



HAL
open science

Évaluation de l'acceptabilité par les médecins généralistes d'un outil de dépistage et de prise en charge du harcèlement scolaire en médecine générale

Isaure Joubert

► To cite this version:

Isaure Joubert. Évaluation de l'acceptabilité par les médecins généralistes d'un outil de dépistage et de prise en charge du harcèlement scolaire en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04787890

HAL Id: dumas-04787890

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04787890v1>

Submitted on 18 Nov 2024

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.

UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE

Année 2024

N°

**THESE POUR
LE DOCTORAT EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat de Médecine

Par

JOUBERT Isaure

NEE LE 26/07/1994 A LA ROCHE-SUR-YON

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17 OCTOBRE 2024

**Evaluation de l'acceptabilité par les médecins généralistes d'un outil
de dépistage et de prise en charge du harcèlement scolaire en
médecine générale**

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur Matthieu SCHUERS

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Docteur Louise GOLDSTEIN

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Docteur Steve FERNANDO

Madame le Docteur Charlotte SIEFRIDT

Monsieur le Docteur Frédéric RENOU

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Thomas CLAVIER	HCN	Anesthésie-Réanimation
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Sophie DENEUVE	HCN	ORL
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire

Mr Franck DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie -Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian GUISIER	HCN	Pneumologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Vivien HEBERT	HCN	Dermatologie
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE (<i>disponibilité</i>)	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie

M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Mourad OULD SLIMANE	HCN	Chirurgie Orthopédique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Frédéric ROCA	HCN	Médecine Gériatrique
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE–COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien THUREAU	CB	Radiothérapie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mr Kévin ALEXANDRE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Mme Ivana DABAJ	HCN	Pédiatrie
Mme Charlotte DESPREZ	HCN	Physiologie
Mr Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime FONTANILLES	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney GILARD (<i>disponibilité</i>)	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Maud ROTHARMEL	HCN	Psychiatrie Adultes
Mme Mélanie ROUSSEL	HCN	Médecine d'Urgences
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Noémie MARIE	UFR	Communication
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais
Mme Cécile POTTIER-LE GUELLEC	UFR	Anglais

II – PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Paul BILLOIR (MCU-PH)	Hématologie Biologique
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mr Romain COPPEE	Bio-Informatique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Sandrine DAHOT (MCU-PH)	Bactériologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mr Thomas DUFLOT (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mr Henri GONDÉ (MCU-PH)	Pharmacie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mr Valentin PLATEL	Pharmacologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Charles CALTOT	DEUST Pharmacie
Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Christine HAIMET-LEROY	DEUST Pharmacie
Mme Lucile LOUIN	DEUST Officine
Mme Stéphanie LAMOUREUX	DEUST Pharmacie
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Pierre BOHN	Radiopharmacie
M. Mikaël DAOUPHARS	Pharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
Mme Marine CAVELIER	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – ODONTOLOGIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Rénata **KOZYRAKI**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Anne-Charlotte **BAS**

MAST

Mme Isabelle **FONTANILLES**

Mr Romain **JACQ**

Mr Benjamin **SOMMAIRE**

IV – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (PU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Blandine **BILLET** UFR Médecine Générale

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mme Ségolène **GUILLEMETTE** UFR Médecine Générale

Mr Frédéric **RENOU** UFR Médecine Générale

Mme Charlotte **SIEFRIDT** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Loïc MARTIN	Sciences Rééducation et Réadaptation
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

PAU

Mme Léopoldine DEHEINZELIN	Orthophonie
Mme Séverine ROBERT	Orthophonie

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbations.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Matthieu SCHUERS, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

A Madame le Docteur Louise GOLDSTEIN, un très grand merci d'avoir accepté de diriger ce travail, et d'avoir su me guider. Merci pour ta bienveillance, ta disponibilité, tes conseils avisés, ton enthousiasme pour t'investir dans ce sujet, et ta patience pendant ce travail.

A Madame le Docteur Charlotte SIEFRIDT. Merci pour ces trois années passées à tes côtés, où tu as été ma tutrice à la faculté. Ta présence dans ce jury compte beaucoup pour moi car elle est force de symbole, de la fin de cette phase.

A Monsieur le Docteur Frederic RENO. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Je vous suis reconnaissante de votre écoute, et vos conseils, ces dernières années. Soyez assuré que vous m'avez beaucoup apporté humainement, et professionnellement.

A Monsieur le Docteur Steve FERNANDO. Merci à toi d'avoir ouvert la voie à mon travail. J'ai été honorée et ravie de prendre ta suite, et j'espère que ce travail te plaira. Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

A Marie Korbendau, je te remercie de m'avoir transmis ta passion sur ce sujet, et d'avoir fait naître, chez moi, ce projet de thèse. Je n'ai pas pu prendre la suite de ta thèse, mais cette étude a permis d'apporter une pierre à l'édifice que tu avais commencé.

A Marianne pour tes conseils, et ton soutien, lors de ce travail. Merci de me montrer l'exemple d'un médecin organisé, compétente, et empathique. A Margaux, Alexis, Camille : merci de m'avoir montré la voix sur la technique de la thèse qualitative et merci pour vos conseils.

A tous les médecins qui ont accepté de réaliser des entretiens, qui ont pris de leur temps personnel pour cette thèse. A Emilie, pour avoir accepté de réaliser une triangulation de mon travail.

A Vianney (†), pour les idées et l'enthousiasme que tu as montré. Tu n'auras pas vu l'aboutissement de ce travail, malheureusement.

Aux Docteurs Herlem et Mainsant, mes médecins d'enfance, qui m'ont montré la voie de la médecine par les femmes, alliant compétence et bienveillance. Merci d'avoir si bien représenté cette vocation qu'est la médecine, et de m'avoir considérée comme des vôtres, dès les premières années de mes études.

A tous mes professeurs depuis la maternelle jusqu'à la terminale, à votre pédagogie et vos enseignements qui m'ont permis de devenir l'étudiante que j'ai été en médecine. A tous les médecins bienveillants qui m'ont encadrée durant mon externat puis internat. Vous avez usé de pédagogie, toujours dans le but de me faire progresser. Cela m'a permis de devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

A Nathalie, tu as été tellement importante dans mon cursus d'internat, par le soutien permanent et maternel que tu m'as apporté quand j'ai habité sous le toit du Colombier... Tu as su être là quand cela n'allait pas bien, et pour cela je t'en remercie.

A Mme Issac et Mme Allain, deux psychologues si complémentaires et qui m'ont accompagnée dans ce parcours de l'internat. Merci pour l'aide précieuse pendant les moments difficiles, et d'avoir participé à mon développement en tant que personne et aussi en tant que médecin.

A toutes les personnes qui m'ont permis de continuer dans cette voie, et qui m'ont permis de croire en moi.

A Pripri, pour ton soutien indéfectible et ta perpétuelle confiance en moi. Ton amitié m'est très précieuse.

A Majou, pour ta capacité à surmonter les épreuves et en ressortir plus forte. A toutes les heures qu'on aura passées à la BU pour réviser, et les soirées de révisions, jusqu'au bout de la nuit, où on se soutenait par messages.

A mes très vieux amis de Reims, Dylan et Laurène. Je suis ravie que vous soyez là, avec moi, pour vivre ce moment important. A mes amis d'externat Vivien, Samy, Margaux, Alexis, Alexandre, Cécile et à tous les bons moments passés ensemble.

A Claire, merci de toujours me montrer le chemin, d'être le modèle et la lumière pour moi. Notre rencontre dès le premier jour de l'internat ; on a parcouru ce chemin ensemble, en s'épaulant, et j'espère vivre encore tant de moments avec toi. Merci d'être celle que tu es.

A Pauline, l'une des premières amies que j'ai vue thésée, et surtout que j'ai vu travailler sa thèse avec tant d'application et de régularité, une amie au cœur d'or, qui est toujours là pour moi. A Virgil et Diana, des amis toujours là pour les rires, les verres et les rigolades. A JB, Vincent, Paul, Mathilde, Marie, Benjamin et tous les anciens "collocs" d'internat. A tous mes amis rencontrés à Rouen, qui embellissent mon quotidien. A Bernadette, ma bonne étoile dès mon arrivée ici. Zehreen et Hubert, merci d'être toujours là pour moi.

A tous les amis dont les chemins se sont éloignés mais avec qui j'ai eu plaisir d'avancer.

A mon petit Figolu (†), qui m'a fait migrer dans la région de Normandie, m'a permis de rencontrer des personnes extraordinaires et de finaliser ma formation en médecine.

A ma Mamie Marcelle (†), avec qui je voulais tellement vivre cet événement et cet aboutissement. Toi qui as montré une telle force de caractère toute ta vie, mêlée d'une telle tendresse.

A Papy Henri (†), Pabert (†) et Mamique (†), partis si tôt mais toujours présents dans mon cœur, j'espère que vous êtes fiers de moi, vous qui ne m'avez pas vu débiter ce parcours en médecine.

A Guy et Monique, des grands-parents de cœur, chez qui il fait si bon aller se faire dorloter. Je suis si contente de pouvoir vivre cette ultime étape de mon parcours médical avec vous.

A mon Saton, merci d'être là au quotidien, et de m'avoir soutenue pendant cette thèse. Merci pour toute l'aide apportée pour ce travail si important. Tu as accepté les moments difficiles des derniers mois avec force et beaucoup de cœur.

A mon coach personnel Alex, président émérite de Zor marathon pendant toute la durée de ce travail. Ton énergie, ta positivité, ta capacité à motiver, à organiser ont été des moteurs pour franchir les étapes et parvenir au "jus de cerveau" ! Merci 1000 fois.

A ma Tite Clé, tes conseils ont été précieux, pour les choix d'outils d'organisation et pour ton coaching au quotidien depuis toujours. Le soutien pendant ce travail m'a permis de donner le meilleur de moi-même.

A ma Marie, ce modèle de persévérance dans le travail, qui ne faillit jamais ! Merci de montrer la marche à suivre et de m'avoir soutenue si volontairement, dans les moments décisifs. Tu as su être à l'écoute de mes difficultés et te plier en quatre pour m'aider, merci de tout cœur.

A mon Gau, ce frerot indépendant mais avec un grand cœur. Merci de me montrer la voie de la curiosité intellectuelle, et cette soif du savoir.

A mes parents, qui m'ont accompagnée dans ces études de médecine tumultueuses et belles, un soutien indéfectible et un amour qui me rend plus forte. J'espère vous rendre fiers.

A ma maman, prête à tout pour me rendre service, à prêter son ordinateur pour une thèse, à faire des km pour m'aider et à être là au quotidien pour le moindre de mes problèmes, mon pilier de toujours.

A mon papa, toi qui es si droit, si courageux, tenace et persévérant dans le travail et les objectifs, avec ta rigueur d'ingénieur.

A toute ma famille de Reims, un merci éternel pour vos relectures appliquées et votre soutien indéfectible du début à la fin de ce travail. A tous les membres de ma famille plus éloignée qui m'ont soutenue avec tendresse, merci.

ABREVIATIONS

APHEE : Association pour la Prévention des Phénomènes de Harcèlement entre Elèves
ALPHE : Association de Lutte et de Prévention contre le Harcèlement à l'Ecole
BITS test : test évaluant Brimade Insomnie Tabac Stress
CASA : Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions
CCP : consultation Contraception Prévention
CMG : Collège de la Médecine Générale
CMP (pédiatrique ou adulte) : Centre Médico-Psychologique
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CNED : Centre National d'Enseignement à Distance
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CRIP : Cellule de Recueils des Informations Préoccupantes
CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés de France
DAC : Dispositifs d'Appui à la Coordination
DGESCO : Direction Générale de l'Enseignement SCOLAIRE
DPO : Délégué à la Protection des Données
DEPP : Direction de l'Evaluation, de la Prospective et de la Performance
ELCS : Enquêtes Locales de Climat Scolaire
EMPEA : Equipe Mobile de Pédiopsychiatrie Enfants et Adolescents
EN : Education Nationale
FMC : Formation Médicale Continue
GACS : Groupes Académiques "Climat Scolaire"
HAS : Haute Autorité de Santé
HBSC : Health Behaviour in School-Aged Children
IJVS : International Journal of Violence and Schools
IOSCVP : *International Observatory of School Climate and Violence Prevention*
IP : Information Préoccupante
IPA : Infirmière de Pratique Avancée
ITT : Incapacité Totale de Travail
MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées
MST : Maladie Sexuellement Transmissible
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
pHARe : programme de lutte contre le HARcèlement à l'école
PHAROS : Plateforme d'Harmonisation, Analyse, de Recoupement et d'Orientation des Signalements
REP : Réseau d'Education Prioritaire
RGPD : Règlement Général de la Protection des Données
ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SAPADHE : Service d'Assistance Pédagogique à Domicile à l'Hôpital ou à l'Ecole
TDAH : Trouble Déficit de l'Attention Hyperactivité
TSA : Trouble du Spectre Autistique
UNESCO United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF United Nations of International Children's Emergency Fund
UAPED : Unité d'Accueil Pédiatrique Enfants en Danger
SADM : Système d'Aide à la Décision Médicale
SIADM : Systèmes d'Intelligence Artificielle pour le Diagnostic Médical

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	13
ABREVIATIONS	16
INTRODUCTION	20
I- Définition et conséquences	21
A- Définition :	21
1. Le Harcèlement scolaire « traditionnel »	21
2. Le cyberharcèlement	22
B- Conséquences	23
1. A court et moyen termes	23
2. A long terme	23
II- Historique	24
A- Les scandinaves, pionniers dans le harcèlement scolaire	24
B- La prise de conscience tardive de la France	25
1. Plans d'action gouvernementaux en France	25
2. Législation en France	27
3. Des actions du grand public	27
III- Epidémiologie	29
A- Enquêtes internationales	29
1. Une disparité des données de prévalence	29
2. Une tendance à la diminution du harcèlement scolaire et à la hausse du cyberharcèlement	30
3. Quelle influence du COVID-19 ?	31
B- Enquêtes nationales en France	31
1. Enquêtes nationales de climat scolaire et de victimisation	31
2. Mission d'information du Sénat : septembre 2021	32
3. Première enquête nationale sur le harcèlement : novembre 2023	32
IV- Place du médecin généraliste	33
A- Le rôle du médecin généraliste reconnu : responsabilité et légitimité	33
B- L'avis des jeunes sur le rôle des médecins généralistes	34
C- L'absence de recommandations de bonnes pratiques	34
V- Justification de l'étude	35
MATERIEL ET METHODE	37
I- Type d'étude choisie	37
II- Recrutement des participants	38
A- Première phase de recrutement	38
B- Deuxième phase de recrutement	38
III- Recueil de données	38
A- Elaboration du guide d'entretien	39
B- Organisation des entretiens	39
C- Déroulement des entretiens	39
D- Retranscription des entretiens	39
IV- Analyse des données	39
V- Aspects éthiques et réglementaires	40
A- Le consentement éclairé	40
B- La confidentialité	40
C- Les autorisations réglementaires	40

RESULTATS	42
I- DONNEES QUANTITATIVES	42
A- Les entretiens	42
B- La population étudiée	42
II- DONNEES QUALITATIVES	45
A- La perception du harcèlement par les médecins généralistes	45
1. Le harcèlement scolaire : une définition plurielle, des causes plurielles	45
2. Harcèlement et violences conjugales, deux sujets pour un combat proche et inspirant pour le médecin généraliste	48
3. Le harcèlement scolaire et le déficit de confiance en soi	49
4. Le rôle de la société dans le harcèlement scolaire : une société numérique, violente, anxiogène	51
B- Un dépistage systématique remis en question, un blocage de la parole de l'enfant	53
1. Parents : la difficulté d'une consultation triangulaire pour le dépistage	53
2. Difficulté de libération de la parole de l'enfant	55
3. Remise en question du dépistage systématique par certains	59
4. Une partie dépistage de l'outil qui faisait débat	65
C- Sensibilisation et implication du médecin généraliste dans le harcèlement scolaire : un réel apport de l'outil	66
1. Une sensibilisation sur le harcèlement scolaire très hétérogène selon les médecins	66
2. Un outil Fernando bon point de départ mais nécessitant l'implication du médecin	71
D- Ambivalence du temps au cœur du quotidien du médecin	75
1. Temps allié pour le médecin généraliste	75
2. Temps contrainte et pression pour le médecin généraliste	77
3. Solutions de l'outil	81
E- Le médecin concerné aussi par la judiciarisation de la société	83
1. Les médecins craintifs d'avoir des complications avec la justice	83
2. Le certificat médical : des médecins craintifs, en demande d'aide	84
3. La plainte, l'information préoccupante, le signalement : des médecins perplexes	89
4. Des informations à ajouter à l'outil Fernando ?	94
F- Le médecin remis au cœur d'une prise en charge multidisciplinaire grâce à l'outil	95
1. Un médecin qui se sentait seul, et reconnaissait ses limites dans la prise en charge du harcèlement scolaire	95
2. De multiples intervenants possibles : en (re)prendre conscience grâce à l'outil	102
G- Un avis positif sur l'outil dans sa globalité, avec des pistes d'amélioration	113
1. Des parties précises de l'outil très appréciées par les médecins	113
2. Un outil fonctionnel et pertinent	117
3. Propositions d'amélioration de l'outil Fernando	122
4. Des moyens de potentialiser l'utilisation et l'impact de l'outil et lutter contre le harcèlement scolaire	128
DISCUSSION	131
I- Résultats principaux comparés à la littérature	133
A- Quelles réponses de l'outil aux freins « connus » de la littérature ?	134
1. L'outil et ses possibilités d'utilisation pour limiter la prise en charge chronophage	134
2. Le blocage de la parole de l'enfant : un outil qui donnait des pistes mais encore insuffisamment	136
3. L'outil, un support de centralisation des multiples intervenants	140
4. L'outil, un support palliant le manque de connaissance	144
B- Mise en avant d'un frein grâce à l'outil : l'aspect juridique	146
C- Des aspects échappant à l'outil	148
1. Le travail de confiance en soi des harcelés	148
2. Le travail de l'empathie et des habiletés sociales des harceleurs et des témoins	149
D- Un outil qui remettait en avant la nécessité de sensibiliser les médecins sur le harcèlement scolaire	151
1. Sensibilisation des médecins	151
2. Implication du médecin	152

II- Forces et limites de l'étude	153
A- Limites	153
B- Forces	154
III- Perspectives	155
A- Concernant le domaine de la recherche	155
B- Concernant l'organisation de soins	156
C- Concernant l'enseignement, la formation, l'éducation	158
CONCLUSION	159
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	160
ANNEXES	169

INTRODUCTION

Le harcèlement scolaire a été « longtemps nié, vu comme un rite de passage obligé... » mais les suicides d'enfants ont fait réaliser l'ampleur du phénomène. (1)

Cette introduction a eu comme objectif de contextualiser au mieux cette recherche.

Tout d'abord, en **définissant** les termes du sujet de l'étude, à savoir le harcèlement scolaire. Puis en restituant son **évolution historique**, des premiers travaux de recherche aux évolutions législatives et actions gouvernementales et sociétales. Fort de cette compréhension initiale du sujet, ce travail a été complété par une **analyse épidémiologique** du sujet.

Grâce à ces données qui permettaient d'appréhender le sujet du harcèlement scolaire dans son entièreté, il a été possible d'aborder la **place du médecin généraliste** dans la prise en charge du harcèlement scolaire afin d'aboutir à la **description de l'outil** qui était l'objet de ce travail de recherche.

I- Définition et conséquences

A- Définition :

1. Le Harcèlement scolaire « traditionnel »

La triade caractérisant le harcèlement scolaire a été donnée en 1993 par Dan Olweus : « Un élève est victime de harcèlement lorsqu'il subit, de façon répétitive, des actes négatifs de la part d'un ou plusieurs élèves. Les actions négatives peuvent également être manifestées sans parole ni contact physique » (2). Puis P.K. Smith l'a décrit en 2002 comme « une violence répétée (mais pas obligatoirement quotidienne) physique ou psychologique, perpétrée par un ou plusieurs élèves à l'encontre d'une victime qui ne peut se défendre car en position de faiblesse, l'agresseur agissant dans l'intention de nuire à sa victime ». (3)

De ces premières définitions, on a pu extraire trois critères, pilier fondateur de cette définition : la **répétition** dans le temps, l'intentionnalité ou le fait de **nuire**, la **relation asymétrique** de domination. Le site du gouvernement français (2) « non au harcèlement », a insisté sur la notion d'**isolement**. Cette définition a permis de le distinguer des autres formes de violences entre élèves. Le harcèlement scolaire n'était pas une dispute, ce n'étaient pas les mêmes solutions que lors d'un « simple » conflit.

Cette définition, révolutionnaire à l'époque a été remise en cause, devant la persistance et l'ampleur du harcèlement scolaire. En effet, en 2020, à l'issue de la conférence internationale sur la lutte contre le harcèlement scolaire, il a été demandé de **reconsidérer la manière d'appréhender les choses**. Le professeur James O'Higgins Norman, titulaire de la chaire UNESCO (4) sur le harcèlement scolaire et le cyberharcèlement a dirigé un groupe de travail chargé de réexaminer la définition du harcèlement scolaire. En octobre 2023, au forum mondial contre le harcèlement scolaire, la nouvelle définition décrite comme « inclusive » a été présentée. « Le harcèlement scolaire est un processus social néfaste qui se caractérise par une dynamique de pouvoir déséquilibrée, laquelle découle des **normes sociales (sociétales) et institutionnelles**. Les agissements sont souvent répétés et se manifestent par un comportement interpersonnel indésirable des élèves **ou du personnel scolaire**, qui cause un **préjudice** physique, social et émotionnel aux personnes ou aux groupes ciblés ainsi qu'à **l'ensemble de la communauté scolaire** ».

Il a été décrit plusieurs formes de harcèlement scolaire (5) :

- **Harcèlement moral/psychologique** : brimades, moqueries, surnoms humiliants, insultes et menaces, rumeurs, exclusion sociale
- **Harcèlement physique** : coups, blessures et bousculades, enfermement
- **Harcèlement d'appropriation** : racket, vol, ou dégradation
- **Harcèlement sexuel** : attouchements, baiser forcé, tentative de déshabiller contre sa volonté, remarques sexistes ou homophobes

Les recherches ont montré que le harcèlement scolaire pouvait concerner tout le monde (3), mais avec certains profils majoritaires.

Il a été constaté le rejet de la différence et une stigmatisation de certaines caractéristiques, telles que :

- **L'apparence physique** (poids, taille, couleur ou type de cheveux)
- **Le sexe, l'identité de genre** (garçon jugé trop efféminé, fille jugée trop masculine, - sexisme), orientation sexuelle ou supposée
- **Un handicap** (physique, psychique ou mental)
- **Un trouble de la communication** qui affecte la parole (bégaiement/bredouillement)
- **L'appartenance à un groupe social** ou culturel particulier
- **Des centres d'intérêts** différents

2. Le cyberharcèlement

Une nouvelle forme de harcèlement scolaire a émergé dans les années 1990, avec les débuts d'internet et des premiers forums de discussions : le cyberharcèlement. Il a été défini (3) 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 ».

Son lien avec le harcèlement scolaire a été étudié à de nombreuses reprises (6,7). Il a d'abord été affirmé que le cyberharcèlement n'était qu'une simple transposition du harcèlement scolaire traditionnel dans l'espace numérique. Puis, il a été constaté que le cyberharcèlement avait en effet des caractéristiques communes avec le harcèlement scolaire traditionnel mais également des particularités, des caractéristiques propres qui le rendaient plus complexe et grave :

- **L'anonymat de l'harceleur majorant le rapport de force.** Pour l'harceleur, il se sentirait plus en sécurité, désinhibé, et son empathie serait limitée devant l'absence de visibilité directe des effets sur la victime. Pour la victime, la non-connaissance de l'agresseur allait renforcer son sentiment d'impuissance.
- **La communication à distance** empêchant une communication en face à face pouvait créer des malentendus sur l'intention du message.
- **L'absence de restrictions temporo-spatiales** : à la maison, à l'école ou ailleurs, le jour et la nuit. L'évolution vers des outils nomades offrait des « capacités de dissémination démultipliées avec une circulation permanente et une diffusion instantanée » empêchant le moindre répit de la victime, « proie continue ».
- **La répétition a pu être remise en cause dans la définition** (différence avec le harcèlement scolaire traditionnel) car la **permanence de l'exposition** d'une publication pouvait suffire. De plus, il n'y avait pas de contrôle sur sa diffusion, et le fait que d'autres puissent s'en emparer. Le nombre de témoins potentiels était illimité et un sentiment de paranoïa pouvait se développer chez la victime. En 2010, Nocentini et al. ont montré que l'humiliation en ligne publique affectait davantage que des agressions privées dans une relation duelle.

Il a été établi que le harcèlement scolaire se pratiquait via les téléphones portables, messageries instantanées, forums, chats, jeux en ligne, courriers électroniques, réseaux sociaux, site de partage de photographies... et différentes formes de cyberharcèlement ont été décrites (3) :

- Les **intimidations, insultes, moqueries ou menaces** en ligne ;
- La propagation de **rumeurs** ;
- Le **piratage** de comptes et l'usurpation d'identité digitale ;
- La **création d'un sujet** de discussion, d'un groupe ou d'une page sur un réseau social à **l'encontre** d'un camarade de classe ;
- La **publication d'une photo ou d'une vidéo** de la victime en mauvaise posture ;
- Le **sexting non consenti** (contraction de "sex" et "texting" pour désigner l'échange de contenus à caractère sexuel par SMS ou messagerie) et la **vengeance pornographique**

B- Conséquences

Une étude récente, regroupait les conséquences constatées chez les victimes de harcèlement en trois catégories (8) : santé de l'enfant, éducation de l'enfant et séquelles à l'âge adulte.

1. A court et moyen termes

Il a été mis en lumière que les victimes n'étaient pas passives face au harcèlement scolaire (9). Des mécanismes de défense ou des stratégies de coping (10) pouvaient être mises en place. Le coping, désignant une façon de s'ajuster aux situations difficiles a été décrit par Lazarus et Folkman en 1984 comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ». Ces stratégies (ignorer, se défendre directement, fuir) étaient possibles mais inéluctablement inefficaces dans un contexte de harcèlement scolaire. Le sentiment d'impuissance de la victime s'en trouverait alors majoré, allant de la honte jusqu'à l'auto-accusation. Les effets du harcèlement scolaire sur la santé mentale ont été observés : **anxiété, dépression, estime de soi, automutilations et comportements suicidaires** (7, 11, 13). 2 méta-analyses (12, 14) ont montré des associations causales fortes entre les victimes de harcèlement et les troubles psychologiques : dépression, stress, anxiété et idées suicidaires.

De nombreux **symptômes psychosomatiques** résultant de cette anxiété : énurésie, céphalées, troubles du sommeil, douleurs abdominales, manque d'appétit et tension ou fatigue ont été retrouvés chez les victimes de harcèlement scolaire. (14, 15). Une étude a retrouvé une association entre l'augmentation du harcèlement et l'inactivité physique et une **sédentarité** excessive. (16)

Il a été montré des associations entre le harcèlement scolaire et des **difficultés scolaires** telles que la diminution de l'assiduité, de motivation et de la moyenne générale. (11, 13, 17). En effet, entre 20 et 24% des absentéistes n'iraient plus à l'école par peur du harcèlement (18).

2. A long terme

Après avoir abandonné les idées reçues de « jeu inoffensif qui apprend aux enfants la rudesse de l'existence », ou « rite initiatique pour grandir en se confrontant à l'adversité », les choses ont commencé à être mises en lumière. On a commencé à comprendre que le harcèlement scolaire était un « traumatisme durable dans la vie d'une jeune victime, qui se construit sur des bases fragilisées », et qu'il peut avoir des « **séquelles profondes et durables** ». (19)

En vieillissant, les victimes de harcèlement scolaire seraient **plus consommateurs de toxiques** (20) comme alcool, tabac, cannabis et autres drogues, pour tenter de réduire un mal-être profondément installé malgré l'arrêt du harcèlement scolaire.

Sans prise en charge, ou pas suffisamment précoce, les troubles des victimes pouvaient persister à l'âge adulte avec parfois des troubles post-traumatiques importants. En effet, la comparaison de 2 études de cohorte par Lereya (21) avait mis en évidence un risque plus important pour les victimes de harcèlement scolaire de subir à l'âge adulte **l'anxiété, la dépression et les idées suicidaires**.

L'étude de Copeland (22) retrouvait elle aussi chez les « victimes pures » et chez les « victimes-auteurs » de harcèlement scolaire un risque accru d'**agoraphobie, trouble panique**, dépression, et tendances suicidaires. Les agresseurs étaient à risque de trouble de la **personnalité antisociale**.

Après avoir précisé la définition des termes mêmes du sujet, il apparaît important de resituer le sujet du harcèlement scolaire dans son contexte historique. Ainsi, il serait possible de mieux l'appréhender dans son évolution : des premiers travaux de recherche aux actions gouvernementales, législatives et sociétales actuelles.

II- Historique

A- Les scandinaves, pionniers dans le harcèlement scolaire

Dans les années 1970, les pays nordiques européens ont fait les **premières recherches** sur le harcèlement scolaire à cause des liens possibles décelés entre harcèlement scolaire et suicide. Heinemann (23), pédopsychiatre suédois, en 1973 puis Olweus (24), psychologue norvégien en 1993 ont été les premiers à publier des travaux sur le sujet. Le mot « bullying » a été choisi (1) car il contenait la racine « bully » venant du vieux néerlandais « boele », dont le sens a évolué de « bien-aimé » à « camarade » puis « fanfaron, bravache ». On pouvait y voir « la fragile distinction entre l’apostrophe bienveillante et l’insulte ». Hasard ou choix, ce clin d’œil étymologique évoquait déjà la complexité des relations dans le harcèlement scolaire qui faisait « toute l’ambiguïté de la situation et la difficulté de sa reconnaissance ».

Les premières recherches sur le cyberharcèlement ont, quant à elles, eu lieu plus tardivement, à la fin des années 2000, en Amérique du Nord. Puis les premiers en Europe ont été Smith et al. en 2008. Ces recherches ont d’abord été pour définir le phénomène et ses conséquences, et d’expliquer ses différences avec le harcèlement scolaire traditionnel. (6)

Les scandinaves ont également été les **premiers à proposer des plans d’action nationaux** pour lutter contre le harcèlement scolaire. Dans les années 1970, le suédois Anatol Pikas (25) a d’abord créé le concept de Shared Concern method (SCm) ou méthode de préoccupation partagée, basée sur une approche en équipe, non blâmante, avec la réalisation d’entretiens individuels dans un but de briser l’effet de groupe. En 1983, le norvégien Dan Olweus (26) a créé l’OBPP (Olweus Bullying Prevention Program) avec comme but principal de travailler la sensibilisation des adultes et des enfants. Son efficacité a été démontré rapidement dans plusieurs études dont une étude publiée en 2010. En 2006, a été mis en place le programme finlandais KiVa (27) qui était, quant à lui, centré sur l’importance des témoins dans le harcèlement scolaire.

La difficulté pour initier des recherches internationales était de trouver un mot pour parler du « bullying » dans toutes les langues et s’accorder sur le phénomène et sa définition. Cela a compliqué les premières études. L’une d’entre elles (28) a été menée par Smith et Al, incluant 14 pays : Autriche, Chine, Angleterre, France, Allemagne, Grèce, Islande, Italie, Japon, Norvège, Portugal, Slovénie, Espagne, Thaïlande. Elle avait pour but d’étudier la compréhension du phénomène du harcèlement scolaire par les enfants, à l’aide d’images notamment. Puis petit à petit, de nombreuses études ont fleuri. (29) Dans de nombreux pays : États-Unis, Canada, Angleterre, Australie, Pologne, Norvège, Finlande, Israël, ... les pouvoirs publics, conscients de la gravité des conséquences, mettaient la lutte contre le harcèlement scolaire au cœur de leurs politiques éducatives. En 2011, le Dr Catheline et le professeur Debarbieux regrettaient le retard de la France dans ce domaine (30).

En 2021, Gaffney et Al ont réalisé une méta-analyse sur l’efficacité des programmes scolaires contre le harcèlement scolaire. Dans l’ensemble, ces programmes étaient efficaces, avec une hétérogénéité selon les études, possiblement expliquée par les différences entre les programmes. (31)

B- La prise de conscience tardive de la France

En France, Eric Debarbieux (32) a été déterminant dans la prise de conscience nationale. En 1998, ce professeur en sciences de l'éducation créait l'observatoire européen de la violence à l'école. Il a coprésidé les quatre premières conférences mondiales sur le harcèlement scolaire dont la première en 2001, qui avait eu lieu à Paris. Puis en 2004, il a été à l'origine de la création de l'Observatoire International de la Violence à l'Ecole (IOSCVP). En 2005, le journal scientifique, l'International Journal of Violence and Schools (IJVS) regroupant des chercheurs de 14 pays a vu le jour.

En 2008, il a décrit ce phénomène mal connu en France comme des « microviolences » répétées. (1)

En 2010, il a présidé les Etats Généraux de la Violence à l'Ecole

En 2011, à la demande du ministre de l'Éducation Nationale, Éric Debarbieux a publié un premier rapport sur le harcèlement scolaire (10) et une définition du harcèlement scolaire a pu être réalisée.

En mai 2011, il a organisé les Assises nationales de lutte contre le harcèlement scolaire qui ont pu permettre d'aboutir au premier plan d'action national en France contre le harcèlement scolaire.

1. Plans d'action gouvernementaux en France

Ainsi, depuis 2011, différentes mesures et plans ont été successivement mis en place.

- **Les mesures gouvernementales**

2011 : Mise en place d'un partenariat avec l'association « e-Enfance/3018 » dans la lutte contre le cyberharcèlement.

2014 : Création d'un prix « non au harcèlement ». (33, 34)

Le but était de donner la parole aux jeunes pour créer un support de communication : vidéo ou affiche. En annexe, ont été reportées les affiches élues en 2024. (*Annexe 1*)

2015 : Mise en place d'ambassadeurs collégiens et lycéens.

Formés sur une journée, il y avait trois ambassadeurs par établissement entourés d'un adulte ressource pour mener ce projet. Fin 2023, 32 300 au collège et 6000 au lycée étaient recensés.

2015 : Création de la journée nationale de lutte contre le harcèlement scolaire. (35)

Tous les ans, le premier jeudi suivant les vacances scolaires de la Toussaint.

2016 : Mise en place de campagnes de sensibilisation.

La plus récente, celle du 9 septembre 2023 a eu pour but de lutter contre le fait de minimiser les mots des enfants. Elle dénonçait un problème de « décalage entre la perception des adultes et la violence physique et psychologique vécue au quotidien par les élèves ». Des vidéos ont été diffusées.

2017 : Création de la plateforme nationale de lutte contre le harcèlement scolaire.

2022 : Mise en place d'un dispositif de prise en charge financière de 8 séances avec un psychologue pour les jeunes de 3 à 17 ans. Dans un contexte de sortie de crise sanitaire liée au COVID-19, il était une réponse d'urgence à la souffrance psychique des enfants et adolescents. Il a été étendu à 12 séances et ne nécessitait plus d'adressage du médecin en 2024.

- **Les grands plans nationaux**

Le programme pHARe (pour désigner le HARcèlement) : en septembre 2021 (37)

Dans chaque établissement, il fallait une **équipe « ressource »** avec un référent (huit journées de formation sur deux ans) et une **équipe « programme »** pour organiser dix heures d'apprentissage annuelles sur la prévention du harcèlement scolaire et le développement de compétences psychosociales. Ce programme contenait un **protocole national** de traitement du harcèlement scolaire, axé sur la méthode de préoccupation partagée. **Trois niveaux** de prise en charge d'une situation étaient définis avec escalade au niveau supérieur en cas d'échec d'un niveau : seule action de l'école, puis intervention de l'équipe départementale d'intervention (400 référents académiques), puis si échec, changement d'établissement. Les numéros pour joindre les référents académiques étaient disponibles sur une carte interactive.

Le plan interministériel en septembre 2023 (38, 39) :

Un plan de lutte contre le harcèlement scolaire aussi ambitieux n'avait jamais été présenté en France. « L'inter-ministériarité montre que cela nous concerne tous » rapportait Éric Dupond-Moretti, ministre de la Justice. Un tableau de synthèse des mesures a été présenté (*en Annexe 2*). Les principales étaient :

Education : Passation d'une grille d'auto-évaluation anonyme pour les élèves. Inscription obligatoire de 100 % des établissements sur la plateforme du programme Phare. Formation du personnel scolaire d'ici 2027 et des parents volontaires. Cours d'empathie pour la rentrée 2024. 3018 numéro unique

Police-gendarmerie : Formation sur le harcèlement scolaire renforcée et harmonisation des outils

Justice : Formation sur le harcèlement scolaire renforcée. Présence dans chaque tribunal d'un référent harcèlement scolaire. Possibilité de changer d'école un enfant harceleur.

Numérique : Exclusion du réseau social, Renforcement de la sensibilisation avec des outils.

Santé : Renforcement du dispositif « Mon soutien Psy ». Modules de formation pour le repérage des troubles anxio-dépressifs.

Sport : Renforcement des contrôles et de la lutte avec des plans de suivi. Formation des éducateurs. La cible des 6,6 millions d'enfants licenciés dans un club de sport était intéressante pour toucher un public large.

Renforcement du plan d'action en février 2024 (40,41,42)

Suite aux résultats de la grande enquête de novembre 2023, auprès de 7,5 millions d'élèves, dans 38 000 établissements, des nouveaux chiffres ont été communiqués.

- « 3 écoliers sur 10 et 50 % des collégiens et lycéens ne connaissaient pas le 3018 ».
- « Plus d'un tiers des collégiens et des lycéens victimes de harcèlement scolaire n'avaient pas demandé de l'aide auprès d'un tiers »
- « Plus d'un élève par classe est victime de harcèlement ».

Il fallait intensifier les campagnes de communication autour du 3018.

L'enquête serait menée annuellement et son analyse rendue publique sous la forme du « baromètre annuel du harcèlement scolaire », pour suivre l'évolution du harcèlement scolaire et l'impact du plan d'action. Levée de l'anonymat des questionnaires si situations à risque. Une attention plus importante sur les écoliers serait à mettre en place (19 % de situations à risque). Renforcement des équipes pour le programme pHARe. Auto-formation en ligne disponible pour le personnel scolaire et en projet pour les parents d'élèves.

2. Législation en France

Le harcèlement moral était décrit comme le fait de « harceler une personne par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale ».

Depuis une dizaine d'années, les lois françaises contre le harcèlement scolaire ont beaucoup évolué et l'arsenal juridique pour protéger les victimes s'est étoffé.

La loi du 4 août 2014 (42) a introduit dans le Code Pénal le **harcèlement moral** comme **délit**. La loi a redéfini les peines associées allant jusqu'à 75 000 € d'amende et 5 ans d'emprisonnement en cas de circonstances aggravantes : sur mineurs de moins de 15 ans, par le biais de communication en ligne, sur personne vulnérable, si ITT ≥ 8 jours, ou dans le cas de violences conjugales.

En 2016, un nouvel article 226-2-1 (43) dans le Code pénal a été introduit pour punir le « **revenge porn** » ou « **vengeance pornographique** », diffusion de contenus à caractère sexuel sans le consentement.

La loi du 3 août 2018, dite « Schiappa » (44) avait pour objectif de poursuivre la lutte contre les violences sexistes et sexuelles. Elle a introduit le délit de « harcèlement groupé ». « Les propos ou comportements **imposés à une même victime par plusieurs personnes**, de manière concertée ou à l'instigation de l'une d'elles, alors même que chacune de ces personnes n'a pas agi de façon répétée ».

La loi Balanant du 2 mars 2022 a marqué un tournant dans la législation sur le harcèlement scolaire. (45)

Elle a reconnu dans l'article 222-33-2-3 du code pénal le **harcèlement scolaire** comme un **délit**.

En tant que délit, et en application de l'article 40-1 du code de procédure pénale de 2004, cela impliquait l'obligation de saisine immédiate au procureur. Les peines d'emprisonnement ont été étendues à 10 ans et les amendes à 150 000 € « si les faits avaient conduit la victime à se suicider ou à tenter de se suicider ».

Elle a aussi permis que le **droit à une scolarité sans harcèlement scolaire**, (déjà posé par loi Balanant de 2019), soit ajouté au code de l'éducation avec une extension aux élèves de l'enseignement privé et aux étudiants : « Art. L. 111-6 : Aucun élève ou étudiant ne doit subir de faits de harcèlement résultant de propos ou comportements, commis au sein de l'établissement d'enseignement ou en marge ... » (46)

Une obligation de moyen pesait ainsi sur les établissements.

Le décret du 16 août 2023, par modification du code de l'éducation, a pu autoriser la demande, avec l'accord du maire, de **changement d'établissement d'un élève harceleur** (47) si « le comportement intentionnel et répété fait peser un risque caractérisé sur la sécurité ou la santé d'un autre élève ».

Entre septembre et décembre 2023, 35 élèves ont été changés d'école pour des faits de harcèlement scolaire.

3. Des actions du grand public

Entre 2020 et 2022, selon SOS amitié, le nombre d'appels des moins de 14 ans a augmenté de 40 % pour difficultés scolaires, familiales et idées suicidaires.

En effet, comme cela a été déjà décrit dans cet ouvrage, le harcèlement scolaire pouvait être à l'origine de suicides. La médiatisation récente des suicides ou tentatives de suicides dans des contextes de harcèlement scolaire a permis une libération de la parole. De Marion Fraise en 2013

jusqu'à la tentative de suicide d'un enfant de 7 ans en avril 2024, de nombreux autres cas ont été recensés.

La situation de Marion Fraise qui s'était suicidée par pendaison avait marqué le grand public. Le témoignage de sa mère expliquait « qu'elle avait pendu son téléphone portable. Elle avait mis fin à l'arme qui l'avait poussée au suicide. Cet outil de communication s'était retourné contre elle, c'était devenu un outil de diffusion de menaces de mort et d'insultes. »

Cette affaire a entraîné, pour la première fois en 2017, une **reconnaissance de l'Etat** comme « partiellement responsable du suicide », estimant que l'administration du collège n'avait pas réagi comme il aurait fallu en ne faisant pas le changement de classe demandé. L'histoire de Marion a donné lieu à un livre « Marion, 13 ans pour toujours » en 2015 qui a été adapté en téléfilm en 2016. L'association « Marion, la main tendue » a été créée par Nora Fraise, sa mère. En effet, celle-ci espérait que ces actions auraient l'effet « d'un détonateur et ferait prendre pleinement conscience de la gravité du harcèlement entre élèves ».

A la suite du suicide de Chanel en 2021, le 18^e suicide en neuf mois, l'association Hugo! **demandait la création d'un délit** de harcèlement scolaire pour que les victimes puissent être reconnues par la justice et prises en charge car les accompagnements étaient onéreux. Elle serait entendue en 2022 (cf partie législation de ce travail). En 2023, Maître Boutron-Marmion, avocate au barreau de Paris et spécialiste de la défense des mineurs regrettait l'absence de statistiques officielles et déclarait : "**On estime qu'un à deux élèves se suicident chaque mois** après avoir subi du harcèlement scolaire, soit une vingtaine d'enfants par an, environ".

En mars 2024, trois couples de parents se sont rassemblés au sein du collectif Algos Victimas (Certaines victimes) pour engager des **poursuites contre le réseau social TikTok**. Pour Maître Boutron-Marmion, le problème venait de l'algorithme : « Avec ce mode de fonctionnement, l'adolescente a reçu en masse ces vidéos qui sont sur le même thème et qui ne peuvent que conduire à être encore plus mal ».

En France, le phénomène a été entendu et **15 associations** contre le harcèlement ont été recensées : E-Enfance, les Outsiders, Parle, je t'écoute, Marion la main tendue, HUGO!, Elève ta voix, Biker contre le harcèlement, APHEE, You are heroes (les parents), Marcel ment, Grandir trans, ALPHE, Respect zone, Médiation par les pairs, Association plus fort.

Pour réagir contre les dangers du numérique, le « Safer Internet France » (49), volet français du programme européen « Better Internet For Kids », a été créé en 2008. Sous l'égide de la Commission Européenne, ce programme national de prévention et d'éducation aux bons usages d'internet a défini 3 lignes d'action :

- Internet sans crainte : un site d'outils numériques gratuits de sensibilisation qui organisait la Journée mondiale pour un Internet plus sûr (Safer Internet Day) depuis 2004.
- Le 3018 : une ligne d'écoute d'e-Enfance, numéro d'assistance national pour le cyberharcèlement pour les élèves, parents et professionnels. Gratuit, anonyme, confidentiel, 7 jours sur 7 de 9h à 23h.
- Point de Contact : plateforme de signalement de contenus manifestement illicites

Il a été important d'acquérir une vision structurée du sujet, via la définition de ses termes et la vision historique et contextuelle de ses grandes évolutions. Avant de recentrer le sujet sur un cadre strictement médical, il restait à établir un état des lieux des enquêtes nationales et internationales sur le sujet et des enjeux au cœur de ce travail.

III- Epidémiologie

A- Enquêtes internationales

Les élèves d'aujourd'hui étant les adultes de la société de demain, investir pour lutter contre le harcèlement scolaire ne favoriserait pas seulement le bien-être des élèves, mais offrirait également une réduction du coût des soins de santé. Suite à la prise de conscience des pouvoirs publics, des moyens ont été mis en œuvre pour étudier le phénomène : étudier le bien-être des élèves et mesurer la violence à l'école. Ceci a permis de pouvoir estimer la prévalence du harcèlement scolaire.

1. Une disparité des données de prévalence

Il est ressorti de l'étude de la littérature sur la prévalence du harcèlement scolaire et du cyberharcèlement, une grande difficulté pour établir cette prévalence et, de ce fait, pouvoir suivre son évolution. Les facteurs de complication étaient :

- L'absence de vrai consensus sur la définition du harcèlement scolaire sur le plan international ou « bullying » en anglais.
- Le doute sur l'inclusion du cyberharcèlement dans les chiffres de harcèlement
- La variabilité des critères d'études sur les :
 - o Populations étudiées : sélection très variable par âges/niveaux scolaires, sexes, pays étudiés rendant les comparaisons de données et l'établissement d'une cinétique difficile... (et ceci notamment pour des études conduites par le même organisme)
 - o Durées sur lesquelles le harcèlement scolaire subi est à rechercher par l'enfant : « sur les deux derniers mois » ou sur « les douze derniers mois »
- Difficulté d'accès à la publication des rapports complets des études HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), GSHS (Global School-based student Health Survey).

a. Etudes HBSC (2010 - 2022)

Depuis 1982, l'enquête internationale HBSC est réalisée tous les 4 ans (50, 51, 52, 53) sur les jeunes de 11 à 15 ans, et est pilotée par l'OMS sur une quarantaine de pays d'Europe, Asie et Canada.

		2009/10	2013/14	2017/18	2021/22
Harcèlement traditionnel	Tous les pays de l'étude	11%	11%	10%	11%
	France	13.9%	11,8%	5,3%	5.5%
Cyber-harcèlement	Tous les pays de l'étude	Pas de données	3%	13%	16%
	France	Pas de données	1.8%	7,3%	10.7%

Tableau n° 1 : Evolution de la prévalence du harcèlement scolaire et du cyberharcèlement scolaire en France et dans les pays de l'étude de 2009 à 2022. Il a été fait l'hypothèse que toutes les classes d'âge étaient égales en nombre, qu'il y avait autant de garçons que de filles et moyennant cette approximation, les résultats du tableau ont été obtenus, pour la classe d'âge des 11-15 ans.

Les données de 2021/2022, sur plus de 279 0000 jeunes dans 44 pays montraient une stabilité du harcèlement scolaire (un jeune sur dix) et une augmentation du cyberharcèlement qui concernait un jeune sur six dans les pays de l'étude.

Il était à noter une différence notable de genre pour la forme physique de harcèlement scolaire qui concernait 14 % des garçons et 6 % des filles. Comme dans les dernières études, il était noté un pic du harcèlement scolaire de 11 à 13 ans.

b. Rapport de l'Unesco (2017)

Le rapport de l'UNESCO de 2017 (4) se basait sur les données des études HBSC sus-citées et les études GSHS. Les études GSHS, élaborées par l'OMS en collaboration avec l'UNICEF et l'UNESCO sont réalisées tous les 3 à 5 ans depuis 2001, sur les 13-17 ans pour une centaine de pays. (54)

Le nombre d'enfants subissant du harcèlement scolaire était estimé à 246 millions dans le monde. 32 % des élèves dans le monde auraient été harcelés au cours du mois précédent. La prévalence du harcèlement scolaire comprise entre 7,1 % et 74 % dans les pays de l'enquête GSHS et entre 8,7% et 55,5% dans les pays de l'enquête HBSC témoignait de la disparité des chiffres entre les études.

Les données de ce rapport montraient des variations importantes selon les régions du monde : allant de 22.8% en Amérique Centrale et 25% en Europe jusqu'à des pourcentages entre 41 et 48% en Afrique subsaharienne, du Nord et au Moyen-Orient. Même si dans un grand nombre de régions, les formes physiques et sexuelles de harcèlement scolaire étaient les plus répandues, en Europe et en Amérique du Nord, c'était la forme psychologique de harcèlement scolaire qui était la plus fréquente.

Concernant le cyberharcèlement, il concernait un enfant sur dix.

Comme il a été précisé ci-dessus, l'étude de la prévalence était difficile devant la disparité des données. Un premier constat peut être fait ici : les chiffres de l'étude HBSC seule et ceux du rapport de l'Unesco n'étaient pas en accord sur 2017 :

- Harcèlement scolaire : 32 % vs 10%
- Cyberharcèlement : 16% vs 13%

Une revue internationale de la littérature (55) de 2015 estimait, elle aussi, une prévalence du cyberharcèlement avec une forte variabilité entre 6,8 % et 35,4 % chez des jeunes entre 10 et 17 ans.

2. Une tendance à la diminution du harcèlement scolaire et à la hausse du cyberharcèlement

Comme il a été dit précédemment dans cet ouvrage, la stabilité du harcèlement scolaire et l'augmentation du cyberharcèlement était constatés dans les pays des études HBSC depuis 2009.

