



HAL
open science

Les représentations du harcèlement scolaire entre pairs par les médecins généralistes : une étude qualitative en Gironde

Johanne Gonzalez

► **To cite this version:**

Johanne Gonzalez. Les représentations du harcèlement scolaire entre pairs par les médecins généralistes : une étude qualitative en Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03672204

HAL Id: dumas-03672204

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03672204>

Submitted on 19 May 2022

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.

U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2022

Thèse N° 40

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité médecine générale

Présentée et soutenue publiquement le 12 Mai 2022 par

Johanne GONZALEZ

Née le 14/08/1990

Les représentations du harcèlement scolaire entre pairs par
les médecins généralistes : une étude qualitative en Gironde

Directrice de thèse

Madame le Docteur Anne GAÏFFAS

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD	Président du jury
Monsieur le Professeur Yves MONTARIOL	Rapporteur
Madame le Docteur Cristina BUSTOS	Juge
Monsieur le Professeur Christophe ADAM	Juge
Madame le Docteur Anne GAÏFFAS	Directrice

REMERCIEMENTS AU JURY

Aux membres du jury et à ma directrice, qui ont accepté de permettre l'élaboration et la présentation de ce travail, je vous remercie pour cet honneur et votre dévouement à votre mission d'enseignement.

Madame le Docteur Gaïffas, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir fait confiance. Merci pour tous vos conseils, votre aide, votre disponibilité, et pour votre accompagnement tout au long de ces mois. Et je vous remercie sincèrement pour vos enseignements et votre bienveillance lors de mon premier stage d'internat.

Monsieur le Professeur Bouvard, je vous remercie sincèrement d'avoir accepté la présidence de ce jury.

Monsieur le Professeur Montariol, je vous remercie sincèrement d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse.

Madame le Docteur Bustos, je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger ce travail, et je vous remercie encore pour l'accueil chaleureux et bienveillant durant mon stage dans votre service.

Monsieur le Professeur Adam, je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger ce travail.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

À Camille. Pour tout.

Mais surtout parce qu'avec toi, ma vie a trouvé son chemin.

À mes parents et à Thomas, pour tout ce que vous me donnez, pour votre soutien quotidien et indéfectible, pour croire en moi coûte que coûte.

À mes grands-mères,

À mes grands-pères,

À mon parrain, ma marraine, mes oncles et tantes, à mes cousin.e.s, tous les membres de notre belle famille

À Eva, Claire, Loulou, Ludmilla, Alexandre et Nicolas, pour l'accueil dans la famille

À Emmanuelle, tu étais là dès le premier jour de CP, alors merci d'être toujours là 26 ans plus tard pour le dernier jour de ma scolarité. Je ne te remercierai jamais assez de m'avoir fait découvrir HP, merci d'être ma témoin dans le mariage le plus long du monde à organiser (si si promis il aura lieu), et surtout n'oublie pas, il nous restera Buda...

À Ann-Zita, Aurélie, Hélène, Margaux, Myriam, et bien sûr Agathe, Gabriel, et tous ceux qui suivront, vos +1, vos +2,....

Merci d'être là depuis 15 ans maintenant! Je me suis construite avec vous, merci pour tous ces moments incroyables qu'on a vécus, qu'on vivra, et pour tout ce que vous m'apportez au quotidien.

À Aude, Julie, Edouard et Philippe, pour m'avoir acceptée dans la bande, et bien sûr à Louis, et aux futurs...

À Agen, à tous les agenais (et leurs +1,+2,...), pour ces 6 mois inoubliables : merci à Solenne et Clément de nous avoir accompagnés extra-rocade, à Jerem qui accepte de nous côtoyer malgré ça (et pour les 2 derniers kilomètres), à Elsa et Thomas nos hyperactifs, à Charly et Loulou toujours au rendez-vous, à Marion pour ton sourire et ta bonne humeur, à Sarah et Victor nos aventuriers, Julie, Adrian et Amandine, Adèle et Martin, Basto, Lucie, Marie, Amandine, Pauline...

Mais surtout merci à tous de faire évoluer et durer cette amitié.

A Aurore, je n'oublie pas toutes ces années à tes côtés.

A Altea, co-externe, partenaire de belote, amie, colocataire.

à Coriolan, l'interne le plus cool mais qui fait pleurer ses externes, je te pardonne.

Aux copains d'Erasmus, Pauline, Chloé, Kiki, Céline, Edith, JB, pour cette parenthèse festive inoubliable et ces liens qui traversent les années et les frontières francophones.

A tous mes anciens co-externes et co-internes qui m'ont accompagnée pendant ces 6 années.

A tous les médecins et chefs qui ont participé à ma formation, un grand merci.

Un immense merci au Docteur Christophe Peyrou, qui m'a redonné l'envie de faire ce métier quand je voulais tout arrêter.

Un grand merci à l'équipe de médecine scolaire qui m'a accueillie à bras ouverts pendant 6 mois, Dr Bustos, Caroline, Nathalie, Alexandra.

Merci à Frédérique, Mélanie, Sonia, Virginie et Damien pour votre confiance et l'ambiance de travail au quotidien.

Pour finir,
A Mario, évidemment.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	8
ACRONYMES ET ABREVIATIONS	9
INTRODUCTION GENERALE	
I. Généralités	11
II. Historique	14
III. Législation	17
IV. Prévalence du harcèlement scolaire	17
V. Les conséquences du harcèlement scolaire	19
VI. Repérage des situations de harcèlement scolaire en médecine générale	23
VII. Justification de l'étude	24
MATERIEL ET METHODE	
I. Choix de la méthode qualitative	25
II. Aspects éthiques et réglementaires	25
III. Population étudiée et mode de recrutement	26
IV. Recueil des données	27
V. Analyse des données	28
RESULTATS	
I. Entretiens et population étudiée	29
II. Emergence d'un modèle explicatif	31
III. Le savoir	33
IV. Une relation triangulaire parents-médecins-jeunes	38
V. Etre investi d'une mission	43
VI. Les freins rencontrés	45
DISCUSSION	
I. Forces et limites de l'étude	51
II. Discussion des principaux résultats	53
III. Ouvertures	57
CONCLUSION	59
BIBLIOGRAPHIE	61
ANNEXES	
Annexe 1. Formulaire CNIL	65
Annexe 2. Lettre d'information destinée aux médecins participant	66
Annexe 3. Formulaire de consentement destiné aux médecins participant	69
Annexe 4. Guide d'entretien. Version définitive	70
Annexe 5. BITS Test	71
SERMENT D'HIPPOCRATE	73

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1. Association entre être victime de harcèlement scolaire et dépression	20
Tableau 2. Association entre être victime de harcèlement scolaire et tentative de suicide ..	20
Tableau 3. Association entre être victime de harcèlement scolaire et troubles somatiques .	22
Tableau 4. Caractéristiques des participants	30
Tableau 5. Résumé des principaux résultats	31
Figure 1. Modèle explicatif	32

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

HBSC : Health Behaviour in School-Aged Children

SIVIS : Système d'information et de vigilance sur la sécurité scolaire

ALSPAC : Avon Longitudinal Study of Parents and Children

GSMS : Great Smoky Mountains Study

CNIL : Commission Nationale informatique et liberté

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

CUB : Communauté urbaine de Bordeaux

EBM : Evidence Based Medicine

CMP : Centre médicopsychologique

HAS : Haute Autorité de Santé

BITS Test : Bullying Insomnie Tobacco Stress Test

INTRODUCTION GENERALE

I. GENERALITES

1. Définition

Selon Dan Olweus, psychologue norvégien et pionnier dans les travaux sur le harcèlement scolaire, « *un élève est victime de violence lorsqu'il est exposé de manière **répétée et à long terme**, à des actions négatives de la part de un ou plusieurs élèves* » (1993)(1).

Le harcèlement scolaire, ou « *school bullying* », est différent des actes de violence isolés (bagarre, disputes, agressions) qui existent dans le milieu scolaire (2).

3 critères définissent une situation de harcèlement scolaire (2):

- La **répétition** dans le temps des actes de violence
- L'**intentionnalité** de nuire de l'agresseur
- La **relation asymétrique de domination** entre le harceleur et sa victime, et l'**isolement** de la victime

Le harceleur utilise différentes stratégies pour s'en prendre à sa victime (3) :

- Le **harcèlement direct** : les violences physiques (coups, dégradation des affaires matérielles, jeux dangereux), les violences verbales (insultes, menaces, chantage), le harcèlement à caractère sexuel.
- Le **harcèlement indirect** : par le biais de ses pairs, colportations de rumeurs, exclusion d'un groupe.
- Le **cyberharcèlement** : utilisation des moyens numériques pour s'en prendre à sa victime. Il s'agit d'une nouvelle forme de harcèlement avec des caractéristiques propres (détaillées plus bas).

Le harcèlement est qualifié de « scolaire » lorsqu'il se produit au sein de l'établissement scolaire. Mais il peut également se produire sur les trajets, lors des temps périscolaires, des activités extrascolaires, voire même à domicile avec le développement des moyens numériques (4).

2. La dynamique du harcèlement scolaire

Pour prouver son appartenance au groupe, l'élève harceleur cherche à exclure un autre élève qui présente une « différence » qu'il juge dérangeante. (5)

Pour Nicole Catheline, pédopsychiatre (5), l'exclusion de l'enfant favorise ensuite la survenue du harcèlement :

- La victime désignée ne **comprend pas la violence dont il fait l'objet** : il répond de manière inadaptée ce qui entraîne la répétition des actions violentes du harceleur.
- La **répétition** conforte le harceleur dans son rôle et crée un sentiment de culpabilité chez la victime
- La **victime s'isole** et ne parvient pas à attirer l'empathie des autres élèves.
- Un **climat scolaire délétère, l'inaction et la cécité des adultes** favorisent la pérennité de ces situations.

La **dynamique de groupe et le rôle des témoins** sont primordiaux dans les situations de harcèlement (6) :

- Dans la grande majorité des cas, les témoins vont devenir « **passifs et spectateurs** » : l'effet de groupe dilue les responsabilités individuelles, et le sentiment d'appartenance et d'intégration à la communauté rassure. Ils adoptent une stratégie d'adaptation en minimisant les actes, en se disant que la victime est en partie responsable de ce qui lui arrive. Certains ont peur des représailles ou de devenir la prochaine victime. Leur inaction conforte le harceleur et permet à la situation de durer dans le temps.
- Certains vont aller jusqu'à soutenir le harceleur et harceler à leur tour la victime, phénomène de groupe décrit par le Dr Heinemann (psychiatre suédois) qu'il appelle « **mobbing** », « **la meute** » (1973).
- Rarement certains vont **agir et soutenir** la victime

3. Particularités du cyberharcèlement

Alors que le harcèlement scolaire commence à être dénoncé et que des solutions sont mises en place, une nouvelle forme de harcèlement se développe parallèlement à l'explosion de l'utilisation du numérique chez les élèves.

Il n'existe pas de consensus sur la définition de cyberharcèlement : certains chercheurs parlent aussi de « cyberviolence », « cyberattaque » (7).

Le psychologue britannique Peter Smith définit le cyber harcèlement comme « *un acte agressif, intentionnel perpétré par un individu ou un groupe d'individus au moyen de formes de communication électroniques, de façon répétée à l'encontre d'une victime qui ne peut facilement se défendre seule* » (8).

On retrouve les caractéristiques du harcèlement « traditionnel » défini par Olweus : **l'intentionnalité, la répétition** et la **relation asymétrique** entre la victime et son agresseur.

Le cyberharcèlement n'est pas seulement la transposition du harcèlement traditionnel dans l'espace numérique. Certaines caractéristiques sont propres au cyber harcèlement et le rendent plus grave encore (9) :

- L'**anonymat** du harceleur, qui crée la relation asymétrique de pouvoir
- La **permanence des contenus**, équivalent à la répétitivité dans le temps
- L'**absence de répit** pour la victime : à la fois **spatiale** (la victime peut être harcelée n'importe où avec les écrans nomades) et **temporelle** (de jour comme de nuit, week-end, vacances scolaires)
- La **capacité de diffusion démultipliée** : le nombre de témoins augmente ce qui renforce la dynamique de groupe
- L'**absence de contact direct** entre le harceleur et sa victime : le harceleur a plus de difficultés à éprouver de l'empathie pour sa victime
- Les actes de violences sur internet sont **moins visibles par les adultes**

INTRODUCTION

Le harceleur utilise tous les supports numériques possibles : messagerie instantanée, mail, texto, post, chats, jeux en ligne, réseaux sociaux (7).

Les moyens qu'il utilise pour nuire à sa victime sont (10) :

- L'**envoi de texto, mails, et appels téléphoniques** avec insultes, menaces, moqueries, intimidation
- La **diffusion de photographies ou de films** humiliants ou à caractère sexuel
- La diffusion de **rumeurs**
- Les agressions sur les **chats ou messageries instantanées**
- Les agressions via les **réseaux sociaux, les blogs**
- L'**usurpation d'identité**

Comme pour le « harcèlement traditionnel », le **rôle des témoins** est primordial dans l'installation de la dynamique de harcèlement. La plupart restent passifs ou participent à la large diffusion des informations en partageant, « likant » ou postant des commentaires (10).

II. HISTORIQUE

1. Début des travaux dans les années 1970 dans les pays nordiques

C'est dans les pays nordiques que le pédopsychiatre suédois Peter-Paul Heinemann et le psychologue norvégien Dan Olweus ont commencé à s'intéresser au harcèlement dès les **années 1970**. Ils décrivent le phénomène et le nomment « **bullying** » ou « **school bullying** » (lorsque le harcèlement se passe dans le contexte scolaire). Ils s'intéressent également aux conséquences sur la santé des victimes et sur le long terme.

Dan Olweus publie en 1993 (traduit en français en 1999) « **Violences entre élèves, harcèlement et brutalités, les faits, les solutions** » (1) dans lequel il définit le « bullying » et dénonce ses conséquences sur les victimes. Il propose des pistes de prévention dans les établissements.

2. Les recherches internationales à partir des années 1990

Au cours des **années 1990 et 2000**, l'Europe, les Etats-Unis, le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Japon, prennent conscience du problème et les **recherches internationales** se multiplient pour définir le harcèlement scolaire et ses conséquences (11). Les premiers plans de lutte contre le harcèlement scolaire apparaissent.

En France, l'**Observatoire international de la violence à l'école** est créé en 1998, présidé par le pédagogue français Eric Debarbieux (12). Il dirige de nombreuses enquêtes sur les violences subies à l'école par certains élèves. Les enquêtes montrent l'existence d'une violence à l'école et Debarbieux évoque déjà les « **micro violences** » **répétées** sans employer le terme de harcèlement.

3. La reconnaissance tardive en France

En **2011**, à la demande du ministre de l'Education Nationale Luc Chatel, Eric Debarbieux publie un rapport « **Refuser l'Oppression quotidienne : la prévention du harcèlement à l'école** » (13). Le « harcèlement scolaire », traduction française de « school bullying » est défini et différencié des autres formes de violences connues.

