



HAL
open science

Facteurs de risques et de protection du harcèlement scolaire chez les enfants atteints de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité

Peretz Assuied

► **To cite this version:**

Peretz Assuied. Facteurs de risques et de protection du harcèlement scolaire chez les enfants atteints de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03430196

HAL Id: dumas-03430196

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03430196v1>

Submitted on 16 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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

UFR DE SANTÉ

Thèse pour l'obtention du diplôme d'état en médecine

Spécialité psychiatrie

Peretz ASSUIED, né le 19 / 08 / 1986 au Lilas

Soutenue le 12 novembre 2021

Titre :

**FACTEURS DE RISQUES ET DE PROTECTION DU
HARCÈLEMENT SCOLAIRE CHEZ LES ENFANTS
ATTEINTS DE TROUBLE DU DÉFICIT DE
L'ATTENTION / HYPERACTIVITÉ.**

Directeur de thèse : Pr Cédric Galera

Jury :

Président : Pr Bruno AOUIZERATE

Pr Manuel BOUVARD

Pr Marc AURIACOMBE

Dr Eugénie LE MONNIER

REMERCIEMENTS

Au Pr Cédric Galéra, pour sa patience et sa bienveillance durant la réalisation de ce travail.

Au Dr François Jean, pour m'avoir aidé à confirmer ma passion pour cette discipline.

Au Dr Emmanuel Augeraud, pour ses lumières et ses conseils.

Aux membres du Jury qui ont bien voulu juger mon travail.

A mes parents, qui m'ont accompagné sur un chemin noble et plaisant.

A ma femme qui me permet de m'y maintenir.

A mes frères et sœurs qui l'embellissent à chaque étape.

A mes amis, pour la joie sur ce chemin.

A tous ceux qui m'ont apporté leur aide au cours de mon parcours.

A mes patients, qui m'instruisent chaque jour.

“ Un petit partisan de Locke était là tout auprès ; et quand on lui eut enfin adressé la parole : « Je ne sais pas dit il comment je pense, mais je sais que je n'ai jamais pensé qu'à l'occasion de mes sens [...] Je n'affirme rien, je me contente de croire qu'il y a plus de choses possibles qu'on ne pense. » *Micromégas, Voltaire.* ”

Table des matières

ABRÉVIATIONS	4
REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	6
CHAPITRE 1 : Généralités sur le TDAH	7
1.1 Historique du trouble	7
1.2 Définition et classifications	9
1.3 Epidémiologie :	10
1.4 Étiologie et psychopathologie	11
1.4.1 Facteurs de risque.....	11
1.4.2 Physio-psychopathologie.....	13
1.5 Diagnostics différentiels	16
1.6 Prise en charge	17
Conclusion	20
CHAPITRE 2 : Généralité sur le harcèlement scolaire le bullying et l'intimidation :	20
2.1. Définitions.....	21
2.2 Prévalence du bullying à l'école.	22
2.3. Caractéristiques et facteurs influençant le bullying :	23
2.4. Relation entre intimidation et problème de santé :	24
2.5 Bullying et TDAH.....	26
2.6. Les programmes d'interventions :	26
Conclusion	29
CHAPITRE 3 : REVUE DE LITTÉRATURE	29
3.1 Méthodologie	30
3.2 Résultat	33
3.1 Les facteurs protecteurs du bullying chez les enfants avec TDAH.....	34
3.2 Les facteurs de risques du bullying chez les enfants avec TDAH	41
4. Discussion.....	53
5. Conclusion	54
ANNEXES :	61
SERMENT D'HIPPOCRATE	67

ABRÉVIATIONS

CADDRA Canadian ADHD Resource Alliance

CIM : Classification internationale des maladies

CLM : The Classroom Life Measure

DI : Déficience intellectuelle

DISC: Diagnostic Interview Schedule for Children

HBSC: Health Behaviors in School-Aged Children

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

MPH: Methylphenidate

OBPP: Olweus Bullying Prevention Program

OMS : Organisation mondiale de la santé

TC : Trouble des conduites

TCC Thérapies Cognitivo- Comportementales

TDAH : Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TOP : Trouble Oppositionnel avec Provocation

TND : Troubles NeuroDéveloppementaux

TSA : Troubles du Spectre Autistique

TSLA : Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages

PPS : Projet personnalisé de scolarisation

SEQ : Social Experience Questionnaire

INTRODUCTION

Le harcèlement scolaire ou bullying est fréquent avec un impact important sur le développement psychologique. Le harcèlement scolaire déclaré concerne plus d'un enfant sur trois dans le monde et 10% des collégiens en France. Les conséquences du harcèlement sur la santé mentale et physique en font un problème de santé publique. Elles prennent différentes formes comme le refus scolaire anxieux, la dépression ou des comportements suicidaires. Les troubles du neurodéveloppement augmentent le risque d'être exposé au bullying en particulier le Trouble De l'Attention/Hyperactivité (TDAH) du fait de l'impact de ce trouble sur les habiletés sociales. Certaines études se sont intéressées aux facteurs de risques ou de protection ainsi qu'aux liens causaux entre le bullying et le TDAH. Ainsi le but de notre revue de littérature est d'étudier les facteurs de risque ou de protection du harcèlement scolaire chez les enfants atteints d'un TDAH. Dans une première partie nous présenterons TDAH, dans une deuxième partie nous étudierons les différentes formes du harcèlement scolaire et enfin en troisième partie, à travers une revue de littérature, nous analyserons les articles ayant étudié les associations entre les principaux facteurs de risque ou de protection du harcèlement scolaire chez les enfants atteints d'un TDAH.

CHAPITRE 1 : Généralités sur le TDAH

1.1 Historique du trouble

Bien que le TDAH soit un trouble reconnu, il persiste des idées fausses qui participent à la stigmatisation des personnes atteintes de ce trouble et retardent les prises en charge. A travers une brève histoire du TDAH nous montrerons comment s'est construite la compréhension de ce trouble.

L'une des premières descriptions cliniques de trouble de l'attention a été faite par *Sir Alexander Crichton*, médecin écossais, en 1775. Il remarquait déjà une part d'hérédité du trouble.(1) En 1902, les conférences de *Sir George Frederic Still* sont considérées par de nombreux auteurs comme le point de départ de l'histoire scientifique du TDAH (2). Il évoque « les conditions psychiques particulières (...) qui concernent un défaut anormal de contrôle moral chez les enfants et une incapacité tout à fait anormale pour une attention soutenue. Les parents et les enseignants ont spécialement noté cette caractéristique dans certains de mes cas comme quelque chose d'inhabituel ». La notion d'absence de « déficience générale de l'intellect » complète la description de l'actuelle trouble du TDAH.

L'idée d'un lien entre des troubles de l'attention et une atteinte de structure cérébrale émerge dans le même temps qu'une épidémie d'encéphalite dite de Von Economo en 1919. Dans cette période *F.G. Ebaugh* et *E.A. Schecker* montrent que les enfants ayant survécu à la maladie présentent soudainement des comportements hyperkinétiques qui rendent impossible la poursuite de la scolarisation. (2)

En France on retrouve les premières descriptions sous la désignation « d'instabilité psychomotrice », les docteurs *D.M. Bourneville*, *Guillaume Léonce Duprat* ou *G. Heuyer* en rapportent des descriptions sous différents aspects pouvant se rapporter aux différentes dimensions du TDAH. Le concept de « maladie hyperkinétique » encore utilisé par la CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et l'Adolescent) trouve son origine en 1932 décrit par les médecins allemands

Franz Kramer et Hans Pollnow. Elle est très similaire à la caractérisation actuelle de l'hyperactivité. On retrouve aussi la dimension inattentive avec l'incapacité de se concentrer sur des tâches difficiles. (3)

Les premiers traitements de l'hyperactivité ont été signalé par Charles Bradley en 1937. La découverte fortuite de l'effet d'une molécule stimulante, la benzédrine, sur l'amélioration du comportement d'enfants a été faite au cours d'un traitement des céphalées chez des enfants avec des troubles neurologiques. On observait une amélioration de la maîtrise des émotions, du rendement scolaire. Pendant 25 ans ces rapports n'ont pratiquement pas eu d'influence sur la recherche et la pratique clinique. A cette époque le courant psychanalytique pouvait contester le fait que les troubles de l'attention et l'agitation hyperkinétique reposaient sur des bases neurobiologiques et affirmer que la prise en charge devait se faire au travers d'interventions psychologiques (2). Cependant d'autres recherches sur les stimulants se poursuivent et le méthylphénidate (MPH) est synthétisé pour la première fois en 1954 par le chimiste Leandro Panizzon, sous le nom Ritalin (4). En 1963 et 1977 les premiers résultats d'essais cliniques et de cohortes attestent l'intérêt clinique de cette molécule.

En 1990, *AJ Zametkin* et son équipe publiaient la première étude de neuroimagerie sur le TDAH. Ils comparaient des adultes ayant une hyperactivité depuis l'enfance et ayant des enfants présentant la même symptomatologie, à des témoins à l'aide de tomographie à émission de positon et de glucose marqué. Leur étude montrera une réduction du métabolisme dans les cortex prémoteur et préfrontal supérieur (5). Dans le même temps, une compréhension plus précise des mécanismes neurobiochimiques et l'apport des neurosciences ont permis d'affiner la compréhension du trouble.

Le DSM et la CIM ont depuis adopté des critères presque identiques pour l'identification des symptômes inattentifs, hyperactifs et impulsifs.

Bien que le modèle neurodéveloppemental soit reconnu sur le plan international, il persiste en France des discussions sur son origine purement neurobiologique. En effet, pour le courant psychanalytique, l'hyperactivité est l'expression de conflits psychiques internes. La valeur d'entité clinique fait aussi débat. Certains affirment que les comportements hyperkinétiques et inattentifs peuvent apparaître dans divers contextes pathologiques ou des problématiques relationnelles (3). Un important

travail a été fait par la fédération internationale du TDAH afin de contester certaines idées reçues sur la base de preuves solides. (6)

1.2 Définition et classifications

Le neurodéveloppement est un « processus dynamique qui se fait par une série d'étapes successives, parfois intriquées entre elles. La trajectoire développementale chez l'enfant neurotypique comme chez l'enfant atypique est la résultante d'interactions permanentes et complexes entre les facteurs génétiques, c'est-à-dire le programme initial de développement cérébral, et les facteurs environnementaux » (7).

Le TDAH fait partie des troubles neurodéveloppementaux. Les recommandations de la HAS de février 2020 concernant « Les troubles du neurodéveloppement (TND) repérage et orientation des enfants à risque » adopte la définition suivante : « Les TND sont un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement. Ils entraînent des difficultés significatives dans l'acquisition et l'exécution de fonctions spécifiques intellectuelles, motrices ou sociales » (8).

Selon le DSM-5 les TND regroupent :

- Les handicaps intellectuels (trouble du développement intellectuel)
- Les troubles de la communication (déficits du langage, de la parole et de la communication)
- Le trouble du spectre de l'autisme
- Le trouble spécifique des apprentissages (lecture, expression écrite et déficit du calcul)
- Les troubles du développement moteur
- Le Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (7)

Le TDAH consiste en un niveau plus élevé de distractibilité et d'impulsivité par rapport à la moyenne des individus, qui du fait de son retentissement sur le fonctionnement va être considéré comme pathologique. Il s'agit d'un défaut d'inhibition c'est-à-dire une difficulté plus grande à « s'empêcher de », créant d'importantes difficultés dans les situations où les fonctions exécutives

attentionnelles et d'inhibition sont fortement sollicitées. Les différentes classifications sont disponibles en annexes.

Le diagnostic de TDAH est clinique. Les tests psychométriques peuvent affiner la compréhension du fonctionnement mais ne sont pas indispensables au diagnostic.

1.3 Epidémiologie :

L'estimation précise de la prévalence du TDAH chez l'enfant est difficile. La grande variabilité qui pouvait être observée est notamment fonction des critères méthodologiques utilisés (9). La limite entre des variations normales du développement et ce qui relève de comportements pathologiques peut être difficile à situer. Cela contribue à expliquer les différences de prévalence des différentes études. Les estimations varient donc en fonction des observateurs sollicités pour le recueil des critères (parents, professeurs etc.).

La prévalence dans le monde est estimée à 5.9% des jeunes et 2.5 % des adultes (6). En France l'étude du *Dr Lecendreux* en 2011 retrouvait une prévalence comprise entre 3.5 et 5.6% en population pédiatrique. (7) Le TDAH est donc l'un des troubles psychiatriques les plus fréquents chez l'enfant.

Selon le DSM 5 les principales comorbidités sont :(10)

- Le trouble oppositionnel avec provocation (plus fréquent dans la forme combinée).
- Le trouble des conduites.
- Le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle.
- Le trouble spécifique du langage et des apprentissages (TSLA)
- Les troubles anxieux ou dépressif : Bien qu'ils surviennent chez une minorité de patients ils sont plus fréquents qu'en population générale.
- Le trouble de l'usage des substances.
- Les troubles obsessionnels compulsifs.
- Les tics.
- Le trouble du Spectre de l'Autisme. (TSA)

La fédération internationale du TDAH recense d'autres troubles fréquemment associés aux TDAH dont certains sont favorisés par la présence de ce trouble (obésité, asthme, allergie, diabète, hypertension artérielle, trouble du sommeil, épilepsie, infections sexuellement transmissibles, trouble de la vision, trouble auto-immuns et troubles métaboliques). (6)

L'impact du TDAH sur la qualité de vie peut être important. Il existe une augmentation du risque d'une faible qualité de vie (6). Le TDAH augmente le risque de difficultés scolaires, par l'augmentation du risque de présence d'un trouble spécifique des apprentissages mais aussi du fait de comportements inadaptés (défaut d'inhibition, distractibilité etc.). Il existe aussi des difficultés dans les interactions sociales et des risques suicidaires accrus.

1.4 Étiologie et psychopathologie

Les TND partagent un grand nombre de caractéristiques communes avec un continuum entre les entités nosographiques. C'est pourquoi des signes d'appels et les démarches initiales d'accompagnement sont similaires. Ce chapitre présente les principaux facteurs pouvant perturber la mise en place de ces étapes pouvant aboutir à l'apparition de TND dont le TDAH.