Le rapport de l'UNESCO (4) avait pu également constater une diminution de la prévalence du harcèlement scolaire et des agressions physiques dans 35 des 71 pays de l'étude entre 2002 et 2017. Ces tendances à la baisse du harcèlement scolaire avaient été confirmées dans plusieurs études internationales.

Dans l'étude de Rigby et Smith, comparant les données entre 1990 et 2009 mais une augmentation du cyberharcèlement était constatée par ailleurs. (56)

L'étude de Chester (57) montrait une diminution légère mais significative du harcèlement scolaire entre 2001 et 2010 dans un tiers des pays participants.

L'étude transnationale de Cosma (58) sur 2002-2014 montrait des diminutions linéaires du harcèlement dans 21 pays chez les garçons et dans 12 pays chez les filles.

Les différences de prévalence entre les sexes donnaient à penser que des politiques sexospécifiques adaptées aux spécificités dues au genre pourraient être utiles.

3. Quelle influence du COVID-19 ?

La majoration du cyberharcèlement depuis 2018 (constatée dans le *Tableau n°1*) pouvait avoir un lien avec le COVID-19, qui a notamment modifié la façon d'interagir des adolescents. La méta-analyse de Kennedy (59) sur 79 études évaluant les effets du COVID-19 sur le harcèlement scolaire a retrouvé des résultats étonnants. Les taux de cyberharcèlement étaient similaires avant (16%) et pendant l'épidémie (17%). Les brimades étaient plus faibles pendant l'épidémie (19%) par rapport à avant celle-ci (23%). Après l'étude, il a été constaté que les taux de harcèlement scolaire et cyberharcèlement ont de nouveau augmenté en 2021 et 2022. Cela pourrait être expliqué par la reprise des cours après le confinement. Cette étude suggérait donc que l'absence d'interactions sociales réelles et l'isolement imposés par le COVID-19 avaient fait baisser le harcèlement scolaire et n'avait pas eu d'impact sur le cyberharcèlement. L'isolement social n'était pas la solution mais cela pouvait laisser espérer que la diminution du harcèlement scolaire était possible. En revanche, cette étude montrait également des données inquiétantes sur le fait que les élèves « post-pandémie » n'étaient plus les mêmes. Un lit au harcèlement scolaire s'était développé avec l'augmentation de l'anxiété sociale, de la dépression, l'accentuation des disparités des résultats scolaires, la baisse de l'estime de soi.

B- Enquêtes nationales en France

Afin de mieux appréhender l'environnement d'apprentissage des élèves, la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP) menait depuis plusieurs années deux types d'enquêtes complémentaires (60) :

- L'enquête SIVIS (Système d'information et de vigilance sur la sécurité scolaire) : recueil mensuel auprès des chefs d'établissements et inspecteurs de l'éducation nationale les faits graves survenus, depuis 2007.
- L'enquête nationale de climat scolaire et de victimation : par auto-questionnaires, ne ciblant pas les mêmes tranches d'âges d'enfants à chaque étude et interrogeant aussi le personnel de l'éducation nationale, tous les ans ou deux ans depuis 2011.

1. Enquêtes nationales de climat scolaire et de victimisation

Eric Debarbieux a réalisé la première de ces enquêtes en 2011 (61) à la demande de l'UNICEF sur près de 13 000 enfants d'école primaire. Les résultats faisaient part de 11-12% d'élèves harcelés. Ces résultats seraient à l'origine des premières mesures gouvernementales. La plus récente de ces enquêtes a été réalisée en 2021-2022 auprès d'environ 16 000 collégiens (62). La prévalence du harcèlement scolaire se stabilisait, celle du cyberharcèlement augmentait. Les tendances des enquêtes internationales se confirmaient en France. Un indicateur synthétique de multivictimation a été construit en dénombrant les atteintes subies de manière répétée parmi cinq violences psychologiques et quatre violences physiques. Ces situations de forte multivictimation qui pouvaient s'apparenter à du harcèlement scolaire concernaient 6,7 % des collégiens en 2021 contre 5,6 % en 2017.

Le cyberharcèlement touchait 20 % des collégiens en 2021 (24% des filles et 18 % des garçons) contre 7,5 % en 2018 et 4,1 % en 2015. Selon le rapport de la DGESCO 2019, 25% des collégiens auraient été victimes de cyberharcèlement et 14% des lycéens (12).

2. Mission d'information du Sénat : septembre 2021

Le rapport d'information du Sénat (63) estimait en 2021 en France que le harcèlement scolaire concernait entre 6 et 10% des jeunes, soit entre 800 000 et un million d'élèves par an. Un désarroi du milieu éducatif était constaté. 65 % des enseignants français s'estimaient mal armés face au harcèlement scolaire. En effet, ils regrettaient leur manque de formations sur le sujet et l'absence de soutien de leur hiérarchie.

3. Première enquête nationale sur le harcèlement : novembre 2023

Il a été instauré au niveau national, en novembre 2023, des auto-questionnaires pour évaluer le harcèlement scolaire auprès des élèves du CE2 à la terminale. Le but était de réaliser ces enquêtes de façon annuelle et de réaliser un suivi de l'évolution de ces chiffres nationaux. Les résultats de cette première enquête (64) ont été publiés en février 2024. Une étude statistique sur les données de près de 22 000 élèves tirés au sort avait été réalisée. Les garçons étaient plus touchés par la violence physique (bagarres 17% vs 6%) et les filles par la violence psychologique (12 % vs 9%).

L'indice de qualité de vie scolaire se dégradait avec l'augmentation du nombre d'atteintes subies de manière répétée (indice de victimation). Selon cette approche, le harcèlement scolaire touchait environ un élève par classe : **5 % des écoliers du CE2 au CM2, 6 % des collégiens et 4 % des lycéens**

Le croisement des indices avait également permis de quantifier les **situations "à surveiller"** : **19 % des écoliers du CE2 au CM2**, 6 % des collégiens et 4 % des lycéens. Une attention renforcée sur les écoliers serait donc à porter. (Cf. tableau n°2, ci-dessous).

		Nombre d'atteintes (indice de victimation)					Ensemble
		Aucune	1 ou 2	3 ou 4	5 à 7	8 ou plus	
Nombre de réponses négatives à des questions liées à la qualité de vie scolaire (indice de qualité de vie scolaire)	Aucune	45,3	22,6	6,0	2,1	0,3	76,2
	1 ou 2	2,8	5,6	4,1	3,1	0,9	16,6
	3 ou 4	0,1	0,8	1,1	1,8	1,2	4,9
	5 ou plus	0,0	0,1	0,3	0,8	1,1	2,3
	Ensemble	48,3	29,1	11,5	7,8	3,4	100,0

Tableau n°2 de croisement de l'indice de victimation et de l'indice de la qualité de vie scolaire chez les écoliers de primaire, en %. Enquête nationale de septembre 2023. En gris les situations à surveiller (somme des cases = 19% pour les écoliers ici) et en jaune, les situations de harcèlement.

Fort de cette vision globale de ces premières parties d'introduction, il était désormais possible d'intégrer le médecin généraliste dans cette réflexion. Qu'en était-il de son rôle, de ses attentes et de ses responsabilités ?

IV- Place du médecin généraliste

Sur les dix dernières années, il a été recensé sur le catalogue Sudoc (Système universitaire de documentation) au moins 39 thèses qui ont porté sur le harcèlement scolaire et le cyberharcèlement dont 27 pour un doctorat en médecine générale ou traitant de la médecine générale. Ainsi de nombreux travaux ont été effectués pour étudier la place des médecins généralistes dans le harcèlement scolaire, le ressenti des victimes, la mise en place d'outils ... Cela a montré une réelle volonté d'implication de la part du corps médical.

A- Le rôle du médecin généraliste reconnu : responsabilité et légitimité

L'étude de Lucchini et al. (65) disait « **primordial de souligner le rôle** des médecins généralistes dans la prévention, le dépistage et la prise en charge » du harcèlement scolaire. Elle allait plus loin en disant que tous les médecins en contact avec les ados (pédiatres, urgentistes, médecins généralistes, pédopsychiatres et médecins scolaires) devraient être sensibilisés au harcèlement scolaire, pas seulement les médecins généralistes. Une étude de 2022 (66) définissait le profil des adolescents victimes de harcèlement scolaire avec une **fréquence plus élevée de symptômes** somatiques, une médication plus importante pour les troubles du sommeil et une tendance à **multiplier les consultations** auprès de médecins de spécialités différentes. Ces conséquences somatiques du harcèlement scolaire conduisant à une utilisation accrue des services de soins primaires étaient une porte d'entrée pour intégrer le médecin généraliste dans la prise en charge du harcèlement scolaire. En effet, les médecins étaient souvent au contact des victimes de harcèlement scolaire en tant que médecins de premier recours, même si le motif de consultation n'était pas le harcèlement scolaire. (67, 68). **Tous les médecins généralistes** étaient susceptibles d'y être confrontés.

De par son statut de **médecin de famille** et sa « capacité à valoriser la parole de l'enfant », il était un acteur important dans le harcèlement scolaire (69). Ses qualités d'écoute et l'instauration d'une **relation de confiance** étaient essentielles pour libérer la parole des victimes en faisant de lui un **interlocuteur privilégié** (70). Plusieurs études ont montré que les médecins généralistes interrogés étaient **conscients et volontaires** sur le fait d'avoir un rôle à jouer, notifiant notamment le fait que le harcèlement scolaire était « **sous-dépisté** » (68, 70, 71, 72, 73). La thèse de J Gonzalez (70), en mai 2022 avait pour but d'étudier les représentations des médecins généralistes sur le harcèlement scolaire et sur leur rôle. Ceux-ci ont mentionné avoir **quatre missions cardinales** : prévention, dépistage, prise en charge et organisation du réseau de soin. Selon le Dr Mokdad, « la place du médecin généraliste comme **1^{er} maillon** de la chaîne [...] devait être affirmée et renforcée ». (74).

En 2022, une thèse dans le cadre d'un doctorat en dentaire (75) avait, elle aussi, étudié le harcèlement scolaire en médecine générale. Elle a rapporté que même si 96,7% des médecins généralistes étaient **conscients de leur rôle** dans la prise en charge du harcèlement scolaire, seulement 40,7% d'entre eux questionnaient les adolescents sur leur santé mentale lors de l'anamnèse et 64% ne faisaient pas de prévention sur le harcèlement scolaire. **L'envie d'implication était présente mais** n'était pas toujours suivie par des actions.

B- L'avis des jeunes sur le rôle des médecins généralistes

Des études pour recueillir l'avis des jeunes sur le rôle du médecin généraliste ont été réalisées.

Deux études anglaises ont retrouvé des résultats plébiscitant le rôle du médecin généraliste. Dans l'étude d'Emma Scott et al. (76) **90% des jeunes et 89% des parents aimeraient une implication des généralistes** dans le harcèlement scolaire. Dans l'étude de Dale et al. (67), 93 % des jeunes et 86% des parents interrogés estimaient que le médecin généraliste devrait jouer un rôle dans la détection et prise en charge du harcèlement scolaire.

Des études récentes françaises ont, elles aussi, voulu recueillir l'avis des jeunes sur le rôle du médecin généraliste. Dans l'étude d'Aubessard (77), certains collégiens souhaitaient une « attitude proactive du médecin généraliste » par un repérage systématique du harcèlement scolaire. L'étude de Horscholle (78) exprimait que les souhaits des adolescents étaient d'être **écoutés, compris et soutenus** par leur médecin généraliste, d'être **questionnés** précisément, de recevoir des **explications** sur le harcèlement scolaire et des conseils.

C- L'absence de recommandations de bonnes pratiques

Le médecin généraliste ne bénéficiait **pas d'une formation validée** sur le harcèlement scolaire, ses connaissances étaient acquises « de manière empirique, via des supports destinés au grand public », ce qui allait « à l'encontre du principe des connaissances scientifiques basées sur les preuves ». Cette situation entraînait chez les médecins généralistes parfois une vision caricaturale du harcèlement scolaire venant des médias et un risque de passer à côté de situations de harcèlement scolaire plus insidieuses mais non moins dangereuses (70).

Jusqu'alors, **aucune recommandation officielle française** destinée au médecin généraliste dans le harcèlement scolaire n'existait (79, 80, 81, 70, 82, 83) au grand dam des médecins généralistes (68, 84). Ces derniers pouvaient ressentir que leur rôle était mal déterminé, et douter sur le fait de prendre part à la chaîne de dépistage et prise en charge du harcèlement scolaire. Un constat similaire était fait par Condon et al. (73) en Angleterre, où les médecins généralistes déploraient un manque d'outils pour les guider, et se sentaient donc mal équipés et démunis, pour faire face aux révélations de harcèlement scolaire.

Aux Etats-Unis, il existait des recommandations officielles (85) de l'**Académie Américaine de Pédiatrie** pour le MG, fondées sur la prévention, le dépistage sur points d'appel et la présence de ressources d'aide. En 2002, l'AAP avait donc sorti un guide clinique « Connected Kids: Safe, Strong, Secure ».

Malgré l'envie de la population de pouvoir se tourner vers le médecin généraliste et la volonté de ce dernier de répondre à cette problématique de santé publique, les **mesures gouvernementales n'incluaient pas** le médecin généraliste dans les politiques de lutte contre le harcèlement scolaire et des recommandations de bonnes pratiques n'étaient toujours pas publiées.

En 2023, afin d'évaluer le harcèlement scolaire, le gouvernement français a proposé deux outils, (86) qui étaient cependant limités à la prise en charge scolaire, et **ne mentionnaient pas le médecin généraliste**. L'un était pour la victime et ses parents et l'autre pour le personnel de l'école.

Des recommandations de la HAS ont été réalisées dans de nombreux **autres domaines** pour les médecins généralistes (une fiche pour encadrer les violences conjugales a été publiée en novembre 2022), mais pas encore pour la prise en charge du harcèlement scolaire.

Ainsi, si le médecin généraliste avait en effet un rôle à jouer dans la détection et la prise en charge du harcèlement scolaire, il semblait avoir **besoin d'un outil** pour le guider dans le harcèlement scolaire. En ce sens, plusieurs études ayant créé des outils avaient vu le jour ces dernières années (79, 80, 83) et donnaient des perspectives de solutions.

V- Justification de l'étude

En septembre 2021, le Dr Fernando (80) a **établi un arbre décisionnel** pour aider au dépistage et à la prise en charge du harcèlement scolaire en médecine générale (*Annexe 1*).

Pour ce faire, le Dr Fernando a réalisé une **recherche bibliographique** solide. L'objectif était de fournir au médecin généraliste toutes les étapes depuis le dépistage jusqu'à la prise en charge du harcèlement scolaire. A la suite de cette recherche, le Dr Fernando a pu établir 28 propositions de dépistage et de prise en charge du harcèlement scolaire en médecine générale. La technique choisie par le Dr Fernando pour évaluer ces propositions a été la **ronde Delphi**. Cette méthode qualitative consistait à consulter l'avis d'un groupe d'experts sur un sujet précis et de mettre en évidence des convergences et des consensus. Les propositions étaient acceptées ou rejetées. Lorsqu'une proposition faisait débat, elle était reformulée selon les avis des experts puis était de nouveau proposée aux experts pour un deuxième tour. Cela pouvait être poursuivi jusqu'à trouver un consensus.

Dans le cadre de l'étude du Dr Fernando, 28 propositions ont été soumises au groupe d'experts. 19 propositions ont été acceptées directement et 5 après reformulation. Il y a eu deux tours de ronde Delphi pour arriver à un consensus. **Un arbre synthétisant l'ensemble** de ces propositions acceptées a été réalisé en finalité de ce travail. Ce logigramme était une suite de conduites à tenir, et un test, le BITS test, validé par de précédentes études pour évaluer le risque suicidaire ou d'automutilations chez les adolescents. **L'outil ainsi créé nécessitait d'être testé** en pratique, en consultation par les MG, c'est ce qui a fait **l'objet du travail de cette thèse**.

Une autre thèse similaire à celle du Dr Fernando a été réalisée en 2023 par le **Dr Korbendau (79)**. Elle procédait avec la même méthode (ronde Delphi) et le même objectif (créer un outil pour le médecin généraliste sur le harcèlement scolaire). Pour notre étude, le choix a été fait de tester la thèse du Dr Fernando car l'outil final à destination des médecins était synthétique (une page) et semblait plus facile d'utilisation par les médecins. L'outil du Dr Korbendau étant **très complet et plus long** (dix pages), l'équipe de recherche a craint que la longueur de l'outil ne puisse **démotiver certains médecins**. En revanche, il était à noter que l'aspect plus complet de l'outil du Dr Korbendau pourrait intéresser les médecins qui souhaiteraient **approfondir le sujet du harcèlement scolaire**. Un très grand nombre d'informations très pertinentes y étaient synthétisées de façon très exhaustive.

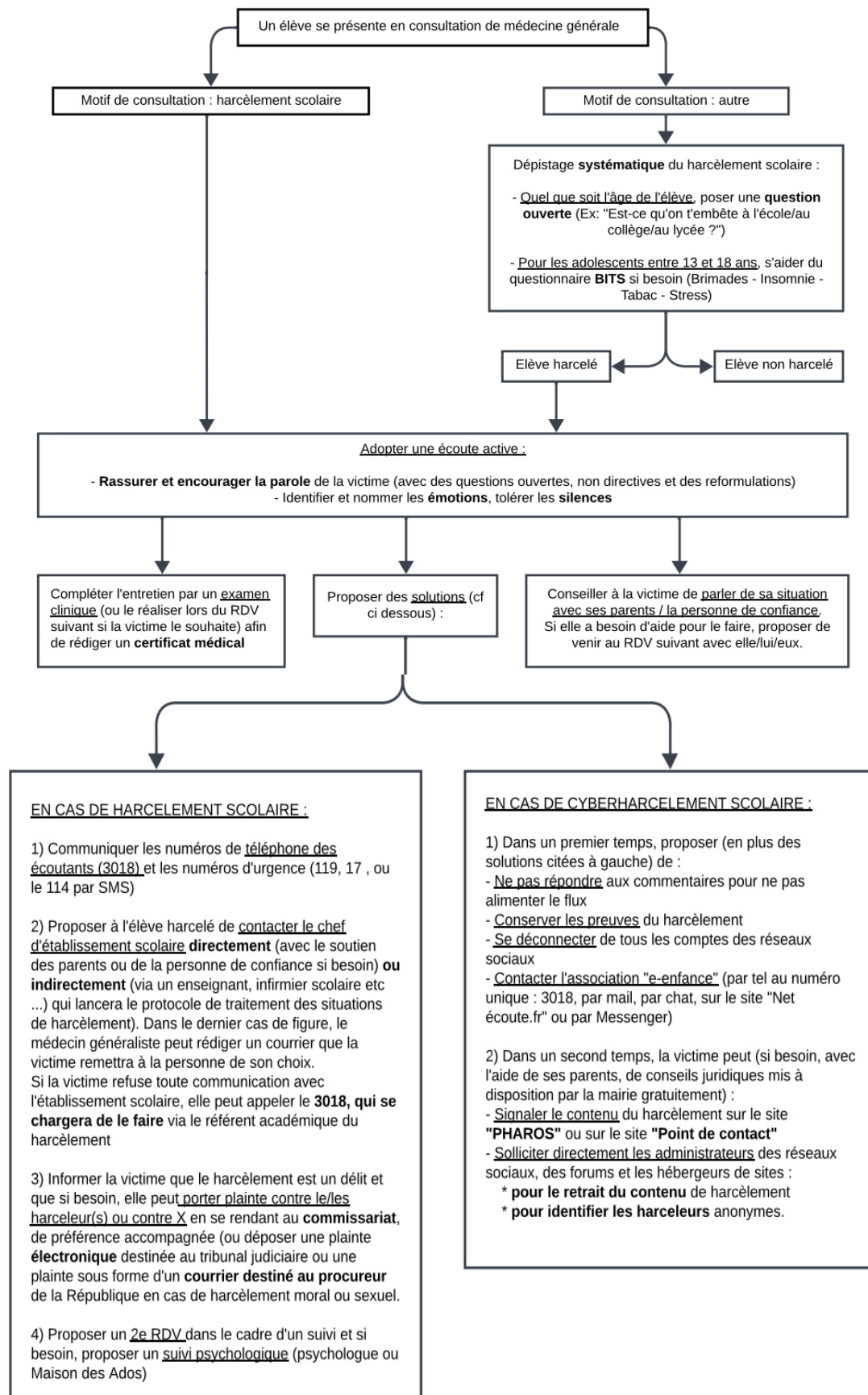
Les outils de ces deux thèses se complétaient et ne pouvaient pas être utilisés de la même façon.

L'outil choisi pour être évalué lors de notre travail a donc été celui du Dr Fernando. Pour des raisons pratiques, il sera appelé de façon unique lors de ce travail l'« **outil Fernando** ».

L'objectif principal de cette étude était de savoir si l'outil répondait aux attentes des médecins généralistes dans la prise en charge du harcèlement scolaire au sein de leurs consultations.

L'objectif secondaire était de savoir quels moyens pouvaient être mis en place pour répondre aux difficultés qui persistaient malgré l'outil Fernando.

Figure n°1 : Version de « l'outil Fernando » communiquée aux médecins de l'étude



MATERIEL ET METHODE

I- Type d'étude choisie

La méthode de recherche à utiliser pour ce travail a été longuement réfléchie. Le support d'un journal de bord a été utilisé depuis les premières idées de recherche jusqu'à la fin de la recherche (87).

L'objet de cette étude était d'évaluer l'outil Fernando auprès de médecins généralistes.

La méthode choisie (ronde Delphi) par le Dr Fernando pour la création de cet outil, donnant lieu à un biais de suggestibilité ; et le fait que l'outil n'avait pas encore été utilisé en pratique par des médecins généralistes, un premier recueil d'opinion par une étude qualitative a donc été jugé nécessaire. Il a été fait le choix d'adopter une approche inspirée de la théorisation ancrée (Grounded theory Method ou GTM). (88) Ce choix a semblé le plus adéquat pour permettre une meilleure compréhension de la situation et ainsi de faire émerger un modèle intégrant l'outil dans la prise en charge du harcèlement scolaire par le médecin généraliste.

Il a été choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés auprès de médecins ayant utilisé l'outil ou pouvant y être confrontés.

II- Recrutement des participants

Le recrutement des médecins a été réalisé en deux étapes.

A- Première phase de recrutement

Des mails d'information sur l'étude et d'invitation à y participer ont été envoyés à de nombreux médecins généralistes libéraux installés. Ils ont été choisis au sein des carnets d'adresse de l'équipe de recherche en Île de France, Haute-Normandie et Marne.

Deux questionnaires ont été créés pour le recrutement des médecins. Les données quantitatives de ces questionnaires n'ont pas été exploitées dans cette thèse.

Le 1^{er} questionnaire (*cf Annexe 4*) consistait à obtenir des données épidémiologiques et inclure le médecin dans l'étude.

Le 2^e questionnaire (*cf Annexe 5*) avait pour but de savoir si le médecin avait utilisé l'outil et si oui, ce qu'il en avait pensé.

Ces questionnaires ont été envoyés aux médecins par mail via le logiciel LYMESURVEY®. Le premier a été envoyé le 17 avril 2024 avec la consigne d'utiliser l'outil pendant un mois. Le deuxième questionnaire a été envoyé à partir du 16 mai 2024. Le nombre très faible de réponses à ce deuxième questionnaire a entraîné la décision d'un allongement de la durée de test de l'outil et une modification de la méthode de contact auprès des médecins. Un appel téléphonique individuel a été réalisé auprès de tous les médecins déjà contactés, ainsi qu'une inclusion de nouveaux médecins. Des relances hebdomadaires par mail ont été réalisées pour favoriser la visibilité de l'étude.

B- Deuxième phase de recrutement

La sélection des médecins pour les entretiens a été réalisée au fur et à mesure des hypothèses émanant de la collecte et analyse des données. Les réponses aux questionnaires ont servi de base à cette sélection. Des acteurs n'ayant pas utilisé l'outil mais pouvant y être confrontés et étant susceptibles de permettre l'avancement dans le modèle explicatif ont été également sélectionnés pour réaliser des entretiens. Ainsi, un échantillonnage raisonné théorique a été réalisé pour sélectionner les médecins avec qui réaliser les entretiens individuels.

III- Recueil de données

Les données ont été recueillies par des **entretiens individuels semi-dirigés**. Ce choix offrait la possibilité de guider l'entretien tout en permettant une expression la plus libre possible des médecins. Ne pas réaliser un entretien collectif permettait de minimiser le ralliement réflexe à l'opinion majoritaire, ou « effet bandwagon » (89) et ainsi de prendre en compte tous les avis, y compris ceux minoritaires.

Les **a priori et présupposés** ont été posés en amont.

A- Elaboration du guide d'entretien

Ces entretiens ont été axés par un guide d'entretien préalablement rédigé avec des questions ouvertes. Le guide d'entretien a été élaboré à partir des recherches bibliographiques de ce travail et en s'inspirant de thèses qualitatives similaires.

Le guide d'entretien a été évolutif. (*Annexe 6*) De plus, l'ordre des questions a été adapté au fil de la conversation et des idées évoquées, pour encourager la fluidité des échanges.

B- Organisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail des médecins ou par visioconférence via un site sécurisé mis à disposition par la faculté de Rouen (BigBlueButton®). Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux dictaphones. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation théorique des données, (88) du 31 mai au 24 juillet 2024.

C- Déroulement des entretiens

Aucune durée d'entretien n'était prédéfinie, pour permettre une meilleure qualité d'écoute.

Le consentement était redemandé à l'oral en début d'entretien. L'absence de jugement et l'anonymat étaient précisés. Les règles suivantes ont été appliquées : éviter de couper la parole, adopter une attitude d'écoute, respecter les silences, réflexions et hésitations, et ne pas perturber l'entretien par ses convictions personnelles.

D- Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits intégralement mot pour mot. La retranscription a été faite au fur et à mesure de la réalisation des entretiens. Le logiciel COOKATOO® permettait une première retranscription automatique. Puis, il était nécessaire de réécouter l'enregistrement pour corriger les erreurs, mettre la ponctuation, et introduire les changements de prise de parole sur document Microsoft WORD®. L'utilisation d'un logiciel de retranscription a permis de fortement diminuer le temps de retranscription : de cinq fois à deux fois la durée de l'entretien.

Tous les entretiens ont été anonymisés au moment de la retranscription. Et les fichiers audios détruits dès la retranscription terminée.

IV- Analyse des données

Après un test infructueux du **codage** à l'aide du logiciel NVIVO®, l'analyse des entretiens a finalement été réalisée manuellement, sur le logiciel de tableur Microsoft EXCEL®. Le recueil et l'analyse des données ont été faits au fur et à mesure, dans une démarche itérative. L'analyse a été faite par comparaison constante entre les entretiens. (88). Il y a eu trois niveaux d'analyse : ouverte, axiale puis sélective/intégrative. Le codage initial a permis la création des codes. Puis des regroupements d'idées similaires ou complémentaires ont été réalisés, pour définir les axes des résultats de la thèse et faire émerger un modèle explicatif. Ce découpage transversal des données n'a pas tenu compte de l'architecture interne des entretiens. Certains thèmes étaient attendus, tandis que d'autres sont apparus au cours de ce codage. Chaque thème et sous-thème a pu être illustré par des verbatims.

Une triangulation de ce codage a été réalisée avec une autre chercheuse, Emilie Horner. L'intégralité de deux entretiens a été lue par les deux chercheurs puis chacun a réalisé leur codage en aveugle. L'intégralité des étiquettes de codages a été discutée et une résolution des divergences a pu être réalisée. La suite du codage a pu être réalisée par l'enquêtrice principale de l'étude, seule.

V- Aspects éthiques et réglementaires

L'étude a été conduite conformément au protocole, aux bonnes pratiques cliniques et aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

A- Le consentement éclairé

Il a été envoyé aux médecins participants une fiche d'information sur les modalités de l'étude (Annexe 7). Les participants à cette étude ont donné leur consentement libre et éclairé pour participer à cette étude et ont fait parvenir un exemplaire signé de ce consentement en version numérique ou papier à l'investigatrice. (Annexe 8)

B- La confidentialité

L'anonymat des questionnaires de recrutement des médecins n'étant pas compatible avec le protocole de l'étude, l'accord du DPO (Délégué à la Protection des Données) de l'université de Rouen a été demandé et accordé pour l'absence d'anonymat de ces questionnaires. L'investigateur s'engageait à maintenir confidentielles les identités des participants à l'étude. Tous les entretiens ont été anonymisés lors de la retranscription : suppression de nom de participant ou d'autres noms propres, et d'éventuels éléments très particuliers pouvant permettre une identification. Chaque médecin a été associé à un code de participant : P1, P2...

C- Les autorisations réglementaires

L'étude a été conduite suivant les principes moraux, réglementaires, éthiques et scientifiques qui régissent la recherche en santé.

Le comité éthique a été sollicité avant le recueil des données. Un dossier a été déposé le 8 février 2024 pour avis du comité éthique du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants). Un avis éthique devait être demandé pour deux raisons dans cette étude. Le sujet du harcèlement était un sujet sensible et il concernait des patients vulnérables car mineurs. Initialement, il était envisagé de fournir aux médecins participant à l'étude une fiche s'inspirant de l'outil Fernando, à remettre aux enfants après la consultation. Suite à l'avis du comité éthique, il a été décidé de ne pas fournir de documents aux médecins pour les enfants.

L'avis du comité éthique du 28 mars 2024 était le suivant :

« Le flyer proposé en page 13 est inadapté. La construction d'un support d'information créé dans le contexte de la recherche et à destination des participants justifierait que ce support soit construit collectivement, par exemple par un comité de pilotage, et en s'appuyant sur des outils préexistants. Le comité d'éthique incite les auteurs à recentrer le projet sur les médecins (destinataires et potentiels utilisateurs de l'algorithme) et à éviter dans le protocole de formaliser l'implication des enfants car ceci amène une plus grande complexité éthico-réglementaire.

Dès lors que le projet ne porterait que sur le recueil d'avis des médecins sur une proposition d'outil, un tel projet ne poserait pas de problème éthique. »

Protection des données : DPO et RGPD

Il a été réalisé une inscription au registre via le DPO de l'université de Rouen. La création de déclaration de demande de mise en conformité avec le RGPD (Règlement Général de la Protection des Données) a été faite le 30 janvier 2024. Le dossier a été finalisé le 17 avril 2024, avant toute collecte de données. En effet, le premier questionnaire de recrutement des médecins a été envoyé dans les suites de cette validation le 17 avril 2024.

Le dernier mail du DPO était le suivant : *« La déclaration auprès de la CNIL correspondait à une ancienne procédure qui n'est plus celle adéquate depuis plusieurs années. Désormais, il faut effectivement déclarer sa recherche auprès du DPO de l'université qui tient un registre des activités de traitement de l'université, ce que vous avez fait. Vous avez ainsi bien effectué les démarches nécessaires vis à vis du RGPD. »*

RESULTATS

I- DONNEES QUANTITATIVES

114 mails ont été envoyés à des médecins
51 médecins ont répondu au 1^{er} questionnaire.
35 médecins ont répondu au 2^e questionnaire.
18 médecins choisis ont accepté de réaliser un entretien.

A- Les entretiens

La saturation des données a été obtenue au 15^e entretien. Les 3 entretiens suivants ont été réalisés pour le vérifier et il n'y a pas eu de nouveaux codes.

L'entretien le plus court a duré 44 min.
L'entretien le plus long a duré 1h45.
La durée moyenne des entretiens était de 1h08.

8 entretiens ont été réalisés dans les cabinets des médecins, et 10 entretiens ont été réalisés par visioconférence, selon la préférence de chaque médecin.

B- La population étudiée

Des entretiens ont été réalisés avec 18 participants.
Sur les 18 participants, il y avait 13 femmes et 5 hommes.

Ce tableau exposait les données générales des participants : (tableau n° 3)

	Sexe	Tranche d'âge	Spécialité médicale	Durée d'installation	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Dpt
P1	Femme	50-60 ans	Médecin généraliste	20-30 ans	Seul, en libéral	Zone REP	92
P2	Homme	60-70 ans	Médecin généraliste	> de 30 ans	Groupe, libéral	Ville	76
P3	Femme	40-50 ans	Médecin généraliste	10-20 ans	Salariat	Ville	92
P4	Femme	30-40 ans	Médecin généraliste	< de 10 ans	Groupe, salariat	Rural	76
P5	Homme	50-60 ans	Médecin généraliste	20-30 ans	Groupe, libéral	Ville, zone REP	76
P6	Homme	40-50 ans	Médecin généraliste	< de 10 ans	Groupe, libéral	Ville	76
P7	Femme	40-50 ans	Médecin généraliste	10-20 ans	Groupe, libéral	Ville	76
P8	Femme	< 30 ans	Médecin généraliste	< de 10 ans	Groupe	Ville	92
P9	Homme	50-60 ans	Médecin généraliste	20-30 ans	Groupe, libéral	Zone REP	76
P10	Femme	30-40 ans	Médecin généraliste	< de 10 ans	Groupe, libéral et salariat	Semi-rural, ville	76
P11	Femme	30-40 ans	Médecin généraliste exerçant en CMPP	< de 10 ans	Salariat	Semi-rural, ville	76
P12	Femme	60-70 ans	Médecin généraliste	20-30 ans	Groupe, libéral	Ville, zone REP	76
P13	Femme	-	Médecin psychiatre exerçant au CASA	-	-	Ville	76
P14	Femme	50-60 ans	Médecin généraliste	20-30 ans	Groupe	Semi-rural	76
P15	Femme	60-70 ans	Médecin généraliste exerçant à l'Education Nationale	20-30 ans	Salariat	Ville	92
P16	Femme	30-40 ans	Médecin généraliste	< de 10 ans	Groupe, libéral	Ville	92
P17	Homme	40-50 ans	Médecin généraliste	10-20 ans	Groupe, libéral	Semi-rural	27
P18	Femme	30-40 ans	Médecin généraliste	< de 10 ans	Groupe, libéral	Zone REP	76

Ce tableau exposait les données des participants qui ont été récoltées pour leur lien au sujet du Harcèlement Scolaire. (tableau n°4)

	Avoir des enfants	Formation(s)	% d'enfants dans la patientèle	Vécu de harcèlement scolaire personnel ou par un proche	Enfants harcelés suivis dans la patientèle	Utilisation de l'outil Fernando	Opinion globale sur l'outil Fernando
P1	oui	Oui, FMC	20 %	oui	Oui	oui	Plutôt positive
P2	oui	DU médecine du sport, dermatologie et cardiologie	15 %	non	oui	oui	Plutôt positive
P3	oui	DU gynéco	5-10 %	oui	non	non	Plutôt positive
P4	non	non	20 %	oui	oui	oui	Plutôt positive
P5	oui	oui	30 %	oui	non	non	Pas d'avis
P6	oui	Echographie	22 %	oui	oui	oui	Plutôt positive
P7	oui	IVG, soins palliatifs, VIF*	30 %	oui	non	oui	Très positive
P8	non	non	50 %	oui	non	non	Très positive
P9	oui	non	30 %	oui	oui	oui	Plutôt positive
P10	oui	DU nutrition, FMC sommeil	35 %	oui	non	oui	Plutôt positive
P11	oui	DU pédiatrie et DU TND**	100 %	oui	oui	oui	Très positive
P12	oui	DU pédiatrie préventive	20 %	oui	oui	oui	Plutôt positive
P13	-	-	-	-	-	non	-
P14	oui	oui avec organisme DPC	10 %	non	oui	oui	Très positive
P15	oui	DU TND, DU de psychopathologie de l'enfant et de l'ado	100 %	oui	oui	oui	Très positive
P16	oui	DU gynéco	15 %	non	non	oui	Plutôt positive
P17	non	Diverses	15 %	oui	oui	non	Très positive
P18	oui	oui	52 %	non	oui	oui	Très positive

* VIF = Violences Intra Familiales

** TND = Troubles Neuro Développementaux

II- DONNEES QUALITATIVES

A- La perception du harcèlement par les médecins généralistes

Avant de pouvoir avoir un retour sur l'utilisation de l'outil Fernando, il était intéressant de recueillir la perception des médecins, utilisateurs de cet outil, sur le harcèlement scolaire de façon générale.

1. Le harcèlement scolaire : une définition plurielle, des causes plurielles

a. Des définitions floues

L'ensemble des définitions étaient très variées : discrimination, maltraitance, stress, moqueries, isolement, physique ou verbal, un terme juridique, un traumatisme. Les définitions étaient vagues, sans les trois critères de la définition officielle.

P1 : « font pression sur un élève de façon discriminante »

P3 : « actions qui sont maltraitantes, en tout cas mal vécues par la personne », « souffre-douleur »

P5 : « Pour moi, harcèlement, ça va être un ou plusieurs individus qui vont se liguier »

P12 : « Le harcèlement ça peut être beaucoup de choses, ça peut être juste des moqueries, ça peut être juste un isolement par rapport à un groupe »

P17 : « Ce serait une forme de violence, soit physique, soit verbale à l'égard d'un camarade scolaire. »

P2 : « c'est un terme juridique »

P10 : « C'est un *traumatisme* induit par d'autres élèves, ou ça peut être les professeurs, mais en tout cas un *traumatisme* qui intervient au sein du milieu scolaire, quel qu'il soit, un *traumatisme* physique ou psychique »

La définition floue pouvait aussi venir de la notion de subjectivité qui y était associée :

P4 : « pour moi ça reste quand même subjectif... chaque élève, leur ressenti, »

P7 : « c'est toute la problématique de parole contre parole »

P2 : « on peut éventuellement douter des propos », « la neutralité bienveillante, ce n'est pas de l'indifférence, mais à un moment donné, on ne peut pas non plus trop prendre parti »

P5 : « mais tu sais jamais qui dit vrai, qui dit faux. Donc, pas toujours simple. »

Le cyberharcèlement était évoqué de façon spontanée dans la définition.

P5 : « mais maintenant, avec tous les réseaux sociaux, il est vrai que ça peut continuer en dehors de l'école. »

P16 : « Donc du coup un enfant qui est embêté par d'autres, mais aussi surtout, via les réseaux sociaux avec notre ère actuelle »

Le harcèlement scolaire ne pouvait pas être dissocié de l'école.

P4 : « c'est dans le cadre scolaire, donc d'un établissement, que ce soit une école, un collège ou un lycée. »

P2 -rappelait qu'il pouvait être réalisé « par ses camarades ou par le biais de professeurs ou de l'établissement »

P9 : « pour moi le harcèlement, ... c'est quand tu as un enfant qui se sent pas bien dans une école, dans une classe, qui n'arrive pas à avancer parce qu'il est préoccupé par pas mal de choses. »

Tous les âges étaient touchés des tout-petits jusqu'aux étudiants :

P5 : « Le harcèlement, t'en as à partir de la primaire, je pense. »

P6 : « Et thème : harcèlement. Etudiante, ingénieure, école de BTP, donc une nana au milieu de garçons. Ouais, elle a entre 19 et 20 (ans). « Tu n'as pas ta place », « tu t'engages dans des trucs un peu difficiles pour une nana » ... surtout sur des filières comme ça, des filières peut être d'ingénieurs ou des trucs un peu BTS technologiques, mécaniques, où parfois si on se trouve la seule nana du groupe ... Ou alors un sens inverse, ça peut être éventuellement parfois sur des BTS, je sais pas, une école d'esthétique »

P13 : « On peut avoir des étudiants, mais la majorité sont quand même des mineurs. De plus quand ils grandissent, de toute manière, il peut y avoir la connotation sexuelle. »

Certains cas singuliers de harcèlement scolaire ont été décrits par les médecins : harcèlement scolaire par un couple, situation de harcèlement scolaire avec les trois types associés :

P11 : « c'était le couple qui harcelait... ça m'a plus marquée parce que ce n'est pas hyper typique comme fonctionnement »

P13 : « c'était plusieurs petites filles qui avaient été victimes de violences à la fois physiques, verbales et sexuelles dans le cadre scolaire, ou en primaire, par deux jeunes filles... qui avaient un peu enrôlé une autre petite fille qui servait juste de mode de « surveillance ». Elle avait mis en place tout un système pour... qu'elle puisse leur faire subir des violences des trois natures : physiques, sexuelles et psychologiques, à tour de rôle...les trois natures de violence en même temps, c'est rare. »

b. Un diagnostic pouvait en cacher un autre...

Le médecin devait savoir lire entre les lignes et dépasser certains diagnostics pour trouver celui du harcèlement scolaire dans des contextes de troubles des apprentissages, de pathologies psychiatriques.

c. Y penser si phobie scolaire ou difficultés scolaires

Le harcèlement scolaire et la phobie scolaire étaient parfois difficiles à différencier par le médecin : la frontière était mince. Le médecin, en faisant le certificat d'éviction scolaire, devait aller rechercher du harcèlement scolaire et investiguer. Le harcèlement scolaire pouvait souvent entraîner un absentéisme, et l'inverse était parfois vrai.

P2 : « Ce n'est pas tant le harcèlement qu'ils vont dire, mais une phobie scolaire et puis après, c'est à nous de rechercher pourquoi... ça correspond vraiment le plus souvent à un mal-être réel en milieu scolaire », « absentéisme assez important...elle était un peu prise à partie par les élèves de sa classe et par les professeurs », « on fait un certificat d'éviction scolaire ».

P6 : « via le certificat d'absence scolaire ... de trouver le moyen d'aller investiguer d'autres choses. C'est une consultation rapide, et on passe à côté de l'essentiel si on n'utilise pas ce moment-là pour dire : « "ah ouais t'as été absent, alors qu'est ce qui s'est passé ? Comment ça se passe en règle générale à l'école ?" »

P14 : « c'est bien, bien plus tard, que l'on identifie cette phobie scolaire au final, à du harcèlement », « ils vont mieux puisqu'ils sont déscolarisés »

Les enfants avec des troubles des apprentissages, pouvaient- de par leurs troubles- être la cible de harcèlement scolaire. Mais l'inverse pouvait être vrai aussi : des conséquences sur la scolarité pouvaient émaner d'un harcèlement scolaire.

P5 : « il est un petit peu plus lent pour les apprentissages, et dans sa classe, il y en a qui l'embêtent. Et le gosse pleure à l'idée d'avoir à aller à l'école... »

P14 : « je pense plus au côté scolaire, c'est-à-dire « est-ce qu'il y a des problèmes d'orthophonie, d'orthoptiste, dyslexie, dyspraxie, et tous les dys » ... L'autre gamin, il avait des bleus et c'est un enfant qui est dyslexique, qui est harcelé je pense ».

Des aides pouvaient être mises en place par les psychologues, psychiatres, via le médecin scolaire... Le CNED (Centre National d'Enseignement à Distance), SAPADHE (Services d'Assistance Pédagogique A Domicile, à l'Hôpital ou à l'École), l'instruction en famille pouvaient être des solutions, mais on n'échappait pas toujours à la déscolarisation.

P10 : « Elle n'est pas déscolarisée mais là, est prévue pour elle un mi-temps CNED et mi-temps à l'école pour l'année prochaine parce que c'est très très difficile de rester à l'école, ça provoque tout de suite de l'anxiété, des crises d'angoisse avec un florilège de symptômes, notamment des migraines, des maux de ventre, tout ça ». Le CNED « c'est fait avec la maison des adolescents. Les psychologues et les psychiatres qui vont mettre cela en place. »

P15 : « On a implanté ce qu'on appelle du SAPADHE, c'est à dire des cours par les professeurs. De ce fait, elle a droit à six heures de cours en duel avec un professeur soit à son domicile soit en visio. [...] Le CNED, il faut être autonome [...] Tous ces services-là nous sollicitent comme conseillers techniques et c'est nous qui donnons notre accord pour mettre en place du CNED ou du SAPADHE », « quand ils ont plus de 16 ans, le CNED n'est plus pris en charge financièrement », « aller en cours de langue, trois heures par semaine... permet que le CNED soit pris en charge financièrement par l'Education Nationale. C'est un montage », « Les enfants qui sont petits ne peuvent pas être autonomes. Il faut forcément qu'il y ait un adulte qui les aide scolairement : l'instruction en famille. A condition que le parent qui est inscrit, ait le BAC et qu'il fasse un projet pédagogique »

d. Evaluer le terrain psychologique

Le terrain psychologique était propice au harcèlement scolaire selon les médecins : anxiété, TDAH, TSA.

P1 : « C'était déjà une petite très anxieuse », « hyperactivité a été diagnostiquée »

P11 : « ils ont des profils un peu atypiques, donc ils sont plus sujets à être victimes ..., il y en a un certain nombre qui ont des TDAH, des troubles du spectre de l'autisme. Et donc, certains avec un TDAH, vont être hyper impulsifs et ne pas se rendre compte, parfois, qu'ils sont harceleurs. Idem avec le TSA ... c'est plus par manque de maîtrise du filtre social et de la compréhension des situations sociales. »

En effet, la proportion d'enfants victimes de harcèlement scolaire vue en CMPP était majeure :

P11 : « Je pense que c'est un enfant sur trois que je vois ».

Et c'était difficile à accepter par les parents :

P15 : « avec des parents qui ont du mal à se mobiliser pour qu'il y ait un vrai suivi psychologique et psychiatrique, une évaluation psychiatrique. Est-ce que ça va changer quelque chose, le fait de changer d'établissement ? ... notre enfant n'a pas de problème »

Pour des situations de harcèlement scolaire plus difficiles, qui traînaient dans le temps, qui ne parvenaient pas à se résoudre malgré de nombreuses actions mises en place, montrant des difficultés d'habileté sociale-, une évaluation et une recherche de ces troubles psycho-psychiatriques semblaient utiles à réaliser.

P11 : « on n'arrive pas à savoir si c'est eux qui se sentent persécutés, ou si vraiment c'est la situation qui se reproduit. Ne réalimentent-ils pas aussi, parfois, les choses ? », « ceux qui - réellement - ne s'en sortent pas du tout de cette situation, correspondent souvent à ceux pour qui ça vaut le coup d'évaluer s'il n'y a pas autre chose d'associé.- J'ai l'impression que c'est quand on commence à faire des évaluations un peu plus poussées -(que ce soit en TDAH ou TSA). » « Quand on remarque que c'est sur le plan des relations sociales ... on peut, au CMPP, proposer des groupes d'habilité sociale pour travailler le « comment-être avec les autres », ou comment s'affirmer ».

e. Evaluer le noyau familial

Il était remarqué l'importance du noyau familial : le bagage éducatif pour se construire, le soutien reçu pour être entendu et reconnu comme victime, afin de lutter activement face au harcèlement scolaire. Ceux qui n'avaient pas cette chance, et qui avaient une « fragilité familiale », semblaient plus à risque d'être touchés par le Harcèlement Scolaire.

P6 : « Si l'environnement scolaire ou familial est un peu délétère, ça va forcément augmenter le risque de transposition à un mal-être pathologique. », « on n'est pas égaux face au Harcèlement scolaire et qu'il y a tout un bagage éducatif, familial, environnemental qui permet de se blinder, d'être épanoui », « Ma maman je sais pas, j'ai du mal, j'arrive pas à lui parler, je sens qu'elle va s'emporter, qu'elle ne va pas comprendre », « le milieu familial n'est pas particulièrement aidant »

P12 : « Et quand l'univers familial n'est pas favorable... Je pense que c'est important de bien évaluer aussi la structure familiale. »

P13 : « c'étaient des jeunes qui avaient un bon étayage familial, un bon étayage amical, dont les parents avaient quand même pu expliquer tous les tenants et aboutissants des violences. Elles ont été entendues aussi »

2. Harcèlement et violences conjugales, deux sujets pour un combat proche et inspirant pour le médecin généraliste

Le harcèlement scolaire a souvent été comparé et mis en regard des violences conjugales, car il y avait de nombreux parallélismes. Et l'approche du médecin généraliste devait donc être proche pour les victimes dans les deux cas.

P2 : « je mets sur le même plan le harcèlement scolaire et les violences conjugales, ce sont deux sujets très importants pour moi »

Le médecin devait donc être proactif dans la recherche du harcèlement scolaire comme dans celle des violences conjugales, au risque de passer à côté de nombreuses situations :

P1 : « Avant de faire ça, j'aurais dit que je n'avais quasiment pas de gens victimes de violences dans ma clientèle, et à partir du moment où j'ai suivi le réseau et que j'ai posé des questions, je me suis aperçu que - comme tout le monde- que j'en avais plein dans ma clientèle : je n'avais juste pas posé de questions. On se dit que pour les enfants, bien entendu, ça va être la même chose ».

P13 : « "Est-ce qu'on t'embête à l'école ? " , il faut poser la question de manière systématique, - comme dans les violences conjugales, on pose systématiquement la question des violences sexuelles. - Si on ne pose pas la question, on peut passer à côté du problème ».

P18 : « maintenant c'est assez courant de demander aux femmes si elles ont été victimes de violences au cours de leur vie dans l'interrogatoire. Et bien, pour les enfants ça devrait être pareil ... »

Il était important, dans les deux cas, d'ouvrir la porte et de laisser du temps à la victime, pour réussir à se confier :

P8 : « un peu comme ce qui est fait pour les violences conjugales, pouvoir ouvrir la porte et la laisser ouverte, ... pour que les patients, par la suite, puissent se confier »

Le nombre de victimes étaient sous-estimées :

P1 : « ces chiffres sont, à mon avis, très en dessous de la réalité »

P13 : « sur les violences conjugales, il y a des augmentations massives au niveau national qu'on n'observe pas, nous, sur nos chiffres. Ça reste notre proportion. Une violence scolaire, ça représente 4% de nos consultations ».

P14 : « je leur dis, il semblerait qu'il y ait un ou deux enfants harcelés par classe. Et souvent je leur dis, moi je n'en ai pas. C'est comme les femmes battues. Il y en a plein, mais moi je n'en ai pas. Donc il y a un truc qui ne va pas. »

Le diagnostic, dans les deux cas, était trop tardif car les victimes n'osaient pas en parler, se cachaient :

P14 : « on sait très bien qu'il y a des violences conjugales ; ou alors on le sait après, quand elles divorcent, quand elles se séparent »

P3 : « Bah les histoires : "ma fille s'est suicidée, ma sœur s'est suicidée, elle allait bien, je n'ai rien vu venir" c'est régulier... C'est pas rare »

P5 : « les gens, spontanément, ne vont pas dire que ça ne va pas à l'école. Un enfant, il va cacher, il ne va pas trop dire »

P1 : « si on ne gratte pas, on peut largement passer à côté, ils sont capables de nous faire une consultation où ils sont super en forme, pour aller en colonie. Et en fait, ils ne dorment plus, ils ne mangent plus, et ils sont super tristes à la maison »

3. Le harcèlement scolaire et le déficit de confiance en soi

a. Un profil vulnérable

Le manque de confiance en soi faisait aussi partie des points communs, entre les victimes de violences conjugales et les élèves harcelés. Elles semblaient avoir un profil vulnérable et avaient besoin de réaliser un travail d'affirmation de soi en psychothérapie. Ceci pour éviter que la situation ne se reproduise ou d'avoir des séquelles à l'âge adulte.