Il conclut : « *Trop longtemps ignoré ou banalisé, voici que grâce à la recherche, aux associations, aux praticiens, aux médias, aux victimes elles-mêmes, à leurs parents, le harcèlement arrive en lumière. Il n'est plus possible de le taire* ».

En **mai 2011**, ont lieu les **Assises nationales de lutte contre le harcèlement**, présidées par Luc Chatel (ministre de l'Education Nationale de l'époque), qui lance le premier « plan d'action contre le harcèlement ».

C'est le début de la prise de conscience par les autorités et l'ensemble de la société française.

4. La sensibilisation du Grand Public

A partir de 2011, les autorités successives mènent une politique pour prévenir le harcèlement scolaire et ses conséquences :

-Informer le public : campagnes de sensibilisation, création de la plateforme « nonaharcèlement » (14), création de numéros verts, création de la journée nationale de lutte contre le harcèlement scolaire (premier jeudi de novembre), création d'association de victimes et de leurs familles.

En 2020, Mme B. Macron (première dame) s'est engagée personnellement dans la lutte contre le harcèlement scolaire (15).

-Accompagner les établissements : mise en place dans les établissements du plan de prévention « pHARe » à la rentrée 2021 (16), création de postes de « référent harcèlement » dans l'éducation nationale, rédaction de protocoles de prise en charge des situations de harcèlement scolaire, programmes de prévention menés dans les écoles, implication des élèves dans des concours « nonaharcèlement ».

La parole se libère dans **les médias** : en 2013, Marion Fraise, une adolescente victime de harcèlement scolaire par ses pairs se suicide. L'affaire judiciaire est largement médiatisée et donne lieu à la reconnaissance de la responsabilité de l'Etat. Les victimes et leurs familles témoignent dans les médias.

Plusieurs **films, séries, documentaires et livres** (Marion, 13 ans pour toujours, Bowling for Columbine, Elephant, Glee) abordent le harcèlement scolaire. En 2017, la série américaine « 13 reasons Why », retrace le parcours d'une adolescente poussée au suicide par le harcèlement scolaire.

A la rentrée scolaire 2021, le mot-dièse **#Anti2010** est visionné **plus de 40 millions de fois sur les réseaux sociaux**, appelant à dénigrer et à malmenier tous les enfants nés cette année-là. Les médias et les associations de parents dénoncent le phénomène, et le ministre de l'Education Nationale Jean-Michel Blanquer réagit publiquement dans une vidéo postée sur les réseaux sociaux (17).

INTRODUCTION

III. LEGISLATION

Dans le Code Pénal, L'article 222-33-2-2 de **la loi du 04 août 2014** définit le harcèlement comme « *Le fait de harceler une personne par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou effet une dégradation de ses conditions de vie, se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale...* »(18). Cette définition englobe le harcèlement scolaire.

Les peines encourues sont de **6 mois à 3 ans d'emprisonnement**, et entre **7 500 et 45 000 euros** d'amende selon l'âge de l'auteur du harcèlement, et s'il existe une ou plusieurs **circonstances aggravantes** :

-la victime a moins de **15 ans**

-Le harcèlement a été commis sur une victime dont la **vulnérabilité** (maladie, handicap physique ou mental) est apparente ou connue de l'auteur

-Le harcèlement a entraîné une incapacité totale de travail (jours d'école manqués) de plus de **8 jours**

-le harcèlement a été commis **via internet**.

La **responsabilité de l'Etat** peut également être engagée selon L'article L.911-4 du Code de l'Education (19). L'Etat a d'ailleurs été plusieurs fois condamné depuis 2011. Cela rappelle l'importance du rôle de l'équipe éducative dans la prévention, le repérage et la prise en charge du harcèlement scolaire entre pairs.

IV. PREVALENCE DU HARCELEMENT SCOLAIRE

Plusieurs moyens sont mis en œuvre pour étudier la santé et le bien-être des élèves, et mesurer la violence à l'école :

-**l'enquête internationale HBSC** (Health Behaviour in School-aged Children), menée tous les 4 ans dans 40 pays sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé chez des élèves entre 11 et 15 ans : elle mesure la santé globale des adolescents, dont la perception de leur vécu au sein de leur établissement scolaire. Il s'agit d'auto-questionnaires administrés en classe.

INTRODUCTION

-**Les enquêtes nationales de victimation en milieu scolaire** (menées par l'Observatoire de la violence à l'école), à la fois auprès des élèves et du personnel des établissements.

La passation se fait par un auto-questionnaire en classe.

-**Les enquêtes SIVIS** (Système d'Information et de Vigilance sur la Sécurité scolaire) menée auprès des chefs d'établissement qui rapportent les faits de violence les plus graves au sein de leur établissement via un logiciel informatique.

Il n'y a pas de consensus sur la définition exacte d'une situation de harcèlement (fréquence, nature des actes), qui varie en fonction des pays et des cultures: c'est pourquoi **les chiffres varient** beaucoup dans la littérature.

En France, le **ministère de l'Education Nationale considère qu'entre 4% (au lycée) et 12 % (au primaire) des élèves sont concernés** par le harcèlement scolaire (20).

1. Les élèves harcelés :

Selon l'**enquête internationale HBSC 2014** (chez les 11-15ans) (21), **11,7%** des élèves ont été victime de harcèlement scolaire sans différence significative entre les garçons et les filles.

En France, Les enquêtes nationales de victimation selon les classes d'âge retrouvent :

-**Au primaire** en 2011, **11,7%** des élèves sont victimes de harcèlement, sans différence significative entre les garçons et les filles (22).

-**Au collège** en 2017, **5,6%** des collégiens sont victimes de harcèlement scolaire, avec une majorité de garçons et chez les élèves de 6^{ème} (23)

-**Au lycée** en 2018, **4,1%** des élèves sont victimes de harcèlement scolaire, sans différence significative entre les filles et les garçons (24).

Toutes les enquêtes montrent qu'il existe un **lien fort entre les différentes formes de harcèlement** (physique, moral, cyber harcèlement).

INTRODUCTION

En France, **10% des élèves ont participé à des jeux dangereux** (principalement jeux de non oxygénation comme le jeu du foulard). Chez les élèves victime de harcèlement, cette proportion passe à **38%** (22).

2. Le Cyberharcèlement

En France, Les enquêtes nationales de victimation en milieu scolaire mesurent la prévalence du cyber harcèlement indépendamment des formes de harcèlement « traditionnel ».

-**Au collège** en 2017, **25%** des élèves ont subit au moins une fois une attaque par des moyens numériques. **7%** se décrivent harcelés, avec une majorité de **filles** (8% vs 6% chez les garçons).

-**Au lycée** en 2018, **18%** des élèves ont subit au moins une fois des violences ou des insultes par des moyens numériques, avec une majorité de filles.

3. Les élèves harceleurs :

Selon l'enquête HBSC 2014, **9,2% des élèves** déclarent avoir déjà harcelé quelqu'un. Il existe une majorité de garçons. Le taux augmente avec l'âge (21).

Selon HBSC, **2,9%** des élèves sont à la fois harcelés et harceleurs (21).

V. LES CONSEQUENCES DU HARCELEMENT SCOLAIRE

Depuis les années 1990, plusieurs études ont été menées pour évaluer les conséquences du harcèlement scolaire sur la santé des élèves. La revue systématique de Moore et al de 2017 met en évidence un lien fort entre harcèlement scolaire et répercussions chez les victimes (25).

INTRODUCTION

1. Conséquences psychologiques

Le fait d'être harcelé est significativement associé à un sur risque de développer des troubles psychologiques, quel que soit l'âge et le sexe des victimes (25). Ces troubles sont :

-la **dépression** (cf tableau 1)

	Data points	Pooled OR	95%CI lower bound	95%CI upper bound	Cochran's Q	I ² (%)	Test for heterogeneity (P value)
Depression							
Pooling all	92	2.21	1.34	3.65	14525.32	99.37	< 0.01
Major depressive disorder	2	2.27	0.68	7.57	2.07	51.63	0.15
Study type							
Retrospective/cross-sectional	63	1.95	1.24	3.07	2594.97	97.61	< 0.01
Prospective cohort	29	3.03	1.31	6.98	4583.05	99.39	< 0.01
Age of bullying							
Less than 13 yr	36	2.11	1.63	2.72	544.9	93.58	< 0.01
Older than 13 yr	56	2.29	1.24	4.23	13806.72	99.6	< 0.01
Sex							
Male	27	2.07	1.48	2.89	443.84	94.14	< 0.01
Female	21	2.13	1.18	3.86	313.5	93.62	< 0.01
Severity of bullying							
Sometimes	15	1.78	1.39	2.28	78.61	82.19	< 0.01
Frequent	28	3.26	2.45	4.34	224.43	87.97	< 0.01
Geographic location and income level							
Low-to-middle income	13	2.53	1.75	3.68	143.98	91.67	< 0.01
High income	79	2.15	1.26	3.68	14351.72	99.46	< 0.01

Tableau 1. Association entre être victime de harcèlement et dépression (24)

-**anxiété** (phobie, stress post traumatique)

-**auto mutilations**

-**idées suicidaires**

-**tentatives de suicide** (cf tableau 2): l'Odds Ratio est de 2,13 chez les élèves harcelé et passe à **3, 77** chez les élèves victimes de harcèlement sévère (effet dose important).

Suicide attempt							
Pooling all	48	2.13	1.66	2.73	1110.46	95.77	< 0.01
Suicidal attempt/non-suicidal self injury	3	2.97	1.68	5.23	6.33	68.42	0.04
Study type							
Retrospective/cross-sectional	40	2.03	1.46	2.84	1105.65	96.47	< 0.01
Prospective cohort	8	2.04	1.38	3.01	4.34	0	0.74
Age of bullying							
Less than 13 yr	11	2.11	1.65	2.69	11.49	12.98	0.32
Older than 13 yr	37	1.52	0.82	2.83	579.75	93.79	< 0.01
Sex							
Male	7	2.93	1.65	5.18	15.38	54.5	0.02
Female	7	2.89	1.52	5.49	24.23	71.11	< 0.01
Severity of bullying							
Sometimes	9	2.19	1.71	2.8	7.52	0	0.48
Frequent	12	3.77	2.55	5.58	28.31	61.14	< 0.01
Geographic location and income level							
Low-to-middle income	4	1.91	1.07	3.43	22.18	86.47	< 0.01
High income	44	2.17	1.69	2.8	1084.61	96.04	< 0.01
Behavioural problems							

Tableau 2. Association entre être victime de harcèlement et tentatives de suicide (24)

INTRODUCTION

Une méta-analyse spécifique chez les victimes de cyber harcèlement (26) retrouve les mêmes résultats pour les risques d'automutilation, d'idées suicidaire et de tentatives de suicide.

Il semble également exister un sur risque de comportements suicidaires chez les cyber harceleurs (26).

2. Conduites à risque et consommation de substances

Les victimes de harcèlements sont plus susceptibles de **consommer des substances** (alcool, tabac, drogue) et d'adopter des **comportements à risques** notamment sexuels (25).

Les enfants et les adolescents **harceleurs** sont également plus à risque de consommer des substances (alcool, tabac et drogues) (27).

3. Conséquences sur l'état de santé global

Les victimes de harcèlement présentent plus fréquemment des symptômes somatiques, comme (25) (cf Tableau 3) :

- des **douleurs digestives**
- des troubles du **sommeil**
- des **céphalées**
- des **vertiges**
- des **douleurs de dos**
- un **surpoids, obésité**
- Un **mauvais état de santé** en général et une altération de la **qualité de vie**

Il existe un lien entre la **diminution de l'activité physique**, la **sédentarité** et le fait d'être harcelé (28).

INTRODUCTION

	Data points	Pooled OR	95%CI lower bound	95%CI upper bound	Cochran's Q	I ² (%)	Test for heterogeneity (P value)
Somatic symptoms							
Unspecified psychosomatic symptoms	25	2.00	1.54	2.60	232.02	89.66	< 0.01
Stomach ache	25	1.76	1.53	2.03	138.73	82.7	< 0.01
Sleeping difficulties	24	1.73	1.46	2.05	574.91	96	< 0.01
Headache	26	1.64	1.38	1.94	169.16	85.22	< 0.01
Bedwetting	3	2.51	1.44	4.37	4.93	59.45	0.08
Feeling tired	2	2.68	1.39	5.19	1.22	17.87	0.27
Poor appetite	2	2.23	1.60	3.12	0	0	0.95
Back pain	8	1.67	1.43	1.95	73.53	90.48	< 0.01
Skin problems	1	1.82	1.33	2.51	-	-	-
Dizziness	9	1.64	1.38	1.95	76.57	89.55	< 0.01

Tableau 3. Association entre être victime de harcèlement et troubles somatiques (25)

4. Répercussions scolaires

Plusieurs études ont montré un impact négatif du harcèlement sur la scolarité des victimes et des harceleurs (29) :

- risque d'**absentéisme** scolaire voire de **décrochage et déscolarisation**
- baisse des résultats** scolaires voire redoublement
- troubles du comportement** avec risque de suspension ou de renvoi de l'établissement
- désintéressement** pour la scolarité.

5. Les répercussions à l'âge adulte

Les travaux de Lereya (30) ont comparé deux cohortes d'enfants (cohorte ALSPAC et cohorte GSMS). La première a suivi les enfants de la naissance jusqu'à 18 ans et la deuxième a suivi les enfants de 9 à 24 ans.

Dans les deux cohortes, **être victime de harcèlement scolaire entre pairs était associé de manière significative à une augmentation de la prévalence de troubles psychologiques à l'âge adulte**, principalement :

- Troubles anxieux** (anxiété généralisé, attaques de panique, agoraphobie)
- Dépression**
- Idées suicidaire et tentatives de suicide**

INTRODUCTION

Les deux cohortes retrouvaient également des conséquences similaires pour les jeunes ayant été à la fois victimes et harceleurs (31) (32).

Ces conséquences n'étaient pas retrouvées chez les harceleurs seuls, mais dans la cohorte GSMS le fait d'être harceleur était associé à des troubles de la personnalité antisociale (31).

VI. LE REPERAGE DES SITUATIONS DE HARCELEMENT EN MEDECINE GENERALE

A notre connaissance, il n'existe actuellement pas de recommandation à l'attention des médecins généralistes sur le dépistage et la prise en charge du harcèlement scolaire.

Selon l'étude de Scott et al (33) parue en 2016, les jeunes et leurs parents (interrogés par un auto questionnaire en ligne) étaient favorables à une **plus grande implication des médecins généralistes pour dépister et accompagner les élèves victimes** de harcèlement scolaire. Mais seulement la moitié des jeunes interrogés se sentait suffisamment à l'aise pour parler spontanément de harcèlement scolaire à leur médecin généraliste. Ils avaient le sentiment de ne pas être en confiance dans la relation avec leur médecin traitant.

En 2019, une étude anglaise (34) auprès de 14 médecins généralistes montrait que **les médecins généralistes se sentaient concernés par le harcèlement scolaire**. Ils étaient **vigilants aux répercussions** du harcèlement scolaire chez le jeune en consultation.