1.4.1 Facteurs de risque.

La HAS a recensé un ensemble de facteur de risque commun aux différents troubles du neurodéveloppement avec des facteurs de risques élevés ou modérés.

« Facteur de risque élevés :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- La grande prématurité (<32 semaines d'aménorrhée : SA)- Les prématurités < 37 SA avec retard de croissance intra-utérin (RCIU) ou petit poids pour l'âge gestationnel (PAG).- Encéphalopathie supposée hypoxie-ischémique ayant une indication d'hypothermie thérapeutique. |
|---|

- Un accident vasculaire cérébral (AVC) artériel périnatal.
- Les anomalies de croissance cérébrale : microcéphalie avec périmètre crânien < -2 DS à la naissance et vérifié secondairement ou macrocéphalie > + 3 DS pour le terme.
- Des antécédents familiaux de TND sévère au premier degré.
- Les infections congénitales symptomatiques à cytomégalovirus et autres fœtopathies infectieuses : Toxoplasmose, rubéole etc.
- Les méningo-encéphalopathies bactériennes et virales herpétiques
- Les cardiopathies congénitales complexes opérées : (transposition de gros vaisseaux ; syndrome d'hypoplasie du ventricule gauche)
- Une exposition prénatale à un toxique majeur : Certains antiépileptique (valproate de sodium) ou une exposition sévère à l'alcool avec des signes de fœtopathie et/ou au tabac.

Facteurs de risque modérés :

- Prématurité modérée, ou tardive (32 à 36 SA + 6 jours), un PAG < - 2 DS ;
- Malformations cérébrales ou cérébelleuses de pronostic indéterminé (dysgénésie du corps calleux, ventriculomégalie etc.)
- Encéphalopathie hypoxique ischémique de grade 1.
- Exposition prénatale à une substance psychoactive (psychotropes, substances illicites etc.)

Dans les facteurs de risques, l'environnement est aussi à prendre en compte, notamment le milieu familial dont certains impacts peuvent faire passer l'enfant dans la catégorie à haut risque : On parle de vulnérabilité socio-économique ou psychoaffective »

Recommandation HAS : Troubles du neurodéveloppement - Repérage et orientation des enfants à risque (8)

Concernant l'approche génétique, dès les premières descriptions on notait l'hypothèse d'un facteur héréditaire dans le TDAH. On estime l'héritabilité du TDAH à 76% selon les revues de la littérature (11). Il existe plus de 300 gènes impliqués dans la physiopathologie du trouble. Il n'est pas causé par une seule mutation ou un risque environnemental précis. Il s'agit d'un effet combiné entre la génétique et l'environnement. En effet l'environnement peut induire une variation de l'adaptabilité des personnes porteuses de TDAH.

Concernant la question des atteintes neurobiologiques qui seraient responsables du TDAH, une méta-analyse d'imagerie fonctionnelle a rapporté une hypoactivation, chez les patients TDAH, de plusieurs régions du cerveau incluant le cortex préfrontal gauche, le cortex cingulaire antérieur, le lobe pariétal droit, le cortex occipital, le claustrum et le thalamus. (12) Cependant il existe une faible différence structurelle entre les cerveaux de personnes atteintes de TDAH et les témoins. De ce fait, ces données ne peuvent être utilisées dans la démarche diagnostique.(6)

1.4.2 Physio-psycho-pathologie

Afin d'étudier le fonctionnement du TDAH nous aborderons quelques grands aspects du neurodéveloppement et des fonctions cognitives chez l'enfant et nous détaillerons les fonctions exécutives qui sont les fonctions les plus altérées dans le TDAH.

Le terme cognitif qualifie « les processus par lesquels un organisme acquiert des informations sur l'environnement et les élabore pour régler son comportement : perception, formation des concepts, raisonnement, langage etc. » (13). Les fonctions cognitives sont classées en différentes catégories de fonctions et comprennent : La cognition sociale, le développement du langage orale et écrit, le nombre et le calcul, le geste et l'action, les fonctions attentionnelles, mnésiques et exécutives.

La maturation des connexions et circuits cérébraux concourent à l'apparition de compétences dans plusieurs domaines interdépendants : sensorimoteur, cognitif, socio-affectif et communication. Ainsi l'intégration sensorielle et motrice favorise la coordination des processus d'organisation des réseaux neuronaux entre les différentes structures cérébrales et la plasticité cérébrale. La plasticité cérébrale est « la capacité des cellules nerveuses/réseaux et des circuits neuronaux de modifier

positivement ou négativement leurs structures, leurs réseaux de connectivité et/ou leurs modes de fonctionnement en réponse à des changements intrinsèques (facteurs génétiques ou épigénétiques) ou extrinsèques (lésions clastiques ou modifications environnementales durant la grossesse ou les premiers mois de la vie de l'enfant : stress, nutrition, toxiques, médicaments, agents infectieux, éducation, expériences, exercice physique, rééducations...). »(7)

Fonctions attentionnelles et exécutives :

Les fonctions exécutives et attentionnelles sont des fonctions étudiées de manières conjointes car considérées comme difficilement séparables. Pour le système attentionnel on distingue l'alerte, l'orientation et l'attention exécutive. Du fait de la plasticité cérébrale, ces fonctions évoluent au cours du temps.

La difficulté de la mise en évidence de l'altération de structures précises dans le TDAH a participé à l'émergence d'hypothèses d'atteintes de fonctions cérébrales plus larges et de défaut de coordination de structures. La neuropsychologie et l'étude des fonctions exécutives ont permis de mieux comprendre les processus attentionnels.

Les fonctions exécutives sont définies comme les fonctions permettant la planification du temps et du travail. Elles sont particulièrement impactées chez les enfants avec TDAH et ont abouti au modèle neuropsychologique de *Barkley* qui considère les déficits attentionnels comme la résultante de l'atteinte des fonctions exécutives qui sont principalement : l'autorégulation de l'affect, de la motivation et de la vigilance (permettant de séparer les faits et les émotions) ; la mémoire de travail (permettant d'enchaîner les réponses et d'arriver au but) ; le langage intérieur (permettant, grâce aux représentations internes, le contrôle des comportements) ; la capacité à scinder l'information et à recombinaison les unités dans une séquence d'actions orientée vers un but (l'apprentissage). (3)

La dysfonction des réseaux préfrontaux est compatible avec un défaut des mécanismes de coordination des structures impliquées dans l'attention et la régulation des impulsions et compulsions. Ainsi les mécanismes rapides et précis d'activation et d'inhibition des réponses pourraient rendre compte des difficultés motrices ou mentales du TDAH.(14) Ce sont différents processus comme la planification, l'attention ou la mémoire de travail qui peuvent impacter les apprentissages de la lecture ou du calcul. Le TDAH peut donc être considéré comme un trouble de la régulation du cortex

préfrontal par la dopamine et la noradrénaline. Ces éléments ont permis de mieux comprendre les mécanismes d'actions des thérapies médicamenteuses et du lien entre les troubles de l'usage et le TDAH, médiés par la dopamine.

La maturation progressive du cerveau et plus particulièrement des structures préfrontales peuvent rendre compte de l'évolution des symptômes à travers les âges. Si l'hyperactivité et l'impulsivité sont les symptômes clés dans l'enfance, l'inattention devient prévalente à mesure que le patient avance dans l'âge. (14)

Aversion du délai

Selon le modèle de l'aversion au délai, l'hyperactivité serait « l'expression fonctionnelle d'un style motivationnel sous-jacent » qui les amène à chercher à « fuir le délai ». Ainsi le modèle explique que les choix se porteraient systématiquement sur les « récompenses faibles et immédiates au détriment des récompenses plus fortes mais plus lointaines » (15). On retrouve aussi ces hypothèses dans les phénomènes de renforcements et d'extinctions. Il a été défini ainsi un « gradient de temps » permettant de prévoir la réponse : Plus le temps avant la récompense est long, plus la réponse est faible. Ces hypothèses sont corroborées par les observations de neuroimagerie fonctionnelle qui mettent en évidence des modifications du circuit de la récompense chez les enfants atteints de TDAH. En atteste aussi la fréquence plus élevée des troubles de l'usage dans cette population (3).

Il est important de noter que le TDAH est souvent considéré comme un trouble « circonstanciel ». Comme le montre certains modèles, c'est dans les circonstances où le plaisir est absent que la distractibilité apparaît. Ces modèles ont pu être soutenus par certaines études démontrant que la dopamine favorise l'effort cognitif en biaisant les avantages par rapport aux efforts (16).

Nous pouvons émettre des hypothèses concernant les impacts de ces modèles sur l'ajustement social des enfants avec TDAH. En effet, l'aversion au délai et l'utilisation de récompenses immédiates pourraient expliquer la fréquence plus élevée de certains comportements inadaptés socialement et pouvant aboutir à des situations plus fréquentes d'intimidations subies ou perpétrées.

1.5 Diagnostics différentiels

Il est important de préciser que de nombreux troubles peuvent occasionner des déficits attentionnels. L'un des critères diagnostic est l'absence d'argument en faveur d'un autre trouble. Ces troubles peuvent être d'ordre psychiatrique ou somatique.

Avant d'explorer les diagnostics différentiels psychiatriques il est important d'éliminer les causes somatiques. Selon les recommandations du CADDRA (Canadian ADHD Resource Alliance), principalement : l'apnée du sommeil, les pathologies thyroïdiennes, l'hypoglycémie, l'épilepsie, les traumatismes crâniens, des syndromes génétiques (neurofibromatose, X fragile, etc.) le syndrome d'alcoolisation foétale (17).

On retrouve dans le DSM 5 les principaux diagnostics différentiels :

- Trouble oppositionnel avec provocation (TOP) : souvent comorbide, il est parfois difficile de faire la différence dans les premières années. Cependant, dans le TOP sans TDAH comorbide, on ne retrouve pas de niveau élevé d'inattention ou d'hyperactivité.
- Trouble explosif intermittent : c'est le versant impulsif qui le définit et il n'y a pas de trouble attentionnel.
- Handicap intellectuel : il faut toujours considérer les niveaux d'attention et d'hyperactivité en fonction des capacités cognitives et psychoaffectives du sujet.
- TSA : Les spécificités de fonctionnement du TSA peuvent être responsables de difficultés attentionnelles. Dans le cas où des difficultés existent et que la situation répond aux critères du TDAH un diagnostic peut être posé en présence d'un TSA.
- Autres TND : TSLA : l'inattention n'est invalidante que dans le travail scolaire pour le TSLA.
- Trouble réactionnel de l'attachement : bien que des éléments puissent être présents, on ne retrouve pas l'ensemble du tableau clinique.
- Trouble dépressif : les difficultés attentionnelles résultent d'une incapacité temporaire et sont secondaires à la perturbation de l'état thymique.
- Troubles bipolaires : les difficultés sont épisodiques contrairement au TDAH. Ils s'accompagnent d'une modification de l'humeur au premier plan du tableau clinique.

- Troubles anxieux : c'est l'anxiété qui empêche le sujet de porter son attention sur les tâches qu'il doit accomplir. Dans le TDAH les symptômes d'inattention sont indépendants de l'hypervigilance anxieuse.
- Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle.
- Trouble de l'usage de substance : Les difficultés doivent être antérieures à l'utilisation des substances. Elles sont à rechercher dans l'anamnèse.
- Trouble de la personnalité : Dans le TDAH on ne retrouve pas de façon caractéristique de peur de l'abandon ou d'ambivalence extrême. Cependant les comportements impulsifs, socialement intrusifs ou inappropriés peuvent être confondus avec des comportements narcissiques, agressifs ou de domination, caractéristiques des troubles de la personnalité.

1.6 Prise en charge

La prise en charge du TDAH est pluridisciplinaire et doit se faire en collaboration avec l'enfant et les familles. Depuis les recommandations de la HAS en 2014 concernant le repérage et le diagnostic du TDAH (3), une approche plus globale des différents troubles du neurodéveloppement et une fluidification du parcours de soin a été mis en place dans différentes régions. L'objectif de cette démarche est la simplification du parcours de soin afin de limiter les retards diagnostics et de prise en charge. Ces dispositifs d'orientation précoce permettent l'intervention coordonnée pluridisciplinaire dès le repérage des premiers signes d'alerte (18). Ainsi, le sur-handicap que pourraient causer les retards de prises en charge dans l'attente du diagnostic est limité. Du fait de la fréquente association avec les autres TND, la recherche clinique de TDAH implique l'évaluation des autres TND (8). Les évaluations lors de ces consultations de repérage doivent inclure les différentes fonctions cognitives : la motricité (globale, fine, coordination), le langage et l'engagement social, les apprentissages et la vérification des test de dépistages standard (audio, vision). Si des difficultés sont observées des évaluations standardisées seront proposées.

Non médicamenteuse

Du fait des fréquentes comorbidités et des domaines de répercussion du TDAH, la prise en charge se doit d'être globale et de prendre en considération la situation globale des personnes.

Le niveau de preuve de l'efficacité des traitements non médicamenteux reste faible surtout dans les formes sévères (19). On retrouve principalement les thérapies cognitives et comportementales (TCC), la guidance parentale, la formation aux habiletés sociales, les interventions scolaires, et la remédiation cognitive. Les thérapies non médicamenteuses ont en commun d'amener les enfants et les familles à mieux comprendre la manière dont le trouble affecte leur quotidien afin de trouver des stratégies d'adaptation.