P1 : « les victimes sont souvent repérées par les groupes comme étant la personne un peu différente, ça peut être un défaut physique... et tout de suite c'est mis en avant par le groupe qui harcèle »

P14 : « elle repart avec un autre homme et elle recommence... c'est leur fonctionnement. ... Et tant qu'elles ne feront pas de psychothérapie, elles ne changeront pas, ou les enfants ne changeront pas. ... Les harceleurs existent aussi, ... mais parce qu'il y a des gens qui se laissent harceler ! [...] Je pense qu'il y a deux choses. Il y a à la fois l'enfant qui est «différent », par rapport à la normalité que se font les ados... Et la deuxième condition pour... si vous êtes roux et harcelé mais vachement bien dans vos baskets, rien à foutre d'être roux, vous assumez vos vêtements : il n'y a pas de harcèlement, ... Il y a des adultes harcelés, donc c'est pareil, c'est exactement la même chose. Et c'est uniquement de la psychologie, c'est une perte d'estime de soi, alors je ne sais pas si c'est la cause ou la conséquence... »

P7 : « le vécu aussi de l'enfant, même s'il y a des enfants, je pense, qui peuvent être harcelés, qui ne le perçoivent pas trop parce qu'ils sont un peu dans leur bulle »

P3 : « c'est des enfants qui n'ont pas de répondant. Qui sont un peu gentils. Un peu fragiles »

b. Des solutions : se renforcer, se défendre

Il était important de redonner confiance en soi à l'enfant. Ce n'était pas de sa faute, mais il avait des solutions.

P1 : « si l'enfant est bien dans sa peau et qu'il se moque de ce dont les autres rigolent, ça passe. Mais si effectivement déjà, il y a un relatif complexe, là, forcément il est encore plus touché et il souffre énormément... Redonner confiance !

P17 : « que les gens puissent enfin, les enfants puissent avoir confiance en eux. Ce sera beaucoup même pour l'âge adulte. Même si ça ne marche pas forcément pour le harcèlement au collège ou à l'école, au moins qu'il y ait de petites bases.

P9 : « Je pense qu'il faut surtout travailler sur les éléments de confiance parce que justement on sait très bien qu'ils sont harcelés parce que justement il y a un défaut de confiance »

Il existait des armes inoffensives pour aider les enfants à se renforcer et à se défendre : humour, répartie, ... et le médecin généraliste pouvait les guider dans cette voie :

P3 : « J'avais lu 2-3 bouquins et j'essayais de faire ce que disait la psychologue, de dire "écoute, qu'est-ce qu'il te dit ? Alors demain tu vas lui dire ça et tu vas lui dire ça et on se revoit dans 2 jours pour que tu me dises ce que t'as fait". En gros, de coacher l'enfant pour qu'il puisse répondre et ne plus se laisser faire en fait »

P5 : « Et donc je lui ai dit, ma cocotte, la prochaine fois qu'il t'embête, tu lui dis, "s'il y a du monde, moi j'avais un problème d'audition, je n'entendais pas, et heureusement, pour moi, la médecine a pu faire quelque chose, et maintenant je suis appareillée, j'entends très bien. Toi pour ta gueule, la médecine peut rien faire". Voilà. Donc, la fois d'après, je l'ai revue et elle me dit "j'ai fait ce que vous m'avez dit, je lui ai dit devant tout le monde. Tout le monde a rigolé et après, il ne m'a plus embêtée". Je pense que c'est parce qu'elle a mouché le meneur de tête »

P12 : « il faut aussi leur apprendre à avoir de la répartie, mais ce n'est pas toujours simple »

P17 : « ça rentre un peu dans le cadre de l'estime de soi, tu vois, favoriser l'estime de soi du gamin, je pense que ça devrait être beaucoup plus cultivé, ça ne l'est pas... Avoir une sorte de bouclier, anti-conneries pour être protégé parce qu'il y aura toujours des gens pas sympathiques qui pensent que vous êtes nuls. »

Le fait de dire de se défendre n'était pas évident pour le médecin.

P8 : « d'un point de vue personnel, j'aurais tendance à dire, à ma famille ou à un ami, "ben défends-toi, fais quelque chose, allez, vas-y, il faut répondre". Mais d'un point de vue médical, je trouve délicat, il peut y avoir des répercussions, et cette répercussion, ça peut être qu'il puisse se faire agresser, et que ça s'empire pour lui. »

c. Adapter les solutions à chaque enfant

Pour chaque enfant, il existait des solutions différentes et il suffisait pour le médecin ou les autres accompagnants de trouver lesquelles :

P6 : « l'enfant, il ne va pas la trouver spontanément. Parce que comme il se sent diminué par rapport aux autres, il ne va pas aller à l'affront. Il va au contraire courber le dos, essayer de passer discrètement. Et pour les autres, plus tu as une personne qui baisse la tête, plus ils enfoncent. Voilà, il faut trouver le moyen de répondre, parfois par l'humour, l'ironie, ... pour un peu créer l'étincelle qui va inverser le rapport de force »

P9 : « Il faut savoir détecter quelles sont les forces de chaque enfant. Et lui faire, si c'est un enfant qui a de l'humour, justement, tu peux lui dire d'utiliser son humour. Si tu es un enfant qui est plus costaud, justement, tu peux lui dire, écoute, tu n'es pas gringalet, donc je pense que tu n'as pas à avoir peur physiquement de ces gens-là, ... tu es costaud et tu pourrais faire face à ce genre de choses »

4. Le rôle de la société dans le harcèlement scolaire : une société numérique, violente, anxiogène

a. Les médias à double tranchant : révélateur et pourvoyeur du harcèlement scolaire

Les médias étaient considérés comme révélateurs du Harcèlement Scolaire, qui existait déjà mais cela avait permis de lever le voile. Les médecins étaient plus confrontés au harcèlement scolaire depuis quelques années.

P4 : « Le Harcèlement Scolaire, pour moi, ça reste une priorité. Le nombre de cas a augmenté. Même si je ne suis pas installée depuis longtemps, j'ai quand même eu facilement 4 ou 5 enfants en un an de temps. »

P16 : « je pense qu'avant il n'était pas dépisté, et qu'il y a beaucoup de choses qu'on ne savait pas, et que maintenant, il y a plus de moyens, donc en effet, je pense que malheureusement, ça ne fait qu'augmenter ».

P6 : « Je pense que ce qui était caché, on le met en évidence. Et donc c'est biaisé. Je pense que c'était là, mais on ne s'y intéressait pas forcément de façon adaptée »

L'ère du numérique qui avait aussi un mauvais côté : le cyberharcèlement :

P1 : « le cyber harcèlement, les réseaux sociaux etc. qui est parti en flèche, qui a explosé et qui donne un autre moyen de poursuivre les enfants en dehors même de l'école »,

P9 : « Nous, ça s'arrêtait. On arrivait à ce que, quand on entraît chez nous, ça s'arrêtait.

Quand tu rentrais chez toi, quand tu étais en vacances, il n'y avait plus de harcèlement. Mais ... ça ne s'arrête jamais. »

P15 : « ça a explosé depuis dix ans. Je pense que ça a toujours un peu existé, mais que le fait qu'il y ait les réseaux sociaux, ça l'entretient en permanence. Il y a 15 ans, je n'en voyais pas. Et cette année, j'en ai vu 90 »

b. Rôle de prévention du numérique par le médecin généraliste

Le médecin pouvait jouer un rôle dans la prévention des effets négatifs du numérique, dans le cadre de la prévention Le médecin pouvait jouer un rôle d'accompagnement dans la construction, dans l'éducation de l'enfant.

P4 : « Alors, je le fais déjà, la prévention, mais c'est aussi le rôle des parents »

P3 : « dans le cadre de la prévention du numérique. Aujourd'hui, je dis aux parents, pas d'écran avant 3 ans, il faut faire attention, voilà. C'est sûr qu'il faut sensibiliser les parents à l'utilisation du téléphone..., et quels que soient les âges parce ... qu'il y a des parents qui n'ont pas forcément conscience du risque. [...] il y a aussi le site *jeprotégemonenfant* pour les parents »

P9 : « je leur pose la question de savoir s'ils utilisent des réseaux sociaux, comment ça se déroule, comment ça se passe, quelles images, qu'est-ce qu'ils mettent dans ces réseaux-là, qu'est-ce qu'ils regardent, quels sont les sujets qui les intéressent ? Et ça permet de faire la lumière sur certaines choses. [...] Leur montrer le cadre dans lequel il est, que ce n'est pas facile de créer un lien. »

P13 : « Nous avons un "permis internet" pour justement sensibiliser, mais ce serait plus en termes de prévention, que le médecin généraliste peut évoquer. »

c. Une société anxieuse et violente

La société était décrite comme plus anxieuse qu'avant pour les adolescents, et les jeunes harcelés pouvaient être dans l'acceptation, et le pessimisme.

P17 : « au niveau bien-être des ados, j'y vois une dégradation ... Harcèlement ou pas depuis quelques années... j'ai l'impression que les ados sont beaucoup plus anxieux... Je pense qu'ils sont moins insouciant qu'avant. ... J'étais un peu déconnecté de la réalité, jusqu'au lycée, alors que là, tu sens qu'il y a quand même une pression ».

P6 : « il trouvait ça un peu normal. On voyait bien qu'il était complètement sans solution... Il subissait tellement cette pression »

Les médecins voyaient la montée de la violence dans toutes les interactions, avec une frontière devenant mince entre le réel et le fictif :

P1 : « quand on regarde les thèmes de la plupart des jeux, c'est de casser, de détruire. Et comme ils peuvent faire autant de parties qu'ils veulent, une fois cassé c'est réparé, on recommence. Sauf que quand ils ont vraiment cassé les affaires du copain, là, les affaires ne se réinitialisent pas toutes seules dans la vie réelle. Il y a un décalage entre la vie fictive des écrans et la vie réelle de l'école. »

P4 : « clairement la société là, ... elle y va droit dans le mur. Je suis persuadée que tous les films qu'on voit, que tous les jeux vidéo, enfin tous les réseaux, le fait qu'on ait accès à plein de contenus sur les réseaux, tout ça joue... Même si, soi-disant, ils sont capables de faire la différence entre la réalité et la fiction, moi, pour moi, la violence, elle vient de là. »

d. La nature humaine, et le fonctionnement humain

La nature (humaine) était difficile et cruelle parfois, avec une méchanceté gratuite, une humiliation parfois intense.

P1 : « Et les autres, plus tu as une personne qui baisse la tête, plus ils enfoncent. »

P11 : « elle avait dû lécher des flaques d'eau à l'école. Enfin, un truc vraiment très, très sordide. », « il s'est mis- tous les jours- à lui dire qu'il voulait la voir morte »

P17 : « En disant, t'es un bébé, t'es nulle, regarde comme t'es habillée, tu ne sais pas... », Il y aura toujours des groupes humains, des comportements bizarres, le bouc émissaire... »

« Un reportage sur des... grands singes... entre eux, ils sont violents et même parmi les groupes, il y en a certains qui sont mis au banc,... ils sont désignés parce qu'ils sont peut-être un peu plus doux. Il y en avait un qui était très très doux, qui manipulait des plantes et qui n'était pas comme les autres. Et les autres, un jour, l'ont massacré. C'est quand même perturbant. Et je me suis dit, c'est comme les humains. »

Le harcèlement était un engrenage : « harceler pour s'intégrer ». Le médecin devait en faire prendre conscience aux enfants harceleurs et à leurs parents.

P1 : « les parents, en général, m'en parlent en me disant... "je suis contrarié, on accuse mes enfants" ... les parents qui sont dans le déni. "Est-ce qu'ils sont dans un groupe?" "Mais ce ne sont pas eux les initiateurs..., ils suivent", "ah oui, mais s'ils suivent, peut-être il faut que vous leur parliez"... c'est plus les parents à qui on fait prendre conscience, dans l'espoir qu'ils donnent les bonnes références aux enfants et qu'ils les guident. Les enfants, ça les amuse quoi ; on a l'impression qu'il y a une inconscience de ce que ça représente pour les autres ... »

P6 : « Je pense qu'il y a aussi cet effet de groupe entre les élèves : quand on est dans le groupe, et qu'on victimise quelqu'un d'autre, on se sent un peu plus renforcé. Il me dit "Je suis dans une position pas facile, parce que moi quand on est tous les deux, je lui parle, on joue mais c'est vrai que, quand le groupe arrive bah, je dois faire un peu comme eux, c'est-à-dire, il ne faut pas jouer avec lui" »

P3 : « peut-être que les parents n'ont pas conscience que leur enfant fait du mal et que, peut-être, juste remettre un peu de cadre »

P9 : « Pour casser un effet de groupe, c'est comme dans les sports de combat. [...] tu cherches qui est le plus fort, et puis tu fonces dans le chef. Si tu arrives à neutraliser le chef, les autres de toute façon partiront. [...] Si tu casses le meneur, c'est fini »

B- Un dépistage systématique remis en question, un blocage de la parole de l'enfant

L'outil Fernando proposait, en premier lieu, l'idée d'un dépistage systématique. De plus, il évoquait l'importance d'inclure les parents ou la personne de confiance.

1. Parents : la difficulté d'une consultation triangulaire pour le dépistage

Dans le dépistage, les parents pouvaient être des freins ou des éléments facilitateurs, mais le médecin devait faire avec eux, et leur trouver leur place.

a. Frein ou facilitant

La présence des parents était parfois un frein ou un élément facilitant la parole de l'enfant, le médecin devait trouver un équilibre. L'âge faisait partie des critères pour voir seul l'enfant. Puis, il fallait faire au cas par cas.

P2 : « les parents qui peuvent être un obstacle ou un élément facilitant, mais on ne sait jamais à l'avance »

P4 : « si les enfants n'en parlent pas aux parents c'est qu'il y a une raison. »

P3 : « des enfants qui sont en primaire, c'est compliqué de dire aux parents "bah maintenant sortez"... Les ados ça passe, surtout quand c'est un père et une fille. "Vous pouvez sortir, je vais l'examiner »,

P10 : « quand ils sont petits, non. Pour les adolescents, oui. »

P16 : « il y a des enfants qui souhaitent que les parents restent »

P14 : « ceux qui sont en primaire, [...], je n'ai pas le sentiment qu'ils comprennent vraiment ce que veut dire " harceler" ils répondent pas du tout les enfants, c'est les parents qui réagissent »

P8 : « je leur propose de revenir quand je les vois une première fois, pour la prochaine fois, je dis bon, si tu veux, tu peux venir me voir la prochaine fois tout seul, sans maman, sans problème. Et quand ils reviennent, voilà, ça se passe bien. »

P6 : « je lui parle de secret médical en présence de la maman et puis je propose que soit on continue sans le parent, soit on programme un prochain rendez-vous sans le parent ; que s'il veut, on peut faire une synthèse après, mais que ce n'est pas obligatoire, peut-être qu'avec les parents, oui, il est coupé, voilà. Et laisser la place vraiment à l'enfant, que la consultation soit vraiment centrée sur lui, que lui n'ait pas de regard extérieur, vraiment, que c'est cette relation de confiance, sans jugement »,

Les médecins pensaient qu'il était plus adapté que les parents ne soient pas là, notamment pour aborder la sexualité, le tabac. C'était également un moyen d'autonomiser l'enfant, un pas dans son développement.

P10 : « A partir de l'âge de 14 ans souvent, d'avoir un entretien avec l'adolescent, s'il est d'accord, et si les parents sont d'accord. Notamment pour tout ce qui est prévention tabac, prévention sexuelle, enfin la prévention contraception, les IST, ... sans les parents, on se délie plus facilement »

P12 : « j'ai reçu sa fille après pour avoir un discours un peu différent sur sa sexualité et son consentement. Elle a un peu déculpabilisé. [...] on n'avait pas franchement à la juger. [...] Elle était quand même victime, mais pas complètement [...] elle a commencé à mettre des, voilà, des barrières sur ce qui est acceptable »

P5 : « Même les parents qui te proposent "je vous laisse docteur, je vais dans la salle d'attente pour que vous puissiez discuter". »

P16 : « Ça permet aussi de responsabiliser l'enfant qui est dans une période de transition, l'adolescence entre l'enfant et l'adulte, de mettre une première responsabilité ... maintenant, il est seul chez le docteur. »

P6 : « Pour moi, c'est un frein par rapport aux parents, de savoir qu'est-ce qu'ils savent de leur vie, de leur gamin, etc., qu'est-ce qu'ils se sont dit, etc., et de ne pas faire sortir quelque chose et le parent se retrouve un peu démuné, un peu effondré ».

Les médecins décrivaient la possibilité de s'appuyer sur les parents pour mieux dépister le harcèlement scolaire. Les parents pouvaient être un véritable vecteur de la parole de l'enfant, un moyen de contourner le mutisme de l'enfant. Soit les parents en parlaient spontanément, soit quand le médecin généraliste lui avait demandé des nouvelles de la maison, alors qu'il venait en consultation pour lui-même. C'était parfois lors de consultations où il voyait seul les parents que le médecin dépistait des cas de Harcèlement Scolaire.

P17 : « Comment va le mari, comment vont les enfants ? C'est quelque chose que je fais. La mère, "on est un peu gêné parce qu'il y a un souci de harcèlement, il se fait piquer ses affaires ..." ce sont souvent les parents qui en parlent c'est rare que l'enfant ou l'ado verbalise directement »

P1 : « "Comment ça se passe, les enfants, l'école, machin ? de toute façon, pour avoir un peu la température de la vie quotidienne". Elle m'a dit, "heureusement que vous avez abordé le sujet, parce que" la maman m'a dit, "je n'aurais pas eu l'idée de vous en parler". »

P4 : « Et une seule fois, ça m'est arrivé la mère, c'était une consultation pour elle, et qu'elle me demandait une consultation pour sa fille dans le cadre d'un Harcèlement Scolaire. »

P18 : « j'avais déjà vu sa mère il y a peut-être 2 ou 3 semaines, pour elle, pour son renouvellement. [...] Souvent je pose la question « comment ça va », enfin « comment ça va à la maison ». [...] Et elle m'a raconté l'histoire de son petit garçon de 10 ans, qui avait été harcelé [...] cette année, et qu'il n'avait pas voulu voir de psychologue, et moi je lui ai proposé de le voir. »

b. Trouver l'équilibre

Le médecin souhaitait faire des points réguliers avec les parents, même s'il voit l'enfant seul, pour continuer à l'inclure dans la prise en charge. Discuter avec l'enfant du secret médical était alors important pour le rassurer.

P6 : « Je dis "mais est-ce que ton papa sait ? On avait parlé de traitement etc. Je lui dis, ce serait bien quand même que je le vois avec toi pour qu'on puisse discuter »

P5 : « Et après, avant de revoir le parent, je lui dis "bon, maintenant, qu'est-ce qu'on peut dire à papa-maman de notre entretien ? Qu'est-ce que tu veux bien qu'on dise ?" Parce qu'il ne faut pas trahir l'enfant. »

P16 : « Déjà je trouve que c'est important de poser les bases, qu'il y a le secret médical, que ça reste entre nous, que j'en parle pas à ses parents, même sur une autre consultation. Il y a des choses qu'il ne va pas dire à ses parents, qu'il peut, voilà, me dire à moi. »

Le médecin généraliste pouvait être un médiateur parent-enfant, un intermédiaire, surtout à l'adolescence, pour faire prendre conscience des changements et négocier.

P12 : « J'ai essayé de l'apaiser, puis d'apaiser les tensions avec la fille, et j'ai reçu sa fille après. Les deux ensemble et depuis, c'est séparément. J'ai réussi à négocier avec la maman, je l'ai dit que ce serait mieux si je la voyais [seule]. J'ai vu aussi la maman toute seule »

Certaines fois, les parents ne semblaient pas adaptés à la situation et une tierce personne ou une implication supérieure du médecin pouvait se faire.

P7 : « Mais voilà, on peut se retrouver aussi face à des situations où les gens [parents] sont complètement perdus, ne savent plus par quel bout prendre et donc, évidemment, d'avoir des outils pratiques, c'est toujours intéressant. »

P10 : « Il y a des parents qui vont avoir des réponses tout à fait adaptées et d'autres pas forcément et dans ce cas-là, en effet, il va falloir prendre un peu plus le relais pour ces parents un peu moins adaptés. »

P17 : « Enfin au moins passer par les parents... ou personne tutelle, mais au moins qu'il y ait un cadre derrière. Peut-être conseiller de voir un psychologue. Au moins qu'il y ait un tiers... »

2. Difficulté de libération de la parole de l'enfant

Concernant le dépistage prôné par l'outil Fernando, les médecins se heurtaient à un blocage de la parole de l'enfant. La difficulté d'évoquer le harcèlement scolaire par les enfants était réelle. Les médecins se sentaient en grande difficulté pour réussir à le dépister, car ils avaient du mal à savoir comment briser la loi du silence. La question et le BITS, tests proposés dans l'outil Fernando, étaient de bonnes bases.

- **UNE COMMUNICATION DIFFICILE, TANT DU POINT DE VUE DU MEDECIN QUE DE L'ENFANT**

- a. **Les freins des enfants**

Les hypothèses de frein à parler par les enfants étaient : la peur, la culpabilité, la honte, ne pas vouloir être la personne qui va dénoncer les harceleurs par crainte des représailles, le manque d'autonomie, ou comme suscitées la présence des parents, le fait de sortir du motif de consultation initial...

P5 : « T'es un cafteur »

P17 : « "tu nous as dénoncés"... »

P6 : « La bascule lycée probablement. ... un changement un peu de statut, "je suis lycéen, je suis un peu plus autonome" »

P9 : « Ils me disent "mais moi j'en ai rien à foutre de ces questions, pourquoi il me pose ces questions-là ? Je voulais mes médicaments, c'est tout". »

P13 : « Les victimes en général ont peur de ne pas être crues, ou pensent qu'il va rien se passer de toute façon. [...] Et donc pour eux, comme la première fois ça n'a rien changé, de recommencer à dénoncer des faits ... c'est compliqué. »

b. Attendre que l'enfant soit prêt, et se mettre en retrait

Certains médecins disaient que, parfois, il était peine perdu de chercher à dépister le harcèlement scolaire chez l'enfant quand il ne disait rien. Il fallait attendre que l'enfant soit prêt à en parler. Il ne fallait pas pousser l'enfant dans ses retranchements.

P4 : « Sincèrement, si l'enfant n'est pas prêt à en parler, pour moi, ça sera toujours non, la réponse [au dépistage]. Ça dépend de lui. Quand il aura confiance [...] Parfois je pose la question et il y en a certains qui vont se braquer tout de suite. Donc je ne vais pas insister plus que ça. On voit leur visage se fermer. Et puis leur posture, pareil [...] Donc je n'insiste pas sur cette consultation-là et puis je le redemande une prochaine fois. »

P11 : « Je pose systématiquement la question de : « Est-ce qu'il y a eu des choses à l'école ? » Alors après, s'il y en a, ils ne vont jamais le dire. En fait, on apprend que ça fait deux ans que c'est le cas, et qu'ils disent « non » à chaque rendez-vous. Après, s'ils ne veulent pas en parler, c'est compliqué... [...] j'aurais beau lui poser toutes les questions du monde, - ce que j'ai fait à un rendez-vous -, je n'avais aucune accroche... »

P13 : « Nous [au CASA] on est biaisés parce que les gens viennent ici parce qu'ils sont ok pour en parler. Soit parce que les parents ont fait quelque chose, soit parce que le jeune a été en demande d'en parler et que ça aboutit. »

P17 : « essayer de faire parler un enfant qui a pas envie de te parler ça, c'est un peu compliqué ». »

P18 : « l'enfant qui ne parle pas, voilà, ça ne sert à rien d'essayer absolument de vouloir qu'il parle. Si ce n'est pas à nous, ce ne sera pas à nous. »

P9 : « que le problème soit mis sur la table, des fois, ça fait beaucoup de chemin chez le patient. Donc déjà, la prise de conscience du problème »

Si l'enfant ne disait rien, soit les parents prenaient le relai, soit les plateformes anonymes. Mais sinon, le médecin était fataliste et reconnaissait ses limites, il acceptait le risque à contrecœur. Le médecin ne pouvait pas forcer la confiance, et devait accepter le silence de l'enfant. Le médecin ne souhaitait pas être intrusif. Le médecin se mettait alors en retrait.

P12 : « on voit bien si les parents sont un petit peu à l'écoute et poursuivent après la recherche éventuellement. »

P2 : « Au risque de passer à côté d'une situation de harcèlement ». « [La solution] Elle n'est pas chez le médecin. Bah un numéro anonyme, c'est pas mal. »

P4 : « Franchement, à part les plateformes anonymes ou les numéros... s'il n'en parle pas et s'il ne le montre pas, on ne peut pas le voir... »

• DES SOLUTIONS POUR FAVORISER LA LIBERATION DE LA PAROLE DE L'ENFANT

Si certains pensaient qu'il fallait attendre et peut-être « déléguer » le dépistage à d'autres, d'autres médecins pensaient qu'il y avait des solutions pour aider l'enfant à se confier. Et ces réponses n'étaient pas toujours dans l'outil Fernando.

a. Adapter les questions à poser

Trouver des questions-types, une seule question ne suffisait pas car les enfants parlaient peu.

P9 : « je trouve que les questions pas ouvertes, ... il faut trouver une autre accroche à mon avis. [...]. Les réponses étaient rapidement fermées. Ces questions initiales sont, à mon avis, essentielles. ».

P14 : « il doit y des questions type à poser, que je n'ai pas, pour que les enfants puissent parler en fonction des âges. Les parents comprennent bien mais l'enfant lui, plus il est petit plus c'est compliqué. (...) avoir des phrases un peu clés ou types qui nous orientent directement vers le harcèlement. Il doit y avoir des trucs encore différents pour les tout-petits. Dans la zone des 6-10 ans. »

Pour certains, l'outil leur avait fait changer leur pratique et il fallait dépister en utilisant le mot « harcèlement ». Alors que pour d'autres, il y avait un risque d'induire une réponse (cf ci-dessus).

P18 : « je posais la question pas frontalement, pas... « Est-ce que tu es harcelée à l'école ? ». Ça, non. [...] Je me dis que peut-être des fois ma question première, c'est peut-être pas forcément pertinent. [...] Et peut-être que j'en rate sûrement. »

P14 : « Et bizarrement "est-ce que tout va bien à l'école ?", ou "est-ce que t'es harcelé", c'est pas du tout la même question pour eux. C'est trop flou pour eux. C'est comme quand on rencontre quelqu'un dans la rue, "est-ce que ça va ?" ...la personne va pas dire, "bah non ça va pas". Elle va dire "oui ça va". Je parle de harcèlement, je dis carrément le mot... »

Certains médecins pensaient qu'il fallait poser plusieurs questions pour évaluer le bien-être scolaire, et qu'il ne fallait pas utiliser le mot « harcèlement » au contraire.

P12 : « Je n'utilise jamais le mot harcèlement. "Est-ce qu'on t'embête ? Est-ce qu'il y a quelqu'un qui se moque de toi ? Est-ce que tu te retrouves toute seule ? Comment ça se passe à l'école ?" C'est important de savoir aussi s'ils ont des amis, ... demander aux parents s'ils voient d'autres élèves, venir à la maison. C'est des choses simples. »

P16 : « Donc j'ai utilisé cette nouvelle phrase, mais que j'ai trouvée assez appropriée, "embêté", on va dire c'est un mot du langage courant, donc pour un enfant je trouve que c'est assez adapté. Voilà, "est-ce que tu te sens harcelée ?", j'aurais trouvé ça peut-être un peu plus violent pour un enfant... Peut-être creuser comme je disais avec plus de questions. Les questions que je pose, « c'est quoi ta matière préférée ? Est-ce que t'aimes y aller ? » Et puis aux petits je leur demande le nom de la maîtresse pour savoir s'ils sont un peu perdus. ... ça permet de voir un peu aussi l'état de santé global »

b. Adapter la personne à qui en parler

Médecin-femme, adressée au psychologue.

P18 : « Je pense que les médecins, déjà, femmes, c'est parfois un peu plus facile que les hommes ... qui peuvent faire un peu plus peur, figure paternelle »

P18 : « je pense qu'une psychologue est plus à même d'y arriver. [...] Ils ont plus d'outils. [...] En fonction de ce que les parents me disent aussi, si j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui va pas, »

P2 : « Ça dépend de la façon dont il perçoit le médecin. Si c'est une autorité ou si c'est quelqu'un de... d'équivalent à qui il peut dire »,

Quelqu'un de plus neutre que le médecin traitant paraissait parfois plus adapté pour aider à se livrer, de façon un peu contradictoire avec le climat de confiance cité aussi.

P2 : « Mais à l'inverse ça peut être aussi un frein, et l'interlocuteur plus neutre peut être plus adapté ». « Bah j'dirais la maison de l'adolescence si on sent qu'il y a un mal-être. »

P12 : « je suis médecin de famille, je connais toute la famille, je conseille très vite d'aller voir un psychologue, d'aller voir quelqu'un d'extérieur à la famille. [...] J'ai beau leur dire, que je ne suis pas de connivence avec les parents [...] on est quand même sous le secret professionnel. On a toujours un a priori et un parti pris au fil des années. C'est bien d'avoir quelqu'un qui nous voit dans la situation actuelle. »

Identifier la personne de confiance

P6 : « qu'ils aient rapidement identifié une personne de confiance, qu'ils aient eu quelqu'un voilà, qui a été présent, souvent la figure parentale, un des deux parents ou parfois le grand frère. »

c. Avoir des alternatives de moyen de communication

Faire écrire l'enfant, ça peut libérer,

P11 : « Ouais, il y a une ado où on se doutait qu'il s'était passé des choses dans sa vie. Sa psychologue lui a dit, "tu notes sur une feuille les trucs un peu graves de ta vie, dont tu ne veux pas qu'on parle »

P6 : « Je lui avais dit de me transposer par écrit un petit peu ce qu'il avait dit sur un petit cahier, de noter ce qu'il ressentait »

Faire dessiner (avec les petits), discuter à travers le jeu

P13 : « si nous, on dessine, ... on se met à discuter, à travers le jeu, la parole va se libérer. [...] Mais ça c'est pour vraiment les petits, enfin les 6, moins de 6 ans ou 7 ans. »

d. Adapter son attitude de communication

Croire l'enfant était primordial.

P5 : « De croire l'enfant, parce que s'il n'est pas cru par l'adulte... »

Être détendu, ouvert et simple.

P17 : « Je parle de façon détendue avec leurs parents... Et parler avec l'enfant. Parce que des fois, on ne peut parler qu'avec les parents. Je pense que c'est ça, une présence simple et ouverte »

Poser les questions en même temps que faire l'examen clinique permettait de gagner du temps et de faire oublier le cadre formel à l'enfant et l'aspect interrogatoire

P5 : « Je leur demande très facilement quand ils vont se peser, je leur dis "t'es en quelle classe ? Ça va à l'école ? Qu'est-ce que tu veux faire ?". [...] Puis des fois quand je les examine, je suis un petit peu à distance des parents et je leur dis tout bas, tu sais quand je vais regarder l'oreille, je dis « tu ne fumes pas » ? Je ne vais pas poser la question directement aux parents.

P16 : « Donc il est assis, je suis en train d'examiner... je suis à côté de lui... Il n'y a pas mon bureau entre nous, il y a ce positionnement. »

Poser les questions de façon plus naturelle, dans la conversation, finalement, pas comme un interrogatoire policier.

P6 : « que ce soit naturel, qu'ils sentent que c'est pas un interrogatoire. »

P9 : « que ce soit un truc qui fasse partie de la consultation... fluide. »

P17 : « Il ne faut pas non plus aller trop loin dans le questionnement... pas procédurier. On risque de le perdre ; ne pas forcément remplir item 1, 2, 3, 4, 5, 6 »

Trouver des points d'ancrage pour ouvrir la discussion.

P9 : « La difficulté, je trouve dans cet âge-là, c'est justement de trouver un point d'ancrage dans leur vie. [...] J'essaie de leur parler de choses qu'ils aiment. [...] J'ai parlé avec elle d'un dessin animé, parce que j'ai vu son t-shirt. J'ai vu Naruto, et moi Naruto, j'avais regardé tous les Naruto avec ma fille. Et ben justement ça a été vraiment un truc qui a permis d'échanger, de parler justement de la force, des rapports. Et là vraiment, on l'arrêtais plus, c'était parti ! Trouver la porte d'entrée, je pense que c'est ça qui est difficile à mettre en place chez les enfants. Dans le temps qu'on a, les interroger un peu sur ça... et puis, il voit quand même un adulte qui s'intéresse à des choses : il ne peut pas penser qu'un adulte pouvait s'intéresser à ce genre de choses-là. »

Déculpabiliser l'enfant

P18 : « Je lui ai dit que "ce n'était pas de sa faute". Il m'a dit que "ce n'était pas sa faute à lui. ... Ce qu'il a subi, c'est la faute du harceleur." »

e. Travail sur l'éducation des enfants

Travailler l'expression chez les enfants (élocution, expression orale, aisance, timidité)

P17 : « aider plus les enfants français à s'exprimer. [...] en Écosse ... beaucoup plus grande aisance pour s'exprimer que nous. On leur donnait des cours d'élocution. Ça pourrait leur donner une aisance à ces enfants qui sont parfois plus timides. Aussi des cours d'estime de soi. De sophrologie... Ce n'est pas du tout cultivé chez les enfants français. Danemark, Suède, je pense qu'ils sont au taquet là-dessus. Ça ferait du bien en France. »

Réaliser une sensibilisation à l'école qui peut préparer le terrain pour le médecin.

P12 : « il faut aussi que l'information soit passée à l'école. Nous, on va poser les questions qui auront déjà été abordées à l'école. L'intérêt c'est ça... Si on arrive comme un cheveu sur la soupe, en disant « est-ce que tu es embêté à l'école », alors que personne ne leur en a parlé... C'est bien qu'ils aient une information pour que nous, on puisse relayer. Parce que c'est déjà entré dans leur tête »

3. Remise en question du dépistage systématique par certains

Le dépistage était important, car c'était le point de départ de la prise en charge. Le dépistage systématique de l'outil Fernando était un moyen d'essayer de libérer la parole mais la mise en pratique n'était pas facile pour les médecins.

Le médecin reconnaissait avoir un grand rôle pour le dépistage...

P6 : « Je pense qu'on a un rôle extrêmement important là-dessus pour à la fois dépister »

P10 : « Et je pense en effet que le dépistage c'est un grand rôle »

La question était de savoir quand et comment dépister. Il y avait des avis partagés sur le dépistage systématique qui était conseillé dans l'outil Fernando.

- **CERTAINS MEDECINS ETAIENT EN FAVEUR DU DEPISTAGE SYSTEMATIQUE CONSEILLE DANS L'OUTIL**

- a. **Pas de gêne du médecin ni des patients**

Des médecins étaient à l'aise avec le fait d'aborder le Harcèlement Scolaire, considérant que c'était même leur devoir. Il ne devait pas y avoir de tabou en médecine générale, mais il fallait poser les questions avec discernement.

P3 : « ça fait partie de notre travail. »

P8 : « Après, il faut orienter sa question de manière à ce que ça ne soit pas gênant justement, à ce que ce ne soit pas trop brusque peut-être, mais en tout cas [...] que la question, je pense sera bien accueillie dans tous les cas. Si on a dans sa pratique, entre guillemets, tendance à poser des questions sur le tabagisme, les addictions, les rapports sexuels, eh bien, on est tout à fait assez, entre guillemets, « légitimes » pour poser des questions pour le Harcèlement Scolaire. Vraiment, quand on y va, il faut y aller jusqu'au bout. Vraiment, je pense que les enfants, quand ils viennent nous voir, ils savent que c'est un climat un petit peu de confiance »

Cela ne prenait pas trop de temps : faire du temps masqué, pendant l'examen

P7 : « C'était facile à mettre en œuvre parce que souvent, je posais cette question... avant l'examen clinique, ou au moment de l'examen... je ne pense pas que ce soit vraiment un problème, le temps, parce que la question, elle ne prend pas beaucoup de temps, et qu'à mon avis, elle s'intègre parfaitement aux consultations notamment aux consultations de suivi »

P12 : « Moi je le fais en examinant, je ne perds pas de temps ... je les ausculte, je parle pendant que je regarde le dos, je les pèse et je pose mes questions en même temps. »

Le dépistage systématique était bien accueilli par les patients et leur famille :

- P7 : « Les parents accueillait favorablement le dépistage systématique du harcèlement scolaire en consultation. Les enfants/ados sont un peu surpris par la question lors des consultations sans lien avec celui-ci »

- b. **Augmentation des chances de dépistage, et si possible précoce**

Le fait d'avoir réussi à dépister des cas de harcèlement scolaire grâce à la technique du dépistage systématique

P14 : « j'ai posé la question mais je me suis dit, c'est fou, la première question et paf, oui je suis harcelée. J'ai trouvé que, justement, c'était intéressant d'aborder le sujet, que je n'aurais pas abordé, si je ne vous avais pas eue au téléphone avant. »

Le fait d'en parler de façon systématique permettait de planter des graines, et de laisser une porte ouverte à la discussion, de faire comprendre à l'enfant qu'il pouvait en parler au médecin.

P1 : « Vous ne souhaitez pas en parler, je n'insiste pas, mais sachez que, si un jour, vous avez besoin, vous pouvez aborder le sujet. Et comme par hasard, le jour où ils en ont besoin, ils savent qu'ils peuvent aborder le sujet. Donc on a ouvert une petite porte »

P8 : « poser la question d'un point de vue systématique et ouvrir la porte, à la fin de la consultation « si besoin je suis là en tout cas »

P16 : « Déjà en parler, qu'il sache qu'au cabinet c'est ouvert, il peut en reparler si besoin »

P11 : « on pose la question à des personnes qui n'ont pas très envie d'en parler, plus elles vont peut-être se dire » ok je vais en parler ». S'il insiste autant, c'est que ça se voit peut-être qu'il se passe quelque chose pour moi. »

Les personnes n'en parleraient pas au médecin sinon. Les enfants cachent beaucoup de choses.

P14 : « c'est surtout poser des questions, que ça interpelle les gens pour qu'ils puissent en parler. Les gens, les ados, les adultes, tout le monde. En fait c'est le fait d'aborder le sujet qui fait toute la différence, puisqu'au final les personnes, personne n'aborde ce sujet spontanément, jamais »

P10 : « je pense qu'il vaut mieux le faire de manière systématique, En tout cas, l'évoquer parce que même si l'enfant va bien et est en bonne santé, ça ne veut pas dire que tout se passe bien à l'école. Après, quand ils sont petits, ils n'osent pas toujours en parler. S'ils ne veulent pas en parler, s'ils le cachent, c'est qu'ils n'en parleront pas non plus ici parce qu'ils sont avec leurs parents. Et parfois, ils ont du mal. Mais bon, ça peut être l'occasion pour eux de délier la parole par rapport à ça »

Cela permettrait de favoriser les chances d'un diagnostic précoce, capital dans le Harcèlement Scolaire.

P6 : On était peut-être sur le diagnostic plutôt précoce et se dire « on a un stade là, où on peut mettre des choses en place très rapidement avant que ça prenne de l'ampleur », etc. D'où l'intérêt effectivement du dépistage systématique pour justement, dès les premiers instants, se dire non, il ne faut pas laisser ça évoluer en tout cas. »

P13 : « C'est compliqué parce que ces enfants-là, s'il y a un non-dit, il peut juste prendre en charge le symptôme et tant qu'on ne traite pas le problème, ils restent des enfants pour lesquels la symptomatologie va continuer à s'aggraver finalement »

P18 : « il (ne) mangeait plus, il dormait mal, que les repas c'était devenu conflictuel, il pleurait aussi à la maison. Voilà, ils ont mis du temps à mettre le doigt dessus. Parce qu'avril, il a craqué au bout d'un moment. Eviter que ça dégénère pour pouvoir mettre des choses en place dès le début ».

Pour trouver du harcèlement scolaire, il faut le chercher. Et plus on posait de questions, plus on avait de chances.

P1 : « Et comme toujours, en posant la question, on trouve. Quand on ne pense pas à poser des questions, on passe à côté. »

P11 : « oui, à chaque consultation, tu demandes : « et à l'école comment ça se passe ? Et au collège comment ça se passe ? Et avec les autres ? »

- **D'AUTRES MEDECINS REMETTAIENT EN QUESTION LE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE :**

Ces médecins disaient que le dépistage systématique recommandé dans l'outil Fernando n'était pas possible.

- a. **Difficile à mettre en œuvre dans le quotidien**

Aimerait mais pas faisable car pris dans le quotidien, difficile à mettre en œuvre, trop de choses ...

P1 : « dans un monde idéal, je répondrais qu'il faudrait que je le fasse pour le mettre en œuvre tout le temps. Ayant des tas de choses à vérifier et à contrôler... je vais être honnête, ça sera pas tout le temps forcément »

Difficile d'y penser de façon systématique

P14 : « le médecin ...le fait pas parce qu'on n'y pense pas. »

P2 : « je n'ai pas le réflexe, ... d'y penser. »

b. Trop chronophage

Trop chronophage, trop de sollicitations de la part des patients, consultation des enfants pouvaient permettre de rattraper un peu de retard

P1 : « Comme toujours c'est le temps qui manque du fait des innombrables sujets à aborder...

P8 : « Malheureusement, ils posent plein de questions à la fois. Là, il faut faire l'ordonnance pour le voyage, il a mal au ventre, ah oui, souvent il a le nez qui coule. Et du coup, en fait, je pense que c'est vraiment le manque de temps, ... dans une consultation d'urgence notamment... parce que si la réponse est « oui » et bien ceux qui sont après, bonjour quoi ! »

P4 : « en fonction de qui j'ai en face de moi, je ne le fais pas à chaque consultation, sinon clairement on n'a pas le temps »

P9 : « des fois quand tu as des enfants, tu te dis très vite, ça te fait gagner un peu de temps que tu as perdu ailleurs. Ce n'est pas systématique. La consultation de l'enfant en médecine générale, des fois c'est la consultation qui va aller vite et qui va nous permettre de rattraper du retard »

Selon la situation et le retard du médecin. Difficile l'hiver par exemple à cause de la surcharge.

P17 : « surcharge de travail en hiver. Oui, s'il peut être harcelé en été, c'est mieux ! On ne peut pas creuser autant quand on est en pleine épidémie. Sauf si on a une situation vraiment d'urgence ... gamins suicidaires. »

c. Trop intrusif pour le patient ou risque d'induire ou réponse

Certains médecins avaient le sentiment d'être intrusifs en dépistant de façon systématique. Ils préféraient se baser sur le non verbal, via le comportement

P2 : « Je dirais, je ne vais pas poser la question, mais on peut remarquer à l'attitude de l'enfant s'il est triste ou inhibé alors qu'avant il ne l'était pas, s'interroger sur les raisons qui font qu'il a ce mal-être. Je dirais à l'attitude de l'enfant on a déjà une idée de savoir... Dans la situation où quelque part le harcèlement est évoqué par l'enfant ou l'adolescent, ou le parent »

Le dépistage systématique pouvait risquer d'induire une réponse. D'autres ne partageaient pas cet avis de risque de sur-diagnostic.

P2 : « Je ne veux pas induire une réponse. Accueillir la parole, ça va. L'influencer ou la provoquer, pour moi c'est excessif. [Risque] d'être à côté de la réalité.

P10 : « Et il ne faut pas non plus vouloir induire une réponse en disant "Est-ce que quelqu'un t'embête à l'école spécifiquement ?". Je pense qu'il faut d'abord voir globalement comment ça se passe et s'il y a des difficultés énoncées... parce que l'imaginaire des enfants, il est quand même important »

P8 : « il vaut mieux poser la question par excès, ... plutôt que d'arrêter de poser la question »

P11 : « Je pense que c'est comme sur l'évaluation du risque suicidaire... ça n'induit pas... il y a eu des études qui ont prouvé que ça n'induit pas l'idée de se suicider chez quelqu'un »

d. Choisir des consultations adaptées plutôt que le faire systématiquement.

Le dépistage du harcèlement scolaire n'était pas adapté si le patient avait une pathologie aiguë

P1 : « S'ils arrivent et qu'ils ont 39 de fièvre et la grippe, ce n'est peut-être pas là que je vais poser la question »

P4 : « C'est surtout quand il y a des gastro-entérites ou des rhumes ou des choses comme ça Non, c'est trop compliqué. »

Les médecins préféraient cibler les consultations évocatrices de harcèlement scolaire : plaintes somatiques récurrentes/ répétées, l'insomnie... Un diagnostic pouvait en cacher un autre, et le harcèlement scolaire n'était pas forcément le motif de consultation.

P1 : « on peut avoir un rôle de dépistage sur des enfants qui auraient des plaintes un peu somatiques, qui ne verbalisent peut-être pas la situation auprès de leurs parents »

P4 : « s'ils viennent par exemple pour des douleurs abdominales ou des tableaux cliniques qui sont pas vraiment des tableaux cliniques types. Je vais demander si ça se passe bien à l'école, s'il n'y a pas trop de soucis. Quand j'ai l'impression que par exemple une douleur abdominale ne vient pas..., que ce n'est pas une douleur abdominale mécanique, mais plutôt psychique. »

P5 : « Il a mal au ventre, ah oui, et puis les week-ends, est-ce qu'il a mal au ventre ? Ben non. Et les mercredis ? Ben non, il n'a pas mal au ventre. Les vacances... ? »

P18 : « ce qui est intéressant chez cet enfant, c'est qu'au cours de l'année, il a été vu plusieurs fois, pour des douleurs abdominales. ... il y a eu au moins 3-4 consultations pour ça. C'est qu'à partir du mois d'avril l'harcéleur a été changé d'école et il n'a plus jamais consulté pour les douleurs abdominales. »

P3 : « ses parents étaient venus me voir en me disant « on veut un truc pour dormir ». Bah pourquoi ? « parce qu'en fait à l'école il se fait embêter..., Moi je ne vais pas donner des somnifères à un garçon de 15 ans. »

P17 : « pour le gamin de 10-11 ans, ils voulaient des médicaments pour dormir ». Je leur avais dit "Est-ce qu'il y a quelque chose en dessous ?" C'est comme ça que la mère a commencé à me dire... Il faut creuser quoi. Ils ne viennent pas souvent spontanément te dire ça. »

Les médecins aimeraient avoir des repères, des automatismes à intégrer à leur pratique pour les signes d'alerte, plutôt qu'un dépistage systématique

P9 : « pour moi, il faut que je définisse des éléments d'alerte. Il faut que je définisse ça dans la tête. C'est pour justement systématiser. »

P18 : « Qu'on ait quand même des drapeaux qui se dressent, drapeaux rouges en cas de somatisation. Quand on a des enfants qui reviennent pour les mêmes motifs. »

P12 : « L'enfant a plusieurs façons de lancer des appels au secours. Sur le comportement alimentaire, sur le sommeil, sur le comportement à la maison, sur... Ou à l'école. »

Des médecins préféraient réaliser le dépistage du harcèlement scolaire lors de consultation adaptée : vaccins, suivi, certifs de sport, intro de contraception/santé sexuelle, certificats d'éviction scolaire ...

P1 : « Une consultation où on n'a pas un problème immédiat et rapide à gérer. », « A la rentrée, quand ils vont faire leur certificat de sport »

P8 : « Pour les enfants, c'est plus des consultations de suivi, les vaccins, etc. »

P18 : « j'en profite quand je les vois pour des certificats, pour le sport, par exemple, ou quand on refait les vaccins, une fois par an pour faire un point, c'est à ce moment-là qu'on pourrait dépister des situations »

P4 : « Je crois que ça va plutôt être sur les jeunes filles au moment des contraceptions ... il faut savoir si le mode de vie, s'il y a de la cigarette et automatiquement, la cigarette : "comment tu as commencé à fumer, pourquoi ?" »

P6 : « le certificat d'absence scolaire ... trouver le moyen d'aller investiguer d'autres choses. ... pour dire "ah ouais t'as été absent, alors qu'est ce qui s'est passé ? Comment ça se passe en règle générale à l'école ?" »

P7 : « sur des consultations d'enfants pas très bien suivies, enfin qui ne viennent pas souvent, ou à chaque consultation étiquetée suivi »

Les médecins regrettaient les facteurs qui faisaient que les consultations avec les enfants étaient de plus en plus rares : les vaccins en pharmacie, les consultations de contraception par les sages-femmes, les certificats de sport déclaratifs, les gens qui ne viennent plus pour le suivi des enfants. Les médecins ressentaient une mise à l'écart pour le suivi de l'enfant, des liens coupés. Dire aux parents de venir une fois par an était une des solutions, les éduquer au suivi.

P5 : « les enfants tu sais, tu les vois pas tellement souvent. Tu vas les voir pour les vaccins, tu vas les voir pour une licence de sport et encore, maintenant on en fait beaucoup moins. Si j'ai un enfant, peut-être que je vais le voir une fois tous les deux ans, tous les deux trois ans, pas plus. »

P8 : « C'est très rare des consultations de suivi passé l'âge nourrisson. »

P12 : « les enfants qui viennent faire le point avec nous, donc ça devient de plus en plus rare d'avoir des visites systématiques pour voir si tout va bien. »

P18 : « Souvent moi, quand même je leur dis, j'aime bien vous voir, même si tout va bien, une fois par an pour faire un point, c'est à ce moment-là en fait, qu'on pourrait dépister des situations ... tu les vois pas pendant deux ans. Notamment entre le vaccin de 6 ans et le vaccin de 11 ans. Ce n'est pas évident après, de pouvoir te confier comme ça à quelqu'un que tu ne connais pas. »

P16 : « ça pourrait être même l'objet de la consultation des 11-13 ans, finalement qu'on fait plus trop parce que les enfants ne viennent plus exactement pour ça »

P7 : « je le vois à chaque fois plutôt en situation de crise, c'est un peu compliqué de faire de la prévention. »

e. Un désir de l'ajouter à la liste des dépistages systématiques de l'enfant

Les médecins souhaitaient rajouter le dépistage du harcèlement scolaire à la liste des choses à dépister dans le bilan systématique, dans le cadre de consultations de suivi programmées. Une habitude à prendre, un réflexe à acquérir : conduites à risque, toxiques, sexualité, alimentation, écrans, sommeil, rapport au corps, humeurs (tristesse, angoisse), dents, bien-être scolaire... Le BITS test constituait une bonne base mais d'autres items pouvaient être ajoutés.