Leurs difficultés étaient liées à un temps de consultation trop court pour réaliser une évaluation psychologique approfondie du jeune, et un manque de relai avec l'établissement. En revanche, ils ne considéraient pas que le médecin généraliste devait être en première ligne pour réaliser de la prévention et laissait ce rôle au système éducatif.

Mais **ils regrettaient le manque de recommandation claire** qui créait une ambiguïté sur leur rôle, en particulier face à l'augmentation du cyberharcèlement ces dernières années.

Une thèse qualitative publiée à Rennes en 2017 (35), menée auprès de 15 médecins généralistes, montrait que le harcèlement scolaire n'était **presque jamais le motif de**

INTRODUCTION

consultation principal, mais devait être recherché par le médecin généraliste par des questions indirectes ou par le repérage de signes d'alerte.

La vision de leur rôle était limitée avec un sentiment d'impuissance et d'exclusion de la prise en charge. Ils regrettaient les difficultés dans leur relation avec les jeunes, les difficultés diagnostiques, et les difficultés d'accès aux spécialistes.

VII. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Le harcèlement scolaire est un phénomène **fréquent** dans la population générale: **Tous les médecins généralistes sont donc susceptibles d'y être confrontés.**

Le médecin généraliste a un rôle important à jouer dans **le repérage, le dépistage et l'accompagnement** de leur patient victime de harcèlement. Une prise en charge adaptée permettrait de diminuer les conséquences chez les victimes, et de mobiliser un réseau pouvant mettre un terme aux situations de harcèlement (36).

L'objectif principal de cette étude était de **comprendre les représentations** des médecins généralistes vis à vis du harcèlement scolaire : Il s'agissait de **connaître leur point de vue et leurs expériences, et d'explorer leur ressenti et la vision de leur rôle dans ces situations.**

L'objectif secondaire était d'identifier les facteurs favorisant le dépistage du harcèlement scolaire en soins primaires et les freins rencontrés par les médecins dans ces situations pour proposer des pistes visant à améliorer le rôle du médecin généraliste.

MATERIEL ET METHODE

Nous nous sommes appuyés sur les lignes directrices de la grille COREQ pour élaborer la méthodologie (37).

I. CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE

Nous avons choisi la méthode qualitative car le but de cette étude est de **comprendre** les **représentations** que les médecins généralistes ont du harcèlement scolaire, **comment** ils intègrent cette problématique dans leur **pratique** quotidienne et quel est leur **ressenti** face à ces situations.

Notre méthode d'approche était inspirée de la méthode de l'**analyse phénoménologique interprétative**. L'objectif de cette approche est « *d'explorer la manière dont une expérience de vie a été ressentie et comprise par la personne qui l'a vécue* » (38).

II. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

Chaque participant a reçu une **lettre d'information** expliquant l'objectif de l'étude, les modalités réglementaires, les modalités d'enregistrement et d'analyse des données (cf annexe 3).

Chaque participant a ensuite signé une **lettre de consentement** (cf annexe 4).

Tous les participants ont été **informés verbalement** au début de l'entretien qu'ils pouvaient à tout moment interrompre l'entretien ou se retirer de l'étude s'ils le souhaitaient.

Nous avons proposé à chaque participant de leur **adresser le travail de thèse** une fois celui-ci terminé.

Une **déclaration de conformité à la CNIL** (selon la méthodologie MR 004) a été déposée auprès du délégué à la protection des données de l'université de Bordeaux.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

La **Commission de protection des personnes** a jugé qu'il n'était pas nécessaire d'obtenir un avis favorable après avoir reçu par mail les documents relatifs à notre projet d'étude.

III. POPULATION ETUDIÉE ET MODE DE RECRUTEMENT

Nous interrogeons des **médecins généralistes installés dans le département de la Gironde**.

Nous réalisons un **échantillonnage raisonné à variation maximale**. Lors du recrutement auprès de la population cible (médecins généralistes installés en Gironde), nous cherchons à assurer une **diversité des caractéristiques** des participants en fonction de :

- **l'âge** : la reconnaissance du harcèlement solaire est récente, et le cyberharcèlement est un phénomène nouveau : les médecins généralistes doivent s'adapter et intégrer ces problématiques dans leur pratique. Les médecins peuvent aussi avoir dans leur vie privée des enfants ou des proches scolarisés, et être plus sensibilisés au harcèlement scolaire.

- du **sexe**

- du **lieu d'exercice** : Les facilités d'accès à une prise en charge pluridisciplinaire avec des pédopsychiatres, des psychologues ou de médecins scolaires varient selon les territoires et peut impacter la prise en charge des patients : nous avons départagé les communes où exercent les médecins en deux catégories, « rurale » et « urbaine », selon les critères de grille communale de densité définis par l'Insee.

Les médecins sont recrutés par effet « boule de neige » et « bouche à oreille ».

Les médecins généralistes sont contactés par téléphone, mail ou SMS pour les inviter à participer à la recherche, puis un rendez-vous pour un entretien est fixé pour ceux qui souhaitent participer.

IV. RECUEIL DES DONNEES

Nous avons choisi de réaliser des **entretiens individuels semi dirigés**, menés selon une **grille d'entretien** (cf annexe 5).

Les items de la grille explorent :

-L'expérience des médecins généralistes : recueillir leurs expériences professionnelles et personnelles, leurs ressentis face à ces situation, et les difficultés auxquelles ils sont confrontés.

-Leurs connaissances : comprendre quelles sont leurs connaissances, pour comprendre leurs stratégies de dépistage et de prise en charge.

-Leur point de vue sur leur rôle: savoir quelle place ils donnent au harcèlement scolaire dans une consultation de médecine générale, et quel rôle ils pensent avoir à jouer.

-L'évolution des pratiques : connaître l'évolution de leur point de vue sur le harcèlement scolaire et de leurs pratiques.

Un **entretien test** auprès d'un confrère a été réalisé au préalable.

Tous les entretiens sont réalisés par nos soins, en **face à face** (au cabinet ou au domicile du participant) ou par **téléphone**.

Les entretiens sont **enregistrés** sur deux **dictaphones** (Philips Voice Tracer DVT 1110®), puis **retranscrits intégralement** au moyen du logiciel de traitement de donnée Word® (production du verbatim).

Les entretiens sont **anonymisés** : chaque participant est désigné par **la lettre P** et s'est vu **attribuer un numéro** en fonction de la chronologie du recueil.

Les données susceptibles de permettre de reconnaître un médecin (les communes, le nom de leurs proches), sont **remplacées** par les initiales dans les verbatim.

Chaque enregistrement audio est **détruit** à l'issue de la retranscription.

V. ANALYSE DES DONNEES

Selon le principe de l'analyse interprétative phénoménologique, nous analysons les verbatim de la manière suivantes (38) :

-**l'analyse ouverte** de chaque verbatim, de manière **indépendante** et dans l'ordre **chronologique**. Nous créons des « **étiquettes expérientielles** » explicitant le vécu du participant, puis recherchons les **concepts théoriques** mobilisés par cette expérience pour les associer entre eux et construire des **catégories**.

-**Puis l'analyse intégrative** : il s'agit du travail de confrontation et de synthèse des différentes analyses.

A partir de ce travail, nous cherchons à **proposer un modèle explicatif**.

L'ensemble de **l'analyse ouverte** bénéficie d'un double codage : **deux chercheurs** procèdent de **manière indépendante** à l'ensemble de l'analyse de tous les verbatim avant de confronter leurs résultats.

RESULTATS ET ANALYSE

I. ENTRETIENS ET POPULATION ETUDIEE

1. Caractéristiques des entretiens

Entre juillet 2021 et décembre 2021, nous avons interrogé 12 médecins généralistes installés en Gironde.

Tous les entretiens ont été réalisés en face à face sauf deux : un entretien a été réalisé par téléphone et un entretien a été réalisé via l'application Facetime® .

La saturation des données a été obtenue après 10 entretiens, et 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés.

La durée totale des enregistrements était de 6h et 16 minutes, intégralement retranscrit dans les verbatim.

La durée moyenne des entretiens a été de 31:20 min. L'entretien le plus long a duré 01:02:03 heures et le plus court a duré 16 :52 min.

2. Caractéristiques des participants (Cf tableau 4)

12 médecins généralistes installés en Gironde ont été interrogés.

Il y avait 5 femmes et 7 hommes, 6 médecins exerçaient en milieu rural et 6 médecins en milieu urbain.

Les participants ont été répartis en 3 tranches d'âge : 5 médecins étaient âgés de 30-40 ans, 5 médecins étaient âgés de 40-50 ans et 2 médecins étaient âgés de plus de 50 ans.

RÉSULTATS

Participant	Sexe	Age	Lieux d'exercice	Durée	Modalité
P1	F	40-50 ans	Rural	26 :45	Téléphone
P2	F	30-40 ans	Rural	46 :10	Au domicile du médecin
P3	H	> 50 ans	Urbain	32 :47	Facetime
P4	F	30-40 ans	Rural	24 :40	Au domicile du médecin
P5	H	30-40 ans	Urbain	33 :57	Au cabinet
P6	H	40-50 ans	Rural	29 :08	Au cabinet
P7	H	30-40 ans	Urbain	16 :52	Au cabinet
P8	F	40-50 ans	Urbain	01 :02 :03	Au cabinet
P9	H	40-50 ans	Rural	21 :07	Au cabinet
P10	H	40-50 ans	Rural	32 :05	Au cabinet
P11	F	> 50 ans	Urbain	22 :38	Au cabinet
P12	H	30-40 ans	Urbain	28 :40	Au cabinet

Tableau 4. Caractéristiques des participants

II. EMERGENCE D'UN MODELE EXPLICATIF

L'analyse des entretiens a fait ressortir quatre thématiques principales, résumées dans le tableau 5 : L'acquisition des connaissances, la relation triangulaire médecin généraliste-parents-jeune, la vision de son rôle du médecin généraliste et les freins rencontrés. Ces résultats s'articulent dans un modèle explicatif résumé dans la Figure 1.

UN SAVOIR HETEROGENE	UNE RELATION TRIANGULAIRE PARENTS-JEUNES-MEDECINS	ETRE INVESTI D'UNE MISSION	LES FREINS RENCONTRES PAR LES MEDECINS
Les connaissances théoriques des médecins: la définition, la fréquence, les répercussions et les difficultés pour les victimes	Le rôle primordial des parents: rôle d'intermédiaire entre le jeune et le médecin, en première ligne pour le repérage et la prise en charge	Une mission de prévention: beaucoup de sujets de prévention à aborder en soins primaires, difficultés à tout aborder pendant une consultation par manque de temps	Les doutes personnels du médecin: faire face aux difficultés relationnelles, diagnostiques, au sentiment d'impuissance et d'isolement du médecin généraliste
Un savoir profane assumé: les sources d'information variées, une vision parfois déformée par les médias, la comparaison avec les autres formes de violence dans la société et l'influence de l'expérience personnelle	Le jeune au centre de l'attention du médecin: le souhait d'une relation thérapeutique duelle privilégiée avec le jeune, à distance des parents	S'impliquer dans la prise en charge: faire le diagnostic, éliminer un diagnostic différentiel, faire l'évaluation clinique pour guider la prise en charge	Les questions face à la société: le sentiment d'injustice pour les victimes face au fonctionnement du système pédagogique et judiciaire, et les questionnements face à l'évolution du discours médiatique
	Recevoir les signaux indirects du jeune: rechercher un motif caché de consultation, évaluer le bien être global par des questions ouvertes et être vigilant pour repérer des signes d'alerte Le lien parents-Enfant essentiel: reconnaître la responsabilité éducative des parents	Etre responsable de l'organisation du réseau de soins: faire le lien avec d'autres professionnels de santé si nécessaire	

Tableau 5. Résumé des principaux résultats

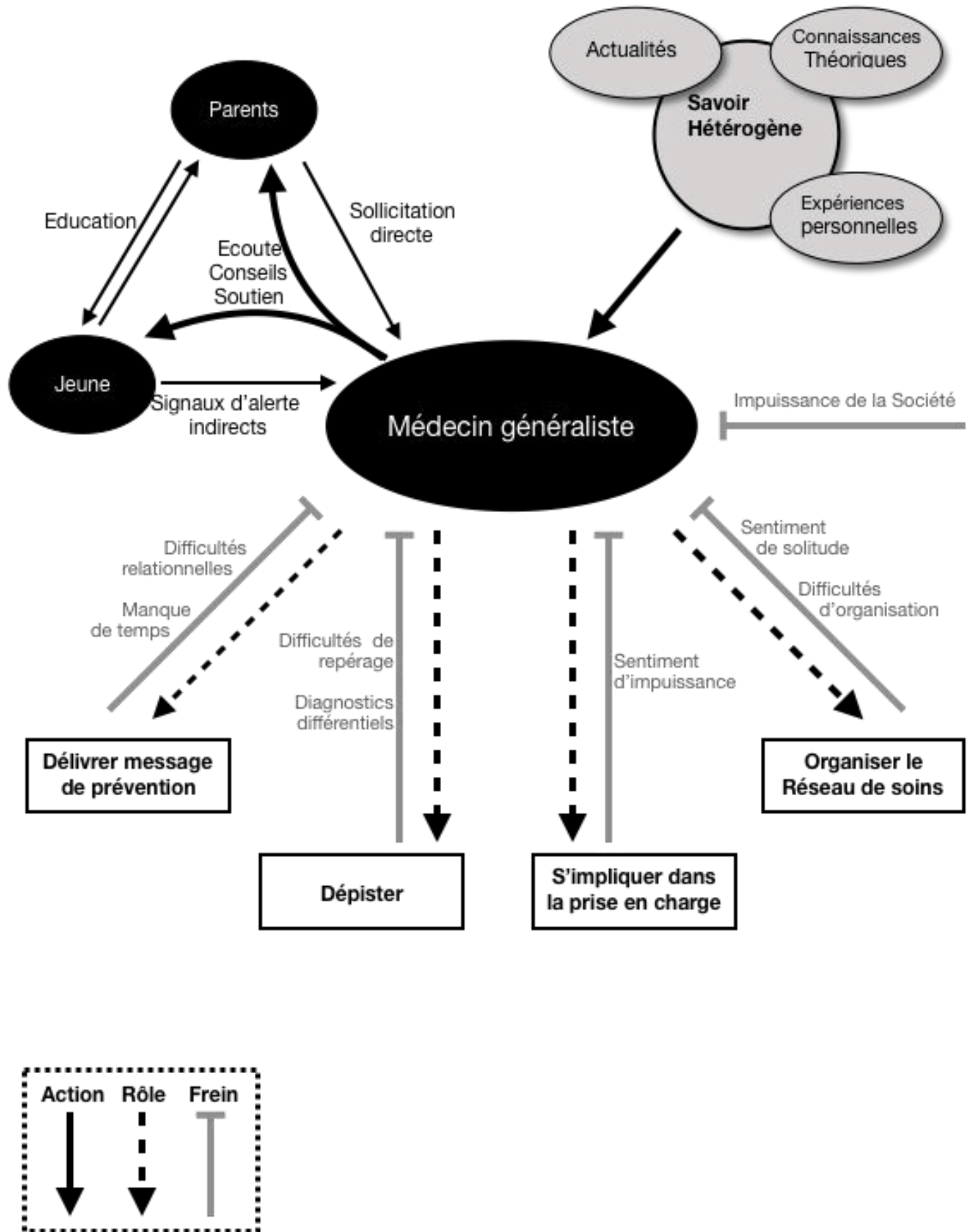


Figure 1. Modèle explicatif

III. LE SAVOIR

1. Des connaissances théoriques

-Définir le harcèlement scolaire

Tous les médecins interrogés connaissaient le harcèlement scolaire, et ont cité les notions correspondantes à la définition officielle : **la répétition** « *ça peut être juste des actes répétés* » (P4), **l'exclusion du groupe et d'isolement** « *la victime va appréhender anormalement le fait de se retrouver dans le groupe auquel elle appartenait* » (P6), **la relation de domination** « *c'est un rapport malsain entre une victime et son harceleur* » (P11), « *C'est un groupe dont le but est de broyer psychologiquement, de réduire à néant psychologiquement un individu* » (P7).