Les psychothérapies dont les TCC dans le TDAH visent à favoriser le renforcement d'un comportement souhaité. Il permet ainsi de développer l'autocontrôle de l'impulsivité et l'hyperactivité. Les psychothérapies seront surtout utiles lorsqu'il y a une faible estime de soi ou des troubles anxieux dépressifs (20). L'apprentissage des habiletés sociales permet d'augmenter l'estime de soi. Pour le TDAH, l'apprentissage des habiletés sociales peut s'intégrer aux TCC et peut comprendre des techniques de résolutions de problèmes ou de gestion de la colère afin de répondre de façon adaptée aux situations sociales stressantes. (3)

Les formations parentales à type de psychoéducation, dont la « Méthode Barkley », permettent d'accompagner les parents sur les grands principes pouvant influencer sur les manifestations du TDAH. Par exemple, établir des règles claires et les conséquences en cas de respect ou non de ces règles, savoir mettre des limites, utiliser des routines (qui sont de bons repères pour les enfants TDAH), des repères temporels et des rappels indiquer aux parents comment être ferme sans engendrer de contraintes. Mettre en avant l'utilisation de « pauses », de moments de calme. Encourager les parents à féliciter l'enfant pour ses efforts, montrer son affection, donner des encouragements et des récompenses pour les comportements appropriés sont aussi abordés dans les formations parentales. L'objectif est donc de promouvoir un encadrement positif basé sur l'engagement des parents dans les activités centrées sur l'enfant. Les formations parentales permettent de fournir un feedback aux parents après avoir observé directement leurs interactions avec l'enfant. (3)

Les interventions en milieu scolaire participent à l'aménagement de l'environnement et favorisent ainsi l'engagement dans les apprentissages. C'est souvent l'enseignant qui en est le coordinateur c'est pourquoi une information et des conseils préalables sont nécessaires.(3)

La remédiation cognitive a pour objectif l'amélioration des fonctions cognitives déficitaires. Dans le TDAH la remédiation cognitive est adaptée aux « tâches d'attention partagée ». (21). Les programmes informatisés sont de plus en plus utilisés. Une revue de littérature rapportait que le transfert des acquis sur le fonctionnement sociale n'était pas significatif ou était considéré comme cliniquement négligeable (22).

Médicamenteuse

Il n'existe pas de traitement étiologique du TDAH. En revanche, il existe un certain nombre de traitements pharmacologiques sûrs et efficaces sur les manifestations des symptômes. Dans ces traitements on retrouve les psychostimulants (amphétamine, méthylphénidate) et les non stimulants (atomoxetine, clonidine etc.). Seul le Méthylphénidate est autorisé en France.(4)

Les mécanismes d'action ne sont pas totalement connus. Le méthylphénidate augmente les taux de dopamine synaptique en bloquant les transporteurs responsables de sa recapture, le résultat étant une activité dopaminergique synaptique augmentée particulièrement dans les aires préfrontales et du striatum (14). Nous avons évoqué dans l'étude des fonctions exécutives comment les taux de dopamine pouvaient modifier l'engagement attentionnel et réduire l'aversion aux délais que peuvent présenter les personnes porteuses de TDAH.

La Fédération internationale du TDAH rapporte que ces traitements réduisent le risque de blessure accidentelle, de traumatismes crâniens, de trouble de l'usage, d'accident

de la route, de fractures, d'IST, de dépression, de grossesse durant l'adolescence et de suicide. Ils améliorent les niveaux d'instruction et de diplômes. (6)

Les traitements stimulants sont plus efficaces que les traitements non stimulants mais sont aussi plus à risque d'être mal utilisés ou de faire l'objet d'abus. Les effets secondaires des traitements sont modérés et peuvent être modifiés par des changements de dose ou de médicaments. On retrouve le plus fréquemment l'anorexie, l'insomnie, l'irritabilité ou « effet rebond » de fin de dose, tics, céphalées et un ralentissement de la courbe de croissance. Ces effets secondaires peuvent nécessiter des adaptations posologiques ou l'arrêt du traitement. (3)

Conclusion

La prise de conscience de l'importance du TDAH s'est améliorée au cours de la dernière décennie comme en témoigne l'instauration de la première journée nationale du TDAH en 2021 (23). Les répercussions sur l'insertion en milieu scolaire sont de mieux en mieux connues et notamment son lien avec le harcèlement scolaire. Dans la deuxième partie nous aborderons l'impact du harcèlement scolaire sur la santé mentale et les liens avec le TDAH.

CHAPITRE 2 : Généralité sur le harcèlement scolaire le bullying et l'intimidation :

Le harcèlement scolaire ou bullying est un enjeu de santé publique. C'est un phénomène social complexe qui peut impliquer plusieurs groupes de pairs. Il est connu de longue date mais son étude en recherche clinique est relativement récente. La première étude scientifique sur le sujet doit son origine au projet de Dan Olweus dans les années 1970. C'est aussi D. Olweus qui mena la première étude d'intervention systématique contre l'intimidation portant le nom d'Olweus Bullying Prevention Program ou OBPP.

Depuis ce phénomène est largement étudié et les conséquences sur la santé sont bien documentées particulièrement depuis la fin des années 80'. Des initiatives récentes montrent que le sujet est devenu un enjeu majeur de la santé des enfants. Le rapport de l'UNESCO paru en 2019 fournit un aperçu des données les plus récentes sur ce sujet en rassemblant l'ensemble des données des différentes études internationales. (24)

Nous étudierons dans cette partie le bullying en insistant sur les aspects qui peuvent avoir un impact sur le TDAH.

2.1. Définitions

Le **bullying** est défini par trois critères fondamentaux qui sont l'intention de nuire, le caractère répétitif et le déséquilibre de pouvoir. (25) Le déséquilibre de pouvoir est important car il peut permettre de mieux différencier le bullying d'autres situations de violences. Le **cyberbullying** répond aussi à ces trois critères, ayant uniquement la spécificité de l'interface numérique.

L'intimidation est le mot généralement utilisé pour traduire le bullying. Du fait du sens commun ce terme pourrait laisser entendre qu'il n'y a pas de passage à l'acte physique ce qui est contraire à l'idée du bullying direct.

Le harcèlement scolaire est le phénomène du bullying à l'école, c'est-à-dire répondant aux trois critères du bullying. Il a été démontré que ces phénomènes existent aussi sur les lieux de travail et peuvent prendre différentes formes

La **violence** est définie par l'OMS comme « L'utilisation intentionnelle de la force physique, menaces à l'encontre d'autres personnes, un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner des dommages... » (26). La violence physique comprend différentes formes comme « les bagarres, les punitions corporelles et la destruction de bien. Les violences sexuelles comportent la discrimination basée sur le genre, les blagues et commentaires à caractère sexuel. Le viol et les attouchements

sont des violences physiques à caractères sexuels. Les violences psychologiques regroupent les violences verbales, émotionnelles, et l'exclusion. La contrainte sexuelle fait parties des violences psychologiques à caractère sexuel » (26). La différence entre la violence et le bullying consiste particulièrement dans l'aspect répétitif ainsi que dans le déséquilibre de pouvoir qui caractérisent le bullying.

2.2 Prévalence du bullying à l'école.

Un rapport de l'UNESCO sur le bullying à l'école s'appuyant sur l'enquête HBSC et sur d'autres études internationales basées sur une population d'enfants âgés d'entre 9 et 15 ans comme l'étude PISA (Programme for International Students Assessment) ou DHS (Demographic and Health Surveys) rapporte qu'en 2014, près d'un enfant sur trois dans le monde est victime de violence scolaire. Il existe de grandes différences selon les régions. En Europe le bullying concerne 25% des élèves (27). Les différences peuvent être en partie expliquées par des variations socio-culturelles mais aussi parfois par des différences méthodologiques notamment dans la définition du bullying. Ce sont les violences physiques et sexuelles qui sont les formes de bullying les plus fréquentes. Ensuite viennent les formes indirectes de bullying comme l'exclusion.

La fréquence des intimidations à l'école atteint son maximum en primaire. En Europe, ce sont les étudiants âgés de 11 ans qui déclarent le plus de bullying (32,6%) et ce chiffre diminue à 13 (29,6%) et 15 ans (23,3%). Ainsi les épisodes diminuent en fréquence mais peuvent plus souvent prendre des formes sévères. En France, près de 12% des enfants rapportent avoir été victime de bullying au cours des deux derniers mois. (28) En 2018, une baisse des déclarations de harcèlement avait été recensée en France par l'enquête EnCLASS. (29)

Le bullying affecte les deux sexes et on retrouve peu de différences sur le nombre de bullying déclaré (28,2% pour les filles et 30,5% pour les garçons). Cependant on retrouve une différence dans le type de bullying perpétré. La violence physique concerne

plus les garçons (21.5%) que les filles (10,1%) alors que la tendance est inversée pour les violences à caractère sexuel, l'ignorance ou le cyberbullying (respectivement 31,1%, 6,1% et 11,8% pour les filles contre 17,3%, 4.78% et 9.3% pour les garçons)(27).

2.3. Caractéristiques et facteurs influençant le bullying :

La littérature sur l'intimidation distingue habituellement quatre types de relations de harcèlement : les « agresseurs purs », les « victimes pures », « les agresseurs victimes » et les « neutres » qui n'ont pas de rapport au harcèlement, mais peuvent en être témoins.

Concernant le type d'agresseurs, Olweus rapportait des différences entre les agresseurs actifs et les agresseurs passifs. L'initiative du bullying est le fait du premier type qui associe la violence à un gain. La relation avec les pairs est souvent marquée par une recherche de position dominante et humiliante. On retrouve aussi un détachement émotionnel et une absence de remord. Les harceleurs rapportent des difficultés concernant leurs compétences sociales mais peuvent aussi utiliser la violence comme stratégie de manipulation des situations sociales afin de leurs conférer un avantage. Il a été démontré que les intimidateurs sont plus susceptibles d'avoir des comportements violents et de commettre des infractions tout au long de leur vie.(30)

Dans les caractéristiques des enfants fréquemment victimes de harcèlement on retrouve les enfants perçus comme différents par leurs pairs (enfant en surpoids, être nouveau dans l'établissement etc.), étant incapable de se défendre, être déprimé ou anxieux avec une faible estime de soi, le fait d'être isolé socialement ou d'avoir peu d'amis (27). L'apparence physique était la cause du bullying la plus fréquemment rapportée particulièrement pour le surpoids ou l'obésité. La seconde raison était une origine ethnique ou une couleur de peau différente. L'orientation sexuelle est aussi un facteur prédictif du bullying. Aux USA, 34,2% des enfants perçus comme gays, lesbiennes ou bisexuels déclaraient avoir été victimes de bullying à l'école contre 18,8% des enfants perçus comme hétérosexuel. Le statut socio-économique a une répercussion différente selon les différentes régions. En Europe et en Amérique du Nord, un statut socio-économique faible était associé à une augmentation du risque

de bullying (24,7% pour les enfants avec un haut niveau socio-économique, 30% pour un niveau moyen et 40,4% pour un faible niveau). (24)

Olweus distingue deux catégories de victime, qu'il appelle « passive » et « active » selon que le repli sur soi et la faible estime de soi en font des cibles plus fragiles ; Ou les victimes actives qu'il décrit comme provocatrices.

L'environnement scolaire a aussi un rôle important. Dans les pays de l'OCDE le climat disciplinaire générale est associé à une prévalence du bullying de l'ordre de 12,3% quand il est jugé négatif contre 5,7% quand il est jugé positif. (27) Le soutien de la famille et de l'école était associé à des niveaux plus faibles de bullying.

Le bullying est d'autant plus souvent perpétré par un groupe lorsqu'il est fréquent et répété dans le temps contre un élève, ainsi, plus le taux de harcèlement augmente plus celui-ci est agi par un groupe. Nous retrouvons un lien entre harcèlement et jeux dangereux ou le vol. (24)

Le rôle des enfants n'étant pas la cible de bullying est aussi très important. En tant que phénomène social complexe, les interactions entre les élèves jouent un rôle important dans la survenue du bullying. C'est pourquoi nombres d'interventions ciblent l'ensemble des élèves. Outre les élèves se joignant au bullying après qu'il soit initié par un autre, les élèves peuvent avoir des comportements qui agissent comme renforçateurs sociaux sur les élèves intimidateur. D'autres, par leur silence, permettent indirectement au bullying de se poursuivre. Enfin il existe des élèves « défenseurs » qui agissent activement contre le bullying. Les phénomènes de groupe influencent les comportements, c'est pourquoi ils sont une cible des programmes d'intervention.

2.4. Relation entre intimidation et problème de santé :

La relation entre intimidation et problème de santé est bien documenté, sur le plan physique tant qu'émotionnelle ainsi que sur les relations entre pairs et par rapport à l'école. En effet le fait d'être victime de bullying est fortement associé à de nombreux problèmes de santé. Les céphalées et douleurs abdominales étaient plus fréquemment rapportées. On retrouve aussi des problèmes de santé mentale grave comme les idées suicidaires (31), une dépression ultérieure (32), ou de l'anxiété

sociale. Ces répercussions peuvent se manifester en même temps que le harcèlement scolaire ou plus tard dans la vie.

L'étude GSHS rapportait que les enfants victime de bullying était deux fois plus susceptible de se sentir seul, d'avoir des troubles du sommeil ou d'avoir des idées suicidaires. On retrouve aussi une augmentation du risque de consommation de tabac, d'alcool de cannabis ou de comportement sexuels à risque. (27)

Les enfants n'ayant pas été victime de bullying déclarent à 39,6% avoir une excellente santé contre 29,1% des enfants victimes. (24)

Dans la majorité des pays, les victimes d'intimidation signalent des problèmes de santé plus important et un ajustement émotionnel et social plus faible ainsi que de plus mauvaises relations avec leurs camarades. Les effets néfastes étaient remarqués tant pour les victimes que pour les intimidateurs (33). Selon les résultats d'une méta analyse, toutes les formes de violences ont un impact sur les résultats scolaire et peuvent conduire à un plus grand taux d'absentéisme, d'échec scolaire ou de refus scolaire anxieux (34). Selon l'étude PISA les conséquences sur la trajectoire scolaire sont très importantes. Les enfants victimes de bullying déclarent plus se sentir étranger à l'école que ceux qui n'y ont pas été exposé (respectivement 42,4% contre 14,9%) et souhaitent plus fréquemment arrêter l'école après le lycée (44,5% contre 34,8%). Plus un élève est susceptible de subir du bullying, plus les notes sont basses (27).

Concernant le lien entre le handicap de nombreuses données suggèrent que le handicap augmente le risque d'être exposé aux violences physiques et sexuelles. Dans l'enseignement primaire et secondaire les troubles du neurodéveloppement augmentent le risque d'être victime de bullying. Compte tenu de la notion de déséquilibre de pouvoir que le bullying contient et de la position sociale des enfants porteur de TND, il est particulièrement difficile pour ces enfants de lutter contre le bullying. L'isolement social que peut impliquer le handicap peut entraîner des répercussions sur le sentiment d'appartenance à l'école car les contextes de socialisation vécu comme positif et les capacités d'établir des relations avec les pairs sont plus rare. (35) Cependant, la présence de certains TND comme le TDAH ont aussi été associé à une augmentation du risque d'être intimidateur.