P1 : « ça peut être mis systématiquement dans la liste des choses à demander, comme les conduites à risque, les consommations de tabac, les heures d'écran, l'obésité pédiatrique, voilà les questions d'alimentation, le harcèlement... il ne faisait pas partie de cette liste, maintenant je le rajoute »

P7 : « ça doit faire partie de nos questions habituelles, au même titre que le sommeil, l'alimentation, sexualité, drogue, addiction, intimité, relation avec la famille et à l'école, pas que le tabac évidemment, le rapport au corps »

P11 : « les humeurs, c'est "comment tu te sens en général, est-ce que tu te sens souvent triste, est-ce que tu te sens souvent angoissée, est-ce que ça t'arrive de pleurer sans savoir pourquoi". Je demande "s'ils fument, s'ils ont déjà essayé, si leurs amis fument. Est-ce qu'ils ont déjà essayé d'autres choses que le tabac ? Est-ce que ça leur arrive de boire de l'alcool ? Et après, est-ce que sur les relations sexuelles", "t'as déjà dû entendre parler de ça, c'est important d'utiliser un préservatif, parce que tu sais pourquoi, et tu as déjà dû" ... [Et les écrans ?] Je leur demande comment ils s'occupent. »

4. Une partie dépistage de l'outil qui faisait débat

Cette partie dépistage ne faisait pas l'unanimité. Contrairement à la partie prise en charge de l'outil qui mettait les médecins à l'unisson.

a. Insuffisante pour vraiment diagnostiquer ou rappelant des évidences

La difficulté communicationnelle avec les enfants n'était pas solutionnée avec les informations de l'outil Fernando alors que c'était le principal problème. Une seule question ne suffisait pas à faire parler les enfants sur le sujet, la communication était difficile. Il fallait plusieurs vraies questions ouvertes. Il pouvait poser aux parents, puis à l'enfant, en deux temps.

P9 : « Le début avec le dépistage, ... il faut trouver une autre accroche à mon avis. [...] parce que pour moi ça a toujours été la complexité de l'enfant, ... il y a très peu de dialogue avec les enfants. [...] Pour moi ce n'était pas une question ouverte... Les réponses étaient rapidement fermées... Je n'ai pas eu l'impression que la question donnait matière à réflexion chez les enfants. La réponse est arrivée sans un temps d'hésitation ».

P18 : « je trouve que souvent les enfants, ceux que j'ai vus, sont un peu dans la réserve en fait... ils disent "bien" mais voilà, ça s'arrête. Là il n'y a pas ; ce ne sont pas de grands bavards »

P11 : « comment est-ce que ça se passe à l'école, au collège, au lycée, d'un point de vue d'apprentissage. Et est-ce que... Je demande est-ce que tu as des copains, des copines ? Est-ce que ça se passe bien avec les autres ? Et puis après, en fonction, je reformule, enfin j'affine, et, est-ce qu'il y en a qui t'ont déjà embêté dans ta classe ou dans d'autres classes ? Non, une question, non, il faut un peu creuser. »

P12 : « Quand je pose les questions au départ, je demande déjà aux parents si tout va bien, s'il y a pas eu de changement de comportement. Et puis je demande à l'enfant s'il est embêté par les autres, s'il sent isolé dans sa classe, s'il a des brimades »

D'autres médecins trouvaient que la partie dépistage était peu utile, sauf pour penser au dépistage systématique. La plupart des médecins devaient déjà avoir le réflexe

P3 : « Sur le dépistage, ça a le mérite de rappeler qu'il faut le faire. Euh... après toute la partie "à évoquer devant", ça je pense que pour beaucoup de médecins, on a déjà le réflexe »

P6 : « Souvent, notre rôle de médecin de dépistage, je pense qu'on est suffisamment au courant de ce qu'on doit faire, de pouvoir dépister précocement. Ça, je pense que c'est quelque chose d'acquis »

La partie dépistage empêchait de mettre en avant le reste, qui était important.

P10 : « Je le trouve un peu long. On a du mal à s'y retrouver vraiment. [...] ce qui est dommage, c'est que ce qui est vraiment très intéressant ça arrive à la fin, et du coup à la fin on se perd un petit peu dans tout l'arbre. [...] La partie dépistage a peu d'intérêt car c'est une vigilance que le médecin traitant doit avoir pour ses patients ».

b- Le principe d'un dépistage systématique pas souhaité par tous les médecins

Comme il a été présenté dans la partie précédente, tous les médecins n'étaient pas en faveur d'un dépistage systématique. Pour ceux qui l'étaient, l'outil permettait de rappeler l'importance du dépistage automatique

L'outil permettait de penser au dépistage de façon systématique, ce qui était le plus difficile.

P14 : « Le plus intéressant est de penser à aborder cette question et de l'intégrer avec automatisme »

P18 : « Le plus difficile étant à mon sens de penser à aborder le sujet à chaque consultation ».

C- Sensibilisation et implication du médecin généraliste dans le harcèlement scolaire : un réel apport de l'outil

1. Une sensibilisation sur le harcèlement scolaire très hétérogène selon les médecins

La diffusion de l'outil Fernando était un moyen d'évaluer la sensibilisation des médecins au harcèlement scolaire.

a. Un rôle de deuxième ligne

Les médecins reconnaissaient leur rôle dans le harcèlement scolaire mais pas en première ligne.

P1 : « c'étaient les parents qui prenaient les choses en main »

P5 : « on renvoie un petit peu la patate chaude en disant, est-ce que vous avez vu avec la maîtresse, avec l'équipe éducative de l'établissement ? ... c'est plutôt pour botter en touche »

P3 : « C'est le rôle des responsables de l'école de prendre en charge la situation [...]

Idéalement on ne devrait pas avoir notre place, mais ça finit toujours comme ça, s'il y a une composante médicale. »

P4 : « pour moi ce n'est pas notre rôle. [...] le harcèlement scolaire, il y a « scolaire » dedans donc faut aussi qu'ils bougent ... Ça reste le rôle des parents quand même aussi. »

Les patients ne le mettaient parfois pas dans la boucle de la prise en charge.

P7 : « je n'avais pas forcément l'impression d'avoir besoin d'ajouter une expertise ou un accompagnement spécifique en dehors du soutien psychologique.

P17 : « elle a fait un suivi avec la psychologue, et puis l'école. Souvent, on ne les a pas forcément en consultation. »

P6 : « "ah oui ?" J'ai déjà eu la réflexion, "vous êtes là pour ça ?" »

Contrairement à ce qui était mentionné dans l'outil Fernando, les médecins ne considéraient pas devoir réaliser un suivi du Harcèlement Scolaire, expliquant que les patients reviendraient si besoin.

Le médecin n'avait donc pas de nouvelles de la situation la plupart du temps.

P2 : « J'ai pas eu de nouvelles. ... elle m'aurait demandé un certificat d'arrêt scolaire »

P9 : « Je ne me souviens pas les avoir rappelés, tu sais en consultation, pour faire le point sur le harcèlement ».

P12 : « J'ai pas eu de retour après. ... C'était réglé ou je ne sais pas.

P3 : « Je l'ai pas revu après, mais je pense que... ça n'a pas été plus loin, qu'ils ont pu régler ».

Lors de consultation pour un autre motif, les médecins pouvaient avoir des nouvelles.

P3 : « quand j'en ai reparlé, elle m'a dit tout va bien. Elle a des nouvelles copines, ça se passe mieux »

Les médecins ne fermaient pas la porte à ce que l'enfant revienne, mais pas à leur initiative. Ils ne prévoyaient pas de rendez-vous systématique, ne se sentant pas les plus légitimes.

P3 : « Après, moi, je reste ouverte à le recevoir s'il y a besoin. Mais je ne propose pas un rendez-vous systématique. ... il vaut mieux qu'il aille voir un psychologue ... Moi je ne me sens pas forcément légitime... »

Les médecins ne souhaitaient pas réaliser de suivi systématique du hais plutôt au cas par cas.

P7 : « Ça dépend de la gravité que j'ai perçue, soit du retentissement chez l'enfant. ... Ça dépend de l'inquiétude parentale aussi. [...] si je perçois qu'il y a vraiment besoin de se revoir pour du suivi. »

Dépister et d'impliquer dans le harcèlement scolaire était inconfortable pour le médecin qui était mal à l'aise avec le sujet et ressentait de plein fouet la souffrance. Parfois la réaction était d'éviter de se confronter à la situation.

P2 : « On n'est jamais à l'aise dans des situations comme celle-là. [...] On ressent le mal-être de la personne en face, l'enfant et la maman. Non, elles [les situations qu'il avait suivies] ne s'étaient pas améliorées... ça avait été assez terrible hein. »

P5 : « Non, non, il y a personne qui va être à l'aise quand tu lui dis qu'il va pas bien, qu'il y a quelque chose qui ne va pas bien, c'est l'être humain, tu ne peux pas être à l'aise. »

P8 : « des histoires un peu difficiles à entendre avec des enfants qui sont parfois très jeunes et c'est des sujets assez délicats »

Le médecin ne souhaitait pas faire de formation sur le sujet ne le mettant pas dans les priorités.

Malgré tout, cela pouvait signifier aussi que l'outil était suffisant.

P2 : « si on approfondit quelque chose, on risque toujours de le faire au détriment d'autres choses. »

P10 : « que ce ne serait pas ma priorité de formation. Il y a plein d'autres sujets sur lesquels je me forme et j'ai besoin d'être plus à jour, au quotidien, dans ma pratique »

P18 : « c'est juste le harcèlement tu vois, deux jours, ça me paraît beaucoup, en fait. Après, si ça s'intègre justement dans un truc global de l'adolescence. Sauf le diabète de type 2, où il faut un truc vraiment costaud »

P17 : « Vu qu'on a déjà un outil qui fonctionne quand même pas mal. Je pense que j'ai tellement de lacunes en cardio, en gastro, en neuro. Il y a tellement de choses à voir. »

P8 : « C'est peut-être un peu présomptueux de ma part, mais je pense qu'on a sans doute les armes en tout cas pour se débrouiller à l'instant T ... du coup grâce à l'outil »

Une certaine minimisation du harcèlement scolaire était parfois faite par le médecin, justifiant la mise en retrait du médecin généraliste.

P12 : « Sur les dernières années, les enfants se plaignent plus facilement maintenant. Avant, ils géraient ça tout seuls...les souvenirs que j'ai de l'école, quand on était embêté, on ne faisait pas appel ni aux parents, ni aux enseignants. »

b. Un rôle majeur pour d'autre

Des médecins disaient aussi qu'ils devaient prendre conscience de ce rôle d'accompagnement de l'enfant de façon globale : le somatique et le psychologique.

P10 : « ça fait partie du rôle du médecin traitant, je trouve. La santé mentale, ça fait partie de la santé globale. »

P18 : « notre rôle est global, on ne soigne pas que des corps en fait. »

P7 : « Quand on interroge les enfants, évidemment, ils passent leur temps à l'école, donc... Ça fait partie de ce qui intervient dans le bien-être d'un enfant. »

P17 : « ce n'est pas juste lui faire ses vaccins et le mesurer, voir comment il va psychologiquement. »

P6 : « C'est notre rôle ... en tant que médecin. Ouvrir cette petite fenêtre sur leur vie et de pouvoir sentir que le médecin s'intéresse à eux ... Il n'y a pas que : regarder les oreilles, vérifier la gorge, etc. Qu'il y a moyen de pouvoir, avec son médecin, discuter d'autres choses... les aider à grandir, à leur donner des repères. »

Après une prise en charge scolaire, le médecin généraliste prenait le relai.

P8 : « c'était son médecin généraliste qui a pris le relais, parce que moi j'étais à ce moment-là avec l'Éducation Nationale »

Le harcèlement était un sujet important de par ses conséquences médicales et le médecin devait s'en saisir. Les médecins généralistes devaient évaluer le retentissement global sur l'enfant de ce harcèlement scolaire. C'était un rôle important.

P10 : « j'ai quelques patients qui ont été harcelés et qui sont suivis sur le plan psychiatrique parce que c'est encore difficile cette notion de harcèlement. Je vois plus là actuellement les séquelles des élèves harcelés, plus que les élèves harcelés en soi »

P10 : « j'en ai une qui a 12 ans, qui a déjà fait une ou deux tentatives de suicide, avec un trouble anxieux, phobie scolaire. C'est vraiment compliqué parce qu'elle, vraiment, c'est ça qui est à l'origine de son mal-être. Même si là actuellement elle n'est plus harcelée. J'ai pu bien en parler avec elle »

P3 : « A partir du moment où il y aura une composante médicale, on intervient forcément. Un enfant qui ne dort plus, qui ne mange pas, qui a des crises d'angoisse en permanence, ... on a une situation qui est chronique, qui perdure et qui est somatique. »

P10 : « Parce que je suis médecin nutritionniste aussi en clinique psychiatrique, je vois beaucoup les troubles du comportement alimentaire. Suite à du harcèlement, il peut y avoir parfois des troubles du comportement alimentaire. Suite à des réflexions sur le physique. »

P15 : « C'est d'évaluer le retentissement sur le sommeil, sur l'alimentation ... »

P10 : « ces patients-là, ils ont tendance à avoir des troubles somatiques, mal au ventre quand c'est l'école, pas envie d'y aller, très souvent malade... »

c- Des facteurs pouvant jouer sur la sensibilisation du médecins généralistes

Des facteurs non modifiables

Le fait d'être parent renforçait l'intérêt pour le harcèlement scolaire, car ses propres enfants pourraient être touchés aussi. La vision du harcèlement scolaire changeait. Double rôle de soignant et parent était difficile quand son enfant était touché par le harcèlement scolaire.

P3 : « Mais c'est vrai que je suis maman et donc c'est une chose qui m'angoisse »

P7 : « J'ai des enfants d'âge scolaire, donc je vois bien ce qu'elles racontent à la maison. Donc je vais voir un peu comment ça fonctionne et ça m'aidera à guider les autres. »

P9 : « ma fille en primaire me disait qu'elle était victime de harcèlement. Moi à ce moment j'étais père et soignant mais... C'est vrai que dans la démarche, je n'ai pas eu une démarche trop... ni agressive, ni administrative, ni quoi que ce soit. [...] On n'a pas eu spontanément l'idée d'aller voir le médecin... on est remonté vers un psychologue [...] Je ne suis pas la même personne avant mon histoire avec ma fille et après... j'essaie d'être sensible un peu à leur vécu. J'étais peut-être moins à l'écoute, donc je ne me rendais peut-être pas compte. »

P10 : « Mon tout petit a [une particularité] j'ai plein de remarques par rapport à ça, Donc forcément oui, les choses un peu comme ça, les atypies chez les enfants, je pense que je suis peut-être un petit peu plus sensibilisée »

Le vécu personnel et professionnel qui influençait la pratique professionnelle, et qui nourrissait et sensibilisait le médecin mieux que beaucoup d'autres choses.

P7 : « Je pense qu'à chaque fois qu'on vit un truc, ou même dans notre vie privée, le fait d'avoir un enfant qu'on connaît qui a subi ça, ça va tout de suite nous redonner un peu d'envie de poser ces questions. À partir du moment où on a vécu un truc, on devient expert. »

P9 : « Je ne suis pas la même personne quand j'ai commencé et puis maintenant où j'aurais un peu plus de recul. [...] Ça change beaucoup de choses, de toute façon, quand tu es confronté dans ta vie à une expérience, Dans notre travail tous les jours, malheureusement, on ne peut être sensible à toutes les choses »

P10 : « parce que comme je n'ai jamais été confrontée à la situation, forcément je ne me suis jamais intéressée au sujet pour résoudre les problèmes. »

Les médecins ayant été victimes de harcèlement scolaire étaient mieux sensibilisés au harcèlement scolaire.

P4 : « Ayant vécu aussi du harcèlement scolaire, indirectement, je pense que c'est pour ça que je mettais déjà en place certaines choses avant d'avoir l'outil. »

P4 : « Parce qu'ils se sentent du coup plus touchés »

P11 : « sur le plan du harcèlement scolaire, moi j'en étais victime aussi, donc je suis pas mal investie sur cette question. »

Les médecins revivaient parfois la situation et s'impliquaient beaucoup émotionnellement, ce qui pouvait être apprécié par les familles mais difficile pour le médecin.

P8 : « on a beaucoup plus d'empathie, mais parfois même de la sympathie. Donc je pense que parfois, par exemple à titre personnel, quand j'étais plus jeune, j'ai vécu malheureusement une situation de harcèlement quand j'étais en quatrième. ... j'ai tendance à un peu trop prendre les choses à cœur et vraiment être assez révoltée. Alors au lieu de rester à ma place de médecin. ... Ils sont contents quand on partage, je pense, leur sentiment d'injustice. »

P9 exprimait un vécu difficile au début lors de prise en charge de harcèlement scolaire car cela rappelait des « choses soi-même vécu » et donc il y avait un « risque de transfert ».

L'actualité influençait aussi la pratique du médecin et le forçait à se saisir du problème : l'électrochoc des suicides. Le médecin adaptait sa pratique du fait de sa sensibilisation majorée.

P1 : « L'actualité. On parle des gamins qui se suicident, on se dit ce n'est pas possible, il faut qu'on le rajoute ! »

P2 : « un sujet d'actualité actuellement, qui fait qu'on est plus en capacité d'écoute et de gestion du problème ».

P8 : « j'ai vu qu'il y avait des cas malheureusement assez dramatiques, on voit dans les actualités, et je me dis, peut-être que je vais passer un jour à côté de ce cas malheureusement problématique, et je ne lui aurai pas ouvert la porte alors que j'aurais pu poser la question. Maintenant je vais poser systématiquement la question. »

P12 : « On en parle beaucoup. Donc voilà, tout le monde est un petit peu plus à l'écoute, que ce soit en milieu scolaire, chez nous aussi, les enfants en entendent parler. »

Il restait un travail de sensibilisation sur les enfants, le gouvernement, les médecins et toute la population générale à faire sur le harcèlement scolaire : sa définition, ses implications et continuer à le mettre au premier plan tant que la situation ne s'améliorerait pas.

- P14 : « la notion de harcèlement est compliqué, les enfants ne voient pas forcément le harcèlement, comment dire, ne pensent pas qu'ils sont forcément harcelés. Ils considèrent que c'est normal, et en fait, elle est où la normalité ? Les enfants se disputent souvent, mais nous on sait ce qu'est le harcèlement, mais l'enfant, comment savoir ce que c'est ? Donc il faut lui expliquer et ça ce n'est pas facile. »
- P4 : « Il faut continuer à en parler parce que plus on en parlera, plus ça deviendra peut-être concret dans la tête des gens. »

Les médecins proposaient d'inclure une formation sur le harcèlement scolaire pendant l'internat de médecins généralistes pour sensibiliser les médecins. L'inclure dès les études permettrait de mieux ancrer la chose et de garder le réflexe de penser au harcèlement scolaire.

- P4 : « quand on regarde, en tant que médecin, on n'a pas tant que ça de formation sur le harcèlement scolaire. On n'a pas de prise en charge vraiment comme l'hypertension ou l'insuffisance cardiaque en fait. On n'a pas de vraie notion pour moi sur le harcèlement scolaire. Mais oui on devrait avoir une formation. Pendant les études. Je dirais l'internat. En tout cas pour le médecin généraliste pendant le premier niveau et SASPAS, on devrait avoir une formation sur au moins la première consultation en cas d'Harcèlement Scolaire. »
- P18 : « à la fac mais sur les trois ans [d'internat] on avait quand même des journées sur des thèmes. Ça pourrait être inclus dans une des journées par exemple sur la santé de... la santé psychologique de l'enfant, de l'adolescent... il y a quand même un gros sujet avec tous les écrans, ..., sensibiliser au dépistage du harcèlement ou des violences. »

Des facteurs modifiables

Le médecin généraliste avait la chance d'avoir de multiples façons d'exercer. Les appétences et les sensibilités du médecin pouvaient donc influencer leur choix de carrière, leur choix de thèse ...

P11 : « Pendant mon internat de médecine générale, j'avais l'idée de vouloir travailler dans le médico-social pédiatrique. C'est en échangeant avec la pédopsychiatre des CMPP que je me suis un peu formé comme ça au fur et à mesure. [...] Dans les CMPP il y a plein d'autres médecins : une autre médecin généraliste, une pédiatre, une pédopsychiatre, une neuropédiatre. »

P1 : « moi c'est familial puisqu'en fait encore une fois les différentes choses que j'ai faites on avait ce principe-là. [...] cette volonté, cette dynamique d'avoir un repérage comme ça. [...] Je suis tombée dans la marmite au démarrage. J'ai fait ma thèse, il y a longtemps, sur l'accès aux soins et le fait de faire un questionnaire de santé publique et de dédier une consultation ».

P6 : « j'avais fait ma thèse sur le certificat d'absence scolaire lors de la consultation de l'adolescent. Et donc en fait mon idée là-dedans c'était via le certificat d'absence scolaire qui est un document banal mais qui nous enquiquine au plus haut point, de trouver dans cette demande-là le moyen de choper l'adolescent et d'aller investiguer d'autres choses. Et on passe à côté de l'essentiel, si on n'utilise pas ce moment-là »

Via la formation choisie, la sensibilisation au harcèlement scolaire pouvait se faire. Les médecins décrivaient un attrait pour la nouveauté pour apprendre des choses d'un point de vue personnel et pour améliorer la prise en charge des patients.

P14 : « ah tiens, peut-être que je vais apprendre quelque chose et que je vais obtenir une aide en consultation, puisque finalement c'est un sujet où on n'a pas tellement de ressources, je suis preneuse. »

P2 : « Sur le plan humain, c'est intéressant. [...] l'intérêt pour la nouveauté. [...] pour avoir l'attitude adaptée, la conduite à tenir adaptée. »

L'intérêt de se tenir en permanence informé via des groupes de pairs, des réseaux de médecins, d'échanger sur les pratiques a été formulé. La sensibilisation sur de nombreux sujets pouvait se faire ainsi. C'était grâce à cela que des médecins avaient pu être inclus dans ce travail de recherche.

L'échange, mutualiser ses expériences était stimulant, enrichissant.

- P1 : « On a déjà cette culture du travailler ensemble et du communiquer. On avait régulièrement des motifs de nous réunir, d'échanger, de nous connaître, et c'est beaucoup plus facile. On a 1 staff par mois de santé mentale où les généralistes peuvent présenter de façon anonyme un cas et puis les organisateurs, toujours du pôle, essaient d'inviter des psychiatres de notre secteur pour répondre aux cas »

- P12 : « Alors si j'allais au CRAM dans le temps, quand on se réunissait tous sur un sujet, on voyait les gens avec qui on intervenait, on parlait spécialistes et c'était de l'hôpital, c'était sympa. »

L'appétence du médecin pour le sujet du harcèlement jouait un rôle dans sa proactivité. Ce travail de recherche avait été déclencheur de réflexions autour du harcèlement pour le médecin généraliste. Le médecin était désireux de remettre en question ses pratiques perpétuellement. C'était également un moyen de se forcer à progresser sur le sujet, à se sensibiliser.

P1 : « intéressant justement d'aller plus au fond dans cette problématique qui m'avait interpellée »

P8 : « je me suis vraiment penchée sur la question. Il faut que je me perfectionne sur ce sujet et pourquoi pas justement m'investir dans une thèse pour pouvoir justement me forcer à intégrer ça dans ma pratique quotidienne. »

P9 : « l'outil me permettra justement de, maintenant que j'ai fait ce travail-là avec toi, d'être plus sensible. Mais c'est intéressant, comme je te dis, je ne demande qu'à voir la fin ! »

P10 : « Ça me permettait, de toute façon, on remet en question toujours notre pratique ..., on n'est jamais suffisamment bien formé que ce soit pour tout dépistage. Donc je trouvais que c'était une bonne figure de rappel pour me sensibiliser à ça »

P11 : « Et ça fait monter en compétences sans avoir l'impression de se former sur un sujet. »

Au-delà de l'inclusion dans cette étude, c'étaient les appels avant et les entretiens après utilisation de l'outil et la discussion sur le sujet qui avaient été le plus appréciés et formateur pour les médecins, apport de sens et d'intérêt, pouvant aller plus en profondeur.

E14 : « Le fait de discuter avec toi je trouve ça plus intéressant que les mails que tu m'as envoyés. De parler avec toi directement, parce que ça change tout effectivement

E15 : « C'était précieux, parce que de me pousser dans mes retranchements, ça me permet aussi de réfléchir, de prendre du recul par rapport aux situations ! »

L'outil lors de cette étude a été une façon de sensibiliser les médecins depuis les premières phases de recrutement jusqu'aux entretiens, et on pouvait espérer, même après ce travail.

2. Un outil Fernando bon point de départ mais nécessitant l'implication du médecin

L'outil Fernando était un outil apprécié par les médecins, mais il nécessitait une implication sur le sujet et sur l'outil.

a. Préparer en amont la consultation

Il y avait plusieurs moyens pour le médecin de s'impliquer sur le sujet. Un des stress majeurs du médecin était le problème du temps avec ce stress continu du retard avec notamment une pression de la part des patients. Une des solutions pour pallier cette difficulté était de passer du temps en amont de la consultation et de préparer celle-ci. Le médecin et le patient en seraient gagnants : consultation plus courte, plus efficace et meilleure prise en charge.

Par exemple, au début de la journée, le médecin pouvait anticiper pour quels patients il devrait penser au dépistage du harcèlement scolaire.

P18 : « ce qu'il faudrait en gros c'est avant de commencer la journée regarder un peu l'emploi du temps voir qui on voit et essayer de se mettre un rappel mais... »

L'outil Fernando constituait un point de départ pour les médecins et il y avait même des idées pour potentialiser son impact.

Ces solutions nécessitaient un peu de travail en amont, mais permettraient de gagner du temps pendant la consultation. La partie suivante a eu pour but de les présenter.

b. Préparer des documents papier sur le harcèlement scolaire : affiches et flyers

Le médecin pouvait préparer des flyers ou des ordonnances-types sur le harcèlement scolaire, créer ou demander des affiches sur le harcèlement scolaire.

Avoir un impact après la consultation :

Pendant la consultation pour le harcèlement scolaire, les informations fournies à l'enfant étaient nombreuses. Un des risques était que l'enfant n'ait pas retenu ou ait oublié tout ou partie. Une plaquette, un flyer ou une ordonnance-conseils reprenant les informations-clés de l'outil Fernando pourrait être donnée à la fin de la consultation. Ce serait un moyen de "prolonger" la consultation. De plus, l'enfant pourrait transmettre les informations à ses camarades.

P1 : « avoir des flyers ou des petites cartes ou quelque chose qu'on peut donner. "Tu peux appeler le 3018", il va me dire "oui, oui, oui". Et si ça se trouve, une heure après, il ne se rappellera plus quel numéro j'ai dit. [...] s'ils ne l'utilisent pas eux-mêmes, mais ils peuvent aussi en parler. Ça peut faire un peu tache d'huile autour d'eux »

P6 : « l'ordonnance n'est pas forcément que médicamenteuse, elle est aussi pour mettre des conseils. ... faire une ordonnance type de conseils, ..., avoir un document sur lequel se référer, et se dire, voilà, les numéros, les petits conseils, une petite phrase "on se revoit si tu as besoin" »

P14 : « et puis que nous, individuellement, dans le cabinet médical, on ait une fiche pour les patients, que l'on donne quand le patient est victime d'harcèlement... J'ai pris mon stylo et j'ai donné les numéros »

Avoir un impact avant la consultation :

La présence d'affiches sur le sujet en salle d'attente pourrait faire écho à une situation pour un enfant ou un parent et aider à parler de la situation au médecin. Ainsi, en se rendant compte que le médecin généraliste faisait partie de ceux à qui il pouvait en parler, cela ouvrirait la porte à la discussion. Si l'enfant n'en parlait pas au médecin généraliste, cela pourrait lui donner l'idée d'en parler à quelqu'un d'autre, et de débloquer son silence.

P1 : « une affiche en salle d'attente pour inciter les jeunes à aborder le sujet pourrait aussi aider... On a plus de sollicitations quand ils l'ont vu en salle d'attente. ... ils n'avaient pas eu l'idée d'eux. »

P7 : « Mais pour les enfants, ça peut être un outil, enfin, voilà, un truc un peu ludique. "N'hésite pas à parler de l'école avec ton médecin. Il est là pour toi. Il est là pour ça, pour t'accompagner", donc des trucs comme ça pour ouvrir un peu le dialogue

P8 : « Peut-être une affiche dans le cabinet avec les numéros et dire "si vous vivez cette situation de harcèlement scolaire, en parler à son médecin ça peut aider" »

P11 : « Il y a une affiche avec un enfant qui a des insultes écrites sur la tête. ... Et depuis qu'on l'a affichée, il y a plusieurs enfants ... qui en ont parlé dans la salle d'attente à leurs

parents..., Et qui, du coup, le père me disait, « ah, mais du coup, votre affiche, mon enfant, il m'a dit que... » Et ça a lancé la discussion... Je crois que c'est Santé publique France qui a dû la diffuser. [Après vérification : affiches du ministère de l'éducation nationale] »

P14 : « ce qui serait vraiment intéressant, c'est d'avoir plutôt une affiche ou un panneau dans la salle d'attente... je vais peut-être créer... »

Le médecin pouvait aussi laisser des prospectus sur le harcèlement scolaire dans la salle d'attente

P13 : « nous, on a, dans la salle d'attente, par exemple, on a plein de documents, ... on a plein de prospectus ... et ça se trouve que c'est quelque chose qui va faire écho et pour lequel ils vont prendre... nous on donne des harcèlo mètres, par exemple dans des cabinets ou des bureaux. Je pense que ça serait facile de mettre un harcèlo mètre dans sa salle d'attente »

c. Le médecin pouvait s'impliquer pour améliorer son réseau de soin

Les médecins pouvaient participer à des expérimentations ou réclamer des dispositifs dans des situations d'urgence.

P1 : « Là du point de vue prise en charge psychologique c'est terrible. Mais comme entre temps on a tiré signal d'alarme, qu'il y avait eu des réunions de groupes de parole, faute d'avoir des entretiens spécifiques. ... »

P16 : « on avait participé à l'expérimentation de l'ARS qui s'appelle Renforcement Psychologue, c'est l'ARS qui salarie des psychologues. Et du coup, on avait une psychologue où les patients ne payaient pas »

d. Le médecin pouvait agir sur l'outil Fernando en lui-même

L'intégrer dans le logiciel

Pour faciliter l'utilisation de l'outil Fernando, et maximiser ses performances, des médecins souhaitaient qu'il soit intégré dans leur logiciel médical au cabinet. Et pour cela, ils devaient prendre le temps de le faire.

P2 : « Il faudrait qu'il soit intégré au logiciel. »

P16 : « ça pourrait rentrer aussi dans les favoris d'un ordinateur. »

P9 : « Et justement, l'intérêt ce serait justement de pouvoir intégrer ce genre de choses-là, il faut faire ce travail avant, c'est-à-dire dans la construction de ta consultation. Après tu fais reproduire la situation... »

Prendre le temps de se l'approprier

Les médecins avaient besoin de s'approprier l'outil Fernando pour réellement l'intégrer dans leur pratique, pour être plus à l'aise, pour prendre conscience et mesurer l'ensemble des données de l'outil Fernando. Chaque médecin ayant une façon de fonctionner différente, une structuration propre, il pourrait être nécessaire d'adapter l'outil selon ses préférences.

P6 : « au premier abord il m'a paru un peu trop consensuel, trop... A nous de prendre chaque élément et de redévelopper un petit peu les choses. ... De repersonnaliser un peu l'outil. Là-dessus je le trouvais très utile. On a une solution unique un peu... il n'y a peut-être pas je dirais la finesse un petit peu, du cas par cas quoi, mais qui est difficilement transposable sur un outil ça, ... c'est à nous un peu de reprendre chaque élément et de se l'approprier en se disant voilà : ça j'ai souvent besoin, ça j'y ai pas pensé... »

P18 : « c'est vrai qu'au premier abord c'est long, ..., mais à force de l'utiliser, une fois qu'on l'a en tête, c'est clair en fait. En fait, il faut le lire avant, en fait. Il ne faut pas le découvrir au moment où on est face à la situation. ...il faut l'avoir lu. »

P9 : « les outils c'est une structuration de quelqu'un qui l'a créé... c'est l'équivalent des cartes mentales, mais toi en tant que praticien tu as ta carte mentale [...] tu gères la consultation d'une certaine manière, et ça c'est un truc que tu dois intégrer en plus. C'est comme quand tu as loupé un cours et tu demandes à une de tes amies... elle te file le cours, mais dans une forme tableau... C'est difficile de l'intégrer. Et ça, il faut pouvoir se l'approprier et le mettre dans une façon de voir, toi, les choses. ... Si toi, tu ne restructures pas les éléments, tu les mets dans une façon de voir les choses, tu l'oublieras. »

La simple lecture de l'outil Fernando ne suffisait pas, le médecin devait s'impliquer en temps pour s'approprier l'outil-Fernando.

L'implication était nécessaire de temps, ce que le médecin, pas plus qu'un autre citoyen avait en quantité. La partie suivante va s'intéresser à cette problématique.

D- Ambivalence du temps au cœur du quotidien du médecin

1. Temps allié pour le médecin généraliste

Certains médecins préféraient voir le temps comme un allié, car selon eux, il était en leur faveur pour la prise en charge du harcèlement scolaire.

a. Le médecin généraliste ou un suivi dans le temps pour le Harcèlement Scolaire

Les médecins généralistes considéraient que le suivi des patients s'effectuait dans le temps. Les patients revenaient régulièrement pour leur suivi sur le long terme, c'était un véritable avantage. Savoir que le médecin était là pour lui, pouvait rassurer l'enfant. En effet, il avait cette présence au long cours, ce repère. Il ne fallait pas vouloir tout gérer tout de suite.

P1 : « Nous, on a le temps, en médecine générale. Les spécialistes ne vont pas revoir les gens 25 fois, autant nous on les suit sur la durée.

P9 : « Tu vois, un de mes patients justement chez qui je pensais qu'il avait une problématique de harcèlement ... je lui ai demandé systématiquement de revenir me voir dans trois mois. »

P6 : « J'ai pas à avoir un monstrueux frein effectivement à poser ces questions-là, parce que je sais que de toute façon, s'il y a quelque chose, on va se revoir... Un patient que je connais, j'ai le temps de le voir, etc. d'explorer, effectivement, de revoir avec les parents »

P8 : « déjà pour que les parents et le patient sachent qu'il y a une oreille attentive quelque part qui est là, qui ne les lâche pas. Pouvoir éventuellement voir l'évolution de la situation »

Le suivi dans le temps laissait aux patients la possibilité de revenir si besoin. Si le médecin avait le moindre doute, il y avait la possibilité de laisser la porte ouverte, laisser une graine, laisser cheminer.

P1 : « Si je repère ça, mais que la consultation ne permet pas d'aborder le sujet, je n'hésiterais pas à dire... Là, je ne peux pas te retenir plus longtemps, mais n'hésite pas... Ça leur ouvre une possibilité de discussion. »

P5 : « tu ouvres une porte, tu leur dis "j'ai entendu que tu avais un problème, je suis là. Là, soit on trouve une solution, soit on se revoit pour voir ce qu'on peut faire, mais au moins tu sais que tu peux venir m'en parler"... Je pense qu'au niveau du temps, 15 minutes, quand j'ai quelqu'un qui n'est pas bien pour lui faire cracher le morceau, pour qu'il verbalise, ça me paraît difficilement résorbable en une consultation. »

P14 : « J'ai eu du mal à dénouer les choses, j'ai besoin de le revoir, mais je vais le revoir puisqu'il faut que je vaccine aussi lui, donc du coup je vais avoir l'occasion »

Si le patient ne revenait pas voir le médecin en consultation pour ça, le médecin pourrait quand même lui en reparler ou s'appuyer sur les proches, via ses notes dans le dossier.

P1 : « Si on les accroche, c'est gagné. Si on ne les accroche pas, moi, je le note dans le dossier... parce que je sais que je vais avoir soit les parents, soit les grands-parents, soit les frères et sœurs, et que j'aurai un moyen après de revenir sur le sujet. »

P14 : « Et du coup, je vois la famille parce qu'elle a trois enfants, enfin ils sont trois plus ses parents, et la grand-mère, donc j'aurai l'occasion d'en rediscuter. »

Sauf urgence, on pouvait se laisser du temps.

P1 : « on n'est pas dans l'urgence. Si vraiment on sent qu'on est dans l'urgence, c'est ça qui va motiver et toute la consultation va tourner autour de ça... »

Le médecin généraliste n'était pas toujours efficace en permanence, ce qui pouvait être pallié par le suivi dans le temps. Toutes les consultations n'étaient pas toutes aussi efficaces, car la capacité d'écoute et disponibilité émotionnelle du médecin pouvaient être variables d'un jour à l'autre. Le suivi dans le temps ferait qu'il pourrait y avoir d'autres consultations pour compenser, et être dans les meilleures dispositions pour aider l'enfant et d'avoir le temps de chercher des solutions.

P6 : « on n'est pas forcément à l'aise. Ça demande du temps, ça demande à la fois à nous d'être dans un moment où on est capable d'apporter cette aide... Voilà, et parfois si c'est la dernière consultation de la journée, c'est compliqué... de nous d'être proactif, de les aider. ... Je dis qu'il faut qu'on se revoie à un autre moment ... on est pris de court parfois »

P12 : « ça dépend de nos journées, de nos capacités d'écoute. Ça peut varier, on a des jours quand même... Entre les demandes extérieures, les consultations ... »

Pour une des médecins il ne fallait pas refermer la porte à la discussion. C'était cassant de retirer la main qui venait d'être tendue. A La première consultation, il fallait profiter du moment où l'enfant était disposé à en parler.

P8 : « c'est vraiment si la réponse est positive que ça allongerait vraiment la consultation je pense. Et si la réponse est positive, malheureusement on ne peut pas se permettre de balayer d'un revers de la main. Même le fait de proposer une deuxième consultation pour ça, je trouve que c'est un petit peu cassant, parce que je me dis on a ouvert la porte, ce n'est pas pour la refermer directement, il faut en parler tout de suite. L'enfant a dit oui, donc c'est qu'il a envie d'en parler maintenant. Et je pense qu'il ne faut pas le couper. »

b. Un temps bonifiant les relations, l'expérience et la confiance

Le temps qui passait permettait au médecin d'acquérir de l'expérience, pour se connaître, et connaître son fonctionnement de médecin, pour connaître les patients, et réaliser une prise en charge de plus en plus globale.

P6 : « Je pense que mon regard va être un peu biaisé en se disant maintenant que ça fait 3 ans et demi que je suis installé, bah forcément les patients je les revois, on pousse un peu plus les choses. »

P17 : « En début de carrière, c'est quand tu es remplaçant, on ne t'en parle pas forcément beaucoup donc... Tu n'es pas vraiment là, et puis on ne va pas forcément tout te dire. Je ne sais pas. ... Mais moi quand j'étais remplaçant j'ai pas eu de situation »

Le temps pouvait être perçu aussi comme synonyme de confiance, de lien privilégié d'attachement, sans jugement ni malaise. En effet, connaître les patients depuis qu'ils sont tout petits faisait d'eux des médecins de famille, référents. La continuité d'un suivi au long court, avait pu permettre d'accompagner l'enfant dans sa construction au fil des années. Le médecin était à même d'avoir une écoute bienveillante pour le patient.

P1 : « connaître les enfants depuis qu'ils sont tout petits [...] parole un peu libérée »

P5 : « et puis là au moins il est chez le docteur, il n'est pas dans le territoire de l'école donc on souffle un peu »

P16 : « surtout avoir un lieu externe aussi à l'école, un lieu externe à la maison, le cabinet où l'enfant peut être en confiance, ... il y a un climat de confiance aussi au cabinet. Il y a vraiment une importance de ne pas aller chez le médecin généraliste lambda mais chez son médecin traitant qui le connaît, qui l'a vu plusieurs fois. »

P14 : « Alors, c'est l'écoute, évidemment. L'écoute, l'empathie, la compréhension, le non-jugement, que l'enfant puisse se sentir entendu, ... qu'il puisse revenir, qu'il ait cette bienveillance »

Le médecin pensait que le patient avait besoin de temps pour réussir à parler, pour mûrir la réflexion. Il était vu comme un remède en lui-même. Le court naturel des choses pourrait participer à guérir les blessures, en laissant le temps de digérer, d'accepter, de vouloir en parler.

P2 : « Oui, si on sent qu'il y a du non-dit et que ça correspond à un mal-être, se donner un petit peu de temps pour exprimer ce non-dit, c'est pas mal »

Le plus délicat est le début de la prise en charge du harcèlement scolaire : ça ira mieux au fur et à mesure

P1 : « ça s'inscrit sur la durée parce qu'on ne va pas résoudre le problème en une consultation, ni son vécu ni son problème. Il faut prendre du temps pour l'aider et le soutenir. »

P6 : « c'est un parcours dans le temps, en fait. Je pense qu'il faut différencier quand on vient à un gamin pour une angine, pour une pathologie aiguë, effectivement, on essaie de traiter dans l'immédiateté des symptômes. Mais quand on est sur une problématique psychologique ou autre, il faut se créer ce temps. On ne peut pas tout solutionner aussi rapidement... il faut prendre le temps d'une deuxième, troisième consultation. »

P8 : « certains enfants ont sans doute besoin de "relances" régulières avant de pouvoir aborder le sujet. »

Tout ceci semblait en faveur d'un rôle certain du médecin G dans le harcèlement scolaire tant par le fait qu'il réalisait un suivi dans le temps que par la confiance qui lui était donnée. Il fallait faire preuve de patience dans l'accompagnement du patient dans le harcèlement scolaire. L'outil y répondait en mettant à disposition une trame de suivi dans le temps.

2. Temps contrainte et pression pour le médecin généraliste

Les médecins n'échappaient pas à la problématique du temps en médecine générale.

- **SUR LE COURT TERME**

- a. **Un système de soins avec une cadence rapide : peu de temps laissé au harcèlement scolaire**

La cadence des consultations de 15 minutes était une réelle contrainte pour le médecin, et d'autant plus pour des situations comme le harcèlement scolaire qui pouvaient être chronophages. La problématique de la gestion du temps pour le bon déroulement de la journée était réelle. Le mécontentement et la pression par les patients étaient mal vécus par le médecin. De ce fait, le médecin ne pouvait pas forcément être proactif dans le dépistage du Harcèlement Scolaire. Il a en effet été décrit précédemment dans ces résultats, que le temps était un frein au dépistage systématique par le médecin, et de façon plus générale à la prévention du Harcèlement Scolaire.

P12 : « il y a des délais de consultation ... qui deviennent de plus en plus importants »

P8 : « malheureusement, c'est le fonctionnement d'une consultation de médecine générale. ... On sait qu'il y a plein de patients qui attendent derrière et que malheureusement, on est pressé par le temps. »

P17 : « des fois je n'ai pas le temps, et puis tu sais, il y en a cinq qui attendent de l'autre côté qui font la gueule parce que t'es en retard. On est soumis à ... un harcèlement de patients »

b. Le temps pourtant était nécessaire pour délier les langues des victimes

Le médecin savait que le dépistage du harcèlement scolaire risquait d'entraîner une consultation longue, si la réponse était un oui. Cela pouvait le rebuter au dépistage systématique du Harcèlement Scolaire.

P3 : « la problématique c'est si quelqu'un vous dit « oui, je vis ça », ce n'est pas une consultation qui se règle en trois minutes, c'est-à-dire qu'on part sur une consultation un peu longue. Euh... Mais après, c'est comme tout le dépistage, toute la prévention, c'est plus long que le curatif. Voilà, donc ça ne me rebute pas. »

P5 : « Si on me demande pas, honnêtement ça m'arrange parce que j'ai pas le problème à gérer. C'est le jeu de la patate chaude »

Comme il a été vu dans la partie précédente, le temps était un atout pour délier les langues d'une consultation à l'autre, mais c'était également vrai à une autre échelle : au sein d'une même consultation. Cela expliquait pourquoi les consultations avec les psychologues duraient entre 45 min et 1h : le temps de réussir à parler, sans se sentir contraint. Cela semblait inexorablement incompressible, et donc plus adapté aux psychologues qu'aux médecins généralistes.

P14 : « c'est là que le psychologue, à mon avis, est très important. Parce qu'il faut du temps. D'où le psychologue qui va, lui, prendre une consultation qui peut durer une heure avec une consultation. Avec un enfant, une demi-heure, ce n'est même pas assez. »

P17 : « Il faut vraiment creuser pour trouver le truc. Ils ne viennent pas souvent spontanément te dire ça. Tu ne peux pas faire de la consultation minute. »

En CMPP, les médecins avaient des consultations plus longues, plus propices pour obtenir des confidences. Libérés des demandes somatiques, le temps pour creuser le dépistage était plus important.

P11 : « C'est que moi, le temps le plus court que j'ai avec les enfants, c'est une demi-heure. Donc c'est archi confortable. J'ai vraiment le temps de creuser et de prendre le temps. Et la première fois que je rencontre les enfants, j'ai une heure. ... j'arrive à avoir plus d'infos, alors que le médecin généraliste a moins de temps. »

c. Une réalité financière

Le médecin subissait lui aussi les lois du temps et de l'argent. Son métier n'échappait pas à ces réalités.

P4 : Il faut dire ce qui est et en fait au bout d'un moment, médecin reste un métier et il y a quand même la notion de rentabilité, et donc on ne peut pas faire ça systématiquement à toutes les consultations, sinon on s'en sort pas »

P10 : « si on fait des consultations d'une heure, eh ben forcément, on ne va pas manger le... Ça couvrira à peine les frais qu'on a »

C'était aussi le cas pour les patients. Les facteurs temps et argent concernaient le patient et le médecin et s'entrecroisaient. C'étaient les réalités de la société.

P1 : « ce qui les motivait c'est qu'elle était gratuite pour eux quand ils revenaient, et nous on avait un dédommagement pour les avoir fait revenir »

P4 : « ça peut se faire, sauf qu'il faut que les parents soient d'accord aussi, parce que ça demande du temps d'aller chez le médecin, et que même si c'est remboursé, il y en a certains, avancer rien que 7,50 €, ça peut être compliqué. »

d. Quelques solutions trouvées par les médecins

Des médecins devaient trouver des moyens pour avoir une compensation financière pour valoriser le temps passé à des consultations plus longues. Ils cherchaient également à gagner du temps : ne pas ouvrir de sujet de discussion, examiner en faisant l'interrogatoire, l'intégrer aux consultations de suivi.

P12 : « je ne perds pas de temps hein. Je le fais en examinant hein. Hein, moi je les ausculte, je parle pendant que je regarde le dos, je les pèse et je pose mes questions en même temps. »

P2 : « C'est un frein... S'ils commencent à parler, j'écoute, je m'adapte. S'ils n'en parlent pas..., je n'irai pas ... poser la question... »

P7 : « la "consultation santé sexuelle pour les jeunes" ... c'est toujours ça qui revient quand on parle d'ajouter des outils, c'est que ça prend du temps...Moi je cote en fait ça... ça a pris du temps mais j'ai quand même valorisé, je pense que ça aide un peu ».

Les autres leviers pour pallier ce manque de temps ont été précisés dans la sous partie précédente : reconvoquer les patients, laisser la porte ouverte, réaliser une prise en charge au long court et utiliser l'outil pour guider chaque consultation.

• SUR LE LONG TERME

a. La routine, le quotidien : risque de tomber dans l'oubli

La routine, avec les années pouvaient entraîner des conséquences aussi. Perdre des bonnes habitudes et en prendre des mauvaises, être pris par le quotidien des consultations. Sans stimuli de l'actualité, de la thèse, le harcèlement scolaire et son outil Fernando pouvaient tomber dans l'oubli, et ne plus se démarquer du reste.

P1 : « [l'outil Fernando] Finir par le voir comme quelque chose qu'on ne voit plus. Vous savez, on a plein de trucs sur le bureau... Voilà, le frein, c'est peut-être que ça passe un petit peu dans l'oubli avec le temps. »

P9 : Autant là, tu m'envoies des stimuli pour... je m'étais posé la question de me dire, mais à quel moment je l'abandonnerai ? Comme d'autres outils tu sais. »

P10 : « je trouve que le sujet semble d'actualité, après peut-être que oui, ça tombera un peu dans les oubliettes »

P12 : « Je pense que quand on démarre, on a un petit peu plus de temps de connaître un peu tout le monde. On prend plus de temps je trouve. [Mais en fin de carrière...] La routine... il y a aussi le fait de bien connaître les gens. On voit, s'il y a un changement, si on a l'œil... »

Des solutions pouvaient être de se mettre des rappels, des stimuli, des alertes sur le logiciel, l'intégrer dans les items de consultations de suivi systématique (cf. partie dépistage des résultats) :

P18 : « Parce que là, en fait, j'ai un post-it sur mon ordinateur.... Je l'ai vraiment en face de moi tout le temps... Et j'ai l'arbre qui est sur ma gauche en fait, dans mes papiers. »

P18 : « Après je ne sais pas si c'est faisable, mais dans nos logiciels aussi. D'avoir un petit rappel, une petite cloche, quelque chose qui pourrait dire, ah ben voilà, la question elle a jamais été posée, quelque chose d'un peu d'automatique pour les dossiers des enfants. »

P9 : « dans mon logiciel, à trouver des choses que tu peux intégrer directement dans la consultation... pour ne pas l'oublier. C'est des choses que nous on peut créer... Comme on peut avoir des alertes, tu sais, notre logiciel nous donne des alertes sur l'âge du patient... quand ton truc il s'ouvre, ça s'apparaît »

P9 : « à partir d'un certain âge, définir dans ton outil de prise en charge quand ça s'ouvre pour un enfant, ce serait super. Le rajouter dans cet outil pour les enfants. »

b. Le temps dans la société moderne

Le médecin étant un être humain comme les autres, il n'échappait pas au rythme chargé de la société moderne. Il était débordé, sursollicité.

