutic management. They expected therapeutic listening and the creation of a network around the child victim. The opinions of the interviewed parents were complementary to those of child victims and doctors interviewed in previous studies.
Conclusion: Parents had real expectations of their general practitioner regarding the medical care of school bullying. These expectations were in line with the skills of a general practitioner.

Keywords: Bullying, Victimization, General Practice, Physician, Parents

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06