2.5 Bullying et TDAH

De nombreuses études se sont spécifiquement intéressées au harcèlement scolaire chez les enfants avec TDAH. Ces études montraient une augmentation du risque d'être victime mais aussi auteur de bullying lorsque les enfants présentaient des niveaux élevés d'inattention ou d'hyperactivité (36). L'atteinte des fonctions exécutives (37), les troubles internalisés (38), les troubles oppositionnels et les troubles des conduites (39) étaient fréquemment associés à une augmentation des expériences de bullying. Le type de victimisation le plus souvent rapporté était le bullying direct (violence physique ou verbale) puis indirect (relationnelle) (40). Concernant l'impact du sexe on retrouvait des taux de victimisation plus élevés pour les garçons TDAH que pour les filles (41).

Plusieurs facteurs pourraient expliquer l'augmentation du risque d'être victime ou auteur du bullying chez l'enfant avec TDAH. Comme nous l'avons vu dans les approches physio-psychopathologiques, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'atteinte des fonctions exécutives en particulier le défaut d'inhibition, des difficultés de planification des tâches pourraient concourir à l'augmentation du risque d'être impliqué dans le bullying comme auteur ou victime. De même, l'aversion au délai et la recherche de récompense immédiate pourraient favoriser des comportements favorisant le bullying.

2.6. Les programmes d'interventions :

Comme nous l'avons vu, les facteurs environnementaux jouent un rôle important dans le développement du bullying à l'école. Dans les facteurs environnementaux modifiables nous pouvons noter les attitudes, les routines et les comportements des adultes qui influent sur l'environnement scolaire. Les programmes d'interventions visent ces facteurs dans le but de créer un environnement propice à la diminution de la fréquence d'apparition et de la répétition du bullying. Une méta-analyse a étudié les différents programmes et leurs effets sur la survenue du bullying.(42). Plus particulièrement les programmes suivant :« OBPP », « KiVa » et le ViSC et le « No trap! ».

- Olweus Bullying Prevention Program (OBPP) :

L'OBPP est le premier programme de lutte contre le bullying à l'école. Il vise à améliorer les relations avec les pairs et à faire de l'école un lieu plus sûr et positif. Le but du programme est de prévenir le développement de situations de bullying, de réduire ceux qui existent et d'améliorer les relations entre pairs. Le programme comporte différents niveaux d'actions : L'école, la salle de classe ou au niveau individuel. Il vise particulièrement l'ajustement des comportements des adultes pour faire preuve de positivité à l'égard des élèves, de fixer des limites claires et strictes sur les comportements inacceptables en classe et l'application de conséquences cohérentes et non agressives en renvoyant aux enfants des modèles positifs et faisant autorité. (43) Les auteurs de ce programme précisent qu'il convient d'inclure dans la mise en place un « comité de coordination ». L'implication de l'ensemble des parties prenantes (parents, personnel scolaire, est un facteur important de réussite du programme. Pour les enfants victimes ou auteurs de bullying une action individuelle doit être mise en place. Ce programme a initialement été mis en place en Norvège.

- Le KiVa :

Le KiVa est un programme mis en place en Norvège depuis les années 2007. Il s'inspire de différentes approches de la cognition sociale et comportementales. Il vise principalement les spectateurs du bullying afin de réduire les récompenses sociales et donc le renforcement positif des situations de bullying. (42) Le programme est basé sur de l'information sur l'empathie, l'auto-efficacité et le rôle des témoins du bullying. L'information transmise aux élèves prend la forme de discussions, de documents pédagogiques, des vidéos des jeux de rôles etc. Il existe de nombreux aspects du programme identifiés comme des composants d'interventions significativement efficaces (supervisions des terrains de jeux, travail coopératif, intervention auprès des parents etc.)

- No trap !

L'intervention consiste à faire participer activement les enfants à l'élaboration d'un site internet contre le harcèlement. Il s'adresse plutôt à des élèves du secondaire. Certains élèves ont un rôle de modérateur du forum en ligne, supervisant l'application des règles de discussion et pouvant apporter des réponses aux utilisateurs. Ce programme comporte aussi des activités hors ligne avec des ateliers centrés sur l'empathie et la résolution de conflits.

- Visc : Programme d'intervention Viennois de la compétence sociale

Ce programme s'adresse tant aux élèves qu'aux enseignants, familles et personnels scolaires. L'accent est mis sur la théorie de l'apprentissage social. Ce programme tend à inculquer le sentiment de responsabilité partagée afin de prévenir la survenue et la répétition des comportements de bullying. Il s'adresse particulièrement aux élèves du secondaire et vise à mettre en place un cercle vertueux de circulation du savoir et de formation mutuelle. Les participants apprennent à reconnaître les situations de bullying et quelles attitudes adopter face à ces situations. Ils travaillent activement ensemble afin de trouver des moyens pour éviter les comportements agressifs dans la classe. (44)

En France, de nombreuses initiatives pédagogiques ont été mises en place. Un plan d'action qui se décline en dix mesures a été proposé en 2019 par le ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse. On y retrouve la mise en place de programmes de prévention, l'implication des élèves à travers des concours « Non au harcèlement » pour qu'ils puissent proposer des solutions, une plateforme nationale pour identifier les intervenants etc. Une journée internationale contre le harcèlement en milieu scolaire et le cyberharcèlement reprenait les grands principes et particulièrement l'approche holistique.(45) Les facteurs de réussite des programmes d'intervention sont détaillés dans le rapport de l'UNESCO. On retrouve principalement l'implication des politiques nationales et la mise en place d'un cadre juridique et politique. La collaboration entre le secteur de l'éducation et une grande diversité de partenaires permet une plus grande efficacité de la recherche et la collecte des données et favorisent la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes. Cette collaboration permet donc la mise en place de programmes ayant fait la preuve de leur efficacité et dont nous avons présenté quelques exemples dans ce chapitre. Ainsi la disponibilité des données favorise un ajustement des réponses et concourt à un meilleur suivi systématique des programmes mis en place. La formation des enseignants sur la gestion positive des classes et sur le harcèlement scolaire apparaît aussi comme un enjeu important de la réussite des programmes d'intervention en favorisant la mise en place d'un environnement scolaire sûr. Ainsi, la prévention mais aussi le soutien et l'orientation des élèves victimes de bullying apparaissent comme des éléments essentiels d'une prise en charge efficace.

Conclusion

Le manque de données sur le bullying impliquant les élèves les plus vulnérables a motivé la réalisation de cette thèse. Une étude menée en Uruguay montrait que 31,3% des élèves handicapés se déclaraient victime de harcèlement contre 20,9% de l'ensemble des élèves. De plus les conséquences sur des enfants déjà fragilisés par le handicap risquent d'être plus importantes. A

L'objectif de la troisième partie de cette thèse sera, à travers une revue de la littérature, de mieux comprendre les facteurs de risque et de protections de la survenue du bullying à l'école chez les élèves avec TDAH.

CHAPITRE 3 : REVUE DE LITTÉRATURE

L'objectif de cette revue de la littérature est de décrire quels sont les facteurs de risque et de protection longitudinaux du harcèlement scolaire chez les enfants avec un TDAH.

3.1 Méthodologie

Afin de souligner le lien de causalité entre un facteur de risque ou de protection avec la survenue d'un événement (ici le bullying), la notion de temporalité est primordiale. En effet, elle permet de s'assurer que la cause (la présence de facteur de risque ou de protection) a précédé l'effet (modification statistiquement significative de la prévalence du bullying).

Les études de cohorte représentent ainsi le meilleur niveau de preuve pour la suggestion des liens de causalité entre l'exposition et la survenue d'un événement. Le risque de biais est alors diminué et la séquence temporelle est mise en évidence. Ces travaux comportent des inconvénients, en plus des contraintes que peut impliquer un long suivi. En effet, les effectifs doivent être suffisamment importants pour obtenir des conclusions fiables et se prémunir des biais de sélection liés aux perdus de vue en cas de suivi incomplet. Afin d'étudier les liens de causalité entre les facteurs de risque ou de protection du bullying qui respectent la séquence temporelle d'une exposition antérieure à la présence du bullying, nous avons retenu uniquement les études longitudinales.

Ainsi, une recherche de toutes les études portant sur le bullying chez les enfants atteints de TDAH a été réalisée en mai 2021 avec une restriction aux travaux parus entre 2010 et 2021. Ces derniers ont été recensés à partir des bases électroniques PubMed, PsycInfo et Scopus au travers de l'équation de recherche suivante :

« adhd » OU « neurodevelopmental disorder » OU « attention deficit hyperactivity disorder » ET « Bullying » ou « Cyberbullying » OU « harassment » OU « victimization ».

La liste des références des études retrouvées précédemment a été vérifiée à la recherche d'articles supplémentaires.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Publications de janvier 2010 à mai 2021 ;
- Études avec données longitudinales sur le bullying intégré ou non avec d'autres types de harcèlements dont le cyberharcèlement ou d'autres types de maltraitances ;
- Données sur les diagnostics de TDAH, les troubles des fonctions exécutives et le trouble spécifique des apprentissages obtenues selon des échelles recommandées.

Les critères d'exclusions étaient les suivants :

- Articles dans une autre langue que l'anglais ;
- Présence de handicap psychique ou sensoriel ;
- Présence de trouble du spectre de l'autisme comorbide du TDAH avec absence de distinction des résultats.

Une lecture des titres et des résumés a permis une première sélection selon la pertinence des articles et une lecture complète des articles sélectionnés a été réalisée.

Un organigramme PRISMA de la procédure de recherche est fourni (Figure 1).

Au total, 9 études disposaient de données longitudinales sur l'apparition du harcèlement scolaire chez des enfants atteints de TDAH et étudiaient l'exposition à des facteurs de risques ou de protection. Il s'agissait de la première revue de littérature s'intéressant aux données longitudinales permettant de dégager des facteurs de risque ou de protection d'apparition de bullying chez les enfants atteints de TDAH.

En somme, 9 études ont été incluses dans cette revue de littérature. Six d'entre elles ont été réalisées aux États-Unis, une en Turquie, une au Canada et une en Australie. Elles traitaient des conséquences de l'exposition à un facteur et son impact sur l'incidence du bullying. Elles ont toutes été identifiées au travers de moteurs de recherche. Aucune n'a été déterminée à partir d'ouvrage spécifique.

Les périodes de suivis variaient entre 5 semaines et 28 ans. Les échantillons pouvaient être issus de la population générale ou de la population clinique. Trois études se sont intéressées à des facteurs de protection comme la prise de MPH, la présence d'amis ou l'activité physique. Six études ont exploré des facteurs de risque tels que les

antécédents de bullying ou encore la présence de comorbidités, dont le TOP, les troubles des conduites ou des troubles internalisés.

Toutes les études se sont servies d'hétéro évaluations diagnostic de TDAH. Pour le bullying, des auto-évaluations ont été entreprises.

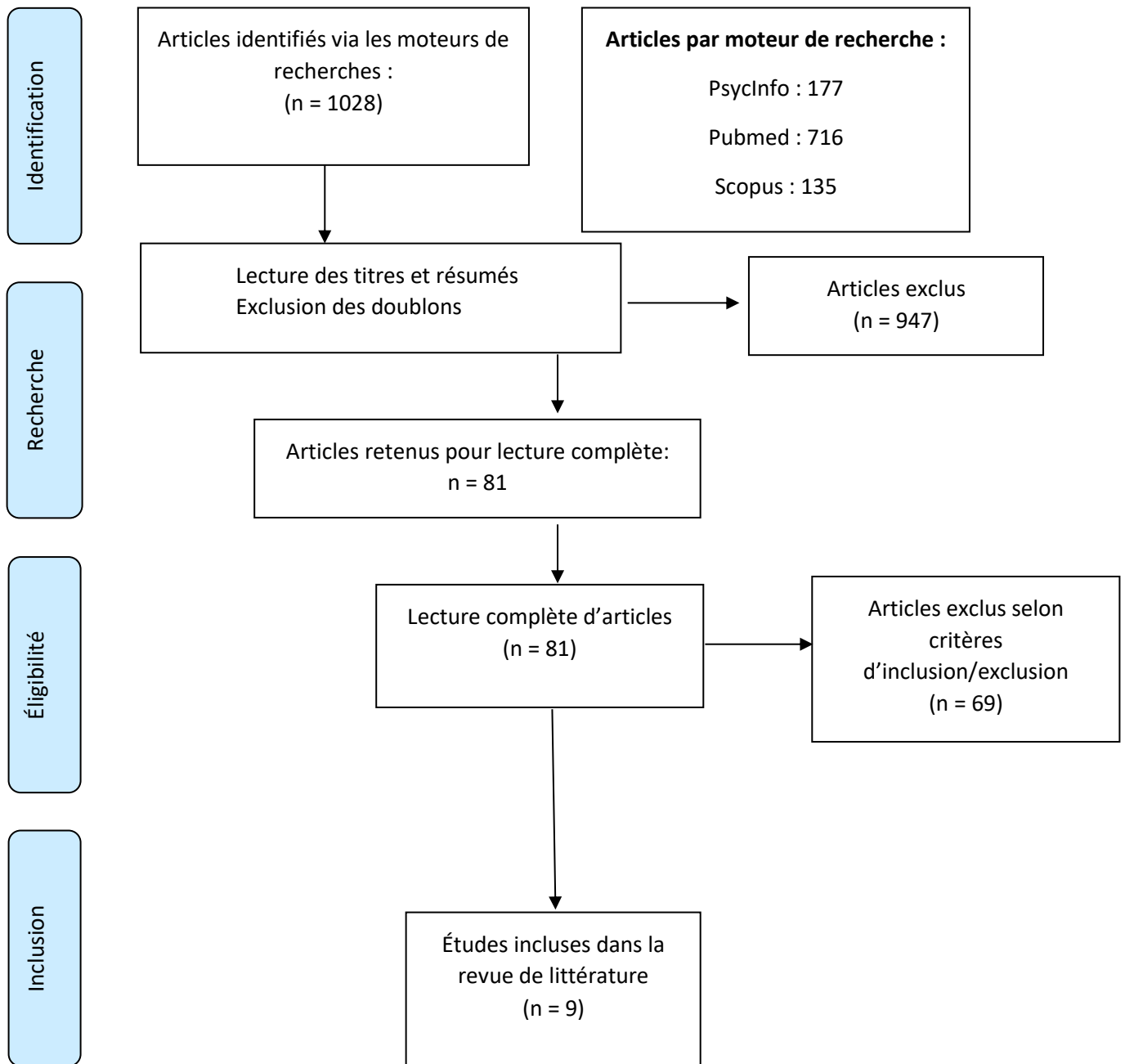


Figure 1. Organigramme PRISMA de la procédure de recherche

3.2 Résultat

3.2.1. Aperçu des études sélectionnées

Dans l'ensemble, 9 études ont été identifiées : le tableau 1 résume les caractéristiques descriptives des études incluses.