L'évolution et le changement des pratiques pour le médecin généraliste en 20-30 ans avaient été importants. Les tâches qui incombaient au médecin généraliste étaient de plus en plus nombreuses. Notamment à cause de la pénurie des coacteurs de la prévention : la prévention était donc relayée au second plan, à contrecœur.

P12 : « Sur mes consultations quand elles sont remplies à 30 patients par jour c'est un peu difficile de prendre le temps sur de la prévention... avec la surcharge de travail.

« On avait un médecin scolaire qu'on a eu pendant 30 ans quasiment. Elle n'a pas été remplacée. Elle est partie il y a quelques années, elle n'a pas été remplacée... ça n'a rien à voir. Donc effectivement la prévention en prend un coup... »

P1 : « Alors il y a 20 ans, c'était beaucoup plus facile qu'aujourd'hui, vu la charge de travail qu'on a ... on est un peu submergé... »

Le médecin était sollicité pour tout et se sentait dépassé.

P7 : « Je reçois 4 mails pour des thèses par semaine... »

P12 : « C'est notre galère actuelle... il faut qu'on fasse le médecin scolaire. Bientôt il n'y aura plus de médecins de PMI donc ça va être aussi très compliqué. Et en plus il y a de moins en moins aussi de médecins de sécu, donc on nous demande de faire aussi beaucoup d'administratifs... Voilà, ça devient terrible. »

Les médecins regrettaient de n'avoir assez de temps pour suivre toutes les formations proposées. Ils devaient absolument faire un choix et les sélectionner. Les soirées de formation, plus courtes étaient privilégiées. Comme il a été formulé précédemment dans les résultats, les formations sur le harcèlement scolaire n'intéressaient pas les médecins.

P16 : Les formations, c'est que du blabla, ça ne m'intéresse pas. Ça dépend un peu du programme, du public cible, voir quel est l'organisme des formations. Mais finalement, je ne fais que des formations qu'on me conseille »

P12 : « C'est vrai que je n'y vais pas en formation. Voilà, il y a un truc là, c'est nouveau, on a changé le protocole, je vais sur internet et puis je regarde. Alors si j'allais au CRAM dans le temps..., c'était sympa. »

P18 : « Non, tu vois, sur deux jours, sur le sujet, non. En fait, c'est toujours une question de temps. Non, parce que se former, c'est super. Il y a plein de trucs intéressants. Mais oui, il faut trouver le temps. Et c'est vrai que quand tu es installée, c'est un peu plus... T'as moins de temps ! Après une soirée, oui. Sur les formations, ça dure 2-3 heures, oui »

P17 : « Bah ouais ça te rajoute du temps de travail en plus. Tu bosses déjà beaucoup et on te rajoute encore une couche. Non mais c'est vrai. Il faut vraiment se créer un temps. Et maintenant c'est payant ».

3. Solutions de l'outil

a. L'outil, un gain de temps direct pour le médecin dans la prise en charge du harcèlement scolaire

Un des intérêts de l'outil était de gagner du temps de recherche au médecin, synthétisant les données importantes. Son côté structuré permettait aussi d'optimiser la durée de la consultation en permettant de la mener activement grâce aux repères fournis.

P4 : « avant l'outil, je regardais sur Internet, sur le site de l'État, ... j'ai du mal à trouver les vrais numéros de téléphone, les vrais outils reconnus, non, ça m'avait pris du temps. J'avais passé la consultation en fait à chercher pratiquement. Donc je sais que là j'irai plus sur internet, j'irais directement regarder cet outil-là. »

P6 : « c'est très utile d'avoir un petit peu le tableau en tête... Ça aide quand même, ça nous structure, ça permet d'avoir des repères... Parce que dans le flou des éléments... il y a pas mal de choses à faire. Et donc quand on a un peu les solutions déjà mises en place, on gagne du temps »

b. Voir l'outil comme une trame d'accompagnement dans le temps

Il semblait judicieux de plutôt voir le rôle du harcèlement scolaire comme un accompagnement au long cours, un travail dans le temps. Une fois cela compris, cela pouvait être à l'avantage du médecin.

Certains médecins craignaient la quantité importante de données sur l'outil, difficilement faisable en une consultation unique. Puis, l'outil paraissait facile à utiliser, quand on le voyait comme un support pour plusieurs consultations de suivi.

P8 : « l'outil, quand je l'ai vu la première fois et que j'ai vu le gros euh... J'ai dit, « ouh là là, il faut que je me concentre ! ». [...] C'est vraiment juste le fait d'avoir plein de coordonnées, plein de trucs à faire à la fin. Je me dis "mais comment je vais avoir le temps de tout faire en consultation de prime abord ?". C'est vrai qu'il m'a impressionnée quand je l'ai vu la première fois. Finalement, il est très facile d'utilisation. »

Il fallait voir l'outil Fernando comme un accompagnement dans le temps pour savoir distiller les conseils. Certains médecins proposaient d'utiliser les informations de l'arbre petit à petit, pour ne pas "noyer" le patient avec toutes les informations. Cela permettait de garder de nouvelles choses à proposer à l'enfant quand il reviendrait. Le but était de ne pas sortir toutes ses solutions dès la première consultation.

P5 : « je t'ai parlé des cartouches en lui disant " est-ce que vous en avez parlé avec l'équipe enseignante ? Est-ce que tu voudrais voir un psychologue pour en parler ? Est-ce que tu as fait le 3018 ?" Tu vois ? Essayer de proposer à chaque fois quelque chose pour qu'il ressorte du cabinet en disant on m'a écouté et j'ai un truc à faire qui va peut-être solutionner, m'avancer dans mon problème. Reprogrammer un rendez-vous. »

P6 : « Il faut étaler les choses, il ne faut pas donner toutes les infos d'un coup, il faut... Et les donner de façon pertinente en fait. Parfois si... Je parle de la plainte, alors qu'elle n'a pas lieu d'intervenir, je pense que voilà, là, ça va faire peur, une incompréhension, etc. Donc voilà, je pense qu'il faut les garder en tête et les distiller à bon escient ». « Et balancer toutes les infos dès la première consultation, c'est les noyer encore plus ».

L'outil paraissait idéal pour aider le médecin dans cette prise en charge du harcèlement scolaire au long court. En effet, il permettait de se situer dans la PEC, placer l'enfant sur l'arbre, pour avoir un repère clair.

P6 : « j'avais regardé l'outil. Ça m'a aidé, ça m'a aidé à me structurer en me disant, voilà, où est-ce qu'elle en est de son parcours en fait ? ça permet un petit peu de situer, de placer l'enfant... en disant, là j'ai des trucs à faire. C'est utile là-dessus. »

Un autre intérêt de cet outil était de savoir ce que l'on allait pouvoir proposer au patient, et on n'avait pas besoin de passer du temps à rechercher. Cela permettait également de favoriser le dépistage systématique.

P7 : « tout ça, quand on sait un petit peu ce qu'on va proposer derrière, c'est quand même plus facile d'aborder le sujet »

P3 : « je vais prendre un peu de temps car j'ai tes outils. Je sais vers qui les orienter... ça donne une porte de sortie "appelez ce numéro-là, allez à l'espace santé jeune ..." J'apprends moins le oui sur cette question »

E- Le médecin concerné aussi par la judiciarisation de la société

La partie concernant l'aspect juridique de l'outil : du certificat médical, à l'accompagnement du dépôt de plainte, avait fait réfléchir le médecin sur le cadre dans lequel il accompagnait les patients victimes de harcèlement scolaire. Et un malaise et inconfort évident avait été remarqué chez de nombreux médecins.

1. Les médecins craintifs d'avoir des complications avec la justice

Le médecin avait peur de recevoir des plaintes pour plusieurs raisons. La société était devenue procédurière.

P13 : « Il y a la peur aussi, aujourd'hui, parce que les gens sont procéduriers, on ne va pas se mentir. La peur aussi d'avoir une procédure derrière, parce que le certificat n'était pas correct, ou parce que si, ou parce que ça, ou parce qu'on n'a pas fait... Je pense que ça ne doit pas être simple. »

Le médecin avait des obligations déontologiques de par son métier. Il devait tout faire pour son patient.

P6 : « Il ne faut pas se tromper, c'est quelque chose d'important, il faut donner du poids à ce certificat-là. ... Il a une valeur... professionnelle. [...] Des cas aussi graves ... à ce moment-là, rapidement agir »

P3 : « ne pas poser la question, ne pas faire ce dépistage ce serait plutôt comme un manquement professionnel. »

Une des peurs était liée au certificat, avec la peur d'être accusé de diffamation. La peur de sanction auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins était réelle.

P2 : « je suis assez prudent dans les certificats médicaux qui peuvent être produits en justice, pour pas que ça se retourne d'ailleurs contre moi. L'expérience aussi de pédopsychiatres qui ont fait des certificats et je dirais qu'ils s'en sont pris plein la figure [...] ça s'est retourné contre eux [interdiction d'exercice] »

P4 : « Je ne mettrai jamais que... Quoi que ce soit qui incrimine quelqu'un. Parce que moi je n'ai pas été là, je n'ai pas été témoin, donc je ne sais pas la vérité. Et en sachant tout ce qu'il peut en découler derrière si l'harcéleur porte plainte. Moi, je ne prendrai pas le risque. Ils peuvent très bien dire que c'est calomnieux. Et attaquer aussi le médecin. [...] »

P11 : « quand il y a des avocats pour les parents, les trucs comme ça, où on fait hyper attention parce que suivant ce qui est noté dans le certificat, ça peut invalider les procédures juridiques... »

Une autre peur était liée au secret médical. Elle limitait la communication avec les établissements et les forces de l'ordre.

P4 : « Le problème des certificats médicaux, ça reste le secret médical. Je crois que c'est au niveau de l'ordre des médecins qu'on peut avoir des conséquences. Et au niveau pénal aussi, parce que j'aurais rompu le secret médical. »

P3 : « je n'entrerai pas en discussion avec le commissariat s'il n'y a pas de levée du secret médical »

P4 : « je pense que ce n'est pas à nous de prévenir l'école. C'est toujours pour les questions de secret médical effectivement. »

Une autre peur du médecin était l'accusation d'abus sexuel. De ce fait, il pouvait choisir de ne pas voir un enfant s'il était seul

P5 : « par principe j'essaye de ne pas voir les enfants tout seul. Ou alors dans le cas où c'est le parent qui me dit « je vous l'amène et puis je vais dans la salle d'attente », ça peut arriver.

Mais sinon j'évite de voir un enfant, un mineur tout seul au cabinet. Pour toutes les questions que tu peux avoir, liées, tu sais, le médecin, les attouchements, les choses comme ça... »

P13 : « la question se pose souvent pour mes collègues, notamment masculins, pour avoir peur de se dire, si on les voit seuls, qu'est-ce qu'on peut nous accuser derrière ? Donc c'est une véritable question, surtout quand on est en cabinet libéral... On l'a moins parce qu'on est des femmes, oui. Mais nous on l'a quand même. »

Le médecin se sentait vulnérable quant à la rédaction des certificats médicaux. La place du médecin généraliste n'était pas facile.

P13 : « Nous [médecin légiste], forcément, on est focus dans un milieu protégé. Déjà, on est assurés dans 96% des cas. Faire des certificats, nous, c'est notre cœur de métier. Donc, en fait, on ne se pose pas les questions mais pour autant on n'est pas non plus à l'abri de plaintes. »

P13 : « Je pense que c'est pas facile d'être médecin généraliste aujourd'hui ! Vous êtes au cœur de plein de problématiques et de prise en charge globale du patient. Ce serait difficile nous, en regardant juste notre spécificité avec la loupe, de se dire...il ne fallait pas faire ça... Et le rôle est hyper important parce qu'il y a à la fois la prévention, il y a le dépistage, il y a la prise en charge. Vous la prise en charge elle est complète de A à Z. »

Une des façons de se protéger pouvait être de bien fournir son dossier médical.

P6 : « c'est d'abonder mon dossier médical, photo, mesure... »

P11 : « je détaille dans mon observation sur l'ordinateur »

P13 : « "écoutez, je le marque dans mon dossier interne, mais par contre, ça n'apparaîtra pas dans votre certificat"... il faut laisser nous une trace... »

P10 : « Mais sinon, après, mettre tous les éléments dans le dossier, pour moi, c'est indispensable. »

Les parties suivantes allaient détailler le certificat médical, l'accompagner au fait de porter plainte et le choix de déposer une IP ou un signalement.

2. Le certificat médical : des médecins craintifs, en demande d'aide

- **PAS DE CERTIFICAT MEDICAL EN SYSTEMATIQUE POUR DU HARCELEMENT SCOLAIRE**

Pour certains, réaliser un certificat médical ne posait pas de problème.

P8 : « moi ça me dérangerait pas de le faire. Faire des certificats médicaux si jamais il y a un désir de porter plainte. »

Mais de nombreux médecins relataient des difficultés.

a. Décider au cas par cas

Le médecin réalisait un certificat médical surtout dans des situations de harcèlement scolaire avec violences physiques. Il était plus évident à rédiger car plus objectif.

P7 : « je le propose pas sur du harcèlement psychologique ... pas systématiquement. Alors qu'on va le proposer systématiquement sur du harcèlement ... physique. »

P3 : « Quand tu as des coups et blessures, ça va. Tu fais ... le certificat. »

P10 : « faire les certificats quand il y a un souci, enfin, quand il y a vraiment quelque chose de physique, je le fais »

P11 : « Après c'est facile sur le plan physique de décrire il y a un bleu à tel endroit, de telle taille, machin. Après c'est plus dans ces cas-là, sur le plan psychologique... »

Le certificat pouvait être fait à la demande des parents.

P4 : « C'était la maman qui avait demandé. »

Cependant, certains médecins pensaient qu'il fallait au contraire reprendre le contrôle des certificats et ne le faire que s'il le jugeait nécessaire et redonner du poids à cet acte médical.

P6 : « un certificat, ce n'est jamais urgent... il faut qu'on garde un peu la main sur ce certificat-là, il ne faut pas que ce soit une demande un peu bradée par les enseignants, les parents ... Quand on décide de faire un certificat, c'est qu'on juge qu'il faut le faire. Ce n'est pas parce qu'on nous l'impose. C'est à nous de le proposer quand on sent, on pense qu'il va être utile. C'est à nous d'investir ce rôle. »

De plus, il devait prendre le temps de réfléchir à la formulation, tant qu'il prenait soin de reporter les lésions dans son dossier médical, il n'y avait pas d'urgence à fournir le certificat.

P6 : « Un certificat n'est jamais urgent, donc ce que je fais, c'est d'abonder mon dossier médical, photo, mesure des hématomes, des ecchymoses, si y en a, et leur dire, "voilà, je prépare un certificat"... Et donc je prends le temps de poser les mots sur ce certificat-là. »

P11 : « je détaille dans mon observation sur l'ordinateur les éléments à la date de l'examen comme ça si jamais il y avait besoin de faire un certificat c'est tracé »

b. Ne pas y penser

L'outil Fernando avait permis aux médecins de réaliser que le certificat médical pouvait être utile dans des situations de harcèlement scolaire. Cela avait permis d'acquiescer ce réflexe.

P7 : « sur un enfant qui ne va pas bien, qui raconte plutôt du harcèlement psychologique, je ne suis pas sûre de... Non, je n'y pense pas, c'est sûr. »

P9 : « je pensais que c'était pas nécessaire, si t'as pas de désir de la famille... comme dans les coups et blessures. Donc je partais pas avec l'idée de lui faire un certificat ... »

P11 : « Non, parce que je n'y pense pas. [...] c'est vrai que j'ai jamais pensé à "est-ce que je fais un certificat juste pour dire..." »

P18 : « Si je n'avais pas eu l'arbre, tu vois, je... c'est vrai que j'y pense beaucoup moins spontanément que dans les cas de violences conjugales, par exemple. Des violences tout court même, enfin, entre adultes. Dans le cadre d'enfants avec un harcèlement comme ça, non, tu vois, ça ne serait pas venu spontanément. »

c. Evitement de la pratique

Les médecins préféraient éviter au maximum cette pratique avec laquelle ils n'étaient pas à l'aise. De ce fait, ils n'étaient pas à l'initiative pour proposer un certificat médical, de façon spontanée, mais plutôt selon l'insistance des parents, s'il y avait un contexte de dépôt de plainte, ou une violence physique.

P3 : « C'est toujours compliqué le certificat médical, surtout quand c'est des cas de harcèlement moral. Je ne le ferais pas en première intention. Euh... Après, si les parents décident d'aller au tribunal, enfin, même en plainte, je le ferai. Si vraiment elle insiste mais ... Je ne le ferai pas en 1ère intention, je ne le proposerai pas. S'il n'y a pas de coups ».

P4 : « Le problème des certificats médicaux, ça reste le secret médical... Je ne suis pas certaine que je le ferais... Je pense que je demanderais à mes collègues comment je peux faire, Mais ça sera pratiquement un certificat en disant : « selon les dires du patient, selon les... » Je ne mettrai jamais que... Quoi que ce soit qui incrimine quelqu'un [...] En sachant que le premier je n'avais pas fait ça, après j'ai demandé à mes collègues, ils m'ont dit de le rectifier rapidement donc j'avais rappelé les parents pour qu'ils détruisent le premier certificat et que je leur donne le deuxième. »

Le malaise du médecin pouvait s'expliquer par son manque d'expérience dans cette pratique. Par exemple sur la question des ITT (Incapacité Temporaire Partielle)

P4 : « J'en ai fait un seul, dans le cadre du Harcèlement Scolaire. Je n'ai pas eu de retour. »

P5 : « Beaucoup me le demandent, mais je ne sais pas comment je le rédigerai »

P6 : « sur une première consultation, ça m'étonnerait que je le fasse. Je n'ai jamais eu vraiment de demande là-dessus... »

P9 : « Et je ne suis pas sûr d'être très à l'aise... mais d'avoir une bonne formulation des choses et puis comment le signifier en termes d'ITT... mais est-ce qu'on peut parler d'ITT là-dedans ? ... Déjà, je ne maîtrise pas avec des adultes qui viennent pour des coups et blessures ... on est plus dans un pif-o-mètre »

Le médecin préférerait donc laisser les cas plus graves aux experts du CASA, UMJ (Unités Médico-Judiciaires), professionnels assermentés.

P7 : « En l'occurrence, l'histoire que j'ai racontée, c'était de toute façon violent. Il y a eu un autre certificat au CASA, ça je me souviens, parce qu'il allait être opéré, donc il y aurait peut-être des séquelles. »

P11 : « sur le plan psychologique, s'il y a besoin de plus quelque chose de l'ordre de l'expertise, en fait c'est plutôt que dans ce cas-là c'est une expertise qui a été demandée auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue assermenté par le juge. »

« Après, si les parents décident d'aller au tribunal, enfin, même en plainte [...] En fait c'est celui des UMJ qu'il vous faut en théorie... »

d. Le trouver inutile

Certains médecins considéraient que c'était une perte de temps, au vu des délais de la justice, un certificat dans un contexte de harcèlement scolaire était inutile.

P9 : « C'est quoi la valeur de ce certificat ? Qu'est-ce que ça permet justement à l'enfant ou à sa famille ? Si elle ne porte pas plainte... »

P14 : « le certificat médical, c'est toujours la même histoire, moi je trouve que ça ne donne pas grand-chose parce que à part le fait d'avoir des coups physiques, le reste, comment dire, c'est comment relier,.. l'état qu'on constate à un élément ? ...»

- **LA REDACTION, UN EXERCICE DIFFICILE POUR LEQUEL LES MEDECINS DEMANDAIENT DE L'AIDE**

a. Des médecins craintifs, qui se protégeaient

De façon générale, les médecins n'étaient pas à l'aise avec les certificats médicaux. Ils étaient craintifs. Cette méfiance venait des conseils de prudence qu'on leur avait beaucoup répétés. La rédaction était jugée délicate, et une attention particulière à la formulation était portée ...

P2 : « je suis assez prudent dans les certificats médicaux qui peuvent être produits en justice, pour pas que ça se retourne d'ailleurs contre moi. [...] je ne suis pas à l'aise. Il ne faut pas détailler plus. Il ne faut pas faire le lien avec la situation »

P11 : « Je sais que tous les DU que j'ai faits, on m'a dit fais attention au certificat.»

P13 : « Mais oui, je comprends que ça fasse peur pour certains. Ça engage une responsabilité. Ça dépend de comment il se sent capable. En soi, je pense que le certificat, ça fait peur alors qu'on a des règles, si on répond aux règles d'écriture, il n'y aura pas de souci tant qu'on fait foi de notre bonne foi en l'occurrence et qu'on n'est pas là pour nuire.»

P3 : « mais c'est vrai que si je peux l'éviter, je ne le ferai pas.»

b. Une demande de certificat-type

Les médecins auraient aimé avoir des certificats-types, un modèle pour les guider car l'outil-Fernando proposé ne répondait pas cette demande. C'était une piste d'amélioration proposée.

P9 : « je ne suis pas sûr d'avoir tu sais un certificat type dans ma tête pour parler de harcèlement. Moi je trouve que ce qui manque c'est le certificat médical. Le proposer évidemment, mais l'écrire surtout, parce que moi je ne suis pas à l'aise... Moi depuis des années, des années, je n'ai jamais trouvé quelque chose qui m'ait clarifié ça. »

Le site de l'HAS proposait des conseils précis, intéressants pour aider les médecins.

P13 : « mais vraiment, il y a les règles sur l'HAS qui sont... de ce qu'on a le droit de faire ou pas faire. »

c. Des conseils de médecine légale pour la rédaction du certificat

Les médecins étaient en demande d'aide qu'ils ne trouvaient pas dans l'outil Fernando. Les données suivantes pourraient leur servir. Les conseils étaient de suivre les règles d'écriture d'un certificat, pour se protéger. Les plus importantes étaient les suivantes :

Préciser la date et heure d'examen, parler au conditionnel.

P13 : « Il faut toujours ... le jour et l'heure où on a examiné le patient. Ça va être aussi toujours parler au conditionnel ou entre guillemets, on n'est pas présent... sauf si vous êtes témoin et que les violences ont lieu dans votre cabinet au cas de là, "j'atteste que monsieur a reçu", ... "monsieur déclare qu'il aurait reçu un coup de poing le temps à telle heure de la part d'un individu qu'il décrit comme étant une amie" mais sans mettre le nom. »

Pas de descriptions subjectives mais description des lésions ou absence de lésions.

P13 : « décrire de façon très objective et pas du tout du subjectif. Donc on décrit ce que qu'on voit ou justement ce qu'on ne voit pas. Si par exemple typiquement on me dit j'ai des manœuvres de strangulation et on n'a rien au niveau de cervical, on peut marquer absence de lésions aux cervicales...

Ne pas mettre d'ITT. Le médecin légiste (re)voyait toujours les patients pour un certificat s'il y avait une poursuite en justice. Le certificat médical du médecin pouvait être très important pour constater les lésions qui pourraient disparaître le temps qu'il ait pu être vu par un médecin légiste.

P13 : « Pas forcément mettre d'ITT, parce que c'est compliqué. [...] Il faut savoir que ces certificats-là, nous, on revoit les patients derrière. Dès lors qu'on est sur le versant justice, les patients vont être revus par un médecin légiste. Et auquel cas on s'appuiera sur le certificat initial qui a été fait par le médecin généraliste. [...] si eux décident de déposer plainte que trois semaines plus tard, il n'y en aura plus, et donc là on s'appuiera sur le certificat qui a été fait ».

De ne mettre que des choses utiles et qui pouvaient avoir un lieu mais surtout un impact avec la situation actuelle du patient.

P13 : « Si on ne met que des éléments qui sont en lien ou qui peuvent être en lien, c'est tout à fait différent. Si par exemple, vous avez un jeune qui est victime de harcèlement depuis le 1er juillet 2024, mais que vous savez qu'il a fait une dépression en 2022...il y aura quand même un sens, s'il a des symptômes dépressifs aujourd'hui, de dire qu'il est à noter un antécédent de symptômes dépressifs dans un contexte de deuil il y a tant d'années. Parce que ça peut avoir quand même un impact, une fragilité, ce qu'on appelle les états antérieurs. Tout ce qui n'est pas en lien, il ne faut pas le mettre. »

Relire le certificat avec le patient et retirer les données qu'il ne souhaitait pas y voir figurer

P13 : « sur certains certificats où la victime nous dit "non mais ça par contre je ne veux pas que ça apparaisse", c'est son droit. Donc moi, je leur propose "écoutez, je le marque dans mon dossier interne, mais par contre, ça n'apparaîtra pas dans votre certificat". Mais par contre, il faut laisser nous une trace... On peut même le relire avec lui. »

Il était important de remettre le certificat médical en mains propres au patient.

P13 : « remis en mains propres, si c'est à la demande. Par exemple si vous avez un médecin d'assurances qui demande un certificat au patient, ... vous n'envoyez pas le certificat à l'assureur. Et si lui, il fait le choix de l'envoyer au médecin d'assurance, c'est son choix... Un médecin généraliste, il donne le courrier au patient directo, pour son certificat descriptif. »

En cas de doute, le médecin pouvait appeler la médecine légale du CHU, qui pouvait par un avis téléphonique aider à la rédaction du certificat médical

P13 : « soit ils peuvent... des fois on a des avis pour... plus dans des milieux hospitaliers, ... des internes qui vont nous appeler en disant "voilà, on demande de faire un certificat, mais il faudrait être sûr de bien rédiger, qu'est-ce que je dois marquer ?" »

3. La plainte, l'information préoccupante, le signalement : des médecins perplexes

- **IMPLICATION DU MEDECIN NECESSAIRE**

- a. **Un vrai rôle, remis en avant grâce à l'outil**

Le médecin avait un rôle de conseil, d'orientation vers la police, surtout en cas de violences graves.

P3 : « "Vous pouvez aller à la plainte"... je dirais que ça dépend de l'âge. Sur des histoires d'enfants en primaire je ne dirai pas aux parents de porter plainte. Par contre si c'est des ados... Ça dépend du degré de violence aussi. Peut-être sur des ados où il y a de la violence, pas verbale... vraiment physique où là, je trouve ça plus grave ... ».

P6 : « je pense que c'est des choses que, en médecine générale, si ça nous arrive dans une carrière, c'est peut-être une fois, deux fois... mais des cas aussi graves, bon. Je pense que voilà, on en verra pas tous les quatre matins, et heureusement. Mais je pense qu'il faut, voilà, à ce moment-là, rapidement agir »

P9 : « Je lui ai posé la question, "vous allez porter plainte ? Faut-il que je voie votre fille, pour faire un certificat ?". Oui, ça c'est facile, ça ce n'est pas quelque chose de compliqué. On a très peu de choses à faire, mais c'est vrai qu'on doit leur rappeler qu'ils peuvent porter plainte »

P8 : « J'ai fait un certificat médical initial et j'ai conseillé à la maman de porter plainte parce que ce n'est pas la première fois que ça arrive, et c'est hors de question que ça arrive une nouvelle fois. »

P12 : « on a insisté pour qu'elle porte plainte, au moins sur cette vidéo, sur le partage de cette vidéo »

Le fait de conseiller aux patients de porter plainte était un réflexe que les médecins n'avaient pas forcément, et l'outil Fernando avait permis de faire prendre conscience de cela aux médecins.

P6 : « je n'ai pas eu vraiment le cas, ni l'idée d'avoir eu cette idée en tête. Ça m'est jamais venu effectivement cette idée de me dire tiens il faut leur dire d'aller porter plainte.

P17 : « Je ne pensais pas à porter plainte... ce n'est pas un réflexe du tout que j'avais. ...Mais je pense que ça peut aussi être bénéfique pour l'enfant. »

Le fait de porter plainte était aussi important car cela permettait la reconnaissance du statut de victime, importante pour l'enfant.

P15 : « On conseille aussi aux parents d'aller porter plainte quand ils ont en plus des preuves matérielles, que c'est très important d'aller porter plainte aussi pour avoir ce statut, cette reconnaissance de statut de victime. »

- b. **Une famille à intégrer obligatoirement**

Certains pensaient que les familles n'oseraient pas porter plainte et d'autres qu'au contraire, elles y penseraient sans que le médecin lui ait rappelé.

P10 : « Ben c'est nous qui leur conseillons de le faire. D'eux-mêmes ils n'osent pas trop. Parfois ils le font mais c'est rare en fait. Enfin ce n'est pas systématique qu'ils vont porter plainte. »

P6 : « je pense que voilà sur quand l'environnement familial est là... [...] Quand il y a une situation de danger, bien sûr, mais je pense que ce sera déjà l'établissement qui serait, aurait déjà été alerté effectivement sur les choses importantes »

Le médecin considérait important d'avoir l'appui des parents ou d'une personne de confiance.

P6 : « Oui je pense qu'avec l'appui quand même, soit des parents, soit d'une personne de confiance, d'une structure, enfin voilà...j'aurais tendance à conseiller quand même de ... pouvoir se faire aussi aider de façon juridique »

c. Le signalement ou l'Information Préoccupante (IP)

Le médecin devait avoir recours à l'IP ou au signalement au Procureur si l'enfant était en danger, d'autant plus si les parents ne faisaient pas les démarches de protection pour leur enfant.

P10 : « S'ils ne sont pas d'accord, éventuellement, faire une IP ou signalement en fonction »

P16 : « Et puis il va falloir établir s'il y a un danger, pour s'il y a besoin, faire une information préoccupante. J'espère quand même ne pas en arriver là, mais j'imagine que c'est déjà arrivé. »

Cela pouvait aboutir à une évaluation du contexte familiale par l'aide sociale à l'enfance de la victime ou de l'auteur du harcèlement scolaire.

P15 : « Donc il y a eu une information préoccupante parce que cet enfant se mettait en danger, menaçait de se suicider, avait fugué à plusieurs reprises. Donc il y a une évaluation qui est en cours avec l'aide sociale à l'enfance. Et il y a de réelles difficultés éducatives de la part des parents qui reconnaissent qu'à la maison c'est un enfant compliqué ».

P13 : « L'auteur, il faut qu'il y ait une évaluation sociale au domicile on n'a pas ce genre de comportement... Ce n'est juste pas possible. Elle est trop jeune pour avoir des comportements comme ça, sans avoir rien vu ou sans avoir rien subi. »

Il était important de clarifier les démarches des médecins pour les IP et signalement. Le médecin devait envoyer un mail et préciser les coordonnées importantes. Il pouvait appeler selon l'urgence.

P13 : « Alors on a en intermédiaire, un greffier, mais pour les affaires où on doit avoir un avis, on a directement le procureur, qu'il nous passe en fait au téléphone. Soit par e-mail... [Qui sera lu ?] dans la journée. Par contre si on pense qu'il y a un critère d'urgence au jour même, il faut en effet passer par un appel téléphonique, mais dans tous les cas, il y aura un e-mail à la permanence parquet. [...] Dans le signalement, il faut bien donner ses coordonnées, ... les numéros de téléphone des parents pour que l'enquête puisse démarrer au plus vite et que tout le monde soit joignable le plus rapidement. Dans tous les cas quand vous faites un signalement vous faites une copie à la CRIP. »

• DES MEDECINS MAL-A-L'AISE AVEC LE JUDICIAIRE

Le médecin n'était pas forcément à l'aise avec le domaine du juridique, les plaintes.

P2 : « Les plaintes, c'est compliqué... Je ne suis pas à l'aise... »

a. Des médecins hors de leur domaine de compétence

Il y avait une méconnaissance du cadre juridique chez les médecins généralistes et pourtant... ils étaient beaucoup confrontés à la judiciaire. Le harcèlement scolaire était perçu par certains comme un terme juridique et donc le médecin pouvait donc se sentir démuni, hors de son terrain de

compétence. Le médecin avait besoin d'un cadre juridique plus clair et protecteur dans la prise en charge du harcèlement scolaire.

P1 : « je ne les connais pas les lois, je ne suis pas juriste »

P2 : « [le harcèlement scolaire] c'est un terme juridique »

P2 : « Je ne connais pas bien non plus les textes de loi concernant le sujet... Je ne sais même pas aujourd'hui s'il y a des lois contre le harcèlement... Si je les connaissais bien, je serais sans doute plus à l'aise. En comparaison avec les violences conjugales, où là les choses sont plus anciennes et on peut dire l'arsenal juridique, je le connais un petit peu mieux... la loi fait une levée du secret professionnel en cas de violence faite aux femmes. La connaissance des lois permet de mieux nous positionner et d'avoir une attitude plus adaptée.... moi je ne sais pas ce qui est de l'ordre du secret médical dans le Harcèlement Scolaire, de ce qui ne l'est pas, je ne sais pas. Dans les violences conjugales, je sais.... Où s'arrête ma capacité à décrire les choses et à les, je ne vais pas dire à les interpréter, mais en tout cas ... à produire un certificat et où s'arrêtent, on peut dire, mes droits et je dirais où s'arrête le secret professionnel »

b. La justice pas vue comme une solution et pourtant

Certains médecins préféreraient différer cette étape de porter plainte, en tout cas ne pas la conseiller en premier lieu.

P5 : « Parce que je leur dirais peut-être si, dans un second temps, s'il n'y a pas eu de solution de trouvée après avoir vu l'équipe pédagogique, enfin le professeur.»

P17 : « Je pense qu'il faut se méfier, il faut peut-être cadrer le truc avant, parce que porter plainte pour tout et n'importe quoi, il faut faire attention. »

La justice était considérée comme lente et peu accessible.

P4 : « Par contre l'étape du procureur, malheureusement, je pense qu'ils ont tellement de boulot que ça prendrait des semaines, voire des mois avant qu'il y ait un retour. Je ne suis pas certaine que cette solution-là soit la meilleure, s'il y a un caractère d'urgence...»

P14 : « j'avais fait un signalement ...Au final qu'est-ce qui s'est passé ? Il a reçu les parents, etc. Et du coup, il y avait un éducateur qui devait passer toutes les semaines. L'éducateur n'est jamais passé parce qu'ils étaient dans une caravane. Et l'éducateur, semble-t-il, n'a jamais pu trouver la caravane. Donc en fait, il n'y a pas eu de suite...C'est vieux, peut-être que maintenant ça a changé. Quand je dis c'est vieux, ça doit faire plus de 20 ans. »

Il était important de rassurer les médecins et de préciser qu'il y avait en effet une priorisation de l'urgence et que les critères d'urgence n'étaient pas précisés dans l'outil-Fernando.

P13 : « Mais dans les cas de signalement pour Harcèlement Scolaire, il faut quand même qu'il y ait une symptomatologie grave pour pouvoir téléphoner directement.... s'il y a des violences à caractère sexuel. Mais même en ayant des codes d'unité, moi ça m'est arrivé déjà d'attendre une heure. Il faut le garder pour les cas d'urgence, parce qu'il y a un risque massif pour l'enfant. Parce que dans la possibilité où ce n'est pas intrafamilial, ... le temps que la procédure pénale se fasse, il y a une possibilité d'extraire l'enfant potentiellement [de l'école], soit par les parents, soit en prenant en hospitalisation. »

c. Une justice jugée pas assez formée, avec crainte de traumatisme pour l'enfant

Les médecins pouvaient avoir peur de la maladresse de policiers qu'ils jugeaient non formés au harcèlement scolaire et de possibles traumatismes plus importants pour les enfants. Ils ne poussaient donc pas forcément vers un dépôt de plainte en craignant une aggravation de la situation.

P2 : « Il manque le bon interlocuteur au niveau de la police, c'est à dire qu'il faudrait, on peut dire, des policiers qui soient formés à prendre en charge des enfants...

Les cellules UAPED

La création de cellules UAPED qui commençaient à se déployer au niveau national pouvait être source d'apaisement pour le médecin généraliste. Ces cellules pour auditionner les mineurs permettaient un cadre plus protecteur.

P13 : « Soit on les reçoit via l'UAPED, l'unité d'accueil pédiatrique enfants en danger. »

Qu'était l'UAPED ?

« Ça se déploie énormément au niveau national, ça fait des années que ça existe. Mais le plus souvent c'est dans des services de pédiatrie. Il se trouve que le nôtre est médico-légal. »

« qui est une salle d'audition de l'UAPED qu'on a dans notre service, où il y a à la fois les services de gendarmerie, donc police, et un psychologue de notre unité qui vont faire une audition du mineur et qu'on reçoit en consultation à l'issue, »

Qui pouvait bénéficier de l'UAPED ?

« Donc soit c'est parce que l'âge de l'enfant ou il a des difficultés. Par exemple un enfant autiste » C'est vraiment en fonction des capacités de l'enfant, s'il a des troubles ou pas.

« Selon la gravité des violences, les violences sexuelles

Un cadre protecteur ? Comment ça se passait ?

« Être entendus dans un environnement très protégé et ils n'ont pas à répéter de nouveau les violences quand nous on les reçoit. ... pièce sécurisée ... »

« L'enfant est accueilli, pris en charge, évalué, parce que la psychologue a pour but d'évaluer ses capacités cognitives, ses capacités émotionnelles, est-ce qu'il est capable de distinguer les émotions, sa capacité attentionnelle... Pour orienter les services de gendarmerie en disant « c'est difficile, les émotions ne sont pas bien comprises », par exemple ils vont vérifier le niveau de compréhension ... pour savoir si oui ou non l'audition qui va découler va être potentiellement fiable... il y a une vitre sans teint.... Et après la psychologue et un gendarme sont derrière la vitre sans teint et un autre gendarme fait l'audition. Et s'il y a des difficultés particulières, si la psychologue... elle peut être amenée... à arrêter l'audition, c'est trop difficile pour l'enfant »

Comment bénéficier de l'UAPED ?

« Quand le dépôt de plainte est fait. Le dépôt de plainte va être fait par le parent. Et l'enfant n'est pas auditionné au moment ... dans un second temps »

« Le procureur sera toujours informé et puis il co-décide. En fait, il y a une délégation des tâches du procureur sur l'officier de police judiciaire. "Moi je pense qu'il faut un UAPED, c'est trop compliqué de faire une audition dans une brigade ou un commissariat. »

Le patient n'avait pas à raconter plusieurs fois ce qu'il avait subi, les informations étaient transmises au sein de l'équipe du CASA.

« Notre collègue psychologue nous fait la retranscription de ce qui s'est passé. A la fois le retentissement psychologique mais également les faits qui ont été rapportés.... Le jeune n'a pas besoin de reraconter de nouveau. Nous on le voit directement pour l'examen clinique »

Le médecins généralistes pouvaient conseiller aux patients de porter plainte et il seraient réadressés si besoin au CASA ou inversement, dans un travail de collaboration. Le but était de rentrer dans le circuit d'accompagnement du harcèlement scolaire.

« Dans l'ordre des choses, il vaut mieux faire le dépôt de plainte... gendarmerie ou police... l'OPJ qui va donner une réquisition aux parents et qui va leur demander de venir chez nous [au CASA]... Mais une fois qu'ils sont dans le circuit, c'est plus facile. »

« Et si par exemple, les parents ne sont pas encore prêts à déposer plainte... ils peuvent quand même être orientés vers chez nous pour qu'on puisse voir l'enfant, pour avancer dans le processus. Donc ils peuvent nous les orienter, et puis pour qu'on donne aussi un avis, qu'on oriente les parents »

Devant l'âge des enfants, le fait de porter plainte pouvait parfois sembler inutile. Un sentiment d'impunité des harceleurs.

P13 : « il y a des parents qui vont dire, "bah oui mais bon, là, il a 7 ans, qu'est-ce que vous voulez qu'il se passe ?" C'est aussi une réalité. Et je pense que les gens ont conscience que de toute façon d'un point de vue pénal il ne va pas se passer grand-chose parce qu'à 7 ans il ne sera pas condamné... Tout dépend de l'âge de l'auteur. Il n'y a pas de... les emprisonnements, vous n'aurez jamais un enfant de 9 ans, de 8 ans qui va être emprisonné, bien sûr.»

P1 : « Il n'y a pas un policier derrière chaque harceleur pour lui faire réellement le rappel à la loi. Ils convoquent les personnes et ils leur disent t'as pas le droit... Les harceleurs j'entends, ils leur disent il ne faut pas, il ne faut pas, il ne faut pas. Ils ne se sentent pas tellement en danger les harceleurs. Un peu désagréable quand on vous remonte un peu les bretelles, mais dès sortie de l'entretien, ils rigolent »

Le rappel à la loi pouvait être suffisant pour calmer la situation.

P13 : « mais néanmoins le fait de déposer plainte ça permet quand même de mettre un terme... ça doit quand même créer un stop... Dans tous les cas il va y avoir un rappel à la Loi, enfin l'autre enfant, celui qui est auteur présumé, va quand même être entendu, va être auditionné lui aussi. Les parents vont être aussi convoqués... ça peut aussi mettre un terme à la violence. Parce qu'en effet le dépôt de plainte est venu dire, attention c'est grave ce qui se passe. Des fois les parents de l'auteur présumé ne sont pas informés de ce qui se passe...».

Concernant la suite, "après la plainte", après l'enquête à la gendarmerie, commissariat ou à l'UAPED

P13 : « Tout est retranscrit pour le procureur de la république, il décide ou non, soit de la poursuite des investigations (ouverture d'une information judiciaire), soit d'un classement sans suite... C'est soit l'OPJ qui décide par délégation... Le procureur qui est le « chef » de l'enquête initiale, il n'est pas informé de chaque étape stricto sensu de la procédure, mais il suit tous les dossiers. Alors il y a toujours une enquête et après c'est le procureur qui décide s'il y a un classement sans suite ou s'il fait une ouverture d'information judiciaire qui va être transmise directement au magistrat. Donc au juge d'instruction. Nous on les voit toujours dans le cadre de l'enquête. En fait, on fait 96% de notre consultation sur réquisition... par suite d'un dépôt de plainte. »

Comme cela était noté dans l'outil Fernando, le harcèlement scolaire était un délit et il y avait, de ce fait, six ans de prescription pour porter plainte. Il pouvait au terme de l'enquête être revu comme une contravention, ou un crime selon la situation.

P13 : « Alors c'est un délit. Il y a les 3 degrés... Tout dépend de la nature du harcèlement. Parce qu'en fait, les contraventions, vous avez un an, les délits, vous avez 6 ans, et les crimes, vous avez 20 ans. C'est comme les violences conjugales, ... sont un délit, néanmoins des fois elles sont déclassifiées. Ça veut pas dire que ça n'est pas un, mais pour autant...ça peut même aller jusqu'au crime. [...] ça ne veut pas dire pour autant que ça va forcément aboutir à derrière. Ça peut, même si c'est un délit, ça peut aboutir à un classement sans suite »

d. Le cyberharcèlement difficile à appréhender par le médecin généraliste car impliquant plusieurs acteurs

Le cadre flou du cyberharcèlement avec l'absence de référent clair était mal vécu par le médecin généraliste, avec l'école se déchargeait de sa responsabilité. Le cadre du harcèlement semblait important pour des médecins. Et dans cette situation, il se retrouvait entre l'école et les forces de l'ordre, sans savoir arbitrer.

P1 : « Y'avait le présentiel à l'école plus sur les réseaux ou leurs petits groupes de chat... L'établissement dit "ah bah oui mais là c'est pas nous qui sommes responsables de ça, c'est plus dans le cadre scolaire" »

P2 : « dans le cadre de l'école, on va considérer que c'est dans le cadre de l'école, plutôt que dans un cadre policier. Si c'est en dehors de l'école, on considérera plutôt l'inverse. Mais ... où s'arrête on peut dire le cadre purement scolaire et le cadre policier. Ça s'entremêle »

P14 : « Mais ça, la gendarmerie ou la police ils ont tout ça et ils le font »

4. Des informations à ajouter à l'outil Fernando ?

Certaines informations pourraient être ajoutées à l'outil Fernando pour rassurer les médecins sur leur place au sein de cette judiciarisation du Harcèlement Scolaire.

Il était important pour le médecin d'avoir un cadre et il était utile de rappeler les critères d'IP ou de signalement dans lequel le médecin avait une obligation déontologique d'agir.

P13 : « il y a deux cas. ... L'information préoccupante c'est qu'à la CRIP alors que le signalement c'est pour des faits de violences beaucoup plus graves. ... Typiquement les violences sexuelles, la question ne se pose même pas, c'est signalement. Le signalement aboutit forcément à une enquête pénale. Alors que la CRIP pas forcément... La CRIP, elle va d'abord évaluer d'un point de vue social, environnemental, etc. Et plus ou moins, elle transmet. »

Le médecin généraliste ne pouvait rompre le secret médical que si les faits étaient suffisamment graves.

P13 : « Parce que si c'est un mineur, il y a des obligations ... en fonction de la gravité des faits, auquel cas-là, il faut pouvoir expliquer aux patients, "les faits que tu m'apportes sont suffisamment graves, je vais être obligé de faire un signalement parce que, d'un point de vue légal, je suis obligé, j'ai des obligations, t'as des obligations, j'en ai". Le mieux ...c'est d'en informer le patient. »

S'il avait un doute, les médecins généralistes pouvait appeler la CRIP ou la médecine légale.

P13 : « Vous pouvez appeler soit la CRIP ... ils peuvent vous renseigner. On peut appeler le service de médecine légale, nous on est là aussi. On a plein d'appels pour avoir des avis, etc. Et en fonction de la nature des violences ou de la gravité, on oriente, et si nous on a un appel en direct, on propose de voir les jeunes et on peut aussi évaluer avec eux comment ça se passe. »

Une des solutions qui émergeait des entretiens était d'inclure la médecine légale et ne pas hésiter à les contacter, mieux aider le médecin pour ce secteur où il se sent vulnérable. Il fallait l'inclure dans l'outil.

F- Le médecin remis au cœur d'une prise en charge multidisciplinaire grâce à l'outil

1. Un médecin qui se sentait seul, et reconnaissait ses limites dans la prise en charge du harcèlement scolaire

Avant l'outil Fernando, le médecin se sentait seul et sans repères pour la prise en charge du cyberharcèlement. Il jouait un rôle flou, sans cadre pour se situer.

- **AVANT L'OUTIL : UN ROLE FLOU, A DEFINIR POUR LE MEDECIN**

Le médecin n'avait pas de cadre, de rôle défini. Cela pouvait venir du manque d'habitude, du peu de confrontations au harcèlement scolaire en consultation.

P2 : « On a effectivement à définir précisément le positionnement du médecin de famille dans cette situation-là. [Il avait manqué] Un cadre précis socio-éducatif et un cadre thérapeutique précis. ... Ce n'est pas forcément un sujet courant. Ce n'est pas un sujet avec lequel je suis à l'aise. Pas confronté à ça... ou peu ... sujet plutôt nouveau »

- a. **En tant que médecins généralistes : un vrai rôle oui, central non**

Comme il a été dit dans la partie « sensibilisation du médecins généralistes » de ce travail, le médecin était en proie aux doutes quant à son rôle dans la lutte contre le harcèlement scolaire. Les médecins reconnaissent leur rôle dans le harcèlement scolaire. Ils pouvaient lui attribuer un rôle majeur en considérant le médecin généraliste comme devant prendre en charge l'enfant de manière globale : le corps et le psychologique et devant les conséquences médicales lourdes qu'il pouvait avoir. Sa place privilégiée avec une relation de confiance faisait de lui un acteur à considérer mais, les MEG ne se voyaient pas forcément en première ligne dans cette lutte mais après l'école et les parents. Les différents acteurs de la prise en charge pouvant se renvoyer « la patate chaude ». Les patients eux-mêmes ne les incluaient pas assez comme « personne ressource » dans la prise en charge. La notion de suivi au long court du harcèlement scolaire par les médecins généralistes n'était pas forcément présente. Les enfants reviendraient s'ils avaient besoin. Le médecin se mettait alors en retrait.

- b. **Le ressenti d'être un peu perdu**

Les médecins pouvaient se sentir illégitimes par manque de formation, et perdus, ne sachant par où commencer.

P5 : « Moi, je n'ai pas été formé du tout là-dessus. Je ne me sens même pas légitime ! Parce que qu'est-ce que je vais pouvoir conseiller aux gosses...? Après si on me demande, c'est vrai que je suis embêté parce que j'ai pas les outils pour renvoyer vers quelqu'un qui va être plus spécialisé que moi »

P17 : « j'étais un peu perdu la première consultation... c'est un peu freestyle. Au niveau Harcèlement Scolaire, ... on n'a pas eu de formation à la fac. Tu as vraiment cette sensation de... "Je commence par quoi ? Je dis quoi ? On va où ?" »

P2 : « on ne peut que l'augmenter ce bagage-là. Celui qui dit qu'il connaît tout au niveau psychologique, bah il ne connaît pas tout. On ne peut que le développer »

Comme il avait été dit précédemment dans ce travail, le médecin ne pouvait pas se former à tout, ce n'était pas humainement possible...

c. Un médecin démuni, impuissant, avec des limites

Le médecin avait moins l'impression d'être efficace quand il n'était pas dans l'action. Il ressentait alors une frustration quand il ne s'agissait pas d'une problématique somatique, avec une prise en charge médicamenteuse possible. Le médecin devait reconnaître ses limites.

P3 : « on n'est pas maître... on n'a pas de... hum, ce n'est pas une situation où on peut faire un diagnostic, et donner un traitement. Parce que c'est vrai que c'est un peu la frustration, je ne sais pas si c'est la frustration mais c'est aussi les limites... Un petit peu un sentiment d'impuissance On n'a pas ... d'action ... on n'est pas proactif. On n'a pas... comment dire ça ? ... on n'a pas ... c'est juste des conseils »

P7 : « on se sent un petit peu démuni. D'un point de vue gestion, en fait j'ai été un peu limitée moi, enfin je n'ai pas eu besoin de faire grand-chose à part proposer de le revoir, évidemment d'en rediscuter etc. Alors, c'est là où on n'est pas toujours bien armée. »

P8 : « De la détresse et surtout de l'impuissance... Je n'avais pas encore l'outil pour m'aider, je me sentais un petit peu impuissante et finalement, ce n'est pas allé plus loin »

P14 : « le médecin n'a pas toute puissance. Par exemple, je trouve qu'il faut aussi qu'on connaisse nos limites. ... à chaque fois qu'on dit quelque chose, on a un immense impact sur les gens. Notre parole est dix fois plus lourde que celle du voisin. Et donc c'est, il faut y aller avec des pincettes, il ne faut pas dire n'importe quoi, il ne faut pas se tromper... Il faudrait un enseignement de, je ne sais pas de combien, mais peut-être de deux jours, ... je suis intéressée »

• SOUFFRIR DU MANQUE D'IMPLICATION DES AUTRES ACTEURS

a. Un médecin seul

Le médecin se sentait seul dans la prise en charge du harcèlement scolaire et trouvait cette tâche trop ardue en étant seul. L'après-repérage du harcèlement scolaire faisait donc peur...