Pour certains médecins interrogés, le harcèlement scolaire **se définissait par ses répercussions** sur les victimes : « *Le harcèlement scolaire ? Oula! Moi c'est surtout un moment quand y a un impact sur le psychisme de l'enfant* » (P10), « *Pour moi tu peux avoir juste un seul épisode de maltraitance, un seul gros évènement qui va te mettre suffisamment mal pour qu'associé au milieu scolaire il y ait une situation de malaise en fait* » (P2).

Aucun médecin ne connaissait la fréquence estimée du harcèlement scolaire. Un médecin a surestimé la fréquence « *Je pense qu'il y a au moins un élève sur 5* » (P6) et plusieurs ont sous-estimé « *J'aurais certainement pas dit autant* » (P9). La majorité n'a pas donné de chiffre.

Plusieurs médecins mentionnaient que le harcèlement scolaire était **de plus en plus fréquent** « *C'est récurrent, on en voit de plus en plus de harcèlement* » (P11).

Pour la plupart, le **cyber harcèlement est devenu prédominant aujourd'hui.**

Pour certains, le harcèlement scolaire **touchait plus les filles** « *j'ai dans l'idée plus au niveau des filles plutôt qui ont des problèmes de harcèlement scolaire* » (P11). Plusieurs médecins notaient que si le temps d'écrans est plus important chez les garçons « *le temps d'écran passé, alors c'est plus chez les garçons que j'ai vu ça* » (P12), le **cyber harcèlement touchait plus souvent les filles** « *il me vient surtout en tête des histoires d'adolescentes qui sont les premières en âge un peu à subir ça, avec les portables* » (P6).

RÉSULTATS

Pour finir, les médecins ont été confrontés à **plusieurs situations de harcèlement scolaire au cours de l'année écoulée, mais moins d'un cas par mois.**

-Connaitre les différentes formes de harcèlement scolaire

Les médecins interrogés ont été confrontés aux différentes formes de harcèlement scolaire, via leurs expériences personnelles ou professionnelles : le **harcèlement avec violences physiques** « *Ils la poussaient, elle arrêta pas de tomber elle avait des bleus partout, des griffures* » (P1), le **harcèlement moral** « *des rumeurs, des systèmes de jalousie entre groupes* » (P1).

Le **cyber harcèlement** était connu de tous les médecins, et évoqué spontanément dans 10 entretiens « *C'est une mise à l'index d'une petite pré-adolescente de 6^{ème} par les camarades en raison d'un réseau social Whats App* » (P6), « *SMS groupés ou finalement plusieurs personnes formaient des groupes pour se moquer du gamin* » (P10).

Un médecin déclarait ne pas connaître les réseaux sociaux « *Je suis complètement absent des réseaux sociaux (...) c'est vraiment étranger pour moi* » (P9).

Par ailleurs, un médecin rapportait avoir été confronté dans sa vie professionnelle à une situation de **maltraitance psychologique d'un adulte sur un enfant** « *c'était pas rendu à de la maltraitance, mais de la maltraitance psychologique ça c'est sur* » (P5).

-Comprendre les mécanismes du harcèlement scolaire

Les médecins connaissaient **les facteurs de risque de harcèlement** « *parce que tu peux avoir des profils de gamins plus susceptibles de se faire harceler que d'autres* » (P3), liés à une **caractéristique** de l'enfant « *il était harcelé par un de ses camarades parce qu'il était différent* » (P4), « *on rigole du plus faible* » (P8), ou à une **situation** « *le harcèlement scolaire était lié au fait qu'il venait d'arriver dans un nouveau groupe* » (P10).

Ils déclaraient tous connaître des situations d'harcèlement, **quelque soit l'âge, le type d'établissement ou le niveau socioculturel** « *Ca peut toucher tous les niveaux et toutes les classes sociales* » (P8), « *C'est un des comportements que l'espèce humaine peut avoir, toujours* » (P5).

Certains reconnaissaient l'importance de **la prise en charge des harceleurs** « *la personne qui harcèle ne se rend pas forcément compte aussi parfois, et est dotée d'un cerveau et peut se*

RÉSULTATS

remettre en question » (P4) « Un gamin harceleur c'est un gamin qui souvent va pas très bien non plus, parfois c'est des enfants qui sont maltraités » (P6).

-Connaitre la loi du silence et comprendre l'absence de parole

Les médecins mentionnaient **les difficultés ressenties par la victime** de harcèlement scolaire : le sentiment d'isolement, le repli sur soi et l'enfermement dans une situation « *tu sais quand c'est comme ça, t'as l'impression que c'est définitif, que tout ta vie ça va te suivre, tu es banni » (P3).*

Ils évoquaient les **difficultés de la victime à se confier**, pour **protéger la famille** « *Ouai, parce qu'en fait ils veulent pas créer de problèmes aux parents malgré tout » (P2), par honte* « *Ne pas avoir envie d'en parler, et dire, et mentir, dire qu'ils sont pas concernés, soit pour protéger peut-être la famille soit parce qu'ils ont honte » (P), ou par peur des conséquences* « *Si c'est du cyber harcèlement avec des photos compromettantes ils vont pas avoir envie de le révéler ils vont vouloir gardé caché » (P7).*

Un médecin citait l'impact du harcèlement scolaire **sur le groupe des témoins, leur sentiment de culpabilité et la peur des représailles qui les empêche de dénoncer la situation.**

-Connaitre les répercussions du harcèlement scolaire

Tous les médecins expliquaient que le harcèlement scolaire **avait des répercussions graves** chez les victimes.

Les plus fréquemment citées étaient les **répercussions sur la scolarité** (baisse des résultats, échec scolaire, absentéisme voire la déscolarisation, changement d'établissement), **les troubles anxieux** (phobie scolaire, troubles du sommeil et alimentaire), **la dépression et les idées suicidaires, les troubles du comportement et conduites addictives** (à des substances, aux écrans, un repli sur soi, un abandon de ses centres d'intérêt).

Pour tous les participants, le **cyber harcèlement était considéré comme plus grave** que le harcèlement classique, « *Effectivement ça va beaucoup plus vite (...) les répercussions sont très rapides, sont très intenses, c'est très violent le cyber harcèlement (...) donc là faut être hyper méga vigilant évidemment (P3) »*, « *un harcèlement plus difficile que tout ce qu'on n'a jamais pu connaitre » (P12).*

2. Un savoir profane assumé

-Acquérir des connaissances par soi-même

10 médecins **ne se souvenaient pas avoir reçu de formation spécifique** sur le harcèlement scolaire « *en réalité j'ai pas fait de formation pro là-dessus* » (P1), « *des cours là-dessus ? Si j'en ai eu je m'en souviens pas* » (P12).

Un médecin avait suivi une **formation en ligne sur le site de l'université de Bordeaux**, et un médecin s'informait via les **revues médicales**.

Plusieurs médecins connaissaient **les programmes de prévention de l'éducation nationale, via leurs enfants ou des proches scolarisés** « *j'ai une partie en indirect on va dire par ces journées de mobilisation au sein des établissements scolaires* » (P1), « *Ah non mais ce qui est sûr c'est que les gamins sont hyper sensibilisés à ça. C'est énorme. Nous nos enfants je crois que dès le CP on leur en avait parlé* » (P6).

Un médecin proposait de **faire une intervention de prévention** dans l'établissement de son fils.

Tous les médecins déclaraient recevoir des **informations via les médias** : « *Oui je vois surtout ce qu'il y a, ce qu'on voit aux informations grands publics* » (P10), « *oui j'essaie d'écouter ce qui se dit dans les médias, certaines émissions un peu spécialisées je tends l'oreille* » (P9)

D'autres supports d'information ont été cités : les fictions, les films, les propos d'un influenceur « *ça sensibilise de voir les situations, même si c'est par la fiction ça aide à comprendre les situations* » (P4).

Les médecins connaissaient **l'actualité médiatique** concernant le harcèlement : l'engagement de Mme. B. Macron, les interventions de Mr. J-M. Blanquer, le mouvement « #anti2010 », « l'affaire Mila », les violences liées à la série Squid Game.

Le plateforme « nonauharcèlement » du site education.gouv.fr a été citée une seule fois comme source d'information.

RÉSULTATS

-Une vision stéréotypée du harcèlement scolaire

Les situations rapportées dans les médias donnaient une **vision stéréotypée** du harcèlement scolaire « *j'ai pas eu de cas spectaculaire, où le harcèlement est amplifié par les réseaux sociaux* » (P7), « *moi j'ai pas de cas de suicide ni tout ça. J'ai pas eu de cas extrême* » (P11).

En comparaison, les situations rencontrées dans la pratique étaient jugées moins graves par les médecins « *ouai ouai y a des histoires qui me reviennent quand on était au collège ou au lycée mais c'était pas méchant, enfin on dit toujours ça mais finalement...* » (P6), « *peut-être un cas si, mais gentil, un petit dans une petite classe pour les oreilles décollées* » (P7), « *mais c'était léger, choc psychologique* » (P7).

-Comparer le harcèlement scolaire avec les autres formes de violences dans la société

Plusieurs médecins ont fait le lien entre **le cyber harcèlement chez les jeunes et la cyber violence entre les adultes** « *je suis sur quelques réseaux sociaux et quand je vois la violence qu'il y a (...), la violence des commentaires et tout ça* » (P4), « *Je pense que ça va évoluer encore, parce qu'on le voit dans les meetings tout partout y a des menaces de mort (...), obligé ça se répercute (chez les jeunes)* » (P11), « *de toute façon même au niveau adulte, au niveau des hommes politiques, au niveau des médias et de tout, tout le monde est exposé bien plus. (...) C'est une obligation de vivre comme ça* » (P12).

Deux médecins comparaient **les violences du harcèlement scolaire avec les violences faites aux femmes** « *un peu comme je fais pour les violences non verbalisées (...) je suis un peu plus systématique quand c'est des femmes pour leur poser la question si elle a été victime de violence par exemple* », « *on n'a jamais autant parlé de #meeto et des violences, je pense qu'on n'a jamais été autant concerné, impliqué, culpabilisé* » (P12).

Une participante regrettait **l'accès trop facile des enfants à des contenus violents** (vidéos, film, séries).

-L'influence de l'expérience personnelle

5 médecins avaient des enfants ou des proches qui avaient été victimes de harcèlement scolaire.

Plusieurs reconnaissaient que **leur vie personnelle influençait leur intérêt pour le harcèlement scolaire** : « *ma vie personnelle influe beaucoup sur la façon dont je pratique,*

RÉSULTATS

*peut être que si j'avais pas d'enfant j'en aurais rien à faire du harcèlement scolaire », (P2) « c'est un sujet qui me touche parce que j'ai mon frère qui a eu ce cas » (P4). Ces **expériences leur permettaient d'acquérir des connaissances utiles à leurs pratiques** « depuis A., les douleurs, les plaintes somatiques des enfants c'est clair que j'y pense. Avant ça j'y pensais pas » (P2), « je comprenais pourquoi pendant 6 mois j'avais payé un psychologue et que mon fils pleurait sous la table » (P8).*

Un médecin mentionnait **avoir été harcelé** au collège « *c'est vrai que ça mène à une peur, une manœuvre d'évitement je me rappelle très bien* » (P5). Et deux médecins se **rappelaient avoir été harceleurs** « *Je pense qu'on a harcelé une personne, pareil en seconde, où on se cherche un peu moi j'avais sauté une classe, on était un peu bébé* » (P12), « *Les harceleurs sont vraiment pas conscients de ce qu'ils font, c'est pour ça qu'il faut en parler* » (P2).

Un médecin pensait que **son absence d'expérience pouvait altérer sa pratique** « *Mais je pense, moi je pense que j'ai mon expérience qui me rend pas service. Moi j'ai pas trop vécu ça à titre personnel (...) je suis peut être trop étranger au phénomène* » (P9).

IV. UNE RELATION TRIANGULAIRE JEUNE-PARENTS-MEDECIN

1. Le rôle primordial des parents

-Un rôle d'intermédiaire entre le médecin et l'enfant

Les médecins interrogés rapportaient avoir été **sollicités par les parents dans un premier temps** : « *d'abord j'ai vu les parents, surtout la maman, et ensuite elle m'a amené son petit* » (P5), ou par les parents en présence de l'enfant « *en consultation chez un généraliste si tu veux tu as toujours l'intermédiaire du parent* » (P3), « *souvent amené par les parents en pratique, rarement tout seul c'est pas une démarche qu'ils font d'eux même* » (P10).

Certains parents **essayaient d'encourager voire de forcer leurs enfants à parler au médecin** : « *Y en a un il a fallu que lui il vienne me voir et que le père dise « non je viens pas tu vas parler au médecin* » (P5), « *et puis la maman qui met un petit coup de coude et puis la petite qui veut pas parler* » (P6).

Parfois, le médecin se sentait perçu comme un **allié des parents pour délivrer des messages** : « *alors la mère voulait que je lui dise qu'il fallait (...) elle m'avait donné entre guillemets comme des consignes juste avant de la voir* » (P12).

RÉSULTATS

-Les parents en première ligne

Les médecins reconnaissaient qu'en première intention, **le rôle des parents était d'intervenir** pour faire évoluer la situation et qu'ils **devaient être impliqués dans la prise en charge**.

Certains médecins avaient le sentiment d'être **simple spectateur, et regrettaient de ne pas avoir été sollicités** « *je l'ai pas pris en consultation pour ça en fait il a géré directement avec le collègue, on l'a su qu'après* » (P1) « *on pourrait se dire qu'on est au premier plan et finalement on pense pas forcément à nous je pense tout de suite, je sais pas trop pourquoi mais...* » (P4).