Détails de l'étude						
Réf.	Auteurs, Année	Pays	Taille de l'échantillon	Âge	Type de la population	Durée de l'étude
(46)	Tural Hesapcioglu et al. 2020	Turquie	N = 136	12 - 18 ans	Population clinique de garçons avec TDAH.	1 an
(47)	Yeeun Lee and al. 2021	Canada	N = 558	4 - 10 ans	École primaire	1 an
(48)	Cardoos et al. 2011	USA	N = 228	6 - 12 ans	Population clinique de fille avec TDAH	5 semaines
(37)	Darly Efron et al. 2018	Australie	N = 372	6 - 8 ans	École primaire	18 mois
(35)	Blake et al. 2014	USA	N = 4,155	6 - 13 ans	Enfants scolarisés en milieu spécialisé	6 ans
(49)	Fogler et al. 2020	USA	N = 486	Cohorte de naissances	Population générale	28 ans

				entre 1976 et 1982		
(50)	Forgleman et al. 2018	USA	N = 80	8 - 12 ans	École primaire	6 mois
(51)	Meza et al. 2016	USA	N = 228	6 - 12 ans	Population clinique	5 ans
(52)	Tarrah B. Mitchell et al. 2015	USA	N= 168	5 - 9 ans	École primaire	1,5 an

Tableau 1. Caractéristiques descriptives des études sélectionnées, portant sur le bullying chez les enfants atteints de TDAH

3.1 Les facteurs protecteurs du bullying chez les enfants avec TDAH

1. Le Méthylphénidate (MPH)

Une seule étude, réalisée en Turquie, s'est intéressée au rôle protecteur du MPH dans le TDAH (9). L'étude s'est portée sur 136 jeunes garçons (dont 60 avec traitement par MPH), âgés de 12 à 18 ans et classés en 2 groupes.

Le groupe 1 ne recevait pas de traitement au MPH contrairement au groupe 2. La période de suivi était d'un an. À la fin de celle-ci, la mesure du bullying et de cyberbullying en tant que victime ou auteur était recueillie à l'aide d'auto-questionnaires. Les résultats ont été classés comme suit (Tableau 2)

	Mesures	Groupe 1	Groupe 2 Traité au MPH	X ² or Z	P
--	---------	-------------	---------------------------------	---------------------------	---

		Non-traité au MPH ¹			
Caractéristiques démographiques et cliniques des groupes	Taux d'échec scolaire	84.2 %	68.3 %	4 803	0,028
	Troubles du sommeil	68.4 %	46.7 %	6 551	0,010
Les diagnostics psychiatriques de comorbidité des adolescents avec TDAH selon K-SADS-PL ³	Trouble dépressif	26,3 %	6,7 %	8 908	0,003
Expériences d'intimidation traditionnelles (Échelle d'intimidation par la victimisation de la part des pairs)	Victimisation physique	27.9 ± 9,7	24.1 ± 7,8	-2,319	0,02
	Isolement	9.1 ± 4,0	8.0 ± 3,4	-1,973	0,04
	Destruction de biens par des tiers	13.2 ± 4,5	11.5 ± 3,2	-3,305	0,001
	Victimisation sexuelle	12.1 ± 4,1	11.1 ± 2,9	-1,957	0,05
Expériences de cyberintimidation (Échelle de cyberintimidation/victime)	Blocage et endommagement dans un environnement virtuel	9.6 ± 3,6	8.5 ± 1,8	-2 969	0,003
	Répandre des rumeurs dans un environnement virtuel	4.8 ± 1,9	4.3 ± 0,8	-2 153	0,031

	Score total de la sous-échelle de victimisation	22.6 ± 6,5	20.3 ± 3,4	- 2 741	0,00 6
--	---	------------	------------	------------	-----------

Tableau 2. Classement des résultats recueillis sur la mesure du bullying et de cyberbullying à partir des auto-questionnaires (9)

Les valeurs sont moyennes ±SD ou en (%)

¹ MPH, le méthylphénidate.² TDAH, trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité.

³ *Le K-SADS-PL est un entretien semi-directif développé par Kaufman et al. (18) visant à diagnostiquer les troubles psychotiques, affectifs, l'anxiété, un comportement perturbateur, un abus de consommation de substances, des troubles de l'alimentation et des tics chez les enfants. Gokler et al. (19) ont mené une étude de fiabilité et de validité du K-SADS-PL pour la population turque.*

Entre les groupes, des différences statistiquement significatives ont été rapportées pour le bullying traditionnel. La quasi-totalité des adolescents de cette étude a rapporté des épisodes de victimisation physique, à savoir 97,4 % pour le groupe 1, contre 86,7 % pour le groupe 2 ($\chi^2 = 5\,637$; $P = 0,018$). Bien que statistiquement évocatrice, cette différence restait relativement faible. En revanche, pour le bullying par destruction de bien et la victimisation sexuelle, une plus grande différence a été constatée : les proportions d'enfants ayant subi une destruction de bien étaient de 64,5 % pour le groupe 1 contre 36,7 % pour le groupe 2 ($\chi^2 = 10\,391$; $P = 0,001$) et pour la victimisation sexuelle, cette proportion était respectivement de 42,1 % et 25 % pour les groupes 1 et 2 ($\chi^2 = 4\,338$; $P = 0,037$).

2. Les relations amicales

L'un des facteurs de risque du bullying est d'être isolé socialement. Deux études se sont concentrées sur le rôle de l'amitié comme protection contre la victimisation, l'une au Canada, l'autre aux États-Unis (10,11)

La première étude a été menée durant 1 an au Canada dans une école primaire incluant 558 enfants de 4 à 10 ans. 60 enfants (10,9 %) ont été identifiés à risque de

TDAH. Parmi ce groupe, 12 (20,0 %) n'avaient pas d'amis réciproques, ce qui montre que ce groupe est moins susceptible d'avoir des amis (10)

Des taux de symptômes du TDAH plus élevés étaient liés à des enfants ayant moins de réciprocité et amis « non choisis », plus d'amis non réciproques et camarades de classe « non-amis », une préférence sociale inférieure, une victimisation plus relationnelle, et moins de soutien par les camarades à l'automne.

Les associations longitudinales entre les symptômes de TDAH en automne et le fonctionnement au printemps des pairs, ont révélé que des taux plus élevés de symptômes du TDAH à l'automne prédisent moins d'amis « non choisis » et plus de camarades de classe « non-amis » au printemps, moins de préférence sociale et plus de victimisation ouverte et relationnelle au printemps.

Une interaction a été constatée entre les symptômes du TDAH et les amis réciproques à l'automne, pour les résultats d'amis réciproques du printemps, les camarades de classe « non-amis », les perceptions de soi et de soutien par les pairs.

L'étude a utilisé l'analyse de pente simple pour estimer les associations pour les enfants avec SD au-dessous, au niveau, et au-dessus de la moyenne de la réciprocité d'amis. Concrètement, étant donné que le nombre moyen de camarades de classe réciproque était de 1,5, le SD d'un enfant en dessous de la moyenne de l'échantillon (résultat proportionnel de 0,03) n'avait approximativement aucun ami réciproque ; un enfant au niveau de la moyenne (résultat proportionnel de 0,14) avait environ 2 amis réciproques, et un SD d'un enfant au-dessus de la moyenne (résultat proportionnel de 0,25) avait près de 4 amis parmi des camarades de classe réciproque.

- a) Pour un SD en dessous de la moyenne d'amis réciproques à l'automne, des symptômes de TDAH plus élevés prédisaient moins d'amis réciproques ($b = -0,002$, $SE = 0,0004$, $p < 0,001$), plus de camarades de classe « non-amis » ($b = 0,003$, $SE = 0,0007$, $p < 0,001$) et moins de soutien par les pairs ($b = -0,01$, $SE = 0,004$, $p = 0,004$) au printemps.
- b) Pour les enfants au niveau de la moyenne d'amis réciproques à l'automne, les symptômes du TDAH prédisaient une moyenne plus élevée de camarades de classe « non-amis » ($b = 0,001$, $SE = 0,0005$, $p = 0,02$), mais n'étaient pas

associés à des amis réciproques ($b = -0,000\ 2$, $SE = 0,000\ 3$, $p = 0,61$) ou un soutien par les pairs au printemps ($b = -0,000\ 8$, $SE = 0,003$, $p = 0,79$).

- c) En revanche, pour les enfants avec un SD au-dessus de la moyenne des amis réciproques en automne, les symptômes du TDAH étaient non associés à des camarades de classe « non-amis » ($b = -0,000\ 3$, $SE = 0,000\ 9$, $p = 0,75$), et prédisaient plus d'amis réciproques ($b = 0,001$, $SE = 0,000\ 5$, $p = 0,03$) et un soutien légèrement supérieur par les pairs ($b = 0,009$, $SE = 0,005$, $p = 0,05$) au printemps.

Ainsi, le fait d'avoir plus d'amis réciproques à l'automne a compensé les associations longitudinales entre les symptômes des enfants avec TDAH à l'automne et un fonctionnement plus médiocre des pairs au printemps et donc la diminution des expériences de victimisation.

La deuxième étude sur le rôle modérateur de l'amitié a été menée aux États-Unis pendant 5 semaines durant l'été. Elle portait sur 228 filles de 6 à 12 ans, dont 140 présentant des symptômes de TDAH (48).

- *Les échelles de diagnostics*

1- la *Child Behavior Checklist* (CBCL)) (internalisé et externalisé) et *Teacher Report Form* (TRF) ont été remplis avant l'été par les parents et les enseignants afin d'évaluer les troubles internalisés et externalisés.

2- La participation Amicale : Des entretiens sociométriques privés ont été menés avec chaque fille à la fin des semaines 1, 3, et 5 dans les camps d'été pour obtenir des informations sur la perception qu'avaient les participants les uns des autres.

3- La victimisation évaluée par les pairs : Les nominations de victimisation ouverte et relationnelle par les pairs ont été obtenues dans le cadre des entretiens sociométriques menés au cours des semaines 1, 3 et 5 des camps d'été.

- *Analyses de régression*

Pour chaque régression, l'état diagnostique (TDAH vs. groupe contrôle) a été entrée à la première étape comme contrôle de variable. Les modérateurs présumés (présence d'amis et statut de réciprocité) ont été saisis à la deuxième étape de l'analyse.

a) Régression linéaire

Pour l'interaction Intériorisation × Présence d'amis : la pente simple pour le groupe « pas d'amis » était significative ($\beta=0,52$; $p<0,001$), mais la pente simple pour le groupe « ami » n'était pas significative ($\beta=-0,04$; $p=0,654$).

Pour les enfants sans ami, on notait une association plus forte entre le comportement intériorisé et la victimisation par rapport aux enfants avec au moins un ami. De même, pour le comportement d'externalisation, la pente simple pour le groupe « pas d'ami » était significative ($\beta=0,70$; $p<0,001$), ce qui n'était pas le cas de la pente simple pour le groupe « amis » ($\beta=0,21$; $p=0,061$). Enfin, pour la compétence sociale, on retrouvait aussi une pente simple significative pour le groupe « pas d'amis » mais pas pour le groupe « amis » (pas d'ami : $\beta=-0,37$; $p=0,002$; ami : $\beta=0,00$; $p=0,974$).

b) Régression hiérarchique parallèle :

Des régressions hiérarchiques ont été utilisées pour étudier les effets d'interaction à trois voies de chaque variable prédictive (internalisation, externalisation et compétences sociales) avec l'amitié et le statut de diagnostic, afin d'étudier les raisons pour lesquelles les filles atteintes de TDAH avec au moins un ami seraient protégées de la victimisation par les pairs par rapport aux filles atteintes de TDAH sans ami.

Aucune des interactions à trois voies n'a ajouté de manière significative à la prédiction de la victimisation. (Internalisation : $\Delta R^2=0,01$; $\beta=-0,41$, $p=0,064$; Externalisation $\Delta R^2=0,01$; $\beta=-0,34$; $p=0,104$; Compétence sociale : $\Delta R^2=0,00$; $\beta=0,16$; $p=0,490$).

Seules les interactions à deux voies permettaient de prédire la victimisation (Trouble internalisé $\Delta R^2=0,01$; $\beta=-0,41$, $p=0,064$; Troubles externalisés $\Delta R^2=0,01$; $\beta=-0,34$; $p=0,104$; Compétence sociale : $\Delta R^2=0,00$; $\beta=0,16$; $p=0,490$)

3. L'activité physique

Une étude a été conçue aux États-Unis afin d'examiner l'effet de l'activité physique sur les associations entre les symptômes de TDAH et la victimisation physique et relationnelle. Pour cela, Tarrah B. Mitchell et al. ont sélectionné 168 élèves, âgés de 7

et 10 ans, pour participer à une étude qui a duré un an et demi. Les données ont été collectées au début de l'étude (Temps 1) puis 1 an et demi après le début de l'étude (Temps 2).

Les échelles utilisées étaient la « Disruptive Behavior Disorder rating scale (DBD) » pour les symptômes de TDAH et la *Self-Administered Physical Activity Checklist (SAPAC)* pour l'évaluation de l'activité physique au temps 1. Au temps 2 le bullying a été évalué avec la *Victimization of Self (VS)* issue du *Peer Experiences Questionnaire (PEQ)*.

L'effet modérateur de l'activité physique sur les liens prospectifs entre les symptômes du TDAH et les formes de la victimisation par les pairs a été examiné à l'aide de modèles d'analyse de trajectoire.

La présence de symptômes de TDAH prédit une augmentation de la victimisation physique. Cette relation était atténuée lorsque les niveaux modérés d'activité physique sont présents (Totale : $\beta = 0,31$; $p = 0,009$ / extrascolaire : $\beta = 0,26$; $p = 0,03$). Il existe une relation dose/effet pour des niveaux d'activité physique élevés (Totale : $\beta = 0,50$; $p < 0,001$ / extrascolaire : $\beta = 0,55$; $p < 0,001$). (Tableau 3).

Type d'activité physique		Victimisation physique		
		B	SE	p
Activité physique totale	Faible	$\beta = 0,12$	SE = 0,17	$p = 0,47$
	Modérée	$\beta = 0,31$	SE = 0,12	$p = 0,009$
	Élevée	$\beta = 0,50$	SE = 0,13	$p < 0,001$
Activité physique extrascolaire	Faible	$\beta = -0,02$	SE = 0,18	$p = 0,90$
	Modérée	$\beta = 0,26$	SE = 0,12	$p = 0,03$
	Élevée	$\beta = 0,55$	SE = 0,13	$p < 0,001$

Tableau 3. Prédiction de la victimisation physique chez des élèves avec symptômes du TDAH selon le degré de l'activité physique (17).

3.2 Les facteurs de risques du bullying chez les enfants avec TDAH

1. Prédiction de la victimisation par les pairs

Dans une étude menée pendant 18 mois en Australie sur 372 filles de 6 à 8 ans dans une école primaire (35), la victimisation ouverte et relationnelle a été mesurée à l'aide des rapports des parents et des enseignants sur le questionnaire sur l'expérience sociale (SEQ ; Storch, Crisp, Roberti, Bagner, & Masia-Warner, 2005).

- a) *Les différences dans la victimisation par les pairs chez les enfants avec et sans TDAH* : Les enfants atteints de TDAH ont connu des niveaux de victimisation plus élevés que les enfants sans TDAH, selon les rapports des parents ($d = 0,77$; $-d = 1,03$) et des enseignants ($d = 0,43$; $-d = 0,74$).
- b) Les prédicteurs de victimisation par les pairs chez les enfants atteints de TDAH. Seuls deux prédicteurs de l'enfant ont été indépendamment associés avec la victimisation : les problèmes de conduite ($\beta = 0,16$; $p = 0,08$) et la consommation de médicaments ($\beta = 0,38$; $p = 0,05$).

2. Antécédent de bullying

L'étude de Blake et al. aux États-Unis s'est tenue durant 6 ans sur 4155 enfants de 6 à 13 ans scolarisés en milieu spécialisé (13). Trois variables interdépendantes ont été modélisées par ordre chronologique dans le modèle de cheminement, de sorte qu'à partir de la victimisation des élèves de première année, le statut a été modélisé prédire la victimisation des prochaines années.

Vague 1 : L'âge, les revenus, le handicap primaire et la compétence sociale étaient tous prédicteurs significatifs du risque d'être victime d'intimidation durant la première vague.

- a) Le sexe n'expliquait pas le risque de victimisation à la vague 1, contrairement à l'âge (OR = 1,14 ; $p = 0,004$). En effet, les élèves plus âgés étaient plus susceptibles d'être victimes que les élèves plus jeunes.

- b) Concernant les revenus, les enfants des familles à revenus élevés couraient moins de risque d'être victimes du bullying durant la 1re vague que ceux des familles à faibles revenus (OR = 0,78 ; p = 0,001).
- c) Les enfants atteints de TDAH (comme les autres étudiants porteurs de handicaps) étaient deux fois plus susceptibles d'être victimes d'intimidation durant la vague 1 (OR = 2,00 ; p = 0,001).
- d) Les étudiants avec une perturbation émotionnelle étaient près de 1,5 fois plus à même d'être victimes d'intimidation (OR = 1,44 ; p = 0,03) que les autres élèves. Les étudiants qui ont participé à des activités sociales avec leurs camarades en dehors de l'école étaient moins susceptibles d'être intimidés que les élèves qui interagissaient moins (OR = 0,89 ; p = 0,01).
- e) Par comparaison, les enfants qui ont manifesté plus de comportements d'intériorisation (par exemple, la solitude et l'affect déprimé) avaient plus de chances d'être victimes que les enfants qui affichaient des niveaux inférieurs de comportements d'intériorisation (OR = 1,33 ; p = 0,001).

Vague 2 : Le principal prédicteur de victimisation à la vague 2 était le statut de victimisation à la vague 1. Les enfants qui ont été victimes de leurs camarades à la vague 1 étaient cinq fois plus à risque que les enfants sans expérience de victimisation à la vague 1 (OR = 5,15 ; p 0,001).

- a) Les enfants atteints de TDAH (OR = 1,81 ; p = 0,01) ont été ceux avec le plus grand risque de victimisation à la Vague 2, par rapport à tous les autres étudiants handicapés.
- b) L'intériorisation des problèmes de comportement a aussi été rapportée comme prédicteur significatif du risque de victimisation durant la vague 2.

Vague 3 : L'exposition antérieure à la victimisation aux vagues 1 et 2 prédit la probabilité qu'un élève soit victime à la vague 3.

- a) Les étudiants victimisés durant la vague 1 et 2 sont plus exposés à l'être de nouveau durant la vague 3 (Vague 1 ; 2 fois plus, OR = 2,25, $p \leq .001$) et (Vague2 ; 5 fois plus, OR = 4,71 ; $p \leq 0.001$) respectivement.
- b) Les élèves plus âgés étaient moins susceptibles d'être intimidés que les étudiants plus jeunes (OR = 0,78 ; $p 0,001$).
- c) Intérioriser les problèmes de comportement (OR = 1,31, $p = 0,009$) s'avère être un prédicteur significatif du statut de victimisation durant la vague 3.

3. Comorbidité psychiatrique autre que la déficience intellectuelle

L'étude de Fogler et al. publiée en 2020 a été menée aux États-Unis durant 28 ans sur 486 personnes de la population générale nées entre 1976 et 1982 (dont 199 souffrant de TDAH) (49).

- a) Cette étude a révélé une association statistiquement significative entre le rôle d'intimidateur/victime et un TDAH dans l'enfance : Le pourcentage d'enfant avec TDAH qui rapportait être « victime », « intimidateur » ou « victime et intimidateur » était respectivement de 59,8%, 78,6% et 87,5% contre respectivement 40.2%, 21,4% et 12.5% lorsque les enfants ne présentaient pas de TDAH. De plus, la chance d'être à la fois victime et intimidateur, par rapport à victime seulement, était significativement plus élevée pour les enfants atteints de TDAH comparés à ceux qui n'en avaient pas (OR = 4,78 (1,04 ; 22,15)).

La présence d'un trouble des apprentissages et ou d'autres comorbidité psychiatrique ont été associées à une augmentation de chance d'être classé comme victime, intimidateur ou les deux. Une proportion manifestement plus élevée de participants, avec un TDAH pendant l'enfance, avait un trouble d'apprentissage par rapport aux contrôles sans TDAH (70 % vs 13,2 % ; $p < 0.001$). De même, une proportion indubitablement plus élevée de participants ayant un TDAH dans l'enfance a été diagnostiquée avec un trouble psychiatrique, par rapport aux contrôles sans TDAH (63,8 % vs 20,6 % ; $p < 0.001$). Après stratification, la proportion d'enfants victimes ou intimidateurs était plus importante lorsqu'une comorbidité psychiatrique était présente (TSLA

ou autre trouble) par rapports aux enfants TDAH sans comorbidité psychiatrique. Cette proportion d'enfant victime était de 48.3% et de 16.1% pour les enfants avec un TDAH et TSLA comorbide comparés aux enfants avec TDAH seul. Pour les autres troubles la proportion d'enfants victimes et intimidateurs était respectivement de 65,5% et 25% pour les enfants porteurs de TDAH avec un autre trouble comparé aux enfants TDAH sans comorbidité psychiatrique.

b) Comportements d'intériorisation et d'extériorisation : Afin d'explorer l'association entre les comportements d'intériorisation, les comportements d'extériorisation et la victimisation par les pairs chez les enfants avec ou sans TDAH, Forgleman et al. ont mené une étude dans une école primaire aux États-Unis.

Au cours de la séance initiale, les parents ont passé un entretien de diagnostic structuré et l'échelle d'évaluation des parents Vanderbilt ADHD, pour déterminer si leur enfant répondait aux critères du TDAH, et la Child Behavior CheckList (CBCL) pour évaluer les comportements d'intériorisation et d'extériorisation de leur enfant. Les enfants ont été testés sur l'échelle Peer Preference Support Scale (PPSS), pour évaluer les expériences de victimisation par les pairs. Lors de la séance de suivi à 6 mois, les parents ont complété le CBCL et les enfants ont complété la PPSS.

Des corrélations significatives ont été observées entre le TDAH et l'intériorisation via la liste de contrôle du comportement des enfants (CBCL) ($r [80] = 0,43 ; p < 0.001$), l'externalisation via la CBCL ($r [80] = 0,62 ; p < 0.001$), le suivi de l'Internalisation de la PPSS ($r [62] = 0,39 ; p = 0,002$) et le suivi de l'Externalisation de la CBCL ($r [62] = 0,52 ; p < 0.001$). Ces résultats indiquent que le TDAH était associé à une intériorisation et à une externalisation des comportements au cours de la session initiale et de suivi. La relation entre la PPSS et les comportements internalisés et PPSS était également notable ($r [80] = 0,27 ; p = 0,02$), ce qui suggère que les comportements d'intériorisation étaient significativement associés avec une plus grande victimisation par les pairs au départ.

4. Inhibition de la réponse, préférence des pairs et automutilation

Afin d'examiner l'association longitudinale, entre l'inhibition de la réponse, la préférence et la victimisation des pairs et l'automutilation, une étude aux États-Unis a été effectuée pendant 15 ans, sur 228 filles de différente ethnicité (dont 88 avec TDAH), avec un âge variant entre 6 et 12 ans au début de l'étude. Les échelles diagnostiques sur lesquelles l'étude s'est basée sont :

1. Une variable indépendante : inhibition de la réponse pendant l'enfance (vague 1)

-Tâche de performance continue (CPT ; Conners 1995) ;

2. Médiateurs hypothétiques : préférence sociale des pairs et victimisation chez l'adolescent (Vague 2) :

- Échelle d'acceptation sociale de Dishion : (DSPS ; Dishion 1990) ;

- Entretien de relations sociales.

3. Variables de critère : Automutilation du jeune adulte (Vague 3) :

- Le questionnaire sur le suicide de Barkley (Barkley, 2006) ;

- Questionnaire d'automutilation (QAM).

Une commission d'erreur (inhibition de la réponse pendant l'enfance à la vague 1), était négativement associée à la préférence sociale ($r = -0,17$, $p < 0.05$), et positivement associée à la victimisation par les pairs ($r = 0,22$, $p < .01$). De même, elle a été aussi positivement associée aux trois résultats liés à l'automutilation : idées suicidaires [IS] ($r = 0,15$, $p < 0,05$), tentative de suicide [SA] ($r = 0,18$, $p < 0,05$) et l'automutilation non suicidaire (AMNS) ($r = 0,18$; $p < 0.05$).

L'échantillon de TDAH avait des résultats moyens de préférence sociale significativement inférieurs et des résultats moyens de victimisation par les pairs plus élevés pour la vague 2 que l'échantillon de comparaison. Un modèle parallèle a émergé pour la vague 3, l'automutilation non suicidaire (AMNS), qui était également plus élevée pour le groupe avec TDAH.

Parmi les filles atteintes de TDAH, 35,5 % ont reconnu avoir des pensées suicidaires et 17,7 % ont approuvé une tentative de suicide antérieure. Sur l'échantillon de

comparaison, 22,4 % ont déclaré avoir des pensées suicidaires et 6 % ont admis avoir déjà fait une tentative de suicide.

Auteurs/Année/Référence	Pays	N = Taille de l'échantillon (n = nombre de personnes avec risque de TDAH) / Période de suivi	Âge/ Type de population	Facteur évalué/ Modèle statistique utilisé	Type d'évaluation : Auto (A) ou hétéro (H) évaluation	Échelles diagnostiques	Résultat : Odd ration (IC à 95 %) B χ^2 r = Coef. de corrélation
Tural Hesapcioglu et al. 2020	Turquie	N = 136 n = 60 1 an	12-18 ans/ Population clinique de garçons avec TDAH.	Traitement au MPH, Bullying physique, matériel, sexuel/ χ^2	H : TDAH A : Bullying	K-SADS-PL (DSM 5)/ Peer bullying scale adolescent form	Groupe sans MPH versus avec MPH : Bullying physique : 97 % vs 86 % ($\chi^2 = 5,637$; P = 0,018) ; Bullying par destruction matérielle : 64,5 % vs 36,7 % ($\chi^2 = 10,391$; P = 0,001) ; Bullying sexuel : 42,1 % vs 25 % ($\chi^2 = 4,338$; P = 0,037).
Yeeun Lee et al. 2021	Canada	N = 558 n = 60 1 an	4 – 10 ans /	Modèle d'amitié, victimisation par les pairs, perception de	H : Symptôme de TDAH	L'analyse de pente simple ADHD-5 Rating Scale (DSM 5)	MRA : Moyenne de la Réciprocité d'Amis, NA : Non-associé <u>SD < MRA en automne :</u> Des symptômes du TDAH augmentés = Diminution d'amis réciproques, augmentation de

			École primair e	soutien par les pairs/ Modèle linéaire hiérarchique	A : Modèle d'amitié, bullying	CLM SEQ	camarades de classe non-amis et diminution du soutien par les pairs au printemps <u>SD=MRA en automne :</u> Des symptômes du TDAH augmentés = Amis réciproque (NA), augmentation camarades de classe non-amis, soutien par les pairs au printemps (NA) <u>SD>MRA en automne :</u> Des symptômes du TDAH augmentés = augmentation d'amis réciproques, camarades de classe non-amis (NA), augmentation du soutien par les pairs au printemps
Cardoos et al. 2011	US A	N = 228 (n = 140) 5 semaines	6 à 12 ans / Popul ation cliniqu e de fille avec TDAH	Présence d'amis (compétences sociales, SI ; SE)/ Régression linéaire ; Régression hiérarchique parallèle.	À + H : Amitié H : ADHD, compéten ces sociales, SI et SE, bullying	SNAP-IV CBCL DSC IV WISC-III Entretiens sociométriqu es	Régression linéaire : Pas d'amis : $\beta = -0,37$, $p = 0,002$; Amis : $\beta = 0,00$, $p = 0,974$. Régression hiérarchique parallèle : Internalisation : $\Delta R^2 = 0,01$, $\beta = -0,41$, $p = 0,064$; Extériorisation : $\Delta R^2 = 0,01$, $\beta = -0,34$, $p = 0,104$; Compétence Sociale : $\Delta R^2 = 0,00$, $\beta = 0,16$, $p = 0,490$

				Pente simple de droite de régression			
Darly Efron et al. 2018	Australie	N=372 (n=173) 18 mois	6-8 ans/École primaire.	TC, Usage de traitement (autre que MPH)/ χ^2 .	H : TDAH, TC, PT. A : Bullying	DISC-IV SEQ	<p>La victimisation par les pairs :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfant avec TDAH : victimisation augmentée -Enfant sans TDAH : victimisation diminuée -Rapports des parents (d = 0,77 -d = 1,03)/des enseignants (d = 0.43-d = 0,74) <p>Prédicteur de la victimisation par les pairs :</p> <ul style="list-style-type: none"> -problèmes de conduite ($\beta = 0,16$; p = 0,08) -la consommation de médicaments ($\beta = 0,38$; p = 0,05)
5. Blake et al. 2016	USA	N= 4,155 (n=175) 6 ans	Enfants de 6 à 13 ans /scolarisés en milieu spécialisé	Antécédents et autres risques de bullying/ Path model	H ; TDAH, bullying	Diagnostic posé à l'admission en éducation spécialisée	Étudiants avec antécédents du bullying (durant vague 1 et 2) = Augmentation du risque au bullying durant la vague 3 : (Vague 1 : 2 fois +, OR = 2,25 ; p ≤ 0.001) (Vague 2 : 5 fois +, OR = 4,71 ; p ≤ 0.001)

6. Fogler et al. 2020	US A	N = 486 (n=199)/ 28 ans	Cohorte de naissances entre 1976 et 1982/ Population générale	Comorbidité psychiatrique autre que DI TSLA/ Régression logistique multinomiale – stratification (sur type de trouble)	H : TDAH, autres troubles psychiatriques A : Bullying (victime ou auteur)	DSM IV-TR Questionnaire sociologique	TDAH versus non-TDAH OR (V+) = 17.06 (3.80-76.48) Stratification : Proportion de victime ou d'intimidateur (V+I) chez les enfants avec TDAH + autre trouble versus (V+I) TDAH sans comorbidité : P (V+ I) TDAH + autre trouble = 62, 5 % versus 25 % pour (V+I) TDAH. Proportion de victime seul : P(V)-(TDAH + TSLA) = 43.8 % versus 16,1% pour P (V)-TDAH
7. Forgleman et al. 2018	US A	N = 80 (n =42)/ 6 mois	8 à 12 ans /École primaire	TE, TI, B./ Régression multiple hiératique	H : TDAH, TE, TI A : Bullying	CBCL (DSM 5) PPSS	CBCL: Child Behavior Checklist Corrélations entre : -les TDAH et (CBCL) (r [80] = 0,43 ; p < .001), -les TDAH et l'Externalisation (CBCL) (r [80] = 0,62 ; p < .001), -les TDAH et le suivi de l'Internalisation (CBCL) (r [62] = 0,39 ; p = .002) -les TDAH et le suivi de l'Externalisation de (CBCL)

							(r [62] = 0,52 ; p < .001).
8. Meza et al. 2016	US A	N = 228 (n = 140)/ 15 ans	6 – 12 ans/P opulati on cliniqu e	Haut niveau de défaut d'inhibition de la réponse/coef. de corrélation	H : TDAH, IR A : bullying	DSM IV SNAP CPT conners SIQ	Inhibition de la réponse (IR) (-) associée à la préférence sociale (r = -0,17, p < 0.05) (+) associée à la victimisation par les pairs (r = 0,22, p < 0.01). (+) associée aux trois résultats liés à l'automutilation : (1) idées suicidaires [IS] (r = 0,15, p < 0,05), (2) tentative de suicide [SA] (r = 0,18, p < 0,05), (3) l'automutilation non suicidaire (AMNS) (r = 0,18 ; p < 0 .05).
9. Tarrah B. Mitchell et al. 2015	US A	N= 168 1,5 an	5 – 9 ans/ École primair e	TDAH, activité physique	H : TDAH A : Activité physique, bullying	DBD SAPAC VS	Symptômes de TDAH et victimisation à des niveaux d'activités physiques totales et extrascolaires modérés à élevés. Activité modérée : Extrascolaire ($\beta = 0,26$, SE = 0,12, p = 0,03) ; Totale ($\beta = 0,31$, SE = 0,12, p = 0,009) Activité élevée : Extrascolaire ($\beta = 0,55$, SE = 0,13, p < 0.001) ; Totale ($\beta = 0,50$, SE = 0,13, p < 0.001)

DSM : Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux ; DISC : Diagnostic Interview Schedule for Children ; SEQ : Social Experience Questionnaire ; CLM : The Classroom Life Measure ; TC : Trouble des conduites ; PT : Prise de traitement ; DI : Déficience

intellectuelle ; TI : troubles internalisés ; TE : troubles externalisés ; TSLA : Trouble spécifique du langage et des apprentissages ; DSM IV TR : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition – text revision ; PPSS : Preference Support Scale ; CBCL : Child Behavior CheckList ; CPT : Continuous Performance Task ; SIQ : Self-Injury Questionnaire ; DBD : Behavior Disorder rating scale ; SAPAC : Self-Administered Physical Activity Checklist ; VS :Victimization of Self.

Tableau 4. Méthodologies et résultats principaux des études.

4. Discussion

Cette revue de littérature cherchait à étudier les facteurs de risque et de protection longitudinaux du harcèlement scolaire chez les enfants avec TDAH. Nous avons vu dans la première et la deuxième partie que le TDAH avait un impact sur le fonctionnement scolaire, avec les pairs ou les adultes et augmentait le risque d'être exposé au harcèlement scolaire.

Comme principaux facteurs de risque de bullying chez l'enfant avec TDAH cette revue retrouvait que les antécédents de harcèlement et la présence de comorbidité psychiatrique ou de trouble du comportement étaient associés à une augmentation du risque de survenue de harcèlement scolaire.

Concernant les facteurs de protection le MPH, la présence d'amis et l'activité physique étaient associés à une diminution du risque d'être impliqué dans le harcèlement scolaire.

Cette revue comporte des forces et des limites. C'est l'une des premières revues à décrire les associations longitudinales de facteurs prédictif de l'apparition du bullying chez les enfants avec TDAH.

Concernant la présence de comorbidité psychiatrique, notre revue retrouvait un risque de harcèlement augmenté particulièrement lorsque le TDAH est associé à d'autres TND (14). Ces résultats sont en accord avec ce que d'autres auteurs ont pu retrouver et particulièrement une étude longitudinale qui retrouvait une augmentation du risque surtout quand plusieurs TND étaient présents (20). Cette étude ne disposait cependant pas de données spécifiques sur le TDAH et n'a pas été incluse dans notre revue.

Concernant l'activité physique, les résultats sont en cohérence avec d'autres études en population générale qui retrouvait l'activité physique comme facteur protecteur. Là encore des études montraient que l'activité physique est une voie possible pour l'intégration dans un groupe de pairs qui est un facteur protecteur. (21)

Ce travail comporte aussi de nombreuses limites. 9 études seulement répondaient aux critères d'inclusion. Concernant l'inhibition de la réponse, les troubles des conduites ou la prise d'un traitement comme prédicteur du bullying, certaines études incluses disposaient de peu de sujet. Les résultats doivent être interprétés prudemment et d'autres études sont nécessaires. De même, concernant le traitement pharmacologique par MPH l'étude ayant

montré une importante taille d'effet, était statistiquement significative mais comportait un nombre de sujets restreints. D'autres études sont donc nécessaires pour confirmer ces résultats ou pour mieux comprendre par quels mécanismes le MPH permet une diminution du bullying.

Les études n'ont pas apporté de données concernant l'apparence physique, l'orientation sexuelle ou la situation socio-économique qui sont aussi des facteurs de risque comme nous l'avons vu dans le chapitre 2. Nous ne pouvons donc pas apporter de données sur ces facteurs spécifiques dans le TDAH.

A la fin de cette revue nous pouvons émettre certaines hypothèses. Les résultats suggéraient que la présence d'amis est un facteur protecteur (10,11). Yeeun et al. rapportaient que l'intensité des symptômes du TDAH était associée au nombre d'amis. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la diminution du niveau de symptômes de TDAH lors de la mise en place du traitement par MPH favorise les comportements socialement adaptés et augmente les chances d'avoir des amis, ce qui est un facteur protecteur du bullying. Ainsi une évaluation des habilités sociales et de l'état des compétences psychosociale peut être utile, particulièrement avant la mise en place du traitement après l'établissement d'une posologie adaptée.

Ainsi un soutien aux habilités sociales, une meilleure compréhension du trouble et des stratégies compensatoires permettraient de réduire le risque de survenue de bullying particulièrement lorsque d'autres comorbidités neurodéveloppementales sont présente, ce qui reste le cas le plus fréquent.

5. Conclusion

Cette revue avait pour but de mieux comprendre comment le TDAH est susceptible de générer des situations de harcèlement scolaire afin de d'adapter la prise en charge.

La présence de comorbidités et plus particulièrement de troubles spécifiques des apprentissages, de troubles oppositionnels ou de symptômes internalisés augmentent le risque d'être confronté au harcèlement. C'est pourquoi la recherche de ces troubles est importante lors des évaluations diagnostiques ou de suivi des enfants avec TDAH. Leurs

présences devraient faire porter une attention supplémentaire du fait du risque d'apparition de bullying.

Ainsi ce travail permet de mettre en évidence que l'activité physique, les habiletés sociales et un traitement pharmacologique adapté peuvent être envisagés dans la stratégie thérapeutique lorsqu'un harcèlement scolaire est présent ou que l'enfant présente plusieurs facteurs de risques.

Le harcèlement scolaire, qui devrait être systématiquement recherché dans l'anamnèse en pratique clinique, est un enjeu important de la prise en charge lorsqu'il est repéré. En plus de renforcer l'alliance, une meilleure compréhension de la manière dont le TDAH peut impacter le fonctionnement scolaire permettra une adaptation des soins pour une prise en charge plus adéquate.

Bibliographie

1. Crichton A, Greeding JE, University of Leeds. Library. An inquiry into the nature and origin of mental derangement. Comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects [Internet]. London : Printed for T. Cadell, Junior, and W. Davies, in the Strand; 1798 [cité 17 janv 2021]. 456 p. Disponible sur: http://archive.org/details/b21524816_0001
2. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord*. déc 2010;2(4):241-55.
3. Laëtitia C. Haute Autorité de santé. :199.
4. Zimmer L, Fournere P. Tout ce que vous devez connaître sur le méthylphénidate (sans oser le demander...). *Archives de Pédiatrie*. 1 avr 2018;25(3):229-35.
5. Zimetkin AJ, Nordahl TE, Gross M, King AC, Semple WE, Rumsey J, et al. Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *N Engl J Med*. 15 nov 1990;323(20):1361-6.
6. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based Conclusions about the Disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* [Internet]. 4 févr 2021 [cité 7 mars 2021]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014976342100049X>
7. HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles – Société française de néonatalogie / Février 2020
8. Troubles du neurodéveloppement - Repérage et orientation des enfants à risque [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 5 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque

9. Lecendreux DM. Epidémiologie du TDAH en France - Dr M. Lecendreux, Paris [Internet]. HyperSupers - TDAH France. [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.tdah-france.fr/Epidemiologie-du-TDAH-en-France-Dr-Lecendreux.html>
10. Moran M. APA Advocacy Wins Coverage of *DSM* Codes in 12 States, D.C. *PN*. juill 2016;51(13):1-1.
11. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*. 1 juin 2005;57(11):1313-23.
12. The neural correlates of attention deficit hyperactivity disorder: an ALE meta-analysis - PubMed [Internet]. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17073984/>
13. SKS – Fonctions cognitives chez l’enfant : clés de compréhension [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 7 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/seminaires/sks-fonctions-cognitives-chez-enfant-cles-comprehension>
14. Psychopharmacologie essentielle : Bases neuroscientifiques et applications pratiques de Stahl, Stephen M. [Internet]. momox-shop. [cité 7 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.momox-shop.fr/stahl-stephen-m-psychopharmacologie-essentielle-bases-neuroscientifiques-et-applications-pratiques-taschenbuch-M02257205545.html>
15. Plichta MM, Vasic N, Wolf RC, Lesch K-P, Brummer D, Jacob C, et al. Neural hyporesponsiveness and hyperresponsiveness during immediate and delayed reward processing in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 1 janv 2009;65(1):7-14.
16. Westbrook A, Bosch R van den, Määtä JI, Hofmans L, Papadopetraki D, Cools R, et al. Dopamine promotes cognitive effort by biasing the benefits versus costs of cognitive work. *Science*. 20 mars 2020;367(6484):1362-6.
17. CADDRA-Guidelines-4th-Edition_-Feb2018.pdf [Internet]. [cité 5 juill 2021]. Disponible sur: https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-4th-Edition_-Feb2018.pdf
18. DICOM_Marie.M, DICOM_Marie.M. Les plateformes de coordination et d’orientation TND [Internet]. Secrétariat d’État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. 2021 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/plateformes-tnnd>
19. Laëtitia C. Haute Autorité de santé : Conduite à tenir de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d’avoir un TDAH. :199.
20. Sonuga-Barke EJS, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M, et al. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry*. mars 2013;170(3):275-89.

21. Giroux S, Parent V, Guay M-C. La remédiation cognitive et la remédiation métacognitive pour les personnes ayant un TDAH : deux stratégies d'intervention novatrices et pourquoi pas complémentaires ? *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 1 sept 2010;20(3):87-92.
22. Rapport MD, Orban SA, Kofler MJ, Friedman LM. Do programs designed to train working memory, other executive functions, and attention benefit children with ADHD? A meta-analytic review of cognitive, academic, and behavioral outcomes. *Clin Psychol Rev*. déc 2013;33(8):1237-52.
23. 1ère journée de sensibilisation au TDAH [Internet]. [cité 4 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.jeunes.gouv.fr/1ere-journee-de-sensibilisation-au>
24. Au-delà des chiffres: en finir avec la violence et le harcèlement à l'école - UNESCO Bibliothèque Numérique [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000368997>
25. BULLYING SURVEILLANCE AMONG YOUTHS. :116.
26. OMS | Violence [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/violence/fr/>
27. School violence and bullying: global status and trends, drivers and consequences; 2018. :16.
28. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A et al., editors. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332091/9789289055000-eng.pdf>
29. Godeau E, Spilka S., Ehlinger V., Sentenac M., Pacoricona Alfaro D. L., Comportements de santé et bien-être des élèves de 11,13 & 15 ans dans 44 pays ou régions d'Europe et au Canada. Résultats de l'enquête internationale Health behaviour in school-aged children (HBSC) et EnCLASS France 2018. Rennes : EHESP, 2020 : 12 p. [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Comparaisons-internationales-comportements-de-sante-HBSC-EnCLASS-2018-synthese.pdf>
30. School bullying as a predictor of violence later in life: A systematic review and meta-analysis of prospective longitudinal studies - ScienceDirect [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1359178912000468?via%3Dihub>
31. Bullying, Cyberbullying, and Suicide: Archives of Suicide Research: Vol 14, No 3 [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13811118.2010.494133>
32. Ttofi MM, Farrington DP, Lösel F, Loeber R. Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. M. Ttofi M, P. Farrington D, Lösel F, éditeurs. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*. 1 janv 2011;3(2):63-73.
33. School Bullying: Development and Some Important Challenges | Annual Review of Clinical Psychology [Internet]. [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516>

34. Fry D, Fang X, Elliott S, Casey T, Zheng X, Li J, et al. The relationships between violence in childhood and educational outcomes: A global systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*. 1 janv 2018;75:6-28.
35. Blake JJ, Kim ES, Lund EM, Zhou Q, Kwok O, Benz MR. Predictors of Bully Victimization in Students With Disabilities: A Longitudinal Examination Using a National Data Set. *Journal of Disability Policy Studies*. 1 mars 2016;26(4):199-208.
36. Hellström L. A Systematic Review of Polyvictimization among Children with Attention Deficit Hyperactivity or Autism Spectrum Disorder. *Int J Environ Res Public Health*. 27 juin 2019;16(13):E2280.
37. Zendarski N, Breaux R, Eadeh H-M, Smith ZR, Molitor SJ, Mulraney M, et al. Peer Victimization and Poor Academic Outcomes in Adolescents With ADHD: What Individual Factors Predict Risk? *J Atten Disord*. 24 avr 2020;1087054720914387.
38. Reijntjes A, Kamphuis JH, Prinzie P, Telch MJ. Peer victimization and internalizing problems in children: a meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse Negl*. avr 2010;34(4):244-52.
39. Aguado-Gracia J, Mundo-Cid P, Lopez-Seco F, Acosta-García S, Cortes-Ruiz MJ, Vilella E, et al. Lifetime Victimization in Children and Adolescents With ADHD. *J Interpers Violence*. mars 2021;36(5-6):NP3241-62.
40. Örengül AC, Goker H, Zorlu A, Gormez V, Soylu N. Peer Victimization in Preadolescent Children With ADHD in Turkey. *J Interpers Violence*. juin 2021;36(11-12):NP6624-42.
41. Stickley A, Kuposov R, Koyanagi A, Oh H, Ruchkin V. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Community Violence Exposure in Russian Adolescents. *J Interpers Violence*. 9 juill 2019;886260519861651.
42. Gaffney H, Farrington DP, Ttofi MM. Examining the Effectiveness of School-Bullying Intervention Programs Globally: a Meta-analysis. *Int Journal of Bullying Prevention*. 1 mars 2019;1(1):14-31.
43. Olweus D, Limber SP. Bullying in school: evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *Am J Orthopsychiatry*. janv 2010;80(1):124-34.
44. Prevention of Cyberbullying and Cyber Victimization: Evaluation of the ViSC Social Competence Program: *Journal of School Violence: Vol 14, No 1* [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15388220.2014.963231>
45. Conférence internationale sur la lutte contre le harcèlement entre élèves [Internet]. Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/conference-internationale-sur-la-lutte-contre-le-harcèlement-entre-eleves-306742>
46. Tural Hesapcioglu S, Kandemir G. Association of methylphenidate use and traditional and cyberbullying in adolescents with ADHD. *Pediatr Int*. juin 2020;62(6):725-35.
47. Lee Y, Mikami AY, Owens JS. Children's ADHD Symptoms and Friendship Patterns across a School Year. *Res Child Adolesc Psychopathol*. mai 2021;49(5):643-56.

48. Cardoos SL, Hinshaw SP. Friendship as protection from peer victimization for girls with and without ADHD. *J Abnorm Child Psychol.* oct 2011;39(7):1035-45.
49. Fogler JM, Weaver AL, Katusic S, Voigt RG, Barbaresi WJ. Recalled Experiences of Bullying and Victimization in a Longitudinal, Population-Based Birth Cohort: The Influence of ADHD and Co-Occurring Psychiatric Disorder. *J Atten Disord.* 11 nov 2020;1087054720969981.
50. Fogleman ND, Leaberry KD, Rosen PJ, Walerius DM, Slaughter KE. Relation between internalizing behaviors, externalizing behaviors, and peer victimization among children with and without ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord.* sept 2018;10(3):209-22.
51. Meza JI, Owens EB, Hinshaw SP. Response Inhibition, Peer Preference and Victimization, and Self-Harm: Longitudinal Associations in Young Adult Women with and without ADHD. *J Abnorm Child Psychol.* févr 2016;44(2):323-34.
52. Mitchell TB, Cooley JL, Evans SC, Fite PJ. The Moderating Effect of Physical Activity on the Association Between ADHD Symptoms and Peer Victimization in Middle Childhood. *Child Psychiatry Hum Dev.* déc 2016;47(6):871-82.
53. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* juill 1997;36(7):980-8.
54. Kim YS, Cheon K-A, Kim B-N, Chang S-A, Yoo H-J, Kim J-W, et al. The reliability and validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version- Korean version (K-SADS-PL-K). *Yonsei Med J.* 29 févr 2004;45(1):81-9.
55. Ohlsson Gotby V, Lichtenstein P, Långström N, Pettersson E. Childhood neurodevelopmental disorders and risk of coercive sexual victimization in childhood and adolescence - a population-based prospective twin study. *J Child Psychol Psychiatr.* sept 2018;59(9):957-65.
56. Li C, Haegele JA, Wang L. Moderate-to-vigorous physical activity and behavioral outcomes in adolescents with attention deficit and hyperactivity disorder: The role of sleep. *Disabil Health J.* janv 2021;14(1):100970.

ANNEXES :

Critères selon le DSM-5

« Critères DSM-5 : Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité ; Selon la cinquième version du DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), de l'American Psychiatric Association (APA) : 2013 »

« A. Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, et caractérisé par (1) et/ou (2) :

1. Inattention : Six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a directement des conséquences négatives sur les activités sociales et académiques/professionnelles

(Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une déficience, d'une hostilité ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés) :

- Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (ex : néglige ou oublie des détails, le travail n'est pas précis) ;
- A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (ex : a du mal à rester concentré durant un cours, une conversation, la lecture d'un texte long) ;
- Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex : leur esprit paraît ailleurs, même en l'absence d'une distraction manifeste) ;
- Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (ex : commence le travail mais perd vite le fil et est facilement distrait) ;

- *A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (ex : difficultés à gérer des tâches séquentielles ; difficultés à conserver ses outils et ses affaires personnelles en ordre ; complique et désorganise le travail ; gère mal le temps ; ne respecte pas les délais fixés) ;*
- *Souvent évite, a en aversion ou fait à contre-cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex : le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; pour les adolescents et les adultes, préparation de rapports, formulaires à remplir, revoir un long article) ;*
- *Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, papiers, lunettes, téléphone mobile) ;*
- *Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes (pour les adolescents et les adultes, cela peut inclure passer du « coq à l'âne ») ;*
- *A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (ex : faire les corvées, les courses ; pour les adolescents et les adultes, répondre à ses appels, payer ses factures, respecter ses rendez-vous).*

2. Hyperactivité et impulsivité : *Six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif directe sur les activités sociales et académiques/professionnelles.*

(Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une déficience, d'une hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés) :

- *Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège ;*
- *Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (ex : se lève de sa place en classe, au bureau ou à son travail, ou dans d'autres situation qui nécessitent de rester assis) ;*

- *Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (remarque : chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation) ;*
- *A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir ;*
- *Est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts" (ex : incapable ou inconfortable de se tenir immobile pendant un long moment, comme dans les restaurants, les réunions ; peut être perçu par les autres comme agité ou comme difficile à suivre) ;*
- *Souvent, parle trop ;*
- *Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (ex : termine la phrase de leurs interlocuteurs ; ne peut attendre son tour dans une conversation) ;*
- *A souvent du mal à attendre son tour (ex : lorsque l'on fait la queue) ;*
- *Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (ex : fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités ; peut commencer à utiliser les biens d'autrui sans demander ou recevoir leur autorisation ; pour les adolescents et les adultes, peut s'immiscer ou s'imposer et reprendre ce que d'autres font).*

B. Certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention étaient présents avant l'âge de 12 ans ;

C. Certains des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité sont présents dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (ex : à la maison, l'école, ou le travail ; avec des amis ou des relations ; dans d'autres activités) ;

D. On doit clairement mettre en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel et de la qualité de vie ; E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble

thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par une prise de substance ou son arrêt).

Sous-types cliniques :

- *Condition mixte ou combinée : les critères A1 et A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois ;*
- *Condition « inattention » prédominante : le critère A1 est satisfait, le critère A2 n'est pas satisfait et trois ou plus symptômes du critère A2 sont présents pour les 6 derniers mois ;*
- *Condition « inattention » restrictive : le critère A1 est satisfait mais pas plus de deux symptômes du critère A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois (10) »*

Critères selon la CIM 10

F90 Troubles hyperkinétiques :

« **1. Inattention** : au moins 6 des symptômes suivants ont persisté au moins pendant 6 mois, à un degré inadapté ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :

- Ne parvient souvent pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'inattention dans les devoirs scolaires, le travail, ou d'autres activités ;
- Ne parvient souvent pas à soutenir son attention dans des tâches ou des activités de jeu ;
- Ne parvient souvent pas à écouter ce qu'on lui dit ;
- Ne parvient souvent pas à se conformer aux directives venant d'autrui ou à finir ses devoirs, son travail ou à se conformer à des obligations sur le lieu de travail (non dû à un comportement oppositionnel ou à un manque de compréhension des instructions)
- A souvent du mal à organiser des tâches ou des activités

- Évite souvent ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu, telles que les devoirs à la maison ; Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à certaines activités à l'école ou à la maison ;
- Est souvent facilement distrait par des stimuli externes ; A des oublis fréquents au cours des activités quotidiennes.

2. Hyperactivité : au moins 3 des symptômes suivants ont persisté au moins pendant 6 mois, à un degré inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :

- Agite souvent ses mains ou ses pieds ou se tortille sur sa chaise ;
- Se lève en classe ou dans d'autres situations alors qu'il devrait rester assis ; Court partout ou grimpe souvent de façon excessive dans des situations inappropriées ;
- Est souvent exagérément bruyant dans les jeux ou a du mal à participer en silence à des activités de loisirs ;
- Fait preuve d'une activité motrice excessive non influencée par le contexte social ou les consignes.

3. Impulsivité : au moins 1 des symptômes suivants a persisté au moins pendant 6 mois, à un degré inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :

- Se précipite souvent pour répondre aux questions sans attendre qu'on ait terminé de les poser ;
- Ne parvient souvent pas à rester dans la queue ou à attendre son tour dans les jeux ou dans d'autres situations de groupe ;
- Interrompt souvent autrui ou impose sa présence (par exemple, fait irruption dans les conversations ou les jeux des autres) ;
- Parle souvent trop sans tenir compte des règles sociales.

Le trouble survient avant 7 ans. Caractère envahissant du trouble.

Les critères doivent être remplis dans plus d'une situation, à la maison, à l'école et dans une autre situation où l'enfant fait l'objet d'une observation (les informations doivent provenir de plusieurs sources pour mettre en évidence la présence de critères dans des situations différentes).

Les symptômes cités sont à l'origine d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel, cliniquement significative. Ne répond pas aux critères du trouble envahissant du développement, d'un épisode maniaque, d'un épisode dépressif, ou d'un trouble anxieux. »

La classification CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent) correspond à une description psychopathologique approfondie des hyperkinétiques et attentionnels qui sont caractérisés « sur le versant psychique par des difficultés à fixer l'attention, un manque de constance dans les activités qui exigent une participation cognitive, une tendance à une activité désorganisée, non-coordonnée et excessive et un certain degré d'impulsivité ; sur le plan moteur, par une hyperactivité ou une agitation motrice incessante » .

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Version du Serment d'Hippocrate réactualisée et publiée dans le bulletin de l'Ordre National des Médecins (Avril 1996, n°4)

Résumé

Le harcèlement scolaire ou bullying est fréquent avec un impact important sur le développement psychologique. Le harcèlement scolaire déclaré concerne plus d'un enfant sur trois dans le monde et 10% des collégiens en France. Les conséquences du harcèlement sur la santé mentale et physique en font un problème de santé publique. Elles prennent différentes formes comme le refus scolaire anxieux, la dépression ou des comportements suicidaires. Les troubles du neurodéveloppement augmentent le risque d'être exposé au bullying en particulier le Trouble De l'Attention/Hyperactivité (TDAH) du fait de l'impact de ce trouble sur les habiletés sociales. Certaines études se sont intéressées aux facteurs de risques ou de protection ainsi qu'aux liens causaux entre le bullying et le TDAH. Ainsi le but de notre revue de littérature est d'étudier les facteurs de risque ou de protection du harcèlement scolaire chez les enfants atteints d'un TDAH. Dans une première partie nous présenterons TDAH, dans une deuxième partie nous étudierons les différentes formes du harcèlement scolaire et enfin en troisième partie, à travers une revue de littérature, nous analyserons les articles ayant étudié les associations entre les principaux facteurs de risque ou de protection du harcèlement scolaire chez les enfants atteints d'un TDAH.