P2 : « interlocuteur isolé c'est compliqué parce que finalement on reçoit la parole, on est bon, ok, mais après qu'est-ce qu'on fait? Alors qu'on attendrait d'autres intervenants, ça peut arriver qu'on soit le premier interlocuteur et si on n'a pas connaissance des autres personnes qui peuvent prendre en charge, là ça devient compliqué »

Médecin devait pallier le peu d'interlocuteurs et donc tentait de faire ce rôle de psychologue. Mais le médecin généraliste aurait préféré ne pas avoir à endosser ce rôle car chaque personne avait son métier pour lequel elle avait été formée. Le médecin devait être un soutien, une écoute attentive.

P1 « ça se réduisait à mes consultations, à moi, en leur disant que c'était notre sujet dédié. Des séances, pas de psychothérapie, je n'ai pas cette étiquette là, mais c'était dans cette optique-là. Ça ressemblait un petit peu à ça... Je ne suis pas forcément la plus pointue dans le domaine, ... les écoutants formés et prévus vont forcément avoir les meilleurs réflexes »

P6 : « Je le voyais sur les trois premières semaines toutes les semaines voilà et après on a espacé... Ce que je faisais, c'était : temps d'écoute, temps d'écoute active, de comprendre la situation, de voir un peu la problématique »

P14 : « Moi, je fais beaucoup de psycho, donc... Mais ce n'est pas suffisant et puis en plus on n'a pas forcément, on n'est pas préparé, on n'a pas les mots forcément, on fait ce qu'on peut mais on n'est pas des professionnels là-dessus. »

P9 : « Le rôle c'est plutôt le soutien de l'élève... c'est-à-dire que dans une psychothérapie, tu sais, l'aider, alors je ne suis pas un psychologue, mais ... qui peut venir me parler »

P8 : « je suis un peu aussi psychologue à mes heures perdues ! J'ai souvent beaucoup de patients qui viennent me voir juste pour que je fasse de la psychologie. Et du coup on fait le travail, mais en moins bien ! »

P4 : « Donc moi j'envoie automatiquement, je parle des psychologues parce qu'au bout d'un moment je considère que les psychologues ont une formation différente de la nôtre, et qu'on est complémentaires »

b. Difficultés du soutien psychologique

Inadapté : trop tardif, trop cher ...

Il y avait une réelle difficulté pour obtenir un soutien psychologique pour les enfants victimes de harcèlement. Il était particulièrement difficile chez les enfants. Les intervenants étaient peu nombreux et il y avait une attente parfois énorme...

P15 : « Donc on tourne un petit peu en rond en termes de moyens »

P6 : « tout ce qui est un peu d'ordre psychologique, parfois on est un peu démuné sur les moyens qu'on peut mettre en place... la raréfaction des personnes en capacité de prendre en charge la souffrance psychologique »

La pénurie de spécialistes pour enfants (psychologues, psychiatres, pédiatres....) était pire que celle des psychologues pour adultes, du fait de leur surspécialisation...

P9 : « il y a très peu de psychologues qui prennent des enfants. C'est par les patients qu'on arrive à trouver, parce qu'un enfant est parti. Moi je l'ai vécu avec ma fille, tu sais, de trouver un psychologue. Les psychologues que j'ai trouvés,

P2 : « Le réadressage est très compliqué. Chez les enfants, c'est compliqué. Parce qu'il n'y a pas d'interlocuteur direct à notre portée. Le CMPP n'apporte pas de réponse immédiate. Donc le soutien psychologique, il ... il doit attendre »

P8 : « Et puis pour le trouver, il faut y aller quoi. Pour les moins de 25 ans. »

P9 : « C'est comme un pédopsychiatre, c'est comme... T'en as pas pléthore, par rapport à... Déjà, on n'a pas beaucoup de psychiatres, mais alors des pédopsychiatres... »

P14 : « Donc voilà quoi, mais en dessous de 13 ans, c'est galère, les psychiatres on les a pas, on n'a pas grand-chose... Les pédopsychiatres, n'en parlons pas, il n'y en a pas. Les pédiatres, il n'y en a quasiment pas. Il n'y a pas grand-chose. »

Les psychologues conventionnés avec la sécurité sociale étaient peu nombreux et donc surchargés.

P10 : « Après les psychiatres, les pédopsychiatres, malheureusement il n'y en a pas beaucoup. ... Avec le système de la Sécu qui a été mis en place, les rendez-vous... Les psychologues remboursés ne sont pas du tout accessibles. Donc ça, c'est un peu dommage »

P4 : « Je leur propose de se mettre sur liste d'attente des psychologues qui sont remboursés par la sécu, déjà il n'y en a pas beaucoup et ils sont blindés »

P6 : « Apparemment ils ont revalorisé un peu je crois le forfait psychologue. Je ne sais pas s'il y a eu du coup une rentrée de psychologues dans ce système vu que ça a été revalorisé parce que c'était quand même sous-coté je crois. Donc c'est vrai que ça a été un frein pour que les psychologues signent cette convention. Donc ça ne facilite pas. »

P15 : « Alors maintenant c'est 8 à 12 séances, prisent en charge par la sécu, mais le problème c'est qu'il y a très peu de pys qui sont inscrits sur cette liste-là. »

Chez les adolescents, selon les secteurs, la maison des ados était souvent débordée...

P4 : « Elle est tellement pleine, c'est tellement bouché... il y a tellement de monde parce qu'il n'y a pas beaucoup de maisons d'ados.»

P7 : « ça m'est arrivé d'adresser vers la maison des ados, mais en ce moment c'est compliqué »

Les coûts financiers du suivi par des psychologues étaient trop importants pour certains patients.

P4 : « Malheureusement, là où je pratique, la population n'a pas énormément de moyens donc payer un psychologue entre 60 et 65 euros toutes les deux semaines, ça peut être délicat et une barrière en fait au sujet psychologique. »

P7 : « Et puis pour ceux qui ont les moyens d'orienter vers un psychologue libéral »

P10 : « Et après, sinon, il y a les centres de secteur, les CMP, les trucs comme ça, où je les oriente assez facilement aussi »

Il y avait donc ceux qui pouvaient payer ces séances en libéral et ceux qui devaient attendre leur place dans les structures gratuites. Les délais étaient très longs dans la filière publique. C'était une médecine à deux vitesses...

P7 : « en fait on n'a pas une population ici qui, en grande majorité peut se payer des consultations de psychologues, donc ça va être surtout vers les structures « gratuites », donc CMP, Maison des ados, parfois psychologue scolaire »

P15 : « Les CMP qui sont débordés, les listes d'attente. Oui, oui, pareil, on a des difficultés parce qu'il y a des CMP, soit il n'y a pas de place et il y a deux ans d'attente, jusqu'à deux ans d'attente, c'est inentendable. Oui, oui. Soit il y a un minimum de trois mois d'attente, donc ça ne répond pas aux besoins »

P1 : « la secrétaire toute fière lui a dit qu'elle avait de la chance, qu'elle avait un rendez-vous dans 3 mois... [...] ça vous paraît le bout du monde. Un gosse qui est en souffrance, lui dire on s'occupera de ton cas dans trois mois, ce n'est pas une réponse... du point de vue prise en charge psychologique c'est terrible. On a reçu des courriers "Nous avons zéro équivalent de médecine dans le centre, donc nous vous remercions de faire au mieux..." »

Un suivi psychologique difficile à mettre en œuvre et à maintenir et pas toujours aidant

Le médecin comme intermédiaire pour convaincre de voir un psychologue.

P6 : « leur dire il faut une écoute et qu'il y ait des professionnels de santé pour ça. Parce que souvent ils y voient pas l'intérêt de raconter une énième fois leur histoire, voilà, ils trouvent ça un peu difficile, redondant, ça les met parfois en difficulté, revivre le traumatisme les événements. Je les rassure en disant « non, au contraire ce n'est pas te faire revivre tout ça, c'est de comprendre, t'aider » effectivement, et qu'en discutant on arrive à mettre en place des choses, à te renforcer positivement, et encore une fois les aider »

Au-delà de ça, il était constaté que le suivi psychologique n'aidait pas tout le monde.

P9 : « Plusieurs fois mais ça n'a pas fonctionné. Ce n'est pas adapté à son niveau d'exigence en fait. Parce qu'elle disait "papa, je sais exactement les questions qu'elle me posait, je les connaissais déjà, je savais ce qu'elle allait me dire". Donc ça ne servait à rien... Mais à leur âge, je trouve que c'est très compliqué, soit il y a une maturité présente qui te permet un peu d'écouter et d'avoir des outils pour pouvoir lever les éléments d'angoisse, d'anxiété qui peuvent être gérés par une thérapie cognitive. »

L'adhésion au suivi avec le psychologue ou à un groupe de parole pouvait être difficile pour l'enfant.

P6 : « il n'est pas allé jusqu'au psychiatre [à la MDA] alors qu'il avait un rendez-vous prévu... Il l'avait eu quasiment deux mois après que j'ai fait la demande... je dis « c'est important ». Je l'aide, je maintiens les rendez-vous avec lui etc., jusqu'à ce rendez-vous là effectivement. Et là quand il m'a dit effectivement "je n'ai pas pu y aller etc.." j'étais un peu déçu »

P9 : « Le psychologue elle n'a pas voulu initialement, mais après elle a été quand même voir un psychologue. »

P1 : « raconter leur histoire à quelqu'un qu'ils ne connaissent pas... Le temps de créer un lien... « C'était compliqué justement de parler dans un groupe, parce que quand il y a ce harcèlement, on se sent isolé. Et même si on leur explique que les autres sont aussi en souffrance, de là à s'ouvrir, c'était compliqué... j'en ai beaucoup qui n'ont pas donné suite... ça les freinait et ils avaient du mal à y aller »

Ainsi, il y avait un enchaînement d'étapes difficiles pour le médecin : convaincre l'enfant de réaliser un suivi avec le psychologue. Puis trouver le psychologue : payer ou attendre. Puis maintenir l'adhésion de l'enfant au suivi. Pourtant, le harcèlement scolaire était une problématique qui nécessitait un suivi sur la durée. Et les psychologues semblaient les plus à même pour libérer la parole des enfants de par leur formation communicationnelle et sur le fonctionnement humain et de par le temps dont il disposait lors des consultations.

Une personne de confiance difficile à trouver

Une personne de confiance à qui se confier pourrait avoir un rôle capital pour pallier cette souffrance. Mais elle était difficile à trouver...

P4 : « Ça permettrait d'avoir un soutien au quotidien pour le patient, mais par contre, trouver une personne de confiance si c'est au milieu scolaire, en sachant tout ce qu'ils ont déjà à gérer, que ce soit professeur, CPE, tout ça... Ça ne peut pas être non plus les amis, parce qu'ils ont le même âge donc bon... je pense que c'est que trop lourd pour, ...trop lourd pour l'autre élève. C'est comme une charge mentale... La famille en général ou... quelqu'un dans le corps enseignant mais...

c. Une inaction de toute l'équipe éducative

Il était constaté une pénurie de chacun des maillons de l'équipe éducative. Cela rendait les contacts plus difficiles, dans un sens, comme dans l'autre.

Une pénurie de chacun des membres de l'équipe

Les médecins constataient une pénurie des médecins de l'EN. Quand les médecins scolaires partaient à la retraite, ils n'étaient pas remplacés et le médecin généraliste récupérait une charge de travail. Le médecin généraliste avait des missions du médecin scolaire qui pouvaient lui revenir : PAI...

P2 : « Si on ne connaît pas de médecin scolaire pour l'établissement, on est malheureux. »

P11 : « alors médecins scolaires, ils sont peu nombreux. Donc on n'a pas trop de liens. »

P1 : « après le problème des lycées, c'est qu'on doit avoir un médecin scolaire qui fait 3 villes quoi et là c'est beaucoup plus compliqué parce qu'ils sont toujours par monts et par vaux »

P8 : « pour les médecins scolaires, mais il n'y en a pas... Enfin, quand ils sont là, les pauvres, ils ont beaucoup de secteurs à gérer. Donc eux, c'est impossible de les avoir. »

P12 : « donc il faut qu'on fasse le médecin scolaire. »

P6 : « Et chose par ailleurs, c'est que l'infirmière scolaire lui a donné un PAI. Je pense qu'il faut en discuter, poser les choses et voir l'intérêt de ce PAI. Mais c'est vrai que c'est la première fois que j'ai un tel document dans cette situation-là ! En plus, il était vierge »

P2 : « Oui, ils manquent à l'appel. Donc, entre guillemets, par la force des choses, on enfile un peu le costume... »

Les difficultés de communication étaient bilatérales pour se contacter entre médecins généralistes et médecins de l'EN.

P15 : « le souci c'est que c'est difficile de se mettre en lien parce que nous on a un portable professionnel, mais eux ils ne le donnent pas forcément., donc c'est compliqué. Je n'arrive pas depuis trois mois à joindre le message généraliste qui est installé en ville parce que je tombe sur un répondeur. Il n'y a pas de secrétariat. C'est une vraie difficulté ».

P7 : « Oui, alors on a du mal à obtenir les coordonnées »

Les psychologues de l'EN étaient très utiles mais ils avaient beaucoup de missions, et ils n'étaient pas assez nombreux. De plus, il y avait un risque que les autres enfants apprennent qu'il avait reçu l'enfant et cela pourrait être source de majoration du harcèlement.

P4 : « Et sinon je demande s'il n'y a pas un psychologue scolaire. Mais le problème c'est qu'une fois, au moment où un étudiant y va, si les autres le savent, je pense que ça peut être encore plus un facteur de risque de harcèlement parce qu'ils vont se dire " bon bah s'il va avoir un psychologue c'est qu'il est faible". Pour moi c'est double tranchant »

P15 : « les psychologues scolaires, ils sont hyper sollicités pour plein de missions ... pour tous ces enfants qui sont accueillis dans les écoles et qui n'ont pas de diagnostic d'autisme. Les parents ne veulent pas en entendre parler... et on passe un temps fou à travailler, à accompagner les familles pour accepter le diagnostic... Et pendant ce temps-là, il y a des tas d'enfants qui ont ces besoins de voir le psychologue. Ils sont aussi très peu nombreux dans les écoles. »

Le rôle des infirmiers de l'EN était important mais ils avaient déjà beaucoup de missions et beaucoup d'élèves à leur charge. Et les infirmiers étaient en sous effectifs aussi.

P15 : « les infirmiers sont, ... à moitié en collège et le reste du temps ils sont sur 4-5 écoles... même s'ils n'en ont que 2000 en charge, c'est quand même compliqué. Ils ont beaucoup d'actions de prévention... éducation à la vie relationnelle, d'intervention sur l'hygiène. Poids taille, dépistage sensoriel, ils regardent le dos, ils regardent les dents, voilà... »

P3 : « C'est vrai qu'il y a les infirmières scolaires, mais je crois que c'est un peu compliqué. »

P5 : « ça va être très difficile de se mettre en relation avec l'infirmière scolaire »

P8 : « Et dans les écoles à côté de chez moi, je sais qu'il n'y a pas d'infirmière scolaire, en tout cas. Je sais qu'il y en a une dans un collège. Elle est toute seule. »

P2 : « c'est vrai qu'on est dans un drôle de système scolaire, où il n'y a pas beaucoup d'infirmiers ou d'infirmières scolaires. ... »

Des médecins de l'Education Nationale moins nombreux et avec plus de missions

Les effectifs de médecins scolaires avaient beaucoup réduit.

P15 : « depuis 96, je suis médecin éducation nationale. Après les secteurs se sont un peu réduits... en 4-5 ans, on est passé de... on a perdu pratiquement la moitié de notre corps de médecins donc actuellement on est 20 médecins temps plein, en réalité 33 médecins, dans le 92, alors qu'il y a 37 postes temps plein potentiels... tu as de la moitié du corps qui est absent. Il faut faire les mêmes missions avec la moitié de médecins au moins. Et donc j'avais une quinzaine d'établissements, on va dire en moyenne, à peu près 7000 élèves en charge chaque année... »

P12 : « On avait un médecin scolaire qu'on a eu pendant 30 ans quasiment. Elle n'a pas été remplacée. Elle est partie il y a quelques années... »

P5 : « médecin scolaire, ce n'est pas la peine. Non, non... On a une collègue... Elle a fait un burn-out. Il y a moins de médecins scolaires que de départements en France. Donc, ils arrivent pas, ils ont une somme de travail, notamment avec tous les PAI...»

Les missions des médecins scolaires avaient beaucoup changé et la prévention ne pouvait plus en faire partie, à leur grand regret.

P15 : « Nous, on ne voit plus les élèves de manière systématique, contrairement à ce que je faisais tout au début, il y a 30 ans... Maintenant on ne voit plus que les enfants qui sont repérés par les enseignants pour des difficultés scolaires ou en trouble du comportement, ou qu'ils ont un problème de santé pour lesquels il faut mettre en place un PAI : ... épilepsie, diabète ...plan d'accompagnement personnalisé (PAP)... tiers-temps, ... aide humaine (AVS ou AESH, Aide éducative humaine scolaire), ... PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) par la MDPH... On participe de moins en moins à des actions collectives... Autrefois on faisait des interventions en demi-groupe sur l'éducation à la vie relationnelle, sur le consentement, la prostitution, les toxicomanies, etc. »

Depuis le principe de l'école inclusive pour accueillir les enfants porteurs de tous les handicaps, le médecin scolaire avait une charge de travail très augmentée.

P15 : « Alors ce qui a changé, c'est qu'on accueille tous les enfants à partir de 3 ans. C'est le principe de l'école inclusive... traits autistiques, on va les accueillir, les enfants qui ont du handicap moteur, handicap sensoriel et évidemment toutes les autres difficultés... Et donc ça nécessite effectivement des adaptations, des aides humaines, pour des enfants qui ont des besoins de santé importants et qui justifient d'aménagements pour pouvoir progresser et ne pas être déscolarisés pour des raisons de santé... Donc tout le travail, et entre autres celui du médecin scolaire, c'est de faire prendre conscience que la scolarité, elle peut se faire, mais dans un cadre plus adapté. »

Une minimisation et banalisation des établissements ou une inaction

La minimisation des personnels éducatifs ou leur inaction pour aider les enfants étaient regrettés par les médecins.

P1 : « une banalisation énorme : "qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse ? Et les enfants ils sont durs entre eux ... voilà. Et bah si dans le lot il y en a un qui est un peu plus faible que les autres forcément il vit ça moins bien ..." fin c'était à hurler quoi »

P2 : « L'établissement avait un peu essayé de noyer le poisson »

P4 : « la maman que je voyais qui n'avait pas de solution à donner, qui avait pourtant déjà alerté trois fois l'école ... ça faisait à peu près 6-7 mois... Ils n'avaient pas bougé

P18 : « il en avait d'abord parlé à son maître, qui l'a pas pris au sérieux en fait, et donc il n'a pas fait grand..., enfin qui a rien fait. ... Le maître, en question, il aurait dit à la mère au début, "c'est des histoires d'enfants"... La direction déjà ne voulait rien faire... »

Un milieu éducatif qui avait des limites et était parfois obligé de changer l'élève harcelé d'établissement car il n'y avait pas de preuves concrètes ou il y avait trop d'élèves harceleurs impliqués. Cela faisait une double punition pour l'enfant harcelée...

P15 : « Mais quand il y a un groupe de harceleurs, on ne peut pas non plus changer 3-4 élèves harceleurs d'établissement, c'est compliqué en termes d'abord effectif et puis la difficulté c'est de prouver, parce que ça laisse pas forcément de traces le harcèlement. ... Si on n'arrive surtout pas à prouver que si c'est tout un groupe classe, par exemple, on ne peut pas sortir 20 élèves comme ça d'un établissement, il faut qu'on ait des preuves. Et quelquefois, c'est les familles qui craquent en disant... parce qu'ils peuvent continuer. »

P1 : « changements de classe. Ce qui est souvent pareil frustrant c'est que c'était l'élève qui allait pas bien qui changeait de classe. Ce n'est pas juste. Ce n'est pas juste. Double punition, quoi. »

Dans le secteur privé, il y avait une difficulté supplémentaire, les référents académiques ne pouvaient pas intervenir...

P18 : « dans le public, si le directeur fait rien, tu peux remonter à l'inspection académique, au rectorat, t'as quand même toujours moyen... dans le privé, c'est peut-être un peu plus compliqué. »

La prise en charge du harcèlement scolaire n'était pas simple. Souvent il y avait de nombreuses causes qui rendaient ce problème extrêmement difficile à gérer. Le harcèlement scolaire était un phénomène complexe et l'une des clés semblait peut-être être la prise en charge pluridisciplinaire.

2. De multiples intervenants possibles : en (re)prendre conscience grâce à l'outil

a. Autres solutions possibles pour le soutien psychologique

Heureusement, le médecin n'avait pas toujours besoin d'un suivi psychologique pour l'enfant.

P7 : « orienter vers un psychologue libéral. Oui. Je le fais pas systématiquement non plus, ça dépend du... De ce que j'ai l'impression... De percevoir du retentissement chez l'enfant.

Les médecins pouvaient avoir leur propre réseau de psychologues et donner une liste de contacts aux patients.

P6 : « j'oriente un peu un petit peu sur mon réseau quoi. Ouais. Sur les quelques psychologues que je connais. Voilà, on arrive quand même à avoir des rendez-vous raisonnables... Avoir déjà son propre réseau un peu constitué »

P7 : « après sinon je leur donne des noms de psychologues ... soit tu connais un bon psychologue et tu l'orientes. Et sinon, oui, j'ai écrit des petits noms »

P10 : « On a des psychologues en face, donc ça oui on a des contacts directs et ça c'est pratique. »

P16 : « j'ai trois contacts où il y a des rendez-vous sur Doctolib et il y en a pour deux jours après »

La maison des ados fonctionnait très bien dans certains secteurs et le médecin pouvait s'appuyer dessus pour des soutiens psychologiques des enfants.

P2 : « Chez les adolescents, c'est facile. Il y a la maison de l'adolescent, avec une antenne à X. La maison des ados, est on peut dire bien bien installée. »

P12 : « On a des structures, comme la Maison de l'ado, on a des structures où on peut les envoyer facilement »

P3 : « On a un espace santé jeune qui accueille les ados gratuitement, avec des psychologues, donc ça je pourrais orienter là-bas, c'est facile, c'est gratuit »

P8 : « Donc ça peut leur être vraiment utile. Dans une dizaine de jours en général après, ils les prennent. »

Les médecins généralistes pouvaient et devaient aussi s'appuyer sur les psychologues scolaires.

P2 : « par leurs compétences du fait de leur formation. Compétences à recevoir la parole et puis après travailler avec l'enfant pour la résolution du conflit, du problème. Ah moi je dirais en 1ère ligne »

P4 : « Mais pour ceux qui n'ont pas les moyens, je trouve que c'est essentiel d'en avoir un quand même. Moi je pense qu'il est essentiel. »

Les psychologues conventionnés avec la sécurité sociale étaient de plus en plus nombreux.

P5 : « il y a de plus en plus, tu sais, avant les psychologues s'ils n'étaient pas conventionnés, c'est entre 40 et 60 euros la consultation, c'était un petit peu compliqué, il y en a plein qui se sont fait conventionner pour avoir du monde. »

Dans un contexte de plainte notamment, ayant conduit l'enfant au CASA, il pouvait être suivi par le psychologue de l'équipe du CASA, au moins pendant les premières consultations.

P7 : « Et puis l'enfant que j'avais eu avec sa hanche, il avait été suivi par la psychologue du CASA. Il l'avait eu une ou deux fois, je crois. Ils peuvent y aller même pour de la violence conjugale non-physique, enfin toutes sortes de violences. »

P13 : « Officiellement, on propose 4 à 5 séances de consultation psychologique. Néanmoins, quand on a des violences très lourdes avec une prise en charge beaucoup plus importante, soit elles peuvent réorienter... soit c'est vraiment trop important et le travail est déjà trop avancé pour un transfert du patient. Donc, c'est au cas par cas. Il y a trois psychologues à temps plein, et une assistante sociale. »

Le CMP ou le CMPP pouvaient prioriser selon les secteurs et permettre des délais acceptables de suivi psychologique en cas d'urgence

P7 : « Le CMP, quand on appelle et qu'on précise qu'il y a une situation inquiétante, il y a un suivi qui se met en place rapidement quand même. Je trouve ça pas si compliqué. Les délais, je n'ai pas en tête, mais je pense d'une semaine à l'autre. C'est rapide. »

P11 : « la famille appelle le CMPP en disant c'est mon médecin qui m'oriente vers vous, j'ai un courrier... On dit, il faut que je les voie en priorité ou pas. C'est déjà arrivé que la psychologue déborde du rendez-vous de préadmission et évalue le potentiel de risque suicidaire au moment du rendez-vous de préadmission si jamais ça semble très... et réoriente aux urgences si besoin. »

Pour adresser les enfants aux CMP, ou CMPP, le médecin devait connaître les subtilités.

P11 : « En fait, au CMPP, on doit faire des prises en charge pluridisciplinaires. Donc il faut qu'il y ait plusieurs suivis. Et s'il n'y a pas de troubles associés, ce n'est pas forcément dans nos missions. Il faut que les enfants aient besoin d'avoir plusieurs professionnels qui les prennent en charge. CMPP, en fait, c'est porté par le secteur associatif à but non lucratif. C'est les centres médico-psycho-pédagogiques. Et les CMP, c'est porté par le public, c'est sanitaire, c'est porté par... par exemple ici par l'hôpital du Rouvray dans la Seine Maritime. Et en fait les CMP, il y a des CMP pédiatriques et des CMP adulte. Historiquement, les CMPP voyaient plus les enfants qui avaient des troubles de neurodéveloppement... et les CMP plutôt les enfants sur le versant très pédopsychiatrique. Et en fait dans les CMP il n'y a que des pédopsychiatres. Eux, ils peuvent quand même prendre les enfants si la demande est uniquement un sujet psychologique. Enfin sur le secteur Rouennais... Après, je pense qu'il y a des subtilités un peu partout »

Il existait aussi des projets régionaux avec une prise en charge financière du suivi psychologique.

P16 : « on avait participé à l'expérimentation de l'ARS qui s'appelle Renforcement Psychologue, c'est l'ARS qui salarie des psychologues. Et du coup, on avait une psychologue où les patients ne payaient pas, où on pouvait justement adresser ces cas de Harcèlement Scolaire.... Il y avait des choses assez clarifiées... Et c'était pour 10 consultations avec un psychologue. Mais elle a démissionné, donc nous n'avons plus... En fonction de l'urgence on pouvait du coup l'appeler et puis l'orienter très facilement.»

Des alternatives relativement rapides étaient trouvées si besoin : consultation avec un pédiatre de l'hôpital, urgences...

P14 : « je l'ai adressé du coup au CHU..., parce que c'était un ado. Ils prennent à partir de 13 ans. [Sinon...] quand l'enfant est vraiment pas bien, moi je l'adresse aux urgences...c'est rare
P12 : « Alors des fois, on les envoie directement en consultation pédiatrique. Comme ça, ils ont accès à un psychologue plus vite. À l'hôpital de XX, le pédiatre, lui, peut adresser... Ils ont des psychologues, ils ont des prises en charge globales. Oui, ça m'est arrivé. »

Suite aux demandes de médecins, des initiatives pouvaient se faire : notamment la création de groupes de parole en alternative au suivi psychologique, en attendant la prise en charge individuelle.

P1 : « comme on a tiré signal d'alarme, qu'il y avait eu des réunions de groupes de parole... des groupes de souffrance, que ce soit familial, que ce soit à l'école... premier espace de parole pour libérer la parole. »

P11 : « Oui, après, en fait, les groupes, enfin les prises en charge groupales, celles qui sont proposées, en fait, ça s'ajuste un peu au profil des enfants qui sont inscrits. Donc je sais qu'à un moment, il y avait un groupe Parole ado, parce qu'il y avait pas mal d'ados qui étaient un peu en souffrance. Là, en ce moment, on n'a pas forcément d'ados beaucoup qu'on pourrait mettre ensemble pour discuter. C'est ça qui détermine aussi un peu... Mais faire du pairing, des groupes de pairs, c'est vraiment souvent ce qui fonctionne aussi. »

b. Un nombre d'intervenants possibles important dans le milieu éducatif

Une équipe scolaire complémentaire

Il fallait penser à tous les intervenants possibles de l'école, et si l'un n'était pas disponible, un autre le relayerait et des réunions d'équipe se feraient.

P15 : « infirmiers, psychologues, médecins et assistants sociaux, on est tous tenus au secret médical ou professionnel. Donc c'est des gens qui ne sont pas en classe et qui ont le temps de recevoir l'élève.... ce n'est pas la même position que l'enseignant. ... il y a aussi les médiateurs, mais il n'y en a pas dans tous les départements ... On travaille tous ensemble, ... on échange entre nous. Mais on n'est pas forcément là tous en même temps, tout le temps. Donc, le jour où le jeune ne va pas bien et qu'il est confronté à cette situation, ... c'est des gens qui sont disponibles ... qui peuvent recevoir. »

Plus de moyens, et plus de personnels dans le privé

P15 : « Oui mais les écoles privées, ils ont plus de moyens en termes de personnel, ils ont un CPE par niveau, ce qui est énorme, ils ont des équipes renforcées »

Infirmières scolaires

Les infirmières scolaires étaient plus accessibles que les médecins scolaires.

P7 : « ça m'est arrivé aussi d'appeler l'infirmière scolaire »

P19 : « j'ai en tête une jeune fille qui était du coup harcelée à l'école, et donc ma collègue avait pris contact avec l'infirmière scolaire, et puis les parents avaient été reçus par la directrice... prendre appui avec l'infirmière de l'établissement »

P11 : « C'est plus avec l'infirmière scolaires... »

P18 : « j'ai vu l'infirmière et puis après elle a tout déclenché, elle a appelé maman et puis après ça a déclenché tout »

Psychologues de l'EN

Certains médecins scolaires ou psychologues scolaires arrivaient à avoir tout de même du temps pour la prévention auprès des parents. Les médecins de l'étude les jugeaient très utiles, comme cela a été dit dans la partie « soutien psychologique ».

P15 : « J'ai des collègues qui font du travail avec, qui font des actions en fait sur le sommeil et la place des écrans auprès des parents, dans le cadre de café des parents, dans le cadre d'accueil des nouveaux parents dans les écoles, avec les psychologues scolaires, tu vois, lors de la présentation à la rentrée pour les enfants qui rentrent à l'école, l'importance du sommeil, du rituel du coucher, etc. »

Assistants sociaux

Elles pouvaient aider pour trouver des associations de lutte et aider pour les démarches de prise en charge financière, dossier MDPH...

P11 : « les assistantes sociales, elles ont des réunions partenariales où il y a un peu tous les partenaires sociaux de la ville. Et donc elles peuvent avoir parfois une meilleure connaissance de s'il y a une association. »

P15 : « Et puis l'assistant social peut aussi accompagner après la famille sur des prises en charge financières, monter un dossier MDPH, faire des démarches à caractère social en fait. »

Chefs d'établissements

La communication par courrier avec l'établissement, comme citée dans l'outil était utilisée par les médecins et fonctionnait bien. Ils pouvaient aussi appeler.

P1 : « J'avais quand même fait une lettre pour la directrice pour qu'ils puissent enfin avancer un petit peu en faisant en sorte qu'il y ait un entretien entre la famille du harceleur et la famille de la victime. Sinon je ne l'aurais jamais fait la lettre. Ça ne me serait pas venu en tête de faire une lettre pour l'école. »

P7 : « j'ai fait en sorte de faire un courrier pour le directeur d'établissement ou quelqu'un qui pourrait orienter, ou alors l'infirmière scolaire »

P1 : « améliorations parce que l'année d'après, [...], le chef d'établissement, prenant conscience des difficultés, s'arrangeait pour éclater le groupe qui était harceleur, et maintenir quelques camarades de la personne harcelée »

Les mesures gouvernementales nationales

Les médecins trouvaient que les établissements et le gouvernement s'impliquaient enfin dans le harcèlement scolaire et mettaient des actions en place. Il y avait enfin une prise de conscience. Des interventions d'enseignants formées utilisaient la méthode de préoccupation partagée pour tenter de résoudre les conflits.

P3 : « L'Education Nationale s'en saisit plus. Et que là, ils ont un peu mis les moyens, ils ont un peu mis en place des choses... il y a auprès du rectorat une équipe qui est spécialisée dans ça, qui intervient dans les écoles, qui fait de la sensibilisation. Peut-être je pense que les choses sont un peu mieux prises au sérieux par la médiatisation du drame a fait que je pense aujourd'hui l'éducation nationale fait plus attention et est plus réactive »

P1 : « Sur un an ou deux, c'est récent. C'est très récent »

P15 : « une équipe d'enseignants spécialisés qui intervient sur l'école pour faire l'évaluation, reçoit le groupe, reçoit l'enfant seul, essaye, utilisent la méthode préoccupation partagée. Donc c'est une façon de traiter en fait le harcèlement, c'est-à-dire que les enfants vont être écoutés, le groupe d'enfants harcelés et le harceleur vont être écoutés séparément puis être reçus ensemble, de telle sorte d'essayer de remettre du lien entre eux »

A l'académie de X, 280 cas de harcèlement scolaire étaient remontés sur la dernière année. Depuis les récentes affaires, chaque plainte était considérée.

P15 : « je suis médecin conseiller technique départemental, c'est à dire que je suis le médecin qui coordonne, le chef de service qui coordonne tous les médecins scolaires de notre département... Je ne suis pas très souvent en première ligne par rapport au harcèlement, je reçois plutôt des élèves qui sont déjà identifiés, harcelés. Donc je n'ai pas ce temps-là où je questionne et où je découvre que l'élève est harcelé. Il m'est adressé... Cette année j'en ai suivi à peu près, on va dire 90 situations complexes de harcèlement. Oui, sur notre département, il y a eu exactement 280 situations de harcèlement cette année, qui sont remontées à l'inspection académique... Des recommandations pour vraiment ne passer à côté d'aucune situation de harcèlement ... on a vraiment axé notre travail focus sur toutes les situations qui peuvent être à risque. On est un département particulier parce qu'il y a beaucoup de politiques, des députés etc. qui sollicitent directement en haut lieu... L'affaire de Poissy l'année dernière, où il y a un jeune qui s'est donné la mort et le rectorat a eu des courriers maladroits à l'égard de la famille. Donc, cette année, on a eu des consignes de ne jamais laisser aucune famille, aucun élève sur le bord du chemin, en négligeant la souffrance de la famille et de l'enfant. »

Cette plateforme pour lutter contre le harcèlement scolaire mobilisant une équipe pluridisciplinaire qui se renforçait avec le recrutement de référents académiques

P15 : « on en a recruté un deuxième cette année parce qu'elle ne s'en sort pas toute seule, il y a trop de situations à accompagner.

« Site Stop Harcèlement [le nom était "e-enfance"]. C'est une plateforme où la famille peut dire, voilà, mon enfant est harcelé... Et nous, on a un ou plusieurs référents dans notre département qui consultent au quotidien cette plateforme, et qui ensuite sollicitent les différents partenaires, donc l'assistante sociale, psychologue conseillère technique, la conseillère vie scolaire, établissement scolaire »

P11 : « Après les inspecteurs d'académie, mais là ils vont plus être interpellés par les familles quand les choses ne bougent pas au niveau de l'établissement. »

Deux choses étaient tout de même à surveillance concernant les mesures gouvernementales.

Que ces mesures du gouvernement ne soient pour l'effet d'annonce

P6 : « On ne règle pas le mal-être et la souffrance comme ça juste à coup de dispositifs ou de changement d'établissement... »

P4 : « Malgré toutes les annonces faites à la télé, tout ça, j'ai l'impression qu'en fait ils parlent dans le vent. »

P5 : « Mais après, je ne sais pas si ça c'est vraiment mis en œuvre, ça c'est des effets d'annonce des gouvernements. L'éducation nationale pour que ça bouge...»

Il pouvait y avoir des dérives, et utilisations détournées des mesures

- Infiltration des brigades anti- harcèlement scolaire par des harceleurs en leur sein
P7 : « J'ai même eu une enfant, je me souviens, elle m'a dit d'être harcelée par la brigade des "anti-harcèlement" du collège. Donc elle me disait, elles se sont mises, ces filles, dans ce poste-là pour pouvoir ne pas être embêtées en fait. Et ce sont celles qui harcèlent le plus. »
- Utiliser l'étiquette du harcèlement scolaire pour avoir des avantages
P15 : « le directeur académique a accepté un changement d'établissement, ils ont demandé une priorité pour aller dans un autre établissement qui soit hors secteur. Bon, il se trouve que c'est un établissement de très bon niveau scolaire, un établissement recherché... »

La collaboration médecins de l'EN et médecins généralistes

Le médecin généraliste devait être à l'affût de moyens de récupérer des contacts des intervenants : scolaires ici.

P1 : « quand il y a des médecins scolaires ou des médecins du travail, des choses comme ça, j'essaie toujours de demander les coordonnées. On a échangé nos mails. »

Un des moyens faciles de contacter les médecins scolaires était d'appeler l'inspection académique ou d'appeler l'établissement. Cette information pouvait être ajoutée dans l'outil Fernando.

P15 : « Parce que depuis quelques années, on a un téléphone professionnel, portable, qu'on donne aux familles, qu'on donne aux établissements, on a une adresse mail professionnelle. C'est spécifique à l'Académie de XX, mais de plus en plus des départements sont équipés comme ça. Ils tapent inspection académique de tel département ou DSDEN et le secrétariat central lui donnera les coordonnées du médecin de l'école correspondante. Il suffit de donner le nom de l'élève. [appeler l'école ?] : c'est aussi une solution. »

Les médecins de l'EN souhaitaient communiquer et collaborer plus avec les médecins généralistes, pour une prise en charge globale de l'enfant. Une collaboration pouvait permettre de mettre en commun les connaissances différentes sur l'enfant car les cadres n'étaient pas les mêmes.

P1 : « bon lien avec le médecin scolaire [...] elle connaît peut-être plus les rouages internes à l'établissement... croiser un chef d'établissement, un professeur principal, un chargé de ceci, un chargé de cela [...] faire le point sur la situation et désenvenimer les choses »

P2 : « Si ça vient du médecin scolaire, on sera plus à même de communiquer après avec le médecin : scolaire. »

P15 : « Et donc très souvent en fait les médecins généralistes, c'est rare qu'ils nous interpellent... contacter le médecin généraliste pour avoir aussi une vision globale de l'enfant, c'est-à-dire que derrière ce problème de harcèlement, est-ce qu'il ne se cache pas d'autres difficultés familiales, éducatives, psychologiques, qui ne sont peut-être pas prises en compte, et donc c'est bien de croiser nos regards avec le médecin généraliste. »

Croiser les regards pour vision globale sur l'enfant : environnement scolaire et familial pouvait aboutir à une véritable alliance

P15 : « le médecin généraliste a appuyé ma demande auprès de la famille pour avoir un rendez-vous chez un pédopsychiatre et un suivi avec une prise en charge médicamenteuse et psychologique. Donc cette alliance du médecin généraliste avec le médecin scolaire c'est intéressant. Nous on voit l'enfant dans son environnement scolaire, et le médecin généraliste le voit dans le cadre du cabinet mais peut-être qu'il a connaissance de la situation familiale, de l'histoire familiale, un autre éclairage »

c. Les soutiens

Les numéros des écoutants

Le numéro 3018 était un numéro anonyme gratuit confidentiel, avec une très large plage d'écoute. Il pouvait recueillir les appels des enfants, parents, soignants, corps scolaire ...

Le numéro 3018 devait être ajouté dans chaque carnet de correspondance à la rentrée 2024.

P15 : « systématiquement à la rentrée, dans tous les carnets de correspondance, il va y avoir affiché le numéro 3018 aux parents, pour qu'ils sachent que ça existe et les démarches qu'il faut faire. »

L'apport du 3018 était très apprécié par les médecins généralistes. C'était une aide, un relai. Il permettait aux jeunes de signaler des cas de harcèlement scolaire où les actions (des établissements) ne les avaient pas aidés. Les médecins généralistes ne le connaissaient pas avant l'outil-Fernando.

P5 : « Pour ce qui me paraît le plus utile, effectivement, c'est ces numéros de contact que je ne connaissais pas du tout. C'est surtout ton 3018 qui me plaît bien. »

P6 : « C'est vrai que les numéros j'y pense un peu plus, forcément »

P15 : « il y a des chefs d'établissement qui semblent, d'après ce que disent les parents, minimiser, ne pas percevoir. C'est vraiment très utile qu'ils appellent le 3018, qu'ils aillent sur ce stop H justement parce que ça arrivera directement au référent académique »

P17 : « Je ne pensais pas à appeler un numéro..., je n'aurais pas du tout présenté le truc. [Maintenant] Je leur donnerai le numéro »

Les médecins ont transmis ce numéro aux patients :

P14 : « "ah ben nous on connaît quelqu'un qui est harcelé", voilà, donc du coup j'ai donné les numéros. »

P18 : « si jamais il y avait besoin de parler, si elle ressentait le besoin, il y avait ce numéro-là »

Il était important de préciser aux patients de l'appeler plusieurs fois, car parfois avec la surcharge d'appel, il ne fonctionnait pas. Les médecins étaient intéressés de savoir comment fonctionnait ce numéro car il ne le connaissait pas.

P2 : « Le numéro ne répond pas » [selon une maman d'élève]

P3 : « quand on appelle, qu'est-ce qu'ils donnent comme infos, je pense que ça peut être intéressant, ça aurait été peut-être pas mal d'avoir des infos comme ça »

Ce numéro permettait un relai humain au médecin. Et c'était un moyen facilement accessible, qui permettait de pouvoir communiquer avec des psychologues ou des juristes ou experts du numérique, être réorienté vers les bons interlocuteurs. Un possible relai dans l'attente d'un suivi psychologique.

P14 : « Ah bah j'étais contente du numéro. C'est celui-là qui m'a le plus plu. Mais justement moi le numéro ça paraît facile, un téléphone c'est facile, le téléphone, c'est direct... c'est une autre alternative que je ne connaissais pas. »

P9 : « l'histoire du téléphone avec l'écouter, tu sais, le 30 18, là, avec la présence d'un psychologue ou d'un juriste, tu vois, moi je trouve ça très intéressant en fait. »

P8 : « Et je trouve que c'est super utile de pouvoir, entre guillemets, une fois que le parent et le patient sont sortis de la consultation, qu'il y ait un recours, en fait, qu'il y ait une sorte de parachute derrière, en dehors de la consultation, et un contact qu'ils peuvent joindre »

P11 : « je ne connaissais pas le numéro 3018. Du coup, j'étais contente de le découvrir parce que ça fera quelque chose de plus que je pourrais proposer aux parents. Enfin, en tout cas, je leur donnerai l'information. »

P3 : « C'est ça qui est important. À donner aux parents en disant vous n'êtes pas tout seul, appelez à ce numéro-là, ils sauront vous conseiller »

L'anonymat pouvait favoriser l'utilisation du numéro par les patients.

P3 : « après un téléphone c'est bien aussi parce que je me dis les gens ils n'ont pas besoin de pousser la porte... avec l'anonymat du téléphone, peut-être que ça les rassurera »

La personne de confiance

Le médecin devait penser à inclure la personne de confiance, qui était mentionnée dans l'outil Fernando.

P12 : « Parfois ce n'est pas les parents, parce que les parents, ça ne va pas. Moi, je leur demande s'ils ont des amis, s'ils en ont parlé, ce qu'ils en pensent. »

P18 : « j'en ai parlé à un copain qui l'a dit à ses parents et le père de machin a appelé mes parents ... »

Les parents

Comme il était dit dans la première partie de ce travail sur la perception du harcèlement scolaire par le médecin généraliste, la place des parents était un peu à part, mais elle était indéniable et constituait parfois un appui fort pour les enfants et de ce fait également pour les médecins.

d. La justice

Comme il a été développé dans la partie sur la procédurisation de la société, les services de médecine légale devaient être inclus dans cet algorithme.

Comme il a été déjà présenté, le CASA et la CRIP pouvaient être des conseillers pour le médecins généralistes (pour la rédaction du certificat médical, et les doutes sur des IP, ou signalement nécessaires).

Les médecins légistes pouvaient être amenés à voir l'enfant eux aussi.

Il pourrait être intéressant de les mentionner dans l'outil-Fernando.

Les médecins traitants n'avaient pas ce réflexe, et ne connaissaient pas le fonctionnement des services de médecine légale.

P13 : « Mais parce que je pense que les gens n'ont pas conscience qu'ils peuvent appeler pour avoir un avis. »

Le fonctionnement de la médecine légale du CHU de Rouen incluait une unité des « vivants » pour les situations de prise en charge des victimes de violence.

P13 : « Quand on est médecin légiste au CHU, c'est le service de médecine légale qui est divisé en deux unités. L'unité vivante l'UMJ c'est l'unité médico-judiciaire. Et nous, localement on l'a appelé CASA, Centre d'accueil spécialisé pour les agressions.

Mais on a aussi l'IML : l'institut médico-légal. Et en fait, chaque médecin légiste fait les deux côtés, en général. ... deux médecins urgentistes ... une pédiatre ... Une gynécologue .. [un médecin généraliste] qui ne fait pas du tout de médecine générale, il ne fait que de l'expertise pure et dure... je suis DES de psychiatrie, DESC de médecine légale. Aujourd'hui, maintenant, les médecins légistes, ne seront que DES... »

De plus, conscient des besoins importants pour accompagner les victimes, une nouvelle unité pour y répondre allait voir le jour localement à Rouen.

P13 : « dans moins d'un an maintenant, on va ouvrir une unité pour les moins de 18 ans. Donc on veut justement augmenter notre nombre de créneaux pour pouvoir absorber davantage. »

Concernant la crainte de manque de protection pour les enfants qui porteraient plainte, le développement d'unités UAPED pour une audition plus sécurisante des enfants était un facteur rassurant pour le médecin, comme cela a été exposé dans la partie procédurisation de la société).

e. Le soutien entre pairs/ entre médecins

Être dans un cabinet collectif permet d'assurer soins en continu

P16 : « je sais pas, médecin, installé seul si ce n'est pas mon cas. Voilà, de ne pas pouvoir, de ne pas savoir, de ne pas se sentir capable de gérer la situation. Mais ce n'est pas mon cas. Voilà, parce qu'imaginons que par exemple, je parte trois jours en vacances et que j'ai besoin de revoir l'enfant, donc moi je peux mettre un rendez-vous avec un de mes collègues si besoin. »

Même si c'était un médecin remplaçant, il transmettrait au médecin titulaire et permettrait d'être un maillon de plus à la chaîne en assurant la continuité des soins.

P18 : « Donc, je ne sais plus ce que j'avais fait, mais en tout cas j'en avais reparlé à son médecin. Et du coup je l'avais peut-être remise en consultation avec son médecin pour... »

Appartenir à des groupes de pairs permettait de se motiver, se former et améliorer sa pratique de prise en charge grâce aux apports des expériences des autres (cf partie sur la sensibilisation des médecins)

f. Le médecin n'était pas seul : de nombreux intervenants pouvaient être en première ligne

Grâce à l'outil Fernando, le médecin généraliste avait pu réaliser pleinement qu'il n'était pas seul dans cette prise en charge. L'outil dévoilait de nombreux intervenants, source de partage de la charge mentale pour le médecin.

Il y avait de très nombreux acteurs impliqués, pour multiplier les chances d'accueillir la parole de l'enfant. Le médecin n'était pas seul et pouvait solliciter les autres.

P2 : « On ne peut pas dire qu'il y a un bon interlocuteur et des mauvais, il y a simplement celui qui est le premier à recevoir l'information. On n'est qu'un interlocuteur parmi d'autres, face au Harcèlement Scolaire, pour recueillir la parole de l'enfant, en faire quelque chose et puis au besoin, proposer une prise en charge. Qu'on le veuille ou non, on est un interlocuteur, on peut dire, rapide et de première intention quoi »

P3 : « d'où l'intérêt de ton arbre qui rappelle effectivement les ... les ressources. »

La prise en charge pluridisciplinaire était capitale, on ne pouvait pas prise en charge le harcèlement scolaire tout seul.

P11 : « Après on a peut-être une meilleure connaissance sur le côté des partenaires sociaux et on a accès facilement à l'assistante sociale du CMPP. Et on a des partenariats un peu plus établis avec les établissements scolaires, parfois avec l'infirmière scolaire par exemple. Donc, il y a un vrai travail partenarial. Il y a un enfant où les parents sont d'accord pour que la psychologue soit en lien avec l'institut' et la directrice de l'école. Et c'est un binôme où elles ont vraiment très, très envie et à cœur que ça se fasse bien pour cet élève... quand on fait des liens plus directs, ... ça aide quand même. »

P15 : Mais est-ce qu'on peut faire tout seul ? Est-ce qu'on peut faire tout seul ? Je ne crois pas. On peut faire avec les parents, on peut faire avec beaucoup de professionnels... ça prend beaucoup de temps, beaucoup d'énergie et il n'y a pas une seule personne qui peut le faire. C'est l'accompagnement au quotidien par différentes personnes. Chacun à sa place. C'est la disponibilité des différentes personnes à certains moments... C'est ce regard pluri catégoriel en fait. »

Tous les maillons de la chaîne étaient importants car ce n'était pas toujours les mêmes intervenants qui avaient aidé les enfants. C'était une prise en charge pluridisciplinaire.

Extraire le harceleur de l'école

P18 : « ce qui s'est passé c'est qu'à partir du mois d'avril le harceleur a été changé d'école et il n'a plus jamais reconsulté. Ce qui l'a aidé c'est que l'enfant ne soit plus là, ne soit plus dans l'école. »

Changement de classe, scinder le groupe de harceleur

P9 : « une des harceleuses qui était là mais qui n'était pas dans sa classe donc ça l'a rassuré comme elle avait des nouveaux amis. Elle lui parlait pas et puis elle avait pas d'action en fait »

P15 : « Donc, un peu de séparer le groupe, de casser l'ambiance parce que ça avait un effet délétère sur l'ensemble du climat de la classe. »

Changement d'école

P2 : « Et la solution était de la changer d'établissement l'année suivante »

P11 : « parfois c'est l'élève qui change d'établissement, qui repart un peu à zéro »

Discussion à l'école

P7 : « j'avais l'impression que l'établissement mettait ça en place de recueillir le témoignage des deux élèves, des fois de confronter les élèves ensemble, et après alors à l'enseignant, etc. Une surveillance accrue aussi de l'enfant harceleur et de l'enfant harcelé, en récré notamment. Donc ça, j'ai vu ça dans les écoles primaires. Après, dans les collèges... ils mettent aussi des choses en place, des jours d'exclusion, des choses comme ça.

P8 : « une conciliation qui a été faite apparemment à l'école par la suite avec les parents des enfants harceleurs, les parents de l'enfant harcelé et puis les élèves en question. Et pour le coup ça s'était plutôt bien arrangé, ils ont fait une sorte de contrat »

Via le professeur principal ou l'infirmier de l'EN

P6 : « Je sais qu'il avait son prof principal qui était plutôt aidant, vers lequel il s'était tourné et qu'il avait aidé un petit peu, en le mettant dans la boucle, un peu de l'infirmière scolaire »

Psychologue :

P4 : « Il y en a certains que j'avais vu deux ou trois fois. [amélioration ?] oui. c'est parce qu'il y avait le sujet psychologique à côté.

P6 : « [Qu'est ce qui a le plus aidé ?] il y avait eu du suivi psychologue plus ou moins long. Le parcours suivi psychologique, complètement. »

Parler au médecin, ou intervention du médecin

P1 : « "ça lui a fait du bien de vous parler". La petite est venue toute seule après deux fois en entretien, accompagnée par la maman, mais qui ne rentrait pas dans le bureau... faire le point sur la situation et désenvenimer les choses »

P8 : « Pour le coup, pour la seule situation entre guillemets où je me suis sentie utile, c'est quand j'ai pu appeler le professeur principal et finalement il y a eu cette conciliation et tout s'était bien résolu. Là j'ai vraiment eu l'impression d'avoir un impact. »

Changer d'environnement, coupure

P7 : « C'était une fin d'année scolaire aussi, donc ça a permis d'avoir des vacances pour apaiser un peu. »

P15 : « On a aussi des situations comme ça où même en sortant l'élève harceleur, ça continue sur le chemin, dans le bus. Tu vois ? Ça continue et donc la solution de sortir le ou les harceleurs de l'établissement n'est pas forcément la réponse. Parce qu'ils vont se côtoyer sur le terrain de sport, ils vont se côtoyer dans les rues, ils peuvent être dans le même quartier, dans le même immeuble. En fait, la jeune fille dont je parlais en troisième qui était harcelée mais qui allait très très mal, les parents l'ont envoyée à Marseille, pour qu'elle soit... Alors à Marseille parce qu'ils avaient de la famille. Mais parce que la harceleuse principale, elle habite deux étages en dessous de chez eux. C'était insupportable. »

Intervention de la gendarmerie :

P11 : « Parfois, il y a eu une intervention de la gendarmerie je crois, ou de la police, pas pour aller arrêter les élèves mais qui sont eux venus faire une intervention dans l'établissement. Ouais, pour dire que ça c'est du harcèlement, sans forcément citer quels étaient les élèves auteurs. [Contrairement à d'autres fois, moins adaptées] Il y a eu une fois je crois où il y a un élève qui a été arrêté dans l'établissement, un peu traumatisant pour tout le monde... »

P13 : « mais néanmoins le fait de déposer plainte ça permet quand même de mettre un terme... ça doit quand même créer un stop... »

g. Le médecin généraliste en veille, en coordination : un outil pour mieux orienter

Le médecin pouvait coordonner. Il avait un rôle de conseil et d'orientation. Donner la marche à suivre et vérifier ce qui avait été mis en place.

P3 : « on peut soutenir, donner des conseils, orienter la famille »

P6 : « pour essayer de voir un peu ce qui a déjà été mis en place et comment aiguiller »

P12 : « et puis de vérifier que les choses sont mises en place. Nous, quand on connaît bien les enfants »

P1 : « qu'est-ce que vous avez fait ? Est-ce que vous avez appelé ? Voilà le chef d'établissement ? »

Le médecin pouvait déléguer les différentes tâches aux personnes de l'outil Fernando dont c'est le métier mais lui serait là en veille pour surveiller. La surcharge du médecin généraliste au quotidien pourrait alors être allégée par ce partage de tâches. Cependant, le médecin considérait son rôle de veille comme très important car il y avait des risques de récurrence.

P17 : « T'as une telle charge tu sais dans tous les sens ...Puis en fait tu dis souvent que bon bah c'est bon c'est suivi à l'école, c'est suivi avec la psychologue c'est bon. C'est ça le truc. Bah de veille en fait ... les choses elles peuvent recommencer... il faut quand même garder un œil dessus. »

P7 : « il avait déjà eu des difficultés dans son établissement précédent, dans son école précédente. Là c'était au collège, et dans son école primaire il avait déjà eu des situations de harcèlement plutôt verbales »

P7 : « Et puis, le suivi, quoi, la surveiller, comment les choses se passent, proposer des consultations de suivi pour voir ce qui a pu être mis en place dans l'établissement, est-ce que ça fonctionne, est-ce que ça ne fonctionne pas, et de rester en accompagnement. »

L'outil donnait un cadre au médecin pour légitimer sa prise en charge globale et son suivi. Cela rassurait le médecin, l'enfant et les parents.

P17 : « Parce que c'est bien présenté. Et en fait, ça peut te donner aussi devant l'enfant une sorte de cadre. Il voit que ce n'est pas n'importe quoi, que tu ne l'as pas inventé comme ça dans ton chapeau de magicien. Il y a quelque chose qui est déjà, tu peux lui dire, nous on a déjà fait une étude là-dessus. Rassurer les parents aussi. Oui, je pense que c'est pas mal, on a besoin d'être rassuré, parce que c'est quand même hyper flou comme situation. »

L'outil était perçu comme un guide pour orienter le patient, notamment vers les personnes ressources.

P2 : « Ça m'a permis de connaître un peu plus le parcours [de prise en charge]. J'dirais permettre à l'enfant ou à l'adolescent qu'il ait un parcours de soutien adapté »

P8 : « C'est surtout au niveau des contacts. Les contacts, c'est vraiment, je ne les avais pas du tout. Je ne savais vraiment pas à qui m'adresser si ça arrivait à l'un de mes patients. Donc là, pour le coup, c'est un gain de temps exceptionnel »

P7 : « Ça aide surtout à avoir un guide en fonction des réponses pour orienter les gens vers des solutions. »

P9 : « c'est une consultation très riche en fait, une fois qu'il est harcelé, tout ce que tu as après dans l'outil, je trouve ça très intéressant. Ça donne beaucoup de... Les gens, comme tu disais, ils ont besoin de savoir que tu peux faire des déclarations, qu'ils peuvent porter plainte »

P19 : « Une fois, quand on repère un cas de harcèlement, après c'est la marche à suivre, ce qui est proposé c'est plutôt logique et clair en fait, donc bon d'un côté l'examen aussi physique et puis de l'autre côté tout ce qu'après on peut mettre en place, les actions proposées. Moi ça me semble plutôt bien adapté en fait. »

G- Un avis positif sur l'outil dans sa globalité, avec des pistes d'amélioration

1. Des parties précises de l'outil très appréciées par les médecins

a. Dépistage systématique

L'outil avait permis un changement de pratique de la part des médecins concernant le dépistage systématique, il permettait d'ancrer cette pratique

P8 : « Je posais juste parfois de temps en temps "et l'école, quoi ça se passe bien ? ", "tu es en quelle classe ? ". Mais c'est vrai qu'on ne rebondissait pas trop sur la question, mais finalement je ne posais pas la question de telle sorte à ce qu'on puisse rebondir, je pense. »

P6 : « ça a été très très bien ton petit outil, de nous remémorer de surtout bah toute consultation, toute consultation est un moyen d'ouvrir cette petite parenthèse, cette petite fenêtre sur leur vie et de pouvoir sentir que le médecin s'intéresse à eux et qu'il y a possiblement... Il n'y a pas que : regarder les oreilles, checker la gorge, etc. Qu'il y a moyen de pouvoir, avec son médecin, discuter d'autres choses, qu'ils sentent cette ouverture »

P16 : « Le plus utile, je dirais, c'est le dépistage. Parce que c'est la première phrase. Si c'est positif, la suite est encore plus utile pour l'enfant et l'accompagner. Mais penser au dépistage, je dirais que ça devienne systématique. »

P12 : « Oui, c'est utile de l'avoir sous les yeux parce que ça nous permet d'y penser aussi. Oui, penser au harcèlement et penser à poser tranquillement les questions à chaque enfant qu'on voit. »

b. BITS test

Il avait été apprécié par les médecins de découvrir le BITS test. Les médecins questionnaient déjà les enfants sur ces sujets globalement mais un outil avec moyen mnémotechnique était toujours apprécié. Cet outil validé pour les 13-18 ans pour dépister le risque suicidaire ou d'automutilations n'était pourtant pas connu de tous les médecins et l'outil Fernando était un moyen parmi d'autres pour le faire connaître.

D'autres médecins le connaissaient déjà et le jugeaient comme une très bonne base dans la consultation de suivi avec les dépistages systématiques de l'enfant.

Certains médecins préféraient distiller les questions sur la consultation ou sur plusieurs consultations car le "risque" de cet outil pourrait être le côté trop militaire de la réponse aux items.

P3 : « Alors je ne le connaissais pas jusqu'à ce que j'ai lu ton document. Alors euh... C'est vrai que je vois peu d'ados aussi. Maintenant, je sais qu'il existe grâce à ton outil. Donc, c'est vrai que j'y penserai si jamais je vois des ados. C'est rapide, c'est des points essentiels, oui. C'est pratique, c'est court, c'est 4 points, on les retient, y'a un moyen mnémotechnique. »

P6 : « ça permet à la fois d'avoir les thèmes en tête, d'avoir les drapeaux rouges, de cette évaluation à minima un petit peu de l'adolescent. Il y a des questions effectivement, voilà, comment les intégrer, comment les relier effectivement...

Ça permet rapidement de se faire une idée. Parfois, en répétant à d'autres consultations, on voit si le discours est le même ou pas, s'il y a des choses qui changent »

P7 : « Enfin, j'ai l'impression que je fais plus large que le BITS test. Mais... Donc, ces questions, ces quatre points-là, ils sont forcément abordés, j'en aborde d'autres aussi. »

P11 : « je l'utilise pas en tant que tel, mais parce que c'est toutes des questions que j'explore pour les ados. Je pensais me servir de ça quand je suis arrivée au CMPP. Je l'avais imprimé en

plein [de fois] petit ! Finalement, tu l'as écrit, c'est facile après à inclure dans l'entretien, sans vous montrer que c'est encore un outil qu'on sort. Après, il y en a qui aiment bien les outils des ados, donc ils sont contents quand on leur sort des trucs. »

P17 : « C'est ça qui peut être difficile. Devenir trop... pas procédurier, mais genre un peu questionnaire de police, tu vois. Items 1, 2, 3, et là, et encore après »

c. Ecoute active

Même si l'écoute faisait partie des fondamentaux pour un médecin, les médecins trouvaient qu'il était très important de l'avoir reprécisé dans l'outil Fernando. Le harcèlement scolaire était une problématique de souffrance intense pour les patients, l'importance de l'écoute active y était majorée.

P5 : « J'avais retenu, j'avais vu, c'est ton écoute active, adopter une écoute active... Parce que je pense que si jamais on te parle d'un problème et que tu n'écoutes pas la personne, il va se dire « je suis venu pourquoi ? Je suis venu pourquoi ? » Avant tout on est soignant donc je pense que dans le soin il y a aussi l'écoute pour avoir, pour que la personne ait l'impression que tu as écouté son problème, tu as écouté sa demande, son mal-être, enfin ce qui n'allait pas. »

P6 : « adopter l'écoute active, c'est vraiment pour y repenser, mais c'est des choses que les médecins peuvent avoir en tête sans cet outil, bien sûr »

d. Examen clinique

L'examen clinique était jugé important, pour rechercher des coups d'autrui ou des automutilations, et il était nécessaire avant de réaliser un certificat.

P11 : « en évaluant le retentissement ... s'il y a des retentissements physiques, du coup en examinant, en pensant à remonter les manches, pour voir s'il y a des scarifications, ou si l'enfant a reçu des coups, s'il y a des choses à observer, à noter, s'il y a besoin de faire un certificat. »

e. Certificat médical

L'outil Fernando avait permis aux médecins de réaliser que le certificat médical pouvait être utile dans des situations de harcèlement scolaire. Cela avait permis d'acquiescer ce réflexe.

P8 : « Et je ne pensais pas systématiquement non plus à faire un certificat médical initial franchement, pour le coup, maintenant, oui...pour mettre toutes les chances du côté du patient, en fait, pour qu'il puisse avoir gain de cause, en fait, finalement. Mais c'est vrai qu'avant, je n'y aurais pas pensé, j'étais vraiment axée, "physique-physique" quoi. Du coup grâce à l'outil, ... "est-ce qu'il y a besoin d'un certificat médical ?" »

f. Personne de confiance

Certains médecins n'avaient pas conscience de l'importance que pouvait avoir la personne de confiance pour le bien de l'enfant et l'outil leur a permis d'intégrer cela à leur pratique.

P8 : « Mais c'est vrai que je n'avais pas du tout cette notion de personne de confiance pour le coup, je n'y aurais même pas pensé parce que dans ma tête c'est les parents. Alors que finalement parfois c'est difficile pour un enfant de se confier à ses parents car il sait que la souffrance qu'ils partagent, malheureusement le parent le ressent tout autant, et ça peut

être un blocage en fait mais je n'y ai jamais pensé. ... Et c'est vrai que ça, pour le coup, effectivement, j'y penserais par la suite. »

P14 : « , c'est très très bien. Ça c'est important, ... je trouve ça capital. Il a besoin d'être fort, il a besoin d'être accompagné et de ne pas se sentir seul justement »

Il était rapporté qu'au vu de son importance capitale, il était dommage qu'on ne le voit pas davantage sur l'outil.

P6 : « c'est le quotidien qui va être très important, c'est au jour le jour effectivement... Avoir vraiment une sécurisation de l'enfant. La personne de confiance, ça c'était mis un peu sur le côté [dans l'outil]. Je pense que c'est un point essentiel. Il faut quand même qu'ils aient tout de suite un référent... même si c'est 5 minutes, ça permet d'avoir cette petite étincelle dans la journée... Mettre en lumière et en valeur dans l'outil cet aspect-là. »

g. Numéros des écoutants, dont le 3018

Le numéro 3018 était peu connu des médecins et sa découverte a semblé amplifier l'enthousiasme des médecins qui avaient un avis unanime sur l'intérêt sur ce numéro et l'accueillent favorablement. Les médecins allaient le fournir aux patients, et appréciaient le fait qu'il constituait un bon relai.

P8 : « pour le coup, je n'avais pas tous les numéros d'urgence que vous aviez sur l'outil qui, je trouve, sont très utiles. Et je trouve que c'est super utile de pouvoir, entre guillemets, une fois que le parent et le patient sont sortis de la consultation, qu'il y ait un recours... je vais l'utiliser plus tard. »

P1 : « ce que je ne connaissais pas, c'était les numéros »

P17 : « cette partie-là avec les numéros et tout ça. Je ne savais pas ! Ça c'était déjà le truc et c'est ce que tu peux utiliser facilement avec l'enfant. C'est du concret. »

h. Equipe scolaire

Les médecins généralistes appréciaient le fait que l'outil Fernando citait les intervenants possibles au niveau de l'établissement, (même si certains n'étaient pas cités).

P3 : « C'est vrai qu'il y a les infirmières scolaires, ... Les médecins scolaires ... c'est bien de rappeler qu'on peut avoir ses ressources. »

P2 : « Moi, ce qui m'intéresse, c'est qu'on peut dire un cheminement précis par rapport au chef d'établissement... la partie "chef d'établissement", celle-ci... Elle est plus simple. Ça donne je dirais des interlocuteurs adaptés pour l'enfant en souffrance. »

P10 : « mais de moi-même, je n'aurais pas forcément proposé de contacter directement le chef d'établissement »

i. Porter plainte

Le rapport à cet accompagnement sur l'aspect judiciaire était parfois difficile pour les médecins (comme il a été vu dans la partie judiciarisation de la société). L'outil leur avait permis de réaliser qu'effectivement ils pouvaient conseiller cela aux familles, selon la situation. Les médecins avaient été intéressés par les détails de l'outil-Fernando pour encadrer le dépôt de plainte.

P4 : « Je savais que pour porter plainte, on pouvait aller au commissariat. Après en ligne, je ne le savais pas. »

P8 : « ça aussi, je l'ai appris, je pensais qu'on pouvait porter plainte que en allant au commissariat. J'ignorais qu'on pouvait le faire via Internet et via le procureur de la République. »

P10 : « On peut porter plainte en ligne ? ... Pour moi, c'était que le rendez-vous qu'on pouvait faire en ligne, enfin, prendre rendez-vous, mais pour moi, c'était forcément au commissariat. »

P7 : « ce que je ne faisais pas, c'était les orienter vers un dépôt de plainte. »

L'idée d'un rappel de la loi pour aider à la reconnaissance du statut de victime suscitait l'approbation et l'intérêt des médecins. L'enfant se sentirait soutenu par la société, et protégé.

P17 : « Oui, que ce n'est pas juste papa, maman qui veulent que tu ailles bien, qui s'inquiètent pour toi, il y a quand même... Enfin, à la société, ne tolère pas ça. Ça m'a plu quand j'ai vu ça. C'est une nouvelle idée. »

P1 : « important de dire "la loi te protège c'est interdit". Voilà les enfants ou les adultes ont besoin d'entendre cette information »

j. Proposer des rendez-vous de suivi

Des médecins étaient convaincus de leur rôle d'accompagnement dans le harcèlement scolaire qui était précisée dans l'outil Fernando en proposant des consultations pour le suivi. (cf partie sensibilisation du harcèlement scolaire)

P1 : « Faire venir les gens dans ce contexte-là, c'est une habitude que j'ai depuis toujours »

Un certain nombre de médecins ne prévoient pas de suivi systématique du harcèlement scolaire et n'avaient souvent pas de nouvelles de leurs patients harcelés. Cependant, ils laissent la porte ouverte aux patients s'ils le souhaitent revenir en cas de besoin.

Sur ce sujet du suivi, l'outil Fernando avait donné matière à réflexion et essayer de plus s'investir dans le suivi au long cours des patients depuis le dépistage jusqu'à la disparition du harcèlement scolaire.

P12 : « Peut-être ... recontacter l'élève et vérifier que tout a bien été mis en place et que c'est satisfaisant pour l'élève. A finaliser la prise en charge je dirai »

P6 : « je pense peut-être qu'au moins deux fois par an se relire la petite fiche et se dire "ouais, sur tous les gamins que j'ai vus cette année, il y a peut-être des choses encore où je suis peut-être pas encore si systématique que ça, qu'est-ce que j'ai fait pour lui" Ça permet aussi de se faire un peu un rétrospectif »

k. Les solutions de prise en charge du cyberharcèlement

Les médecins ne savaient pas très bien comment conseiller les enfants dans le contexte de CH, et l'outil Fernando les soulageait beaucoup car ils sauraient maintenant quoi proposer pour aider. Ses informations n'étaient pour la plupart pas connues des médecins avant cet outil.

P4 : « Ce sera un apport pour moi c'est pour le cyber harcèlement. Parce que je n'aurais pas su comment gérer en fait donc l'outil était... »

P6 : « Je ne connaissais pas les noms, effectivement. je vais peut-être être un peu plus à l'aise sur des cas de cyberharcèlement pour pouvoir conseiller un petit peu des choses et notamment les sites d'aide. Cette partie-là est très utile... Le conseil ne pas répondre aux commentaires, ça aussi parce que du coup, "c'est aussi pour moi : il faut que je me défende l', parce que la facilité de l'écrit, voilà voilà pour quelqu'un d'introverti, et bien l'écrit c'est un moyen de réponse. Et donc attention à ce danger-là effectivement »

P7 : « je pense peut-être plus sur les histoires de cyber harcèlement. Après sur le cyber harcèlement voilà, il y a quand même des contacts, l'association, les méthodes, les choses à faire techniques quoi, conserver les preuves, se déconnecter, tout ça c'est des choses que je serais peut-être allée rechercher si je ne les avais pas sous les yeux. »

P8 : « Je ne les connaissais pas non plus pour le coup. Et je ne savais même pas qu'on pouvait, via Messenger, pouvoir contacter une association. Je suis tombée des nues. Mais super, c'est à noter ! J'ai carrément fait une petite liste sur mon bureau de tous les sites et les numéros à appeler au cas où ! »

P10 : « j'ai connu plein de choses avec cette interface, avec ce diagramme, notamment les associations e-enfance, tout ça, pour le cyber harcèlement. Le numéro d'une part et puis le site Pharos que je ne connaissais pas non plus »

P11 : « je ne connaissais pas trop les sites ressources, mais du coup c'est bien, je vais aller regarder un peu plus et leur conseiller. »

P15 : « j'ai trouvé ça très utile de bien expliquer, de ne pas répondre aux commentaires pour ne pas alimenter le flux et conserver les preuves du harcèlement, ça c'est quelque chose qu'on conseille.... Alors le site Pharos, moi je pensais que c'était remplacé par la plateforme Stop H »

I. Concernant les deux grandes parties : dépistage puis prise en charge

Comme cela a été décrit dans la partie sur le dépistage systématique de ce travail, la partie prise en charge de l'outil Fernando, avec les solutions, était très appréciée. En revanche les avis des médecins concernant la partie dépistage étaient partagés : certains la trouvaient très importante quand d'autres la trouvaient peu utile.

P16 : « Le plus utile, je dirais, c'est le dépistage. Parce que c'est la première phrase. Si c'est positif, la suite est encore plus utile pour l'enfant et l'accompagner. Mais penser au dépistage, je dirais que ça devienne systématique. »

P10 : « ce qui est dommage, c'est que ce qui est vraiment très intéressant ça arrive à la fin, et du coup à la fin on se perd un petit peu en fait dans tout l'arbre. Surtout la fin, je la trouve très intéressante parce que là, on est vraiment plus dans l'action. Les deux derniers cadres, je pense que c'est surtout les deux derniers cadres qui sont importants. Faire une petite plaquette avec ces deux derniers cadres, je trouve ça bien. C'est le plus important je trouve.»

P9 : « Le début avec le dépistage, ... il faut trouver une autre accroche à mon avis. Ces questions initiales sont,... essentielles. Je n'ai pas eu l'impression que la question donnait matière à réflexion chez les enfants.»

2. Un outil fonctionnel et pertinent

a. Un premier outil proposé sur le harcèlement scolaire

L'outil était accueilli positivement par les médecins car ils n'avaient pas d'outil dans ce domaine du harcèlement scolaire pour les aider.

P11 : « Le médecin généraliste en tant que médecin de prévention, de sensibilisation, parmi toutes ses autres missions, ça fait partie de son rôle et c'est une des choses qu'on leur demande sans être forcément outillé pour, donc je trouve ça intéressant de pouvoir évaluer des choses à leur proposer en se basant sur leur expérience »

P16 : « c'est très utile, très utile, sans aucun doute. À utiliser au quotidien, je pense que c'est important »

P17 : « Donc ça me paraît... ouais. Je pense que c'est hyper utile. »

b. Une structure, un cadre, pour guider et éviter les oublis

L'outil permettait de se structurer.

P6 : « c'est très utile d'avoir un petit peu le tableau en tête, et se dire encore une fois, quand on a des tableaux pour différentes pathologies, c'est dire : « voilà ça c'est comme ça ». Ça aide quand même, ça nous structure. »

P4 : « les étapes de la prise en charge, mais c'est à peu près ce que je faisais déjà, peut-être un peu dans le désordre »

P17 : « Après lecture de cet arbre décisionnel, je me rends compte que pour les rares cas de harcèlements qui m'ont été rapportés en consultation, ma gestion comprenait la plupart des items mais sans véritable cadre. »

Un outil qui permettait d'éviter les oublis, un aide-mémoire pour une meilleure prise en charge.

P18 : « Et puis après l'outil m'aidera en cas de trou de mémoire. »

P4 : « Si la situation se présente, oui, parce que je pense que comme je vais oublier le numéro de téléphone, j'irai rechercher le numéro de téléphone, le nom du site... Oui, donc oui, je vais le réutiliser

P4 : « A chaque fois que j'aurai un étudiant harcelé, je regarderai de nouveau l'outil pour être sûre que je fais la bonne prise en charge et que je donne les bons numéros et au maximum pour l'aider au mieux quoi »

P6 : « ça permet d'avoir des repères et de ne pas oublier les choses. Parce que dans le flou des éléments, il faut synthétiser, il faut rassurer, il y a pas mal de choses à faire. »

L'outil permettait d'avoir une prise en charge cadrée, ce qui était rassurant pour le médecin et les patients.

P17 : « Parce que c'est bien présenté. Et en fait, ça peut te donner aussi devant l'enfant une sorte de cadre. Il voit que tu ne l'as pas inventé comme ça... Il y a quelque chose qui est déjà, tu peux lui dire, nous on a déjà fait une étude là-dessus. Rassurer les parents aussi. On a besoin d'être rassuré, parce que c'est quand même hyper flou ».

P7 : « face à des situations où les gens [parents] sont complètement perdus, ne savent plus par quel bout prendre et donc évidemment d'avoir des outils pratiques, c'est toujours intéressant. »

P6 : « pouvoir facilement sentir que le médecin connaît un peu le sujet, il est à l'aise et qu'il est capable de nous orienter rapidement et d'avoir des solutions à proposer »

P11 : « ça correspond plus ou moins à ce que je fais en pratique. Donc, ça m'a confortée dans le pratique, je me suis dit, ah cool je ne fais pas trop n'importe quoi ! »

L'outil permettait au médecin de suivre des étapes, d'avoir un modèle de déroulement de la prise en charge du harcèlement scolaire et de se repérer dans cette prise en charge avec chaque enfant.

P1 : « J'ai bien déroulé. J'ai bien relu en détail. C'était bien. Ça donnait un bon canevas.

P6 : « permet à la fois de situer l'enfant, ... utile pour se dire où est-ce que j'en suis. »

P4 : « ça permet de nous rappeler quand même les étapes à suivre si on a le cas devant nous. »

Un support aide-mémoire pour rester sensibilisé. L'outil permettait de penser au harcèlement scolaire et donc de dépister davantage.

P8 : « Et finalement cet outil ça me force aussi à penser à chaque fois, à poser la question aussi, "est-ce que tu te fais embêter à l'école ?". Ce n'est pas une question qui me venait spontanément à l'esprit. Donc avoir l'outil en tête, ça me fait penser justement qu'il faut que je pose la question aussi à chaque fois. »

c. Une mise en forme agréable et facile d'utilisation en consultation

Clarté, logique

P1 : « Positive, parce que c'est clair, c'est net, moi j'aime bien les choses un peu comme ça résumées ... le petit tableau dichotomique, il est logique. C'est très bien. C'est écrit, ce qu'on a un peu dans la tête, c'est oui, c'est non. Si c'est oui, comment ça se passe »

P11 : « Puis je trouve que c'est toujours rassurant quand on a un algorithme, il nous dit fais-ci, fais-ça, machin, machin. Ça permet de donner un peu une trame sur des sujets qu'on maîtrise moins bien »

P7 : « On voit rapidement le fait d'avoir l'orientation en fonction des réponses »

P18 : « l'outil m'a paru clair, je l'ai trouvé clair. »

P16 : « J'ai trouvé ça assez clair finalement. Le tableau, je trouve que pour moi, c'est quelque chose que j'utilise régulièrement, des tableaux. C'est assez clair. Enfin, c'est très clair »

P4 : « l'arbre il était assez clair en fait »

Facile car concis, visuel

P7 : « pas trop lourd et assez concis, Il est plutôt visuel. Il n'est pas trop long. Une page A4, c'est parfait. Il ne faut pas que ce soit plus long. »

P15 : « il est très bien, c'est un très bel arbre »

P16 : « surtout le fait que ce soit très visuel. Il n'y a pas trop de mots »

P17 : « Déjà il me plaisait quand je l'ai vu ! En fait moi j'aime bien parce que j'ai l'impression qu'il est plus fluide »

Facile à utiliser car simple

P8 : « Et finalement, quand j'ai suivi le cheminement de l'arbre diagnostique, j'ai dit, « c'était super simple, il n'y a pas de problème, tout va bien ! Finalement, il est très facile d'utilisation. J'ai pris l'habitude comme ça ! C'est hyper simple. »

P12 : « C'est simple en fait. Il est intégré... »

P18 : « facile d'utilisation »

P7 : « « Je l'ai plutôt trouvé assez simple, enfin assez bien fait, tout ça »

P16 : « je trouve que c'est très simple à utiliser comme outil »

P17 : « ce n'est pas trop complexe, il n'y a pas trop d'items, parce qu'après ça tu sais plus, t'es en consultation, t'as besoin de quelque chose qui soit facilement utilisable. »

P4 : « puis assez facile à suivre »

Adapté à la médecine générale :

P16 : « c'est complètement adaptable en médecine générale, ça c'est sûr... »

P7 : « c'est un outil visuellement qui est facile à utiliser je pense en consultation. Assez pratique je pense à utiliser dans notre vie de tous les jours. »

d. Un résumé pertinent, un travail de synthèse loué

Une sélection complète des éléments essentiels

P4 : « Il y a les éléments essentiels et importants, donc je ne vois pas trop ce qu'on pourrait rajouter. »

P7 : « Des choses qui manquent ? Non, parce que j'étais plutôt moi en dessous de ce qui est noté en termes de connaissances. Donc non »

P18 : « pertinent en fait sur ce qui est proposé »

P14 : « parce qu'il y a déjà des outils que j'avais pas. Non mais vous avez tout balayé, vous avez tout balayé, des numéros, aux psychologues, aux certificats, aux scolaires, à porter plainte, tout y est.»

P13 : « C'est quand même plutôt complet votre... il faudrait que je réfléchisse à froid »

Une appétence pour les solutions concrètes d'action proposées par l'outil

P6 : « Notre rôle de médecin de dépistage, je pense qu'on est suffisamment au courant ... Voilà. Savoir quoi faire après. Je pense que c'est plutôt après, qu'est-ce qu'on fait ? »

P7 : « Et puis le ressortir tout à fait, si la réponse est positive et qu'il y a besoin d'un accompagnement dans une situation de harcèlement. »

Une centralisation des données permettant un gain de temps

P4 : « Bah maintenant il me servira quand même parce que ça reste un résumé de toutes les aides qui sont proposées, donc je sais que là j'irai plus sur internet, j'irais directement regarder cet outil-là. C'est bien, il est explicite. »

P6 : « Je dirais d'avoir resynthétisé un petit peu les points essentiels d'aide. ... Et donc quand on a un peu les solutions déjà mises en place, on gagne du temps »

P7 : « Voilà, sans avoir besoin d'aller rechercher, des fois on est obligé de « googliser » les trucs à chaque fois pour aller trouver tel numéro, telle info, vers qui j'adresse, etc. Bon bah là ça tient sur une page A4, on la ressort, on a les infos, c'est un peu plus pratique »

P8 : « Donc c'est vraiment, ça va me révolutionner je pense le jour où j'aurai besoin malheureusement d'avoir des numéros à l'instant T et de pouvoir les donner, ça change la donne... on est tellement pressé de partout, qu'on n'a pas nécessairement le temps de trouver les numéros, un outil ... débloquer du temps, c'est une super bonne idée. »

Une centralisation des informations permettant une facilité d'accès,

P1 : « c'est un bon mémo, c'est un bon mémo. On a ça sous la main, on va y penser plus facilement. »

P12 : « Oui, parce que je l'ai sous la main. Et puis ça permet de bien vérifier qu'on a bien fait toute la procédure. Ben, positif. Ça nous incite à mieux gérer les choses.

P7 : « je trouve ça bien, c'est pratique, ce n'est pas long, on retrouve vite les informations. »

P8 : « C'est vraiment un arbre de diagnostic simple avec des outils efficaces et puis faciles d'accès. Il va m'être utile. C'est clair, je vais le garder sous un coin de la main. Dès que l'élève me répondra "oui, je me fais un petit peu embêter à l'école", j'ouvrirai mon arbre diagnostic. »

P3 : « c'est pas péjoratif, mais effectivement il y a beaucoup de choses que au départ on connaît. Ce n'est pas ... révolutionnaire... Mais c'est pratique parce que j'aurais une fiche quelque part, où je sais que je peux retrouver si la situation arrive, je n'ai plus qu'à récupérer la fiche. Voilà, ça va m'aider en consultation, dans le sens où j'ai un endroit où j'ai les ressources à donner aux patients quand il y a des questions de harcèlement....»

e. Un outil semblant suffisant car une formation devenait inutile

Les médecins ne ressentait pas le besoin après avoir utilisé l'outil Fernando d'une formation sur le harcèlement scolaire. L'outil, sa mise en application et le retour sur celle-ci semblaient les satisfaire pour prendre en charge correctement les enfants dans la lutte contre le harcèlement scolaire ; Les médecins souhaitaient poursuivre l'utilisation de cet outil.

P17 : « Là tu vois, ce ne serait pas la première que je ferais. Vu qu'on a déjà un outil qui fonctionne quand même pas mal... Une chose qui paraît simple et facilement utilisée, on va faire une formation de deux jours dessus »

P8 : « Peut-être que je ne dirais pas dans l'immédiat. C'est peut-être un peu présomptueux de ma part, mais je pense qu'on a sans doute les armes en tout cas pour se débrouiller à l'instant T... »

P1 : « Dire que j'ai toutes les armes ça serait présomptueux mais globalement ça aide bien »

Parfois, l'outil ne changeait pas ce sentiment de fatalité d'être seul et perdu dans cette situation, inhérent au harcèlement scolaire et un outil, même bien fait ne changeait pas la situation. Le harcèlement scolaire était complexe à résoudre... Et semblait pour le moment sans solution pour certains.

P4 : « Malgré l'outil la prise en charge du harcèlement scolaire reste délicat en médecine général... en soi, le médecin en lui-même, je ne suis pas certaine qu'à part une écoute attentive, il puisse faire réellement quelque chose... quand les parents reviennent après qu'on leur ait donné tous les numéros de téléphone, tout ça etc. Je n'ai plus rien d'autre à leur proposer... si les outils ne fonctionnent pas, on est dans l'impasse... On ne peut pas changer l'humain, il y aura toujours du harcèlement. »

f. Des médecins enthousiastes

Tous les médecins ont déclaré qu'ils allaient poursuivre utilisation de l'outil lors de leurs futures consultations. Cela constituait un bon point de départ.

P3 : « maintenant que j'ai vu ton arbre, que je vais garder, je vais l'utiliser »

Des médecins semblaient enthousiasmés par l'outil Fernando.

P8 : « pas de remarques négatives en tout cas, absolument pas. Très positif, c'est vraiment un plus pour le coup. Vraiment en me penchant sur la question ces dernières semaines, et en vraiment l'utilisant à chaque fois en y pensant, je me disais "ah ouais, quand même c'est super". Je vais l'utiliser, ça c'est clair ! D'avoir tout à disposition, c'est magique ! »

P10 : « en plus, en lisant, je me souviens, je l'ai trouvé vraiment top cet algorithme. Je pense que je n'aurais pas mis en forme mieux que ça sur ce que je conseillerais de faire en tout cas. »

3. Propositions d'amélioration de l'outil Fernando

- **DES ADAPTATIONS POSSIBLES SUR LE CONTENU**

Il y avait certains acteurs ou certains aspects importants de la prise en charge qui manquaient dans l'outil Fernando. Certaines données étaient jugées incomplètes.

- a. **Parmi les acteurs que le médecin pouvait solliciter**

Redonner une place centrale aux parents

La place des parents pouvait sembler insuffisante dans l'outil Fernando. Ils étaient mentionnés une fois, en disant que l'enfant pouvait leur en parler. Ils étaient pourtant très importants et deux aspects étaient à identifier :

Ils devaient être pris en charge eux aussi, la situation étant génératrice de stress pour eux aussi. Le médecin pourrait vérifier le bien-être et le vécu de la situation par les parents

P8 : « Éventuellement peut-être une partie "parents" si je puis dire, une petite partie entre guillemets "est-ce qu'il y aurait un soutien, quelque chose qui existe pour les parents également", parce que pour le coup j'ai deux situations qui me viennent... la maman en l'occurrence, qui s'effondrait en larmes.... Peut-être juste, voilà, est-ce qu'il y a des numéros aussi qu'on peut joindre pour des parents, des associations ? Parce qu'en fait quand son enfant tous les jours... répètent "aujourd'hui on m'a insultée, aujourd'hui on m'a frappée", en tant que mère, je pense, c'est une perpétuelle angoisse. »

Ils devaient être impliqués dans la prise en charge car l'enfant seul ne pourrait pas s'en sortir ou plus difficilement. De plus, l'accord parental était nécessaire pour le médecin pour certaines démarches.

P9 : « Parce que, autant on est centré peut-être sur l'enfant, mais tout seul, je ne suis pas sûr que toutes ces informations lui soient utiles. Donc je pense qu'intégrer aussi la famille dans ça, parce qu'on est centré beaucoup sur ça, mais on n'a pas beaucoup d'éléments sur aussi l'accroche familiale... pas assez de mention, ils sont un peu absents je trouve »

P10 : « quand on reprend tout le diagramme, je trouve qu'en effet les parents ne sont pas très souvent cités. Parce qu'en effet, parler avec l'enfant, c'est important, mais il faut aussi que les parents soient impliqués dans la prise en charge. Et puis de toute façon, moi je ne me vois pas contacter le chef d'établissement sans avoir l'aval des parents par exemple.

Les parents pouvaient avoir besoin d'un soutien plus important du médecin s'ils étaient peu adaptés ou notamment dans le cadre de famille monoparentale... (cf. consultation triangulaire en partie 1)

P7 : « Mais je pense que le rôle des parents, après en fonction de la situation sociale, parce qu'il y a des parents qui vont avoir des réponses tout à fait adaptées et d'autres pas forcément et dans ce cas-là en effet il va falloir prendre un peu plus le relais »

P7 : « des familles monoparentales avec des femmes qui s'occupent de leur enfant, et donc je pense que c'est un accompagnement de l'enfant, mais c'est aussi un accompagnement du parent, qui se sent un peu moins seul »

Mentionner le CASA, la CRIP et le site de la HAS

Comme cela a été mentionné précédemment dans ces résultats, le médecin était en demande d'aide sur le plan juridique. Les avis téléphoniques des médecins légistes du CASA ou de la CRIP pouvaient les aider et les éclairer dans les situations difficiles et s'il y avait des doutes sur les procédures. Également, les médecins généralistes pouvaient les contacter pour être aidés et conseillés à la rédaction de certificat médical.

Des règles d'écriture du certificat médical étaient disponibles sur le site de l'HAS.

P13 : « Non, après c'est réorienter, par exemple il n'y a pas la médecine légale au besoin...

Que ce soient des conseils pour eux ou que le patient puisse venir ici à la demande... Comme on a des avis téléphoniques, on dit, "bah demandez-lui de venir", on prend le nom, et puis on dit à nos collègues "telle personne va appeler, on va prendre rendez-vous"... Mais parce que je pense que les gens n'ont pas conscience qu'ils peuvent appeler pour avoir un avis. »

Une partie scolaire à étoffer

Rajouter les moyens pour contacter le médecin scolaire plus facilement : Comme il a été dit dans la partie prise en charge pluridisciplinaire, il existait des moyens faciles de contacter les médecins scolaires. Cette information pouvait être ajoutée dans l'outil.

P15 : « je viens de le vérifier, on arrive directement quand on tape DSDEN 92, médecin scolaire, on arrive directement à la page service de santé ... et on a la présentation de l'équipe et on a mon nom et on a le numéro de téléphone de mon secrétariat... C'est ce qu'on dit tout le temps quand on intervient dans les facs. »

Compléter l'équipe scolaire : psychologues scolaires, médecins scolaires, assistantes sociales, médiateurs scolaires. Seuls l'infirmier, le chef d'établissement et l'enseignant étaient cités.

P15 : « Alors peut-être ce qui manque c'est de contacter le service médical, infirmier et social de l'établissement. C'est dommage, moi je rajouterais quand même parce qu'il y a un peu de place, psychologues scolaires... infirmiers, psychologues, médecins et assistants sociaux, on est tous tenus au secret médical ou professionnel.

Rajouter les associations de parents d'élèves si c'est dans le privé car le référent académique ne pouvait pas intervenir dans le privé mais que dans le public

P15 : « Après les associations de parents d'élèves dans le privé, ils peuvent aussi faire bouger le chef d'établissement. Ça peut être un projet de l'établissement de lutter contre le harcèlement de manière générale. Elles ont du pouvoir. Donc tu peux peut-être rajouter ça dans ta colonne à gauche. »

Compléter les forces de l'ordre

D'un point de vue sémantique et pratique, il serait important de rajouter la brigade de gendarmerie en plus du commissariat de police dans le dépôt de plainte.

P13 : « Là, ça peut être commissariat ou brigade, parce que commissariat, c'est que la police. »

Donner brièvement le fonctionnement du 3018

Les médecins pouvaient avoir le besoin de connaître le fonctionnement du 3018, sans rentrer dans trop de détails.

P3 : « je ne sais pas ce qui est donné dans le téléphone, enfin quand on appelle, qu'est-ce qu'ils donnent comme infos, ça aurait été peut-être pas mal d'avoir des infos comme ça »

Décliner les contacts avec les acteurs locaux était souhaité par les médecins mais était difficilement faisable pour un outil destiné à une utilisation nationale, mais le médecin pourrait compléter l'outil ou se l'approprier en se créant son réseau de soin local. C'était également possible par l'intermédiaire d'une CPTS (cf. partie implication du médecin généraliste).

P3 : « il y a une chose qu'il n'y a pas, mais tu ne pourras pas réaliser, c'est qu'effectivement, c'est d'avoir des ... acteurs locaux. Mais toi, tu ne peux pas le faire parce que tu ne peux pas faire toutes les villes de France. Ce serait de le décliner à l'échelle locale »

b. Au cœur de la prise en charge médicale

Ajouter la prise en charge médicamenteuse

Les médecins trouvaient important de préciser la possibilité d'introduire des traitements médicamenteux (antidépresseurs, anxiolytiques, phytothérapie...) si la situation le nécessitait. Il pouvait également utiliser des "ordonnances-conseils". Le médecin était vu comme prescripteur et il fallait s'en saisir au besoin. De plus, la prescription de traitement était un moyen de faire revenir l'enfant à la consultation.

P8 : « Est-ce qu'il y a peut-être éventuellement un traitement aussi à mettre en place s'il y a beaucoup d'anxiété ? Je pense quand même en dernier recours mais bon si vraiment ça s'impose, on va trouver le traitement adéquat. »

P6 : « Je dirais peut-être un petit cinquième : proposition thérapeutique, phytothérapie... Un moyen aussi de se dire j'ai prescrit une ordonnance, peut-être qu'il va revenir aussi. On est vu aussi comme médecin, médecin prescripteur... Donc je pense que ce rôle-là, à bon escient on peut le faire... J'ai quand même introduit un antidépresseur "fluoxétine®... Ouais c'est ce qu'ils font habituellement les pédopsychiatres... pour les ados". Selon le besoin, mais je pense qu'il faut y penser. La mise sous traitement peut quand même parfois ... les aider... »

Le médecin pouvait aussi considérer que l'introduction d'un traitement antidépresseur était plutôt à réaliser par le (pédo) psychiatre, qui avait une formation plus adaptée. Avec une maturation cérébrale encore en cours, l'introduction de traitements antidépresseurs pouvait être une source d'inquiétude pour les médecins.

P14 : « Pourtant j'ai l'habitude, mais je mets pas les jeunes sous antidépresseurs. Oui, je me refuse de traiter. Je pense qu'on n'est pas encore une fois assez formé. Je trouve que c'est très risqué de mettre un jeune sous antidépresseur de moins de 16 ans. Je trouve ça très délicat... Pourtant, moi je suis très formée. Je mets des antidépresseurs aux adultes, bithérapie à dose maximale. Mais en fait... Est-ce vraiment de la dépression ? C'est un cerveau. pas fini. Est-ce que ça ne masque pas une autre pathologie psychiatrique ? »

Ajouter l'évaluation systématique du risque suicidaire

Il serait bien d'après les médecins de rajouter l'évaluation du risque suicidaire. En effet, la verbalisation était différente de l'adulte, avec une dissimulation fréquente, un dépistage systématique dans le cadre de harcèlement scolaire serait important.

P11 : « C'était peut-être la chose qui manque sur l'algorithme, c'est la recherche du risque suicidaire... d'évaluer plus sur l'humeur, le retentissement et les risques suicidaires. Parce que les ados parfois... Je lui ai dit, "mais est-ce que demain c'est possible que tu ne sois plus là ?" Il me dit "oui"... Donc urgences, il est hospitalisé une semaine... Il faut peut-être l'évaluer plus systématiquement dans le cadre du harcèlement, le risque suicidaire ».

P11 : « Pour évaluer plus s'il y a une dépression associée, j'utilise l'ARS, un petit questionnaire en 10 questions. Soit je le fais remplir à l'ado, soit... En fait, dans la discussion, j'essaie de poser la question, et parfois je sens que c'est un peu minimisé dans l'échange spontané. Donc soit je lis moi les questions, Soit je lui fais compléter lui le questionnaire. [...] questionner sur la mort, le suicide, tout ça. Je leur demande s'ils se font du mal. ... c'est assez fréquent qu'il y ait des enfants qui s'automutilent »

Guider le médecin généraliste sur le travail sur la confiance en soi, le positif

Les médecins pourraient être intéressés pour avoir des outils pour accompagner les enfants dans un travail sur l'estime de soi et sur la capacité à se défendre. Ils avaient bien conscience de ne pas être les mieux placés mais avoir quelques notions pourrait être intéressant. Cela montrait un désir de formation sur le sujet et les techniques communicationnelles à avoir avec l'enfant pour le travailler. Cela résultait des difficultés des suivis psychologiques.

P3 : « peut-être effectivement des conseils un peu plus sur la posture de l'enfant, effectivement cette théorie. Et comme je ne sais pas si c'est validé de dire, « en fait il ne peut pas te laisser faire ... Mais comment on ne se laisse pas faire ? Peut-être que ça aurait été intéressant d'avoir ça en plus.... Peut-être que nous médecins, on pourrait avoir des... ça peut être des conseils qu'on peut donner à l'enfant. Mais finalement, je me dis, est-ce que nous, on ne pourrait pas faire ce que fait la psychologue sur des conseils simples ? En gros de coacher l'enfant pour qu'il puisse répondre et ne plus se laisser faire en fait »

L'idée de terminer les consultations de suivi pour harcèlement scolaire systématiquement par quelque chose de positif était ressortie. Formuler des encouragements positifs faisait partie des propositions acceptées par les experts de la ronde Delphi dans la thèse du Dr Fernando. Cela n'avait pas été mis dans l'outil de synthèse final.

Intégrer des signes d'alerte de dépistage

Comme il a été dit dans la partie dépistage de ce travail, les médecins aimeraient avoir des repères, des automatismes à intégrer à leur pratique pour les signes d'alerte. La notion de "points d'appel psychosomatique, une chute des notes, des absences scolaires..." faisait partie des propositions validées par les experts lors du travail du Dr Fernando. Il ne l'avait, par la suite pas intégrée à l'outil Fernando.

P18 : « Qu'on ait quand même des drapeaux qui se dressent, drapeaux rouges »

P9 : « pour moi, il faut que je définisse des éléments d'alerte. »

Inclure les harceleurs et les témoins à la prise en charge du médecin généraliste

Le harceleur était à inclure dans la prise en charge selon le médecin, car il n'allait pas bien. Ceci expliquait le cycle harceleur-harcelé parfois décrit.

P17 : « Je pense que... puisqu'on s'occupe beaucoup des harcelés, il faudrait s'occuper des harceleurs aussi. Souvent j'ai l'impression que c'est le harceleur qui a un gros problème. Souvent quand tu creuses... Je vois à la télé aussi. Les harceleurs ils n'ont pas des vies en or. Quand tu as une vie sympa tu ne vas pas emmerder les autres. »

P11 : « souvent c'est un peu en dents de scie : ils sont harceleurs puis ils sont harcelés, puis ils sont harceleurs, puis harcelés, enfin..., ils sont d'un côté ou de l'autre »

P15 : « un harceleur en fait peut être un harcelé, peut avoir été harceleur ou peut devenir harceleur. Donc, ça complexifie »

Il fallait aussi faire attention aux témoins, qui pouvaient aussi être en souffrance :

P6 : « "Papa, moi je n'aimerais pas que ça m'arrive, d'être harcelé". Il avait compris quand même l'importance, le fait que la personne n'était pas bien. Il m'écrit également "j'ai plusieurs fois alerté la maîtresse, la maîtresse me répondait : s'il a mal, il viendra me voir" ».

P14 : « Ou alors après on m'a dit, « ouais, nous on connaît bien quelqu'un qui a harcelé. » Je dis, « Ce n'est pas possible, vous ne pouvez pas laisser les choses comme ça. » Mais ils me disent, « Nous on ne harcèle pas. »

- **DES ADAPTATIONS POSSIBLES SUR LA PRESENTATION**

- a. **Trop long, trop court**

Comme cela a été décrit dans la partie implication du médecin généraliste. L'outil Fernando ne satisfaisait pas tous les médecins. Cela a été expliqué par un médecin par le principe de structuration mentale variable d'une personne à l'autre. L'outil Fernando avait besoin que ses utilisateurs se l'approprient.

Certains médecins souhaitaient étoffer l'outil Fernando, d'autres souhaitaient le raccourcir. En effet, certains le trouvaient trop long. Cela était à l'origine d'un rejet initial, qu'il fallait dépasser en tentant "de s'approprier l'outil".

P6 : « comme ça, il est un peu repoussant, on va dire. En tant que médecin, on n'est pas très littéraire, quand il y a trop de texte effectivement parfois... Là il faut s'y mettre... Mais à force de le regarder, on se l'approprie et... Ouais, je pense que c'est une petite démarche, s'investir dans ce sujet. Et je pense que voilà, ceux qui l'ont pas dit, ils ont été de mauvaise foi »

P8 : « l'outil, quand je l'ai vu la première fois et que j'ai vu le gros euh... J'ai dit, « ouh là là, il faut que je me concentre ! ». Et finalement, « c'était super simple. C'est vrai qu'il m'a impressionnée quand je l'ai vu la première fois. »

P10 : « Je le trouve un peu long. Je trouve qu'en fait il est un peu trop chargé. On a du mal à s'y retrouver vraiment. Il y a un peu trop de flèches. Après il est plutôt bien fait en soit... je le trouvais très très détaillé en fait...on se perd un petit peu en fait dans tout l'arbre »

P12 : « Oui, je ne suis pas attirée quoi. Je l'ai intégré, mais je ne vais pas aller chercher, suivre les flèches ... »

La problématique du dépistage du harcèlement scolaire semblait difficile à standardiser, tant les techniques d'approches étaient multiples.

P12 : « ça dépend si on connaît l'enfant, si on l'a jamais vu, c'est à nous d'adapter donc un peu au cas par cas. On ne peut pas avoir des choses prédéfinies. Par contre après, la prise en charge, c'est un outil. »

P6 : « une solution unique un peu... il n'y a peut-être pas je dirais la finesse un petit peu, du cas par cas. »

b. Support numérique ou support papier

Le support de ce document a pu être réfléchi. Une transposition fidèle de l'outil a été réalisée sur un document numérique Excel® pour tenter de voir si cela pouvait faciliter l'utilisation de l'outil Fernando par les médecins.

Certains médecins trouvaient le numérique plus facile car évitait les papiers volants et permettait de faciliter la prise en charge.

P6 : « C'est sûr que l'outil numérique c'est mieux quand même. Parce qu'on s'y perd avec les feuilles, d'avoir quelque chose de synthétisé que je peux avoir rapidement sur la consultation, cliquer etc. Oui je pense que c'est juste la transposition informatique qui n'est pas toujours évidente. »

P6 : « il est intégré, etc. j'ai plus de facilité à l'utiliser forcément. Oui, oui. C'est un moyen d'aider un peu plus peut-être à y penser, à le faire, etc. Oui, mais ça facilite en fait, je pense que ça facilite l'usage de l'outil »

P10 : « Oui, maintenant, vu que tout est numérisé, c'est quand même plus simple d'avoir l'outil numérique qu'on peut directement glisser dans les logiciels. C'est souvent plus simple d'avoir ça plutôt que d'avoir une forme à papier qu'il faut scanner. Comme les Hamilton, je le fais directement sur le logiciel. »

P14 : « Oui, parce que ça se déroule, donc là on pose cette question, il y a déjà une trame »

D'autres considéraient que cela rajoutait une interface supplémentaire entre le médecin et le patient, qui était un handicap dans ce contexte de souffrance psychologique.

P17 : « Mais tu peux montrer à l'enfant aussi. Je pense que ça c'est pas mal. En plus il voit que tu tapotes des trucs, ça peut être un peu anxiogène pour l'enfant. »

P7 : « Moi, je préfère le papier. Parce que ça crée une interface encore. Tu sais, c'est des consultations où il faut se regarder quand même les yeux dans les yeux, faut pouvoir... Si t'es à moitié sur ton truc en train de cliquer. Enfin, moi je trouve que ça brise quelque chose. Un ordinateur, tout ça, ça crée déjà une difficulté dans la relation avec le patient. Et donc pour ce genre de consultations, comme toutes les consultes à motif psy, j'écris après, quoi »

P18 : « mais c'est de la discussion, en fait, entre le patient et toi, et... Et je n'aurais pas eu forcément besoin, ou ça aurait peut-être cassé quelque chose, que je remplisse des cases pendant qu'on discute. »

De plus, le numérique posait des problèmes de compatibilité d'un ordinateur à l'autre.

P9 : « Dans ce que tu m'as envoyé, moi je n'ai pas de choses qui apparaissent. Alors, est-ce que c'est ma version ? Oui ça peut être intéressant, mais je vais le tester sur mon autre ordinateur pour voir ce que ça fera »

P16 : « je n'ai pas Excel sur mon ordinateur, donc je ne l'ai pas ouvert ».

Finalement, la préférence entre la version papier et la version numérique a été considérée comme propre à chaque médecin.

P17 : « Moi, je viens d'époque du papier ou du parchemin ! Après ça quelqu'un d'hyper connecté, qui aime ça je pense qu'il le ferait beaucoup plus facilement et spontanément que moi. Moi j'aurais plutôt tendance à passer par le verbal et l'écrit. »

P8 : « j'avoue que je suis un peu de l'ancienne génération. J'ai un peu de mal avec l'informatique. Du coup, j'aime bien lire, avoir mon petit outil et faire mon petit arbre. »

L'intégration de l'outil dans le logiciel était quelque chose qui séduisait beaucoup les médecins car cela permettait de faciliter l'utilisation et de la systématiser. Cela nécessitait en revanche l'implication du médecin pour faire la démarche de l'ajouter à son logiciel (cf partie sur l'implication du médecins généralistes dans le harcèlement scolaire).

L'idée d'un site internet pour avoir l'outil à disposition et faciliter son accès était également évoquée. Centraliser les outils semblait important, et ne pas les multiplier, au risque de ne pas les utiliser.

P16 : « il y a tellement d'outils que... ça a l'air intéressant [la version Excel], mais en fait ça fait un outil en plus. Moi j'aime bien que tout soit regroupé en fait. Mais oui, ça pourrait être un site harcèlement. Après en effet, on va dire que j'ai ma barre de recherche sur mon ordinateur avec des favoris. »

L'outil était apprécié des médecins, qui proposaient des solutions pour potentialiser son impact.

4. Des moyens de potentialiser l'utilisation et l'impact de l'outil et lutter contre le harcèlement scolaire

a. Sensibiliser l'enfant au rôle du médecin généraliste et sur le harcèlement scolaire

Pour que l'outil puisse être exploité à son maximum, il fallait dépasser ce blocage de la parole de l'enfant. Une des clés étaient de réussir à faire comprendre à l'enfant et sa famille le rôle de « personne ressource » que le médecin pouvait jouer. Comme il a été décrit dans la partie implication du médecin généraliste de ces résultats, des moyens pour essayer de faire parler les enfants du harcèlement scolaire étaient possibles.

- Laisser des prospectus en salle d'attente : Harcélomètre, fiches du CASA
- Installer des affiches en salle d'attente pour présenter le médecin comme une personne-ressource à laquelle se confier, et qui n'était pas réduit uniquement au somatique
- Donner des flyers sur les données de l'outil Fernando en fin de consultation à l'enfant

D'autres pistes pour faciliter la parole de l'enfant ont été évoquées par les médecins.

Utiliser des livres dans le cabinet pendant la consultation pour évoquer le sujet du harcèlement scolaire avec l'enfant.

- P7 : « Des livres aussi, des livres à disposition avec des histoires éventuellement d'enfants embêtés etc. En salle d'attente... notre bureau..., ce livre-là, le mettre un peu en évidence sur ces consultations-là. »

Réaliser des prêts de livres sur le harcèlement scolaire pour éduquer, sensibiliser sur le sujet les enfants et parents.

P7 : « On s'était questionné aussi avec ma collègue pour faire une espèce de petite bibliothèque chez nous, enfin dans le cabinet avec des livres un peu pour certaines situations, de maladies, qu'on pourrait éventuellement prêter aux patients. »

Le médecin pouvait faire de la prévention sur le sujet du harcèlement scolaire, en parler ne serait-ce que pour laisser la porte ouverte et dire que ça existait et que l'enfant sache que si besoin, il pourrait revenir. Cette notion était dans la lignée de la notion de "laisser le temps au temps" développée dans la partie sur le rapport au temps par le médecin généraliste. Le médecin pouvait réaliser des « interventions brèves » sur le Harcèlement Scolaire.

P1 : « on sait très bien pour le tabac, l'intervention brève ça marche bien : juste de dire "vous savez, ce n'est pas bon de fumer". On dit juste ça et ça nous prend 4 secondes et on a un pourcentage non négligeable de personnes qui disent "ouais c'est vrai ce n'est pas bien, il faut que j'arrête" et c'est le petit déclic »

P9 : « lui faire un petit pitch de trois minutes, de dire en cas de harcèlement tu peux faire ça, il y a des numéros pour parler, ce genre de choses. Si tu as un doute sur des choses comme ça, ça peut être l'occasion d'en parler, tu sais... comme si tu lançais une bouteille à la mer »

P12 : « je leur dis mais surtout si un jour il y a quelque chose, il ne faut pas hésiter à en parler à papa et maman ou si tu ne veux pas en parler à papa et maman, venir m'en parler à moi.»

P13 : « Tu sais on n'a pas le droit de, j'en sais rien, on n'a pas le droit de t'insulter ou de te bousculer ou quoi que ce soit », mais ça fait partie de la prévention. De juste dire ça existe. »

Selon les médecins de l'étude, comme cela a déjà été exposé dans ces résultats, les interventions de sensibilisation sur le harcèlement scolaire à l'école étaient à poursuivre, en incluant les médecins généralistes. Ces interventions constituaient un point d'appui pour discuter plus facilement du sujet.

b. Sensibiliser et rétribuer les médecins

Comme il a été exprimé dans la partie sur le dépistage systématique, le médecin généraliste, dans le cadre de consultation de suivi/dépistage chez les enfants, souhaitait ajouter le harcèlement scolaire à la liste des autres items à dépister de façon systématique. Pour une plus grande facilité au quotidien, l'idée était d'intégrer dans son logiciel des grilles de consultation de suivi automatiques.

P16 : « Moi, dans mon logiciel, sur le logiciel EO, on a ce qu'on appelle des TBS, des tableaux de bord de suivi des patients, donc globalement, j'ai le TBS pour le patient de plus de 65 ans... j'ai différentes cases ... avoir ça pour un enfant, dents, écrans, harcèlement, l'IMC, ... Moi, au quotidien, ça me servirait comme ça... C'est un onglet, globalement mon logiciel, ... j'ai des pages comme ça et puis je peux rajouter, il y en a qui ont été faites en plus par exemple pour le patient diabétique... il y a plein de... et voilà, un listing, ... ce tableau de suivi, c'est certains de mes collègues plus anciens qui les ont créés »

P1 : « Nous, on a un dashboard et on essaie de faire ces consultations dites de dépistage ou de repérage ... On a une série de sujets à aborder quand on veut faire une consultation dite dépistage, repérage ... Si on met ça dans notre listing d'interrogations systématiques, ça sera évoqué ... On essaie de faire, se cocher sur le dossier, tiens je l'ai fait l'année dernière »

La sensibilisation des médecins généralistes à leur rôle dans le harcèlement scolaire était importante mais il fallait aussi les équiper. Il avait été dit qu'il serait intéressant de diffuser l'outil Fernando à plus de médecin généraliste.

P11 : « Après, les médecins, ils n'ont pas forcément tous cet algorithme sous les yeux. Je pense que c'est la diffusion ».

P15 : « Outil très utilisé en santé scolaire, devrait être diffusé aux médecins généralistes et même aux spécialistes.... »

P3 : « Oui, donc oui, je vais le réutiliser. D'ailleurs, est-ce que je peux le partager? »

Il pourrait être intéressant de rajouter un item sur le harcèlement scolaire dans les cahiers de santé.

P16 : « Et voilà ça pourrait dans le carnet santé il faudrait qu'il y ait une case, comme il y a une case nombre de dents, caries, voilà, qui est une case, je ne sais pas comment la tourner, peut-être harcèlement, même juste poser le mot harcèlement sur le carnet de santé.

Dépistage du harcèlement, fait, pas fait. Ça permet de montrer qu'on l'a dépisté. »

La création d'une "cotation tarifaire harcèlement scolaire" pourrait être intéressante pour compenser le temps imparti sur le sujet par le médecin généraliste lors de consultations longues, notamment la première ou les premières et inciter les médecins à dépister davantage.

P16 : « Peut-être avoir déjà une consultation dédiée au niveau des cotations quand il y a un enfant harcelé, parce que ça prend du temps tout ça, et nous on n'est pas payés, sinon. »

c. Au-delà de l'outil, des actions sur l'école en parallèle

Il a été évoqué par les médecins la possibilité d'établir un suivi médical/infirmier/psychologue scolaire annuel systématique, qui serait dédiée au dépistage du harcèlement scolaire. Il interviendrait en complément.

P4 : « je pense que s'il y avait vraiment une solution à mettre, ça serait au niveau de l'école... il faudrait une consultation pratiquement systématique avec un psychologue scolaire ou avec une infirmière ou avec un médecin scolaire et pour ... mais une consultation vraiment dirigée sur le Harcèlement Scolaire. Systématique pour tous les étudiants et pour chaque année. »

Le travail de l'empathie, de la bienveillance et des relations sociales devait être remis en priorité dans les écoles. Se détacher du téléphone pour recréer du lien sur les temps hors des classes.

P15 : « travailler autour de renforcement des compétences psychosociales, en particulier de très jeunes, de travailler sur les émotions, de travailler sur l'empathie. Ça manque de personnel dans les établissements pour travailler sur le long terme et justement renforcer les habiletés sociales des élèves. Il y a tous les temps périscolaires, dans le couloir, les interours, les temps du midi, où les élèves finalement qu'est-ce qui leur reste ? C'est le téléphone... Mettre des jeux sur le temps de midi, des salles de jeux de sociétés, des activités. Créer un lien, mais différent que celui des réseaux sociaux. Pour moi, vraiment, je crois qu'il faut qu'on retravaille sur le lien entre les élèves et qu'ils sortent de ce téléphone. »

DISCUSSION

A la suite des résultats de cette étude, et de leur analyse, un modèle explicatif sous la forme de deux schémas a pu émerger. Le premier schéma représentait les pressions subies par le médecin généraliste dans le contexte de la prise en charge du harcèlement scolaire. Le deuxième représentait l'intégration de l'outil Fernando dans le dépistage et la prise en charge du harcèlement scolaire par le médecin généraliste. Il mettait en lumière l'impact de l'outil sur le médecin généraliste.

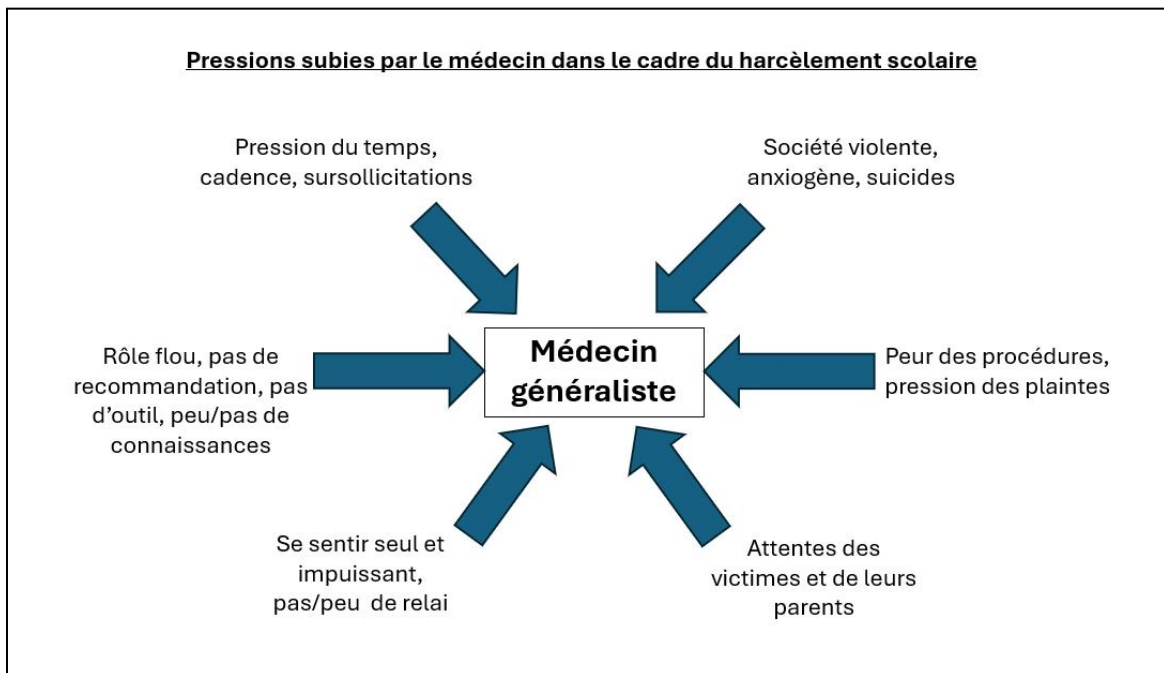


Figure n°2 : Les pressions subies par le médecin généraliste dans le harcèlement scolaire.

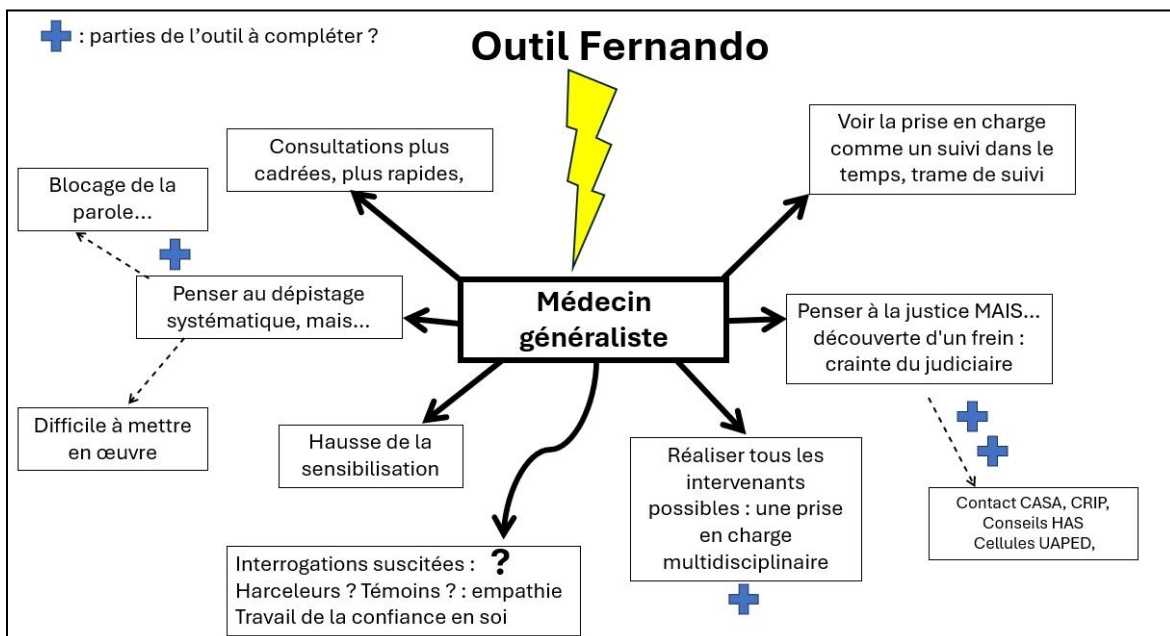


Figure n°3 : impact de l'intégration de l'outil Fernando chez le médecin généraliste

I- Résultats principaux comparés à la littérature

L'objectif principal de cette étude était de savoir si l'outil répondait aux attentes des médecins généralistes dans la prise en charge du harcèlement scolaire au sein de leurs consultations.

L'objectif secondaire était de savoir quels moyens pouvaient être mis en place pour répondre aux difficultés qui persistaient malgré l'outil Fernando.

A l'issue de l'utilisation de l'outil Fernando, tous les médecins interrogés avaient une opinion plutôt positive ou très positive de l'outil. L'outil Fernando était apprécié par les médecins. Parmi les freins exprimés pour s'impliquer dans le harcèlement scolaire, les médecins de l'étude ont jugé que l'outil Fernando permettait de répondre à une partie d'entre eux et des pistes d'amélioration ont été suggérées. La plupart des réticences décrites par les médecins de notre étude étaient retrouvées également dans la littérature (68,70,71,72,74,82)

L'aspect chronophage et financier était également évoqué dans les études avec une « absence de temps dédié » au harcèlement scolaire ou le fait que « ce type de consultation d'adolescent prenait du temps (45 minutes en moyenne), et n'était pas reconnu financièrement... » (90)

Les **difficultés de communication** avec les adolescents, vus en consultation trop peu souvent, et qui ne les identifiaient **pas forcément comme « personne-ressource »** étaient également rapportées.

Le manque de connaissances pour lequel, dans le travail de Michelin (91), 91,6% des médecins généralistes se plaignaient de ne pas avoir reçu de formation sur le cyberharcèlement.

Les difficultés d'orientation des patients : par manque de contacts, de réseau d'aide, de relai et en raison du délai trop long de prise en charge. Les études parlaient de « manque de moyens humains, judiciaires, médicaux et scolaires » à l'origine d'un « sentiment d'impuissance et d'isolement ».

Un frein décrit par les médecins de notre étude ne semblait pas être présent dans la littérature et avait pu être mis en lumière avec l'utilisation de l'outil Fernando. L'appréhension du harcèlement scolaire à cause de son contexte judiciaire n'était pas mentionnée comme un frein dans les études jusqu'alors à notre connaissance. Ce travail avait également permis de tenter de trouver des solutions pour limiter cette réticence.

A- Quelles réponses de l'outil aux freins « connus » de la littérature ?

1. L'outil et ses possibilités d'utilisation pour limiter la prise en charge chronophage

Les consultations pour des motifs psychologiques pouvaient être des consultations longues, et c'était la crainte des médecins. En effet, dans une **cadence très soutenue au quotidien**, les consultations longues semblaient difficiles à intercaler. Les patients suivants pourraient faire ressentir de la pression au médecin sur le timing à respecter, ou le médecin lui-même pourrait être inconfortable avec le fait d'accumuler du retard.

Cette problématique du temps compté était clairement corrélée à la **problématique du dépistage systématique** du harcèlement scolaire qui était proposée dans l'outil Fernando. Les médecins de l'étude avaient beaucoup apprécié le fait de rappeler le dépistage systématique du harcèlement scolaire, ce qui leur permettait maintenant d'essayer de l'ancrer au mieux dans leur pratique. En revanche, sa **mise en œuvre apparaissait compliquée** à toutes les consultations pour certains. En effet, un dépistage systématique du harcèlement scolaire faisait prendre le risque au médecin de s'exposer à une consultation plus longue en cas de repérage de harcèlement scolaire. La vision du temps allié ou ennemi dépendait finalement de l'approche que le médecin en avait.

a. Voir le harcèlement scolaire comme un suivi au long cours

Le médecin généraliste pouvait utiliser le **suivi au long cours** du patient comme allié, et **faire revenir le patient** lors d'autres consultations. En effet, le fondement de la pratique de la médecine générale étant l'accompagnement sur les années, cela pouvait permettre d'étaler la prise en charge (sauf en cas d'urgence). Une des solutions pouvait être de voir l'enfant sur une **durée plus courte de consultation** mais de le voir **plus souvent en consultation**. Si l'enfant ne revenait pas, via les notes du dossier médical, le médecin pourrait demander des nouvelles à l'enfant ou à un membre de la famille.

De plus, la capacité d'écoute du médecin pouvant être variable d'une consultation à l'autre, multiplier le nombre de consultations était un avantage pour l'enfant. Enfin, le suivi au long cours était souvent synonyme de confiance, facilitant les confidences.

Dans cette optique, l'outil-Fernando était vu par certains des médecins comme un **guide au long cours, une trame** dans la prise en charge du harcèlement scolaire. L'enfant suivi pouvait être **placé comme repère à un endroit de l'arbre** par le médecin, et la prise en charge facilitée. Ce repère rapide était rassurant pour le médecin. L'outil Fernando, en proposant le suivi par le médecin généraliste via d'autres rendez-vous à programmer, a fait réfléchir les médecins qui ne le réalisaient pas, sur la vision d'un suivi à long terme du harcèlement scolaire. Peu de données de la littérature développent cette vision positive du temps en médecine générale. Amalberti et al., en 2009, avec la **méthode des tempos** (92) a permis de s'intéresser aux différentes dimensions temporelles de l'activité médicale libérale et à ses difficultés. La gestion du temps faisait partie du savoir-faire de base du médecin généraliste, bien plus que dans toute autre spécialité médicale. Le temps était décrit comme un allié dans la prise en charge mais pouvait aussi devenir le pire des ennemis quand il était mal utilisé.

b. Des moyens pour gagner du temps

L'outil Fernando, de son côté, apportait des solutions pour essayer de gagner du temps. Les consultations psychologiques pouvaient être chronophages pour le médecin, et le fait d'avoir un outil où les informations importantes étaient **centralisées, faciles d'accès**, était un **gain de temps** très important. Le médecin n'avait pas besoin de réaliser des recherches d'aide à la prise en charge pendant la consultation. Libérés du stress du temps de recherche et munis des solutions à proposer au patient en cas de réponse positive, les médecins étaient plus en mesure de réaliser un dépistage systématique du harcèlement scolaire. L'outil Fernando permettait de **structurer les consultations**, et de ce fait, de mener des consultations **plus rapides et plus efficaces**.

L'examen clinique précisé dans l'outil Fernando, qui était important à réaliser, notamment pour rechercher des coups ou des traces d'automutilation, rajoutait du temps. Un des moyens d'en gagner lors des consultations était de réaliser **l'interrogatoire de l'enfant pendant cet examen** clinique. Cela avait un double avantage car cela rendait l'interrogatoire moins policier et pouvait se rapprocher d'une conversation naturelle, propice à la confiance.

Le médecin pouvait également choisir de **confier l'accompagnement** de l'enfant à un professionnel de la **psychologie**, qui pourrait prendre le temps avec l'enfant.

La mise en place de **consultations de suivi dédiées** (développées dans la partie suivante de cet ouvrage) était également une possibilité pour cadrer la durée des consultations.

L'intégration de l'outil Fernando **dans le logiciel ou sur un site internet** était proposée par les médecins, car cela pourrait leur faire gagner du temps.

Une revue de la littérature de 2019 sur les pratiques des médecins pour leurs recherches sur internet a montré que les attentes des médecins étaient fortes. Ils effectuaient de nombreuses recherches via les moteurs généralistes et leurs problèmes venaient du manque de temps, des doutes sur la pertinence des propos et de la fiabilité des sources. Un outil centralisant les données, facilement accessible et concis, répondait à leurs attentes. Cela correspondait à la description de l'outil Fernando par les médecins de notre étude. (93)

La version de l'outil Fernando en site internet était quelque chose qui pouvait convaincre les médecins. L'étude menée en 2024 sur 829 sessions de recherches de médecins généralistes confirmait l'utilisation importante par les médecins généralistes des SADM ou SIADM (sites internet d'aide à la décision médicale) et leur attrait pour les sources synthétiques et au plus près de leur pratique. (94)

c. Un travail pour accepter son retard ou une compensation financière

Certains considéraient qu'il n'était pas possible de refermer la porte à la discussion à un enfant qui arrivait enfin à se confier sur cette souffrance. Pour eux, il fallait écouter l'enfant et **accepter la situation de prendre du retard**. Le médecin devait faire en sorte de **vivre le mieux possible** cette situation. La problématique du retard était fréquente et ancienne dans la littérature. En effet, le médecin généraliste étant un médecin de premiers recours, l'organisation des journées était très aléatoire et imprévisible. Une étude de 2018 (95) avait analysé le vécu et le ressenti des médecins vis-à-vis de leur retard et cherché à trouver des solutions. Le retard pouvait être très mal vécu, avec notamment la pression des patients. Il y avait deux attitudes des médecins face au retard : **ceux qui cherchaient à le diminuer et ceux qui poursuivaient leur journée sans y prêter attention**.

La première catégorie trouvait des solutions pour éviter de se retrouver dans cette position de retard : en anticipant son planning, en refusant les demandes abusives ou hors du cadre, en apprenant à dire non avec l'expérience, en déléguant des tâches, en optimisant son logiciel et ses raccourcis, en ayant le plus possible d'automatisation dans sa prise en charge (comme avec l'outil Fernando).

Les autres médecins, plus souvent avec l'âge et l'expérience, légitimaient la situation avec le caractère justifié du retard et la notion d'inhérence à la médecine générale. Le médecin généraliste devait, pour se protéger, maintenir de vraies pauses déjeuner ou toilettes, et dissocier vie

personnelle et vie professionnelle. Le médecin pouvait s'excuser auprès du patient en utilisant l'humour, rendre les salles d'attente plus agréables avec musique et occupations. Paradoxalement, parfois, les consultations longues pouvaient entraîner une véritable sensation d'épanouissement professionnel chez le médecin et donc générer du retard mais aussi diminuer son stress. Enfin, des thérapies agissant sur le stress pouvaient soulager les médecins. Il fallait réduire l'impact psychologique que le retard pouvait avoir sur les médecins.

Une autre solution était proposée par les médecins pour mieux accepter ces consultations longues. Médecin était un métier, et de ce fait, il devait en vivre. Toutes les consultations ne pouvaient pas durer une heure. Mais, pour celles qui ne pouvaient pas être comprimées, réaliser des **cotations plus avantageuses** était un moyen de valoriser financièrement le temps passé à la consultation. Les cotations citées étaient : « test Hamilton » (pour évaluer la dépression) à 69,12€ ou « CCP : consultation contraception prévention », (pour l'introduction de contraception et prévention des MST) à 47,50€. La création d'une cotation tarifaire harcèlement scolaire était suggérée par des médecins de l'étude mais ils n'avaient pas d'emprise sur cela. Le site Omniprat avait un outil d'aide à la cotation et proposait des fiches pour aider au choix de cotations appropriées.

2. Le blocage de la parole de l'enfant : un outil qui donnait des pistes mais encore insuffisamment

« Mais si l'enfant parfois raconte certaines disputes ou problèmes rencontrés, beaucoup gardent le silence. Il faut le savoir. ». Cette phrase du Dr Gatard montrait parfaitement la problématique du blocage de la parole des victimes. (96)

a. Les freins des enfants

Les médecins de notre étude décrivaient les consultations avec les enfants comme difficiles, d'autant plus pour celles victimes de violences car ils avaient beaucoup de **craintes**. Les victimes avaient tendance à cacher les choses. Un processus d'emprise psychologique de leur agresseur pouvait être à l'origine de ce phénomène. Les médecins de notre étude considéraient que le médecin avait tout d'abord un rôle d'écoute bienveillante.

(78,81). Des idées similaires à nos résultats étaient retrouvées dans plusieurs études. Les enfants craignaient la rupture du secret médical, d'être adressé à un psychologue ou à groupe de parole, d'en parler en présence des parents, une banalisation de la situation par le médecin généraliste. L'incompréhension, la culpabilité, la honte, la peur d'être jugé, la crainte des représailles résultaient de l'emprise psychologique. La **notion « d'écoute active »** précisée dans l'outil Fernando était importante à préciser et appréciée des médecins généralistes. Elle semblait faire partie de la solution. En effet (ibid.) (78,81) un médecin généraliste sans jugement, respectant le secret médical et bienveillant serait propice à la libération de la parole.

Le **mutisme** des enfants harcelés était retrouvé dans les enquêtes nationales sur le climat scolaire (62) qui montraient que seulement 28 % des enfants harcelés en avait parlé à quelqu'un. Ce chiffre de 28 % concernait tous les intervenants possibles. Les freins à en parler étaient décrits dans le tableau n°5 ci-dessous.

Ne pas parler d'un problème de violence parce que (pour les élèves concernés) :	
Ce n'était pas grave	60,2
A réglé la situation tout seul	27,9
Cela n'aurait rien changé	26,1
Cela aurait empiré la situation	15,6
Personne à qui en parler	9,6
Honte	9,4

Tableau n°5 : causes de blocage de la parole des victimes de harcèlement scolaire. Enquête nationale sur le climat scolaire en 2021-2022. Réf. : note d'information, n° 23.08. Depp.

Les médecins interrogés dans notre étude avaient du mal à se positionner sur la présence des **parents** en consultation. Ils considéraient que les parents pouvaient être un **frein à la parole**. En effet, cela a été retrouvé dans plusieurs études (67, 77, 78). Les jeunes ont exprimé leurs inquiétudes concernant le partage éventuel des informations avec les parents alors que les parents eux s'attendaient à ce que les révélations de leur enfant leur soient partagées. A la lumière de notre étude et de la littérature (97), le rôle du médecin généraliste pouvait être assimilé à celui d'un **médiateur** : « favoriser l'autonomie de l'adolescent tout en respectant et revalorisant le rôle parental ».

Les médecins de notre étude précisaient également que le médecin pouvait **s'appuyer sur les parents** pour mieux dépister. En effet, plusieurs études s'accordaient à dire que, très souvent, **l'initiative de parler** du harcèlement scolaire au médecin généraliste venait des parents (68, 69, 78, 82). Dans l'étude du Dr. Heitz, dans 57% des cas, les parents évoquaient le harcèlement scolaire en premier. Les médecins de notre étude précisaient que le médecin pouvait aussi être proactif et, lors de consultations prévues pour le parent, pouvait **demander au parent** des nouvelles des enfants et du reste de la famille, en tant que médecin de famille. Cela permettait parfois de faire des diagnostics de harcèlement scolaire. Les médecins de l'étude suggéraient d'accorder une **place plus importante aux parents** dans l'outil Fernando car il était important de **les inclure dans la prise en charge** et d'évaluer leur bien-être à eux aussi.

L'âge de l'enfant comme frein à la parole avait été retrouvé dans notre étude. Les médecins rencontraient des difficultés lors de ces consultations avec les adolescents. En effet, plusieurs études de la littérature allaient en ce sens. L'étude du Dr. Flipo suggérait que les enfants qui étaient favorables à l'implication des médecins généralistes étaient surtout les plus jeunes, notamment en classe de 6e et 5e (81). En effet, l'étude de Smith et al. (98) indiquait que les victimes de harcèlement scolaire plus âgées seraient moins enclines à rechercher l'aide d'un adulte, possiblement du fait d'une volonté d'indépendance et d'autonomie. La grande enquête nationale de novembre 2023 (62) a également montré la même chose ; la part d'élèves ayant demandé de l'aide était de 63 % des écoliers du CE2 au CM2, de 32 % des collégiens et de 22 % des lycéens.

b. Améliorer la partie dépistage de l'outil

La difficulté de dépistage du médecin généraliste pouvait résulter de la manière utilisée, qui n'encourageait pas forcément à la parole. Certains médecins avaient regretté que l'outil Fernando ne soit pas plus fourni pour le **dépistage** du harcèlement scolaire. En effet, pour ces médecins, dépister était l'étape sans laquelle rien ne pouvait débuter et c'était **l'étape la plus difficile**. L'outil ne donnait pas suffisamment de pistes.

Le silence des enfants rendait les consultations de dépistage difficiles pour le médecin, qui était **demandeur d'outils pour améliorer ce repérage**. Cela était également perçu dans la littérature. En effet, plusieurs travaux récents s'étaient concentrés sur ce repérage, témoignant de la difficulté des médecins dans ce domaine (69,71,72) : des questions ouvertes comme « Comment ça se passe à

l'école ? » pouvaient sembler fermées pour le jeune et ne pas être efficaces pour amorcer une discussion.

Quelques idées pour améliorer ce dépistage, nécessitant d'être creusées, ont pu émerger des entretiens avec les médecins lors de notre étude. Des points clés étaient ressortis et nécessiteraient d'être complétés dans des études ultérieures.

Une des solutions évoquées par les médecins de notre étude était de **passer par l'écriture** pour réussir à communiquer différemment avec l'enfant. Cette idée d'écriture libératrice était retrouvée dans la littérature et constituait une piste pour débloquent certaines situations. Luseti expose les bienfaits « d'écrire en vrac sur une agression traumatique ». Le C.A.S. « créer, apprendre, soigner » ou « narrathérapie créative » ou thérapie par exposition écrite est un programme de sensibilisation de l'écriture thérapeutique pour la jeunesse pour combattre l'anxiété, l'état dépressif, la violence et le harcèlement scolaire. Cela pourrait constituer une piste pour les médecins qui se trouvent en difficulté. (99)

Concernant **l'abord** du harcèlement scolaire avec les enfants, les pratiques des médecins étaient **variées**, rendant la mise en place d'un outil unique pour le dépistage difficile. Les médecins n'étaient pas d'accord sur le fait d'utiliser le mot harcèlement ou non dans les questions, ni sur le nombre de questions. Certains trouvaient qu'il serait intéressant de proposer un pan de questions pour guider le médecin dans l'évaluation du bien-être scolaire de l'enfant. Certains médecins souhaitaient voir figurer dans l'outil les signes d'alerte pour penser au dépistage. Les travaux du Dr. Korbendau et du Dr. Fernando (79,80) insistaient sur le fait d'être attentif aux **signes d'alerte** de harcèlement scolaire, avec en particulier la nécessité de rechercher une rupture avec l'état antérieur et l'apparition d'un isolement social. Ces signes d'alerte avaient été formulés dans les propositions aux experts lors de l'étude du Dr. Fernando (80) mais ils n'avaient pas été intégrés à l'arbre résumé. L'hypothèse la plus vraisemblable étant l'idée de **mettre en avant le dépistage systématique**, car les données de la littérature semblaient s'accorder pour montrer son importance capitale. Les médecins de notre étude également, car chercher davantage permettait d'accroître les chances de dépister le harcèlement scolaire. Dans plusieurs études (81, 68), les médecins (91%) et collégiens semblaient y être favorables. Dans une étude américaine de Hensley et al., 89,9% des médecins interrogés s'accordaient à dire que les généralistes devraient instaurer un repérage systématique du harcèlement. Les **taux de prévalence** de harcèlement scolaire qui étaient repérés avec le dépistage systématique étaient **bien supérieurs** à ceux estimés par les médecins en amont. Les adolescents cachaient ou minimisaient souvent la situation et **n'en parlaient pas spontanément**. Plusieurs études (81, 82) montraient que le harcèlement scolaire n'était le **motif de consultation principal que dans 30 % des cas**. Enfin, le dépistage systématique favorisait un **dépistage précoce** qui était capital pour éviter les complications. Au vu de ces arguments en faveur du dépistage systématique, plusieurs études (68, 71, 72, 81) regrettaient le faible taux de dépistage systématique du harcèlement scolaire par les médecins généralistes, entraînant un sous-diagnostic.

Des **difficultés de communication de façon générale avec l'enfant et l'adolescent** étaient ressorties par les médecins de l'étude. Les quelques astuces retrouvées pour pallier cela, étaient de croire l'enfant et le déculpabiliser, être détendu, plus accessible, simple, ouvert, naturel, éviter de réaliser un interrogatoire de police. Un médecin avait également évoqué l'importance de trouver des « points d'ancrage », des sujets qui les intéressaient pour permettre de débiter un dialogue.

On retrouvait ces questionnements dans la littérature également. Philippe Binder, médecin généraliste et addictologue, s'était penché sur les difficultés communicationnelles avec l'adolescent et suggérait des idées. Lors de l'exposé du motif principal, ajouter des **mots de liaison ou relances** comme "à part ça" ou "oui mais encore ?" multipliait au moins par quatre la fréquence d'évocation d'éléments psychologiques, **reformuler** la réponse de l'adolescent pour le faire développer, **s'appuyer sur le BITS test** (brimades, insomnie tabac, stress), comme il était mentionné dans l'outil Fernando. (100)

c. Sensibilisation par le dépistage systématique en attendant que l'enfant soit prêt

Un autre facteur qui était à l'origine de ce blocage était un facteur naturel. Le médecin devait se mettre au rythme du patient, le guidant et l'accompagnant.

L'enfant harcelé avait besoin de temps pour digérer la situation, libérer sa parole. Et le format de consultations répétées dans le temps pouvait laisser ce temps au patient. Les relances fréquentes du médecin sur le sujet pouvaient lui permettre de progresser dans le **cycle de Prochaska**. En effet, le modèle développé par Prochaska et Di Clemente était une théorie de changement comportemental basée sur une série d'étapes. Le médecin devait respecter les étapes de l'entretien motivationnel. Par exemple, pour accompagner un patient fumeur dans son désir de changement, il fallait tenir compte du stade dans lequel il se trouvait. Pour le patient harcelé, il fallait attendre qu'il soit prêt à en parler. (101)

En ce sens, le **dépistage systématique**, prôné dans l'outil Fernando, augmentait les chances de dépistage de harcèlement scolaire, car permettait de savoir où en était l'enfant. L'idée de la nécessité de **temps pour guérir, et pour, peu à peu, accepter** de se reconstruire, était également présente dans la fable *La veuve* de La Fontaine. La veuve qui ne pensait jamais guérir du décès de son mari, avec le temps, avait peu à peu apaisé sa souffrance, pour accepter l'idée de revivre et de sortir du deuil. Cela ne signifiait pas qu'il fallait considérer que l'enfant harcelé guérirait tout seul et qu'il suffisait d'attendre. Cela signifiait que l'enfant avait parfois besoin de temps avant de réussir à se confier. C'était un processus d'accompagnement, pour permettre de débloquer petit à petit la situation. Le temps qui passait était nécessaire, et le suivi au long cours semblait donc très adapté. Le médecin pouvait réaliser régulièrement des « **interventions brèves** » sur le harcèlement scolaire en lui disant que le harcèlement scolaire existait, que ce n'était pas normal et que si cela lui arrivait, il faudrait en parler, et que le médecin pouvait faire partie des personnes à qui en parler. En se présentant clairement comme une **personne-ressource**, il plantait une graine dans la tête de l'enfant, qui pourrait revenir le voir quand il serait prêt à en parler. Ces interventions brèves entraient dans le cadre d'une forme de **prévention** du harcèlement scolaire également. En effet, il était important que le médecin **sensibilise l'enfant et l'adulte à son rôle dans le harcèlement scolaire** car souvent ce n'était pas le cas. En effet, la notion de médecin généraliste, non assimilé comme une personne ressource et non sollicité par les enfants et leurs parents, était retrouvée dans la littérature (77, 81,102). Certains enfants percevaient le médecin généraliste comme seul « soigneur de lésions organiques ». Les victimes (103) de harcèlement scolaire n'envisageaient pas le médecin généraliste comme personne-ressource, plutôt par ignorance, et « une meilleure information et une valorisation du discours des victimes » pourraient y aider. Dans l'étude du Dr. Flipo, (81), les médecins généralistes n'arrivaient qu'en 4^e position des personnes-ressource (10% des collégiens).

Dans l'étude de Scott et al., (67) seuls 33% des parents avaient contacté le médecin généraliste pour leur enfant harcelé. Dans l'étude du Dr. Mokdad, 36% des victimes de violences scolaires recensées par le CASA de Rouen avaient eu recours à leur médecin généraliste (74).

Plusieurs études indiquaient que le dépistage systématique pouvait être un des moyens pour sensibiliser au rôle du médecin généraliste et libérer la parole quand les patients n'osaient pas. Dans l'étude du Dr. Flipo, parmi les 58 victimes, 47% estimaient que leur médecin généraliste n'avait jamais abordé le sujet du harcèlement scolaire et pourtant, parmi elles, 52% y étaient favorables. Les victimes semblaient prêtes à dialoguer mais peut-être pas à ouvrir le dialogue (81). Certaines victimes pouvaient regretter de ne pas avoir contacté le médecin généraliste plus tôt. Une intervention spontanée du médecin généraliste sur le harcèlement scolaire semblait une solution. (102).

d- instaurer des consultations de suivi systématiques

L'intérêt du dépistage systématique, suggéré par l'outil Fernando, ne semblait pas être remis en cause dans notre étude. Mais les médecins trouvaient qu'il était difficile à mettre en œuvre à chaque consultation, quel que soit le motif, et ils proposaient de le réaliser dans le cadre de consultations de suivi. Le dépistage à chaque consultation avait été aussi rapporté comme un frein chez les enfants dans notre étude, disant qu'ils n'aimaient pas être pris au dépourvu, quand le motif de consultation n'était pas le harcèlement scolaire. Des **consultations prévues, dédiées au dépistage** semblaient être une solution pour introduire ce dépistage régulier de harcèlement scolaire en médecine générale. L'évaluation du bien-être à l'école, dans le but de rechercher du harcèlement scolaire, pouvait être ajouté à la liste des dépistages systématiques : conduites à risque, toxiques, sexualité, alimentation, écrans, poids, sommeil, rapport au corps, humeurs (tristesse, angoisse), dentition, occupations... Les patients ne venaient plus pour les consultations de simple suivi, et pourtant elles étaient les plus adaptées pour la prévention : suivi, vaccins, certificat de sport, introduction de contraception, certificat d'éviction scolaire. Des **rappels dans le logiciel** selon les âges des enfants, avec la tenue d'un tableau de bord des données de dépistage, pouvaient être intéressants pour poursuivre l'utilisation de l'outil Fernando dans le temps. L'intérêt de la mise en place de consultations de prévention dédiées était également retrouvé dans la littérature. (70, 72). Dans les travaux de Dale et al., 55% des adolescents déclaraient qu'ils seraient plus à l'aise si les questions de dépistage se faisaient dans le cadre d'une visite de santé de routine.

Un auto-questionnaire, rempli en salle d'attente, pourrait servir de base à ces consultations de suivi de dépistage. Certaines études plébiscitaient ceux-ci, car les enfants semblaient les préférer par rapport à des questions par le médecin. (76, 77) L'étude du Dr. Baldureaux en 2022 (66) a retrouvé des résultats très encourageants en évaluant le Bully/Victim (agresseur/victime) questionnaire révisé d'Olweus (rBVQ) dans sa version française, une fois adapté pour la médecine générale. Ce test sur 478 patients avait permis de dépister 19,6% des adolescents. L'étude de Kubiszewski et al. (105) émettait quelques réserves de l'ordre du sous-diagnostic (les enfants ne connaissant pas souvent la définition), mais aussi à cause des réticences habituelles. La littérature retrouvait également le développement de questionnaire adapté pour le cyberharcèlement par le Dr Patte. (106)

3. L'outil, un support de centralisation des multiples intervenants

Si, auparavant, le médecin pouvait se sentir démuni dans la prise en charge et dans la connaissance des intervenants à solliciter, l'outil Fernando semblait l'avoir en partie rassuré sur la situation. Il lui avait permis de se rendre compte de la multitude d'intervenants possibles dans la prise en charge du harcèlement scolaire et de ne plus se sentir aussi seul. Si chaque intervenant était difficile à solliciter, la multitude de possibilités permettait de penser que chacun, à tour de rôle, pourrait aider l'enfant. Cependant, il était important de noter que quelques intervenants supplémentaires pouvaient être ajoutés à l'outil, pour avoir une centralisation du plus d'intervenants possibles.

a. Concernant le soutien psychologique

Pour le suivi psychologique, le médecin généraliste se heurtait à la problématique d'une médecine à deux vitesses : les délais d'attente dans les structures gratuites ou les coûts lourds des séances en libéral. La pénurie était renforcée par le fait que le public d'enfant constituait une surspécialisation, qui rendait plus rare les pédopsychiatres et les psychologues qui acceptaient la pédiatrie.

Cela était retrouvé dans les études, comme celle d'Audrey Bolle. (108) en 2017 : sur les 60 000 psychologues exerçant en France, 32 % étaient en libéral ou mixte, et ils représentaient un ratio insuffisant de 29,7 pour 100 000 habitants. De plus, la transmission de relais de prise en charge vers un psychiatre était difficile. Enfin, la stigmatisation des troubles psychologiques dans l'opinion publique pouvait empêcher de consulter le psychologue, et pouvait isoler le médecin généraliste dans sa prise en charge. En 2020, la France comptait en moyenne 9,5 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants, un chiffre plus bas qu'en 2017.

Néanmoins, il y avait des espoirs et des solutions. Tout d'abord, toute situation de harcèlement scolaire ne nécessitait pas un soutien psychologique.

Rechercher la présence d'**idées suicidaires** pouvait être un des moyens de graduer le niveau d'urgence pour le suivi. Il semblait important de le rajouter à l'outil Fernando.

Le faible dépistage des idées suicidaires par le médecin généraliste, en cas de harcèlement scolaire, est quelque chose que l'on retrouve dans la littérature. Dans l'étude du Dr. Heitz (68), seulement 35% des médecins évaluaient systématiquement le risque suicidaire dans le cadre de harcèlement scolaire. L'ajout de cet aspect dans l'outil Fernando pourrait permettre d'améliorer la sensibilisation des médecins à cette pratique. En effet, l'outil actuel ne citait que le BITS test en moyen de dépistage mais ne recommandait pas une évaluation du risque suicidaire après le diagnostic de harcèlement scolaire. En ce sens, le numéro **3114**, en cas d'idées suicidaires, pouvait y être accolé dans l'outil. Le médecin généraliste pourrait utiliser la recommandation de la HAS, publiée en 2021, pour aider à évaluer le risque suicidaire chez l'adolescent, qui citait notamment le BITS test. (109)

Rossi et al. (110), dans la Revue du praticien - Médecine générale, en 2022, insistaient eux aussi sur l'importance pour le médecin généraliste de rechercher ce risque suicidaire, car ils considéraient que le harcèlement scolaire était un des facteurs de risque de crise suicidaire.

Selon les médecins - il y avait toutefois des avis partagés -, l'ajout dans l'outil Fernando d'une **proposition d'une prise en charge médicamenteuse** pouvait être envisagée par le médecin généraliste ou le psychiatre. En effet, des anxiolytiques, antidépresseurs ou de la phytothérapie pouvaient être importants.

Si le soutien psychologique était nécessaire, l'outil Fernando offrait une **palette de possibilités nombreuse d'intervenants**. Il fallait que le médecin s'adapte aux solutions les plus efficaces dans son territoire pour se créer son réseau de soin. Certains intervenants pouvaient réaliser un soutien en attendant la disponibilité de ceux réalisant le **suivi au long cours** : psychologues **libéraux**, psychologues **conventionnés avec la Sécurité Sociale**, psychologues **de l'Education Nationale**, psychologues **de structures d'accompagnement des victimes (ex : le CASA)**, psychologues