Dans certaines situations, les médecins mentionnaient un **rôle de conseiller auprès des parents** « *ils voulaient un chemin à suivre* » (P5). Les médecins orientaient les parents vers **l'équipe pédagogique**, ou parfois vers un **recours judiciaire** quand les situations paraissaient graves, notamment dans le cyber harcèlement « *je suis plus enclin à conseiller une éventuelle plainte en tout cas (dans une situation de cyber harcèlement)* » (P3)

Les parents étaient identifiés par les médecins comme un **relai privilégié pour le suivi des enfants** « *je sais que les parents sont attentifs, c'est un bon relai aussi à la maison* » (P1).

-Connaitre les difficultés des parents

Les médecins reconnaissaient les difficultés des parents : les **difficultés de repérage** des situations de harcèlement « *et là la mère était stupéfaite, elle pensait que tout se passait bien* » (P2), et les **difficultés de prise en charge** « *un, la direction de l'établissement réagissait pas et deux, ça leur semblait pas adapté du coup* » (P9)

Ces difficultés étaient d'autant mieux comprises des médecins s'ils y avaient été confrontés **dans leur vie personnelle**. Ils pouvaient **se projeter** dans la situation des parents « *je me dis y a peut-être un autre parent comme moi qui pense que leur gamin a mal au ventre parce qu'il a mal déjeuné le matin...* » (P2), « *moi je me projette plus en tant que parent si un jour moi mes enfants étaient harcelés, j'irais régler les problèmes directement moi-même je pense, mais ça c'est mon côté gaulois* » (P10).

RÉSULTATS

-Considérer l'enfant au sein de sa famille

Les médecins mentionnaient leur rôle de pilier **pour soutenir l'ensemble de la famille** : « *Parce que dans l'histoire on prend pas que l'enfant, on prend les parents aussi* » (P8).

Tous les médecins reconnaissaient qu'une situation de harcèlement scolaire pouvait avoir des **conséquences graves pour l'ensemble de la cellule familiale** « *elle a finalement été forcée de se mettre en arrêt (la mère) parce qu'elle arrivait plus du tout à supporter la situation* » (P5), « *ça déstructure la famille, ça arrive à déstructurer la famille soit qui va être soudée qui va s'épuiser, soit parfois y a des familles qui explosent* » (P8).

2. L'enfant au centre de l'attention du médecin

-Souhaiter une relation privilégiée avec le jeune

Tous les médecins interrogés relevaient l'importance d'une relation privilégiée avec le jeune.

D'après eux, être le **médecin de famille, connaître le jeune depuis longtemps**, favorisaient le dialogue et les confidences « *bon après plus tu les connais plus ils parlent, plus ils te racontent* » (P3). Cela améliorait le **repérage d'un jeune en souffrance** « *d'où l'intérêt de garder ce côté médecin de famille, on voit l'évolution parce qu'à un instant T, comment on peut évaluer l'évolution de l'enfant en fait ?* » (P8).

Tous les médecins déclaraient s'intéresser aux jeunes en consultation, en leur **posant des questions directes** sur leur quotidien, pour favoriser un climat de confiance « *bon la plupart du temps on dit « comment ça se passe à l'école ? », « t'as un chéri ? », bon voilà on discute un peu sur le mode décontracté* » (P1), « *et puis moi j'ai un cabinet grand ouvert mais je leur pose à l'oreille un peu la question et je leur dis « bon ça va à l'école ? T'es content ? »* » (P6)

-Mettre à distance les parents

Certains médecins proposaient de **recevoir le jeune seul en consultation** « *la première fois ils sont souvent accompagnés de leur parent, la fois d'après je demande à ce qu'ils viennent seuls* » (P4), **pour l'aider à se confier plus facilement** « *je l'ai laissée me tutoyer au début, je lui ai dit « faut que tu me dises tout »* » (P12).

RÉSULTATS

Cela permettait aux médecins de **prendre du recul vis-à-vis du récit des parents** « *je me rend compte aussi les modifications dans les discours entre la maman et l'enfant* » (P5) et de se faire sa propre opinion « *ça me permet d'abord de voir si les parents sur réagissent pas un petit peu* » (P3).

3. Recevoir les signaux (indirects) du jeune

-Le harcèlement scolaire, parfois le motif caché de la consultation

Si certains médecins rapportaient avoir été sollicités directement (par les enfants ou par les parents), pour d'autres **le harcèlement scolaire n'était pas abordé spontanément** par le jeune ou sa famille « *alors c'est pas le motif de consultation au départ, je dirais presque jamais* » (P3), « *c'est pas si fréquent que ça amène, que les gens viennent pour ça* » (P6).

-Evaluer le bien-être par des questions indirectes

Les médecins rapportaient que les consultations avec les jeunes permettaient d'avoir un temps d'échange pour évaluer leur bien-être, notamment en **posant des questions « d'amorces » ouvertes** « *j'ai toujours un petit mot pour demander (...), juste pour voir dans ces questions amorces. Je cherche le regard, je cherche du non-verbal* » (P5), « *avec des questions bateaux, si j'ai un bon contact avec l'enfant dès le début souvent ça s'arrête à peu près à ça* » (P12). Les consultations pour les certificats de sport ou les vaccinations étaient considérées comme les plus propices.

Tous les médecins reconnaissent **ne pas poser de question directement sur le harcèlement**, mais adaptaient leurs questions à ce qu'ils pouvaient ressentir « *tu vas pas dire à tous les ados que tu vois « tu te fais pas harceler à l'école ? », si tu veux tu peux pas scanner tous les gamins qui rentrent. Non le rôle du médecin c'est toujours l'écoute, ou indirectement de poser les questions.* » (P3)

- Être médecin-vigie : Savoir repérer des signes d'alerte

Les médecins interrogés rapportaient être **sensibilisés à certains signes d'alerte** : un changement d'attitude du jeune (modification des centres d'intérêts, des activités sportives, des résultats scolaires, du comportement), un repli sur soi, des troubles anxieux, des

RÉSULTATS

troubles du sommeil, des troubles du comportement alimentaire, des troubles somatiques répétés et inexplicables « *je me suis dit c'est pas possible quelqu'un doit l'embêter en fait, j'y ai pensé tout de suite* » (P2).

Face à ces symptômes, les médecins posaient des questions plus directes pour recherche l'origine du mal-être ressenti « *Si je sens qu'il y a un petit peu un malaise, je vais demander des choses* » (P12), « *c'est là où il faut vraiment profiter de ça pour amorcer pour continuer* » (P5).

4. Le lien parent-enfant essentiel

Tous les médecins interrogés considéraient que la **responsabilité éducative des parents était de protéger leurs enfants du harcèlement scolaire et d'en faire la prévention** « *il faut avertir les parents il faut redonner la place aux parents je trouve le parent il est là pour éduquer c'est pas à l'enseignant d'éduquer* » (P8).

Concernant les réseaux sociaux, beaucoup de médecins **déploraient le manque de vigilance des parents** « *finalement on sent qu'y a pas tant de règles que ça* » (P1) « *y a un gros déni parental par rapport à ça aussi je crois* » (P6), « *par rapport au cyber c'est à nous de faire gaffe aussi et de bien leur expliquer (...) faut qu'on soit meilleurs parce qu'ils nous voient faire ils grandissent avec mimétisme ils nous regardent faire ils font comme nous* » (P6).

Plusieurs médecins **critiquaient l'éducation des parents des harceleurs** « *est-ce que les parents de jeunes harceleurs arrivent à dépasser le déni un peu (...) c'est toujours difficile de se dire « qu'est ce que j'ai raté, pourquoi il est devenu violent ? »* » (P6), « *Faut voir ce qu'il y a derrière comme famille, mais c'est aussi quand même des enfants qui échappent au contrôle de leur parent les harceleurs, donc je pense qu'il y a là un certain laxisme parental* » (P10)

V. ETRE INVESTI D'UNE MISSION

« On a toujours le même rôle comme dans toutes les autres maladies, on reçoit la demande et on se dépatouille avec » (P12)

1. 1. Une mission de prévention

La majorité des médecins évoquait **l'intérêt de la prévention auprès des jeunes** en consultation, lors des consultations de vaccination ou des certificats de sport. Les thèmes évoqués par les médecins étaient l'utilisation des écrans, des réseaux sociaux, l'alimentation, le tabac, les conduites addictives, et la sexualité. Le harcèlement scolaire n'était jamais évoqué spontanément.

Deux médecins **remettaient en question leur capacité à faire de la prévention**, par **manque de temps** *« aujourd'hui, il faudrait tellement faire de prévention qu'il faudrait 30 minutes de consult »* (P9), et **par manque de pertinence** *« des fois ils comprennent pas trop alors qu'ils viennent chercher un certificat pour jouer au tennis quoi »* (P10).

2. S'impliquer dans la prise en charge

-Réaliser un examen clinique rigoureux pour éliminer un trouble somatique

La priorité était **d'éliminer un diagnostic somatique** face à ces plaintes *« bien sûr j'élimine le somatique je vais faire des examens si y a une plainte répétitive de douleur ; je fais les examens pour être sûre qu'on passe pas à côté de quelque chose »* (P2), *« des problèmes de douleur thoracique, elle avait vu l'endocrino d'ailleurs pour des problèmes hormonaux (...)mais on n'a rien trouvé c'était sûrement des symptômes d'angoisse »* (P7).

-Se fier à son instinct

Tous les médecins **se fiaient à leur « ressenti clinique »** pour évaluer une situation de harcèlement *« on fait presque comme on le sent et avec l'expérience du terrain plus que sur*

RÉSULTATS

une ligne de conduite qu'on devrait avoir plus officielle » (P1) « oui je vais un peu l'évaluer, après on n'a pas une grille comme en pédopsychiatrie (...) j'évalue de façon intuitive un peu quand même, on est des généralistes » (P3).

-Devenir un acteur de la prise en charge

Les médecins mentionnaient **l'importance de leur rôle dans l'écoute de l'enfant et de la famille**. Ils étaient **disponibles rapidement** pour recevoir en consultation le jeune et sa famille

Face à une situation de harcèlement, ils souhaitaient **revoir plusieurs fois les jeunes et leur famille** en mettant en place un suivi régulier *« pour celle-ci je me suis vraiment senti impliqué, où j'ai demandé à la revoir toute seule et c'est à ce moment-là je me suis senti comme une mission quoi de me dire « bon bé c'est à moi de faire le boulot » » (P12).*

Les objectifs étaient de **suivre l'évolution du jeune et de surveiller l'apparition des signes de mal-être**.

Plusieurs médecins avaient **le sentiment de pouvoir changer les choses** : *« des fois il suffit juste d'allumer une petite loupote à un endroit pour pouvoir débloquer la parole, et c'est ce que j'essaie de faire » (P5), « des fois, quand ils sont tous petits ils sont très sensibles à ce qu'on leur dit, et donc on arrive à les regonfler un peu » (P6).*

Concrètement, ils pouvaient donner des conseils, être dans la réassurance du jeune et de sa famille, apporter une aide matérielle (certificats médicaux).

-Prendre une décision médicale

Trois médecins déclaraient avoir dû initier seul une prise en charge médicamenteuse (anti-dépresseur ou anxiolytiques).

Les médecins devaient également prendre la **décision d'orienter** ou non vers un spécialiste *« Donc on peut peut-être aussi, les situations critiques quand elles le sont et au contraire rassurer quand c'est pas si... Faire notre boulot de triage quoi ! » (P4).*

RÉSULTATS

3. Etre responsable de l'organisation du réseau de soin

Si un avis spécialisé était jugé nécessaire par les médecins, c'est eux qui contactaient le spécialiste.

Le plus souvent, Les professionnels sollicités étaient les **psychologues** « *je les oriente beaucoup vers une psychologue qui fait ça mieux que moi, parce que je me sens pas la meilleure pour faire de la thérapie de l'adolescent et de l'enfant* » (P4).

Pour un avis pédopsychiatrique, ils contactaient **d'abord les CMP**, puis les **hopitaux publics** et les **cliniques privées**.

Deux médecins ont sollicité un.e **orthophoniste** et un médecin avait appelé **l'infirmière scolaire**.

Deux médecins reconnaissaient **l'intérêt de la télé expertise pour aider à la prise de décision** « *j'ai initié à l'époque chez cet enfant un IRS avec le psychiatre derrière qui me disait qu'il validait, et qu'on allait avoir un suivi* » (P10).

VI. LES FREINS RENCONTRES

1. Les doutes personnels du médecin

-Etre en difficulté dans la relation médecin-jeune

4 médecins regrettaient la **diminution de fréquence des consultations** chez les adolescents : « *Et puis à l'adolescence, souvent les jeunes ils arrêtent de parler, entre 13 et 15 ans il y a un petit black out* » (P6), « *les jeunes y a un certain âge, l'âge où ils commencent à être vraiment sociaux donc en fait au collège où c'est critique, bin on les voit moins* » (P5).

Un médecin rapportait avoir été **mis en difficulté dans son rôle de soignant** par une patiente « *je pense que je me suis trop impliqué d'ailleurs, parce qu'au final, elle me l'a fait un petit peu à l'envers* », « *elle était un peu dans la provocation avec moi aussi, je sentais que j'étais plus la bonne personne* », « *je sais pas quelle relation ça se créait mais ça allait pas beaucoup l'aider quoi* » (P12).

RÉSULTATS

-Les difficultés diagnostiques

Plusieurs médecins rapportaient des **difficultés à obtenir le récit de l'enfant**, « *souvent ils parlent pas beaucoup, tu as pas des déclarations qui durent 3h* » (P3)

Ils doutaient de leur capacité à repérer les jeunes en situation de harcèlement scolaire « *tu te rends compte que t'as pu voir des gens qui avaient des situations de harcèlement et qui les avaient un peu étouffées par contre, et qu'au moment où tu les suivais tu t'en étais pas aperçu* » (P10), « *Ouai et puis peut-être qu'ils vont pas bien et que je m'en rend pas compte, c'est ce que je me dis* » (P9).

Des médecins rapportaient **avoir mis du temps avant de faire le diagnostic** « *fallait vraiment que ça me tombe dessus gros comme une maison* » (P5), « *C'est plutôt une histoire de trouble anxieux, qu'on a détricotée avec le temps* » (P9).

Enfin, un médecin rapportait que **les enfants pouvaient eux-même ne pas se rendre compte de leur situation** « *parce que c'est dur, je trouve de leur faire prendre conscience que ce sont des victimes* » (P1).

-Un sentiment d'impuissance dans la prise en charge

Plusieurs médecins éprouvaient un **sentiment d'impuissance pour ne pas avoir pu aider les enfants** « *au fond de moi-même je me sentais bien impuissant quand même* » (P9), « *on n'est pas très efficace, je trouve que les gens règlent leur problème comme ils peuvent* » (P11), « *on est toujours cantonné à notre rôle de prise en charge de l'enfant qui va pas bien mais qu'on peut pas vraiment agir sur la situation de harcèlement* » (P10)

Un médecin le mentionnait également **pour la famille** « *quand la maman finit à Charles Perrens je me dit « putain j'ai raté un truc » »* (P8)

2 médecins regrettaient **l'absence de « solution miracle »** comme dans d'autres pathologies somatiques « *au final y a pas d'arbre décisionnel comme on a dans beaucoup de pathologie* » (P10), « *de toute façon je peux pas amener la solution sur moi clé en main comme pour une cystite* » (P12).

-Un sentiment de solitude

Plusieurs médecins reconnaissaient avoir été confrontés à **la difficulté de créer un réseau de soin autour du jeune** « *on est de plus en plus seul de toute façon* » (P8).

RÉSULTATS

Cette difficulté était rapportée aussi bien par des médecins exerçant dans le milieu urbain (CUB) que rural.

Ils dénonçaient **un accès aux soins de pédopsychiatrie trop long et trop compliqué**, « *dans le secteur, l'accès au pédopsy est quasiment impossible donc nous forcément on se freine* » (P1). Deux médecins ont dû orienter un jeune vers les urgences pour avoir une expertise pédopsychiatrique sur des situations qui leur paraissaient graves.

Les médecins connaissaient des psychologues disponibles vers qui orienter, mais **le coût financier** pour certaines familles pouvait être un frein.

La **médecine scolaire** n'était pas identifiée comme un relai sur lequel s'appuyer « *Y a une pénurie de médecin scolaire et d'infirmière scolaire, elles ont pas le temps de s'occuper de ça* » (P5). Un seul médecin mentionnait un appel de l'infirmière scolaire.

Plusieurs médecins regrettaient **de se sentir exclu de la suite de la prise en charge**, par manque de retour de la part de l'établissement scolaire ou du spécialiste (CMP, pédopsychiatre) « *Après nous c'est toujours pareil le CMP on n'a jamais de retour* » (P9).

-Remettre son rôle en question

Face à ces difficultés de prise en charge, un médecin se questionnait sur son rôle médical « *comme ça je dirais qu'on a un rôle assez minime je pense. C'est-à-dire, après tout on est médecin, repérer les troubles anxieux et aider à la prise en charge, mais le harcèlement scolaire c'est pas un problème médical* » (P9).

2. Les questionnements face à la société

-Le rôle primordial du système pédagogique

Le premier conseil donné par tous les médecins était de se **mettre en lien avec l'établissement et l'équipe éducative**, qui semblaient les plus à même de régler la situation. Trois médecins avaient jugé la réaction de l'établissement adaptée « *j'ai toujours eu l'impression que les gens sont assez réactifs moi* » (P2), mais **la majorité critiquait la prise en charge de l'établissement scolaire**, jugée insuffisante « *les parents ils rament pour rencontrer le proviseur, rencontrer les enseignants, rencontrer les parents des autres enfants éventuellement (...). Et que derrière y a rien qui est fait* » (P10).

RÉSULTATS

Par exemple, ils regrettaient les **changements d'établissement de la victime** « *pour le coup c'est un peu la situation de fuite* » (P10).

Deux médecins faisaient le lien entre le **harcèlement scolaire et le manque de surveillance et de personnel à l'école** « *ce qu'on voit c'est que la partie émergée de l'iceberg, parce que « à moi la peur » le jour où on va mettre quelqu'un qui va vraiment regarder dans la cour d'école* » (P5), « *je pense que y a un manque de personnel dans les structures d'enseignements ça c'est évident* » (P8).

-Un sentiment d'injustice pour la victime

Plusieurs médecins éprouvaient un **sentiment d'injustice** « *celui qui harcèle, c'est celui qu'on laisse en place souvent généralement et puis que les victimes généralement il faut qu'elles changent de collègue, de lycée, d'école...et ça me frappe un peu* » (P11), **face à l'impunité des harceleurs** « *t'as l'impression qu'on peut pas trop inquiéter les harceleurs même quand on va frapper à la porte des gendarmes ou de la police* » (P10).

Plusieurs médecins **regrettaient l'impuissance de la justice** « *j'ai déjà eu le cas d'une autre petite fille, alors là pour le coup c'était agression sexuelle etc. avec expertise médecin légiste ou malheureusement ça n'a abouti à rien (...) on est toujours dans des procédures* » (P1).

3 médecins ont également **dénoncé l'impunité des réseaux sociaux** « *je pense qu'il faudra à un moment donné que les fournisseurs, enfin je sais pas les Facebook® et les machins, ils aient une part de responsabilité. Si on les incrimine pas ça restera...* » (P6), « *tout le monde peut faire une connerie et dans la loi ça doit être effacé des réseaux(...) je sais qu'il y a des démarches qui se font au niveau juridique pour que ce droit à l'oubli soit vraiment réalisé dans les faits par Facebook® et autre* » (P3).

-Être conscient du changement du discours médiatique

Tous les médecins participants avaient conscience d'une **évolution récente de la médiatisation du harcèlement scolaire en France** « *quelques mois, pas plus !* » (P9), « *le harcèlement existait déjà c'était évident, mais nous on nous en parlait absolument pas* » (P6).

Ils jugeaient la **médiatisation de façon positive**, pour faire prendre conscience du problème à l'ensemble de la société, mais surtout pour les jeunes eux même « *que les enfants puissent*

RÉSULTATS

oser se dire « tiens je me reconnais dans cette situation là » » (P1). Un médecin se réjouissait de la fin d'un cliché « le bizutage le harcèlement ça forge la virilité » (P12).

Un médecin comparait cela avec **la prise de conscience sur autour de l'endométriose** « c'est bien d'avoir mis le mot sur le maux, parce qu'il faut savoir que ça existe » (P8).

Quelques médecins **ont tempéré** leur propos « tout n'est pas forcément harcèlement il faut se méfier » (P8), « c'est comme les violences faites aux femmes, c'est-à-dire à un moment on a une sensation qu'il y avait plus que ça, pardon de le dire comme ça » (P9).

Un médecin craignait aussi l'effet **potentiellement dangereux d'une surexposition des victimes** « Je pense que les médias, Hanouna, surfent dessus aussi, ça fait monter l'audimat (...) ils se donnent bonne conscience à faire parler des gens qui eux quand ils vont rentrer dans le lycée, quand ils ont témoigné à visage découvert, vont se faire taper dessus... » (...). **Faire le buzz ne servirait à rien** si par la suite rien n'est fait concrètement pour aider les victimes et pour mettre un terme au harcèlement scolaire « versus la puissance des réseaux sociaux, la puissance même d'un enfant versus un autre enfant, au collège quand c'est lundi matin on n'en a plus rien à foutre de ce qui s'est passé à la télé ou à la radio » (P12).

DISCUSSION

Au cours de la rédaction de la thèse (durant l'année 2021), le harcèlement scolaire a été très médiatisé, et plusieurs faits divers ont ponctué l'actualité : sur le phénomène « #anti2010 et la série « *Squid Game* », le ministre de l'Éducation nationale Mr. J-M. Blanquer s'est exprimé à plusieurs reprises. Cela a renforcé l'intérêt de tous les participants pour le sujet, et a permis des échanges riches sur ces actualités.

I. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

1. Les limites

-Le biais d'investigation

Ce travail était le premier travail de l'enquêtrice, qui n'avait pas d'expérience antérieure dans le domaine de la recherche en santé.

Par conséquent, sa façon de mener les entretiens et de poser les questions a pu influencer les réponses des médecins interrogés.

Pour des raisons pratiques, 2 entretiens n'ont pas pu être menés en face à face mais par téléphone ou via FaceTime®, ce qui a pu altérer la qualité de l'entretien.

Pour limiter ce biais, une grille de recherche avait été élaborée au préalable et l'enquêtrice s'était entraînée et avait testé cette grille lors d'un entretien avec un médecin.

-Le biais de désirabilité

Les médecins généralistes ont été prévenus au préalable du sujet de l'entretien, ce qui leur laissait le temps de préparer leurs réponses.

Par souci de vouloir bien faire et par peur d'être jugé, les médecins interrogés ont donc pu avoir des réponses qui se rapprochaient d'une vision de « bonne pratique » plutôt que leur pratique réelle.

L'enquêtrice connaissait cinq des médecins interrogés ce qui pouvait augmenter ce biais.

Pour limiter ce biais, nous avons choisi des entretiens semi dirigés individuels plutôt que des focus groupes, et choisi d'interviewer en majorité des médecins non connus.

-Le biais d'interprétation

L'analyse des données obtenues est soumise à un biais d'interprétation intrinsèque à la recherche qualitative.

Pour limiter ce biais, l'ensemble des données a bénéficié d'un double codage par un deuxième chercheur, médecin généraliste également.

2. Les forces de l'étude

-Validité interne

L'étude qualitative par entretien semi dirigé nous paraît la plus pertinente pour répondre à la question : l'objectif de l'étude était d'explorer les représentations et le vécu des médecins généralistes sur le harcèlement scolaire pour mieux comprendre leurs pratiques, ce qui correspond à une approche interprétative.

La grille COREQ a été utilisée pour établir la méthodologie de l'étude (37).

Les profils des médecins généralistes étaient variés : toutes les classes d'âges étaient représentées, il y avait autant de médecins ruraux qu'urbain.

La saturation des données a pu être obtenue après 10 entretiens, et 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer la saturation des données.

Enfin, l'ensemble des données recueillies a bénéficié d'un double codage par un étudiant en cours de doctorat en médecine générale.

-Validité externe (comparaison avec la littérature)

Les résultats de notre étude sont similaires à ceux rencontrés dans la littérature, par exemple ceux de la thèse de Rennes de 2017 (35).

Deux thèses quantitatives publiées en 2018 et 2020 interrogeant les pratiques des médecins généralistes sur le harcèlement scolaire retrouvent des résultats similaires venant corroborer les nôtres (39) (40).

II. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS

1. Des connaissances théoriques hétérogènes

La grande majorité des participants rapportent ne pas avoir reçu de formation validée sur le harcèlement scolaire, mais ont acquis leurs connaissances de manière empirique, via des supports destinés au grand public, dont la qualité n'est pas toujours évaluée.

Les connaissances et les prises en charge sont donc variables d'un médecin à l'autre en fonction de leurs sources d'information et de leur intérêt pour le sujet.

Les médecins décrivent des connaissances empiriques. Cela va à l'encontre du principe des connaissances scientifiques basées sur les preuves.

Certains médecins ont une vision caricaturale du harcèlement scolaire et de ses répercussions comme cela est montré dans les médias. Cela ne correspond pas à la majorité des situations vécues par les victimes de harcèlement scolaire. Les situations moins « spectaculaires » peuvent être minimisées et perdurer, alors que la répétition dans le temps est un critère essentiel dans l'apparition de répercussions chez les victimes.

2. Une surreprésentation du cyberharcèlement

Contrairement à la thèse de Rennes de 2017, le cyberharcèlement est évoqué par tous les participants. Ceci peut-être lié à la médiatisation de ce phénomène, chez les jeunes et chez les adultes.

Pour tous les médecins, le cyberharcèlement est perçu comme plus grave, plus fréquent et plus dangereux que les autres formes de harcèlement, ce qui correspond à la réalité.

Pourtant, le harcèlement scolaire existait avant les écrans et les réseaux sociaux. Si cette nouvelle forme de harcèlement scolaire paraît préoccupante à juste titre, il ne faut pas pour autant négliger les autres formes de harcèlement qui continuent d'exister. Les suicides de l'adolescent harcelé existaient avant internet.

Les enfants d'aujourd'hui n'ont jamais vécu sans internet ni les réseaux sociaux : ils font partie intégrante de la construction de leur vie sociale et de leur image. Un discours trop extrémiste sur les dangers et l'interdiction des réseaux sociaux ne peut pas être audible. C'est donc vers un accompagnement à l'utilisation de ces nouveaux outils qu'il faut se diriger. Nous pouvons nous demander comment accompagner ces jeunes sur des réseaux qu'ils maîtrisent mieux que leurs parents. Et si nous ajoutons les violences exposées par les adultes sur les réseaux sociaux, nous pouvons douter de la meilleure utilisation de ces outils par les parents.

3. Une relation médecin-jeune fragile

Les médecins généralistes de notre étude sont conscients des difficultés pour un jeune de s'exprimer sur une situation de harcèlement scolaire. Pour favoriser le dialogue, les médecins déclarent adopter une attitude bienveillante, et poser des questions à l'enfant afin de favoriser une relation thérapeutique de qualité. L'étude anglaise de 2016 et une étude américaine de 2017 portant sur le ressenti des jeunes patients montrent qu'ils ressentent la même chose : ils sont plus à même de se confier à un médecin qu'ils connaissent bien et qui est à l'écoute. Le fait d'être le médecin généraliste et de connaître les enfants depuis longtemps sont des points positifs relevés par les jeunes (33,41).

Ces deux études montrent que les jeunes regrettent de ne pas se sentir suffisamment proches de leur médecin généraliste : les consultations sont trop rares, trop courtes, et le cadre trop formel pour permettre une vraie proximité (33,41).

Ces difficultés pourraient être aggravées par le nomadisme médical actuel.

4. L'absence d'utilisation des outils validés

Des questions ouvertes comme « *comment ça se passe à l'école ?* », si elles ont le mérite d'exister, peuvent sembler fermées pour le jeune et ne pas être efficaces pour amorcer une discussion. A notre connaissance, il n'existe pas d'étude évaluant l'efficacité de ces questions ouvertes dans le dépistage du harcèlement scolaire.

En revanche, il existe des recommandations de la HAS publiées en 2021 pour évaluer le risque suicidaire chez les adolescents : elles recommandent l'utilisation d'outils validés scientifiquement pour guider les médecins dans la conduite de la consultation (42).

C'est le cas du Bullying Insomnia Tobacco Stress Test (BITS Test, cf Annexe 5), qui comporte un item spécifique sur le harcèlement scolaire. Une étude publiée en 2020 montre l'intérêt du BITS Test en soins primaires, avec une bonne sensibilité et spécificité pour le repérage du risque suicidaire. De plus, ce questionnaire permet l'amorce du dialogue entre le jeune et le médecin (43).

5. Des parents omniprésents dans la relation médecin-jeune

Les médecins rapportent que les parents étaient informés de la situation, et qu'ils étaient souvent à l'initiative de la consultation. Pourtant, la loi du silence et le sentiment de honte existent au sein de la famille, et les victimes de harcèlement scolaire peuvent le cacher à leurs parents, et ils ne l'aborderont pas en consultation devant eux.

Aucun médecin n'évoque la problématique du secret médical, même si certains proposent de voir les enfants sans leurs parents.

D'après l'étude américaine de 2017 et l'étude anglaise de 2016, le fait que le médecin connaisse les parents peut être un frein pour les jeunes. En effet, ils craignent que le médecin rapporte certains de leurs propos aux parents (33,41).

Pourtant d'après l'étude anglaise portant sur le ressenti des parents, les parents s'attendent à ce que le médecin et les enfants partagent leurs informations avec eux (33).

Il paraît donc nécessaire de rappeler aux participants l'importance du secret médical : en rassurant le jeune sur les confidences faites au médecin, tout en assurant aux parents un partage des informations dans le cas de mise en danger de leur enfant.

6. Une relation parents-enfants paradoxale

Plusieurs médecins remarquent que des parents sont trop inquiets et protecteurs vis à vis de leurs enfants, et qu'ils réagissent de façon disproportionnée à des situations vécues par leurs enfants.

Mais les médecins notent une contradiction en décrivant des parents parfois trop laxistes dans l'éducation et incapables de protéger leurs enfants des dangers réels, principalement sur les réseaux sociaux.

7. Un manque de clarté sur le rôle du médecin généraliste

Même si tous les médecins disent être impliqués dans notre sujet, ils définissent leur rôle dans la prise en charge des jeunes qui présentent déjà des répercussions cliniques : il s'agit d'une approche plus thérapeutique que préventive, les signes cliniques apparaissant dans la durée. Il semble préférable de mettre un terme au harcèlement le plus tôt possible sans attendre les conséquences pour les victimes, ce qui est le principe de la prévention en médecine générale.

Le rôle du médecin généraliste dans le harcèlement scolaire reste mal défini par les participants, parfois vus comme simple spectateur impuissant, parfois comme soutien pour la famille.

Or cette ambiguïté sur la vision de leur rôle est ressentie par les jeunes et leur famille : D'après l'étude américaine de 2017, les jeunes ne perçoivent pas le harcèlement scolaire comme un problème qui concerne les professionnels de santé. De plus, ils ont le sentiment que les médecins ne peuvent pas les aider (41).

D'après l'étude anglaise menée auprès des parents, un tiers des parents d'enfant harcelé ont discuté du harcèlement avec leur médecin généraliste, et moins de la moitié a trouvé ça utile (33).

Cela met en perspective les résultats de notre étude centrée sur la vision des médecins.

III. OUVERTURES

1. Mieux définir le rôle du médecin généraliste

-Proposer une formation spécifique pour les médecins généralistes sur le harcèlement scolaire pour renforcer leur savoir théorique et uniformiser leurs connaissances et leurs pratiques.

-Elaborer des recommandations officielles de bonnes pratiques pour les médecins généralistes.

-Faire connaître aux médecins généralistes les outils à sa disposition sur le harcèlement scolaire, par exemple la plateforme « non au harcèlement », les numéros verts, etc.

2. Aider le médecin généraliste dans sa prise en charge :

-Favoriser le lien avec des médecins spécialistes, par exemple par la mise en place de télé expertise avec des pédopsychiatres.

-Améliorer le lien avec les CMP pour favoriser les échanges, permettre une orientation rapide et obtenir des retours sur la prise en charge ; par exemple, en rencontrant l'équipe du CMP, en proposant un numéro direct pour les professionnels, en systématisant les courriers aux médecins traitants sur le suivi des enfants.

-Améliorer la prise en charge de la santé mentale des jeunes : le nouveau dispositif MonPsySanté sera effectif à partir du printemps 2022. Il permettra une prise en charge par l'assurance maladie jusqu'à 8 séances par an chez un psychologue conventionné, à partir de l'âge de 3 ans (44).

3. Faire connaître le rôle des médecins auprès des jeunes et de leurs parents

-Mener une campagne d'information vers les jeunes et leurs parents pour identifier le médecin généraliste comme personne ressource, via des affiches dans les établissements ou dans les salles d'attentes, sur le carnet de santé, sur les clips vidéos « non au harcèlement », sur la plateforme « nonauharcèlement ».

4. Proposer une nouvelle consultation médecin-jeune

-Proposer des consultations chez le généraliste dédiées à la prévention, sur la santé globale des jeunes, pour aborder le harcèlement scolaire et d'autres sujets : les addictions, l'alimentation, l'activité physique, la sexualité, etc. Une grille standardisée comportant ces différents items pourrait servir de base à ces consultations, le jeune remplissant un questionnaire au préalable.

La consultation pourrait se dérouler avec les parents puis en tête à tête.

POINTS REPERES POUR LA CONSULTATION AVEC UN JEUNE EN SOINS PRIMAIRES

- **Quelque soit le motif initial de la consultation, être attentif à la présence des signes de mal être** : troubles somatiques comme des céphalées inhabituelles, des douleurs inexplicables, des troubles du sommeil ou de l'appétit, une modification du comportement ou des centres d'intérêt, une baisse des résultats scolaires.

- **Si présence d'un signe d'alerte, poser des questions directes sur l'environnement du jeune, en s'inspirant du questionnaire BITs** : As-tu été victime de brimades ou de violences à l'école ou en dehors? As-tu des troubles du sommeil? Est-ce que tu fumes tous les jours? Es-tu stressé par le travail scolaire ou par la famille ?

-**Si le jeune et ses parents sont d'accord, privilégier de poser des questions en présence des parents dans un premier temps puis seul avec le jeune dans un second temps** ou lors d'une seconde consultation dédiée.

- **En cas de violences subies (physiques, psychologiques ou via les outils numériques), rechercher les signes qui définissent une situation de harcèlement scolaire** : la répétition dans le temps, l'intentionnalité de nuire de l'agresseur et l'installation d'une relation asymétrique avec un isolement de la victime.

- **En cas de suspicion de situation de harcèlement, avec l'accord du jeune, prévenir les parents et organiser la prise en charge** : prévenir l'établissement scolaire via la médecine scolaire, et conseiller les parents de prévenir l'établissement scolaire.

-**Faire une évaluation psychologique du jeune, évaluer le risque suicidaire, et proposer une prise en charge** en fonction des besoins.

-**Proposer un suivi dans le temps** pour évaluer l'évolution de la situation et le retentissement sur le jeune.

CONCLUSION

L'objectif de notre étude était d'explorer les représentations et les pratiques autour du harcèlement scolaire par les médecins généralistes de Gironde.

Les médecins généralistes se sentaient concernés par le harcèlement scolaire, et ils mentionnaient 4 missions cardinales. Ces missions sont celles des soins primaires quelque soit la problématique : prévention, dépistage, prise en charge et orientation du patient dans le parcours de soins.

Mais le harcèlement scolaire a des origines plurifactorielles, éducatives, sociétales, environnementales : ce sont ses conséquences qui sont médicales. Le médecin généraliste ne peut pas agir seul, et une prise en charge globale et pluridisciplinaire des situations de harcèlement scolaire est donc nécessaire.

Dans ces situations, l'appui des parents est indispensables : c'est sur eux que repose le lien entre tous les acteurs: enfant, médecin, éducation nationale et les autorités judiciaires.

Les qualités d'écoute du médecin généraliste et une relation thérapeutique de confiance entre les jeunes et leur médecin sont nécessaires pour permettre la libération de la parole des victimes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Olweus D, Hammen M-H, Pain JP. Violences entre élèves, harcèlements et brutalités: les faits, les solutions. Paris : ESF éd; 1999.
2. Catheline N. Harcèlements en milieu scolaire. *Enfances Psy.* 2009;n° 45(4):82- 90.
3. Bedin V. Les troubles de l'enfant. Auxerre: Éditions Sciences Humaines; 2018.
4. Romano, H. Harcèlement en milieu scolaire: Victimes, auteurs : que faire ? Paris: Dunod; 2015.
5. Catheline N. Le harcèlement scolaire. Paris:Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? »; 2018.
6. Kubiszewskia V. Agir ou ne pas agir ? *Enfance.* 2018 oct 12;N° 3(3):441- 53.
7. Blaya C. Le cyberharcèlement chez les jeunes. *Enfance.* 2018 oct 12;N° 3(3):421- 39.
8. Smith PK, Mahdavi J, Carvalho M, Fisher S, Russell S, Tippett N. Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;49(4):376- 85.
9. Krešić Ćorić M, Kaštelan A. Bullying through the Internet - Cyberbullying. *Psychiatr Danub.* 2020 Sep;32(Suppl 2):269- 72.
10. Ferreira TRSC, Deslandes SF. Cyberbullying: concepts, dynamics, characters and health implications. *Cien Saude Colet.* 2018 Oct;23:3369- 79.
11. Smith PK, Cowie H, Olafsson RF, et al. Definitions of bullying: a comparison of terms used, and age and gender differences, in a fourteen-country international comparison. *Child Dev.* 2002 Aug 7;73(4):1119- 33.
12. Observatoire international de la Violence à l'école[Internet]. Présentation. Nice[cité 27 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.ijvs.org/4-6349-Presentation.html>
13. Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports[Internet]. Refuser l'oppression quotidienne : la prévention du harcèlement à l'École - Rapport d'Éric Debarbieux. Paris[cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/refuser-l-oppression-quotidienne-la-prevention-du-harcelement-l-ecole-rapport-d-eric-debarbieux-2144>
14. Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports[Internet]. Le harcèlement, c'est quoi ? – Non au harcèlement. Paris[cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.nonauharcelement.education.gouv.fr/que-faire/le-harcelement-cest-quoi/>
15. elysee.fr[Internet]. Intervention de Brigitte Macron lors de la « Conférence

internationale sur la lutte contre le harcèlement entre élèves » organisée par l'UNESCO et le ministère français de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports le jeudi 5 novembre 2020. Paris[cité 13 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/11/05/intervention-de-brigitte-macron-lors-de-la-conference-internationale-sur-la-lutte-contre-le-harcelement-entre-eleves>

16. Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports[Internet]. pHARe : un programme de lutte contre le harcèlement à l'école. Paris[cité 24 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/non-au-harcelement/phare-un-programme-de-lutte-contre-le-harcelement-l-ecole-323435>

17. Le Monde[Internet]. L'appel #Anti2010 à harceler les élèves de 6e « est typiquement un phénomène de rentrée scolaire ». Paris; 17 sept 2021[cité 23 sept 2021]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/09/17/appel-anti2010-a-denigrer-les-eleves-de-6e-c-est-typiquement-un-phenomene-de-rentree-scolaire_6095071_3224.html

18. Légifrance[Internet]. Code pénal - Article 222-33-2-2. Paris[cité 25 janv 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289658/

19. Légifrance[Internet]. Code de l'éducation - Article L911-4. Paris[cité 13 juill 2021]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000030254395/

20. Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports[Internet]. Journée internationale contre la violence et le harcèlement à l'école y compris le cyberharcèlement. Paris[cité 23 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/sites/default/files/2020-11/journ-e-internationale-contre-la-violence-et-le-harc-lement-l-cole-y-compris-le-cyberharc-lement---t-l-charger-le-dossier-de-pr-sentation--72811.pdf>

21. Santé publique France[Internet]. Santé des collégiens en France : nouvelles données de l'enquête HBSC 2014. Saint-Maurice[cité 1 juil 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Sante-des-collegiens-en-France-nouvelles-donnees-de-l-enquete-HBSC-2014>

22. UNICEF France[Internet]. A l'école des enfants heureux... ou presque. Paris; 2011[cité 25 jan 2022]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/article/l-ecole-des-enfants-heureux-ou-presque>

23. Ministère de l'éducation nationale[Internet]. 94 % des collégiens déclarent se sentir bien dans leur collège. Paris; 2018[cité 25 janv 2022]. Disponible sur: https://cache.media.education.gouv.fr/file/2017/54/6/depp-ni-2017-17-30-94-pour-cent-des-collegiens-declarent-se-sentir-bien-dans-leur-college_873546.pdf

24. Ministère de l'éducation nationale[Internet]. Résultats de l'enquête de climat scolaire et victimation auprès des lycéens pour l'année scolaire 2017-2018. Paris; 2018[cité 25 janv 2022]. Disponible sur: <https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Sante/48/6/depp-ni->

2018-18-33-Resultats-enquete-climat-scolaire-et-victimation_1053914_1295486.pdf

25. Moore SE, Norman RE, Suetani S, Thomas HJ, Sly PD, Scott JG. Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World J Psychiatry*. 2017 Mar 22;7(1):60-76.
26. John A, Glendenning AC, Marchant A, et al. Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2018 Apr 19;20(4):e129.
27. Vrijen C, Wiertsema M, Ackermans MA, van der Ploeg R, Kretschmer T. Childhood and Adolescent Bullying Perpetration and Later Substance Use: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2021 Mar;147(3):e2020034751.
28. García-Hermoso A, Hormazabal-Aguayo I, Oriol-Granado X, Fernández-Vergara O, del Pozo Cruz B. Bullying victimization, physical inactivity and sedentary behavior among children and adolescents: a meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2020 Sep 11;17:114.
29. Polanin JR, Espelage DL, Grotzinger JK, et al. A meta-analysis of longitudinal partial correlations between school violence and mental health, school performance, and criminal or delinquent acts. *Psychol Bull*. 2021 Feb;147(2):115-33.
30. Lereya ST, Copeland WE, Costello EJ, Wolke D. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *Lancet Psychiatry*. 2015 Jun;2(6):524-31.
31. Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult Psychiatric and Suicide Outcomes of Bullying and Being Bullied by Peers in Childhood and Adolescence. *JAMA Psychiatry*. 2013 Apr 1;70(4):419-26.
32. Lereya ST, Copeland WE, Zammit S, Wolke D. Bully/victims: a longitudinal, population-based cohort study of their mental health. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Dec;24(12):1461-71.
33. Scott E, Dale J, Russell R, Wolke D. Young people who are being bullied - do they want general practice support? *BMC Fam Pract*. 2016 Aug 22;17(1):116.
34. Condon L, Prasad V. GP views on their role in bullying disclosure by children and young people in the community: a cross-sectional qualitative study in English primary care. *Br J Gen Pract*. 2019 Oct 31;69(688):e752-9.
35. Loïc M. État des lieux de la pratique de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine dans le dépistage et la prise en charge d'un enfant ou adolescent victime de harcèlement scolaire entre pairs [Thèse de médecine]. Rennes: Université de Rennes 1; 2017.
36. Dale J, Russell R, Wolke D. Intervening in primary care against childhood bullying: an increasingly pressing public health need. *J R Soc Med*. 2014 Jun;107(6):219-23.

BIBLIOGRAPHIE

37. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ) : 32-item checklist. *Int J Qual Health Care*. 2007;19:349-57.
38. Lebeau J-P, Aubin-Auger I, Cadwallader J-S et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. *GM santé*. 2021;2919616374.
39. Manton A. État des lieux des pratiques et des connaissances vis-à-vis du harcèlement scolaire entre pairs, en médecine générale, en Languedoc-Roussillon [Thèse de médecine]. Montpellier: Université de Montpellier; 2018.
40. Heitz M. Dépistage et prise en charge des victimes du harcèlement scolaire, à partir d'une enquête de pratique auprès de 230 médecins généralistes en région Rhône-Alpes [Thèse de médecine]. Lyon: Université Claude Bernard; 2020.
41. Vessey JA, DiFazio RL, Strout TD. « I Didn't Even Know You Cared About That Stuff »: Youths' Perceptions of Health Care Provider Roles in Addressing Bullying. *J Pediatr Health Care*. 2017 Sep-Oct;31(5):536-45.
42. Haute Autorité de Santé[Internet]. Idées suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : repérer, évaluer et orienter la prise en charge. Saint-Denis[cité 24 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3289297/fr/idees-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-reperer-evaluer-et-orienter-la-prise-en-charge
43. Binder P, Heintz A, Haller DM, et al. Detection of adolescent suicidality in primary care: an international utility study of the bullying-insomnia-tobacco-stress test. *Early Interv Psychiatry*. 2020 Feb;14(1):80-6.
44. MonPsySanté[Internet]. MonPsySanté un dispositif en place à partir du printemps 2022. Paris[cité 19 janv 2022]. Disponible sur: <https://monpsy.sante.gouv.fr/>

ANNEXES

Annexe 1. Déclaration de conformité à la CNIL



Référence CNIL :

2222400 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004
reçue le 18 mai 2021

Monsieur Johanne GONZALEZ
GONZALEZ
5 CHEMIN LALAUURIE
33140 VILLENAVE D ORNON

ORGANISME DÉCLARANT

Nom :	GONZALEZ	N° SIREN/SIRET :	834871667 00020
Service :		Code NAF ou APE :	8621Z
Adresse :	5 CHEMIN LALAUURIE	Tél. :	0666971359
CP :	33140	Fax. :	
Ville :	VILLENAVE D ORNON		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 19 mai 2021

—RÉPUBLIQUE FRANÇAISE—

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - 01 53 73 22 22 - www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

NIL

Annexe 2. Lettre d'information destinée aux médecins pour participation à une recherche biomédicale

LETTRÉ D'INFORMATION DESTINÉE AUX MÉDECINS POUR PARTICIPATION À UNE RECHERCHE BIOMÉDICALE

Titre de la recherche :

Les représentations du harcèlement scolaire entre pairs par les médecins généralistes installés en Gironde

Responsable du traitement :

Université de Bordeaux

Etablissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel

N° SIRET 130 018 351 00010,

35 Place Pey Berland – 33000 BORDEAUX

Médecin investigateur principal responsable de l'étude :

Me GONZALEZ Johanne

Etudiante en médecine générale à l'Université de Bordeaux

Université de Bordeaux

146, rue Léo Saignat

33076 BORDEAUX

j [REDACTED] n

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par le Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.

Cette note d'information résume les modalités prévues par l'article L.1122-1 du code de la santé publique et l'article 6 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) concernant la licéité du traitement des données personnelles, pour s'assurer de votre non-opposition à participer à cette étude le jour de l'entretien.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations et demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

Vous conserverez une copie de ce formulaire.

Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e) à signer au préalable un formulaire de consentement.

Votre signature attestera que vous avez accepté de participer.

1. OBJECTIF DE LA RECHERCHE :

Il vous est proposé de participer à cette étude pour comprendre quels sont les représentations, les expériences et le vécu des médecins généralistes du harcèlement scolaire entre pairs chez leurs patients.

2. PROCEDURE DE L'ETUDE :

Vous serez interrogé(e) dans un entretien semi-dirigé en tête à tête dans le lieu que vous souhaitez. L'entretien sera enregistré sur dictaphone pour ensuite être retranscrit par écrit (le verbatim). L'analyse se fera grâce à une approche phénoménologique permettant de dégager les notions et concepts pertinents pour notre étude.

3. RISQUES POTENTIELS DE CETTE ETUDE :

Cette étude ne présente aucun risque (pas de geste technique ni procédure diagnostique ou thérapeutique). Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

4. BENEFICES POTENTIELS DE L'ETUDE :

Cette étude permettra de trouver des notions et des concepts aidant à mieux comprendre les expériences et le vécu des médecins généralistes sur le dépistage, le suivi et la prise en charge de leur patient victimes de harcèlement scolaire.

5. PARTICIPATION A L'ETUDE :

Votre participation est totalement volontaire. Il n'existe aucune obligation de votre part et vous pouvez y mettre un terme à tout moment sans justification ni préjudice.

Après avoir signé le formulaire de consentement, vous serez contacté(e) par Me Johanne GONZALEZ, étudiante en médecine générale à l'Université de Bordeaux, pour procéder à l'entretien d'enquête.

6. REMUNERATION ET INDEMNISATION :

Votre participation n'entraînera pas de rémunération ni indemnisation

7. FRAIS MEDICAUX :

Votre collaboration à ce protocole de recherche biomédicale n'entraînera pas de participation financière de votre part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par le promoteur de l'étude.

8. DUREE DE CONSERVATION DES DONNEES :

Les données collectées pendant cette recherche, notamment celles à caractère personnel, seront conservées jusqu'à un mois après la date de la soutenance de la thèse et au plus tard le 31 décembre 2022 ; elles seront alors définitivement supprimées.

9. PROTECTION DES PERSONNES :

L'investigateur et le promoteur se sont engagés à se conformer à la méthodologie MR-004 suite à une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Pour participer à cette recherche, vous devez être affilié(e) à la Sécurité Sociale.

10. CONFIDENTIALITES DES DONNEES :

L'étude s'effectue dans le respect des dispositions du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (dite « Loi informatique et libertés »).

Toutes les informations vous concernant seront traitées de façon confidentielle. A l'exception de l'investigateur et du promoteur, votre anonymat sera préservé, le travail de thèse final ne comportera pas de données individuelles.

L'entretien enregistré sur dictaphone fera l'objet d'un traitement informatisé effectué par l'investigateur principal pour permettre d'analyser les résultats. Dans ce but, les données personnelles nécessaires à l'étude sont les suivantes : Nom, Prénom, statut civil, âge, type d'environnement d'exercice (c'est-à-dire rural ou urbain). Ces données seront transmises exclusivement à l'investigateur et au promoteur de la recherche avant de procéder à l'anonymisation des données. Au moment où l'entretien, recueilli sur dictaphone, fera l'objet d'une retranscription sur ordinateur, un numéro sera attribué à chaque médecin participant, sans référence aux données nominatives, et sans possibilité de correspondance avec l'identité de la personne ; dès la retranscription informatique, l'entretien sur dictaphone sera lui-même détruit.. Aucun élément d'identification des médecins ne sera présent dans le travail de thèse final.

Conformément au RGPD, vous pouvez à tout moment :

- demander à avoir accès, à rectifier, à recevoir sous un format lisible numériquement ou à effacer les données vous concernant ;
- vous opposer au recueil et à la transmission de vos données ou limiter l'utilisation de vos données uniquement à cette étude ou à d'autres situations précises.

ANNEXES

Vous êtes libre de refuser ou d'interrompre votre participation à cette étude à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans avoir à vous justifier.

Toutefois, ces droits et possibilités ne pourront être exercés qu'avant la saisie informatique visée ci-dessus, du fait de l'anonymisation totale intervenant à cette étape de l'étude.

En cas de désaccord, vous pouvez procéder à une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse postale suivante : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou sur

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

Annexe 3. Formulaire de consentement pour les médecins généralistes

CONSETEMENT DE PARTICIPATION A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE

Titre identifiant la recherche :

Les représentations du harcèlement scolaire entre pairs par les médecins généralistes installés en Gironde

Responsable du traitement :

Université de Bordeaux

Etablissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel

N° SIRET 130 018 351 00010,

35 Place Pey Berland – 33000 BORDEAUX

Médecin investigateur principal responsable de l'étude :

Mr Johanne GONZALEZ

Etudiant en médecine générale à l'Université de Bordeaux

Université de Bordeaux

146, rue Léo Saignat

33076 BORDEAUX

Johanne GONZALEZ

J'AI PRIS CONNAISSANCE, EN TANT QUE PERSONNE CONCERNEE, DE LA LETTRE D'INFORMATION RELATIVE A L'ETUDE CI-DESSUS REFERENCEE ET ACCEPTE SANS RESERVE DE PARTICIPER A CETTE RECHERCHE DANS LES CONDITIONS PRECISEES PAR LADITE LETTRE.

- J'ai reçu des réponses adaptées à toutes mes questions et j'ai disposé d'un temps suffisant pour prendre ma décision.

- Si je le désire, j'ai le droit de refuser de participer à cette recherche ou de retirer mon consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. J'en informerai alors l'investigateur Me Johanne GONZALEZ.

- Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles. Je n'autorise leur consultation que par des personnes soumises au secret professionnel et collaborant à cette recherche.

- Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire auprès du médecin investigateur.

- J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet du traitement informatisé, suivi de l'anonymisation des données, ainsi qu'il est prévu visé dans la lettre d'information.

- J'ai bien noté mes possibilités d'exercice des droits.

- J'ai reçu une lettre d'information détaillée. J'ai reçu une copie du présent document.

- J'ai été informé(e) que mon consentement ne décharge en rien les responsables de cette étude de l'ensemble des leurs responsabilités et que je conserve tous mes droits garantis par la loi.

PERSONNE PARTICIPANT A LA RECHERCHE :	INVESTIGATEUR :
Nom:	Nom:
Prénom:	Prénom:
Date :	Date :
Signature de la personne concernée	Signature de l'investigateur

Annexe 4. Guide d'entretien

Présentation avant de commencer l'entretien :

Je réalise actuellement une thèse de médecine générale dont le thème est le harcèlement scolaire entre pairs. L'objectif de ma thèse est de comprendre comment les médecins généralistes perçoivent le harcèlement scolaire (selon leurs expériences et connaissances).

Il s'agit d'une étude qualitative : je réalise des entretiens auprès d'un panel de médecins généralistes installés en Gironde.

Ces entretiens sont enregistrés par dictaphone, puis seront retranscrits verbatim de manière anonyme, puis analysés. L'enregistrement sera détruit.

J'ai préparé une grille d'entretien avec plusieurs questions ouvertes sur les différents thèmes que je souhaiterais aborder avec vous.

Le but de cet échange est de faire émerger vos représentations autour du harcèlement scolaire : ce n'est pas un étude quantitative dont le but serait de dresser un état des lieux des connaissances et pratiques, mais c'est bien votre vécu et votre ressenti qui m'intéressent.

GRILLE D'ENTRETIEN :

RECEUIILLIR L'EXPERIENCE DU MEDECIN

- Pouvez vous me parler de votre expérience professionnelle (au cours de votre formation ou lors de votre pratique) à propos du harcèlement en milieu scolaire ?
- Si vous avez déjà été confronté(e) ou si vous avez déjà suspecté une situation de harcèlement chez un(e) patient(e), pouvez vous me raconter ce qu'il s'est passé et comment avez vous vécu cette situation ?
- En tant que médecin généraliste, quel rôle pensez-vous avoir auprès de vos patient(e)s scolarisé(e)s face au harcèlement scolaire ? Quel suivi mettriez vous en place avec un patient en situation de harcèlement scolaire entre pairs ?
- Selon vous, quelles sont les attentes des patients qui vous consultent vis à vis de ces situations ?
- Dans votre vie personnelle, avez-vous été confronté(e) à une situation de harcèlement scolaire ? Pouvez-vous me raconter ?

EXPLORER LES CONNAISSANCES THEORIQUES DU MEDECIN

- D'après vos connaissances, en quoi consiste le harcèlement scolaire (*faire préciser une définition, les différentes formes, une fréquence, les élèves touchés*).
- Selon vous, quelles sont les répercussions du harcèlement scolaire entre pairs ?
Si le cyber-harcèlement n'est pas évoqué spontanément :
- Comment définissez-vous le cyber-harcèlement ? En quoi est-ce différent du harcèlement scolaire ?
- Devant une situation de harcèlement scolaire, quelles ressources (humaines ou matérielles) solliciteriez-vous ? (*Ex : Ressources humaines : pédopsychiatre, psychologue, médecin scolaire, référent harcèlement académiques, Ressources matérielles : site internet, associations, numéros verts*)

COMPRENDRE L'EVOLUTION DES PRATIQUES ET DES REPRESENTATIONS

Depuis une dizaine d'année (depuis les années 2010 sous Luc Chatel), le harcèlement scolaire entre pairs a été reconnu en France, et on en parle de plus en plus dans les médias et sur la scène politique (engagement personnel de Madame Brigitte Macron par exemple).

- Que pensez-vous de cette médiatisation ?
- Concrètement, en consultation, face à un jeune scolarisé, comment ces campagnes d'information ont influencé ou modifié votre pratique ?
- Que pensez-vous d'impliquer d'avantage le médecin généraliste dans ces situations ?

Annexe 5. BITS Test.

Source : <https://www.medecin-ado.org/bits-test>

Le BITS test

Thème	1 point	2 points	score
B rimades	à l'école	hors école	••
I nsommies	fréquentes	cauchemars	••
T abac	irrégulier	quotidien	••
S tress	scolaire OU familial	ET	••

score max 8 points

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.

RESUME

Introduction : 10% des élèves sont concernés par le harcèlement scolaire entre pairs. Ces violences peuvent avoir des conséquences graves sur le court et le long terme. Les médecins généralistes ont un rôle à jouer dans le dépistage et la prise en charge des victimes afin de limiter les répercussions.

Objectif : Explorer les représentations du harcèlement scolaire des médecins généralistes en Gironde.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi dirigés, menée auprès de 12 médecins généralistes installés en Gironde. L'ensemble des données obtenues a bénéficié d'un double codage puis d'une analyse phénoménologique interprétative.

Résultats : Les médecins généralistes connaissent le harcèlement scolaire et ses répercussions, et se sentent impliqués dans ces situations. Ils sont un interlocuteur privilégié pour les parents et un soutien pour l'ensemble de la famille. Ils définissent leur rôle via 4 missions inhérentes aux soins primaires : prévention, dépistage, prise en charge et organisation du réseau de soin. Mais ils sont confrontés à des difficultés relationnelles avec le jeune entravant la libération de sa parole, un manque de temps pour délivrer les messages de prévention, un sentiment d'impuissance et d'isolement.

Conclusion : Une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire dans les situations de harcèlement scolaire. Les qualités d'écoute du médecin généraliste et l'instauration d'une relation de confiance entre le jeune et son médecin sont essentielles pour permettre de libérer la parole des jeunes victimes.

Mots clés : Harcèlement scolaire entre pairs, médecins généralistes, étude qualitative, représentations

ABSTRACT

Title : Representations of school bullying by peers of general practitioners: a qualitative study in Gironde

Introduction: 10% of students are affected by school bullying by peers. This violence can have serious consequences in the short and long term. General practices have a role to play in screening and caring for victims in order to limit the effects.

Objective: To explore the representations of school bullying of general practices in Gironde.

Method: This is a qualitative study by semi-structured interviews, conducted with 12 general practices based in Gironde. All the data obtained were coded by two members and analysed from an interpretative phenomenological analysis.

Results: General practitioners are aware of school bullying and its effects, and feel involved in these situations. They are privileged interlocutors for the parents and a support for the whole family. They define their role by 4 missions inherent to primary care medicine: prevention, screening, care and organization of the care network. But they faced with relational difficulties with the young person hindering the freedom of their speech, a lack of time to deliver prevention messages, a feeling of powerlessness and isolation.

Conclusion: A multidisciplinary approach is needed in situations of school bullying. The listening skills of the general practice and the establishment of a relationship of trust between the young person and his doctor are needed to free the voice of young victims.

Key words : school bullying by peers, general practitioners, qualitative study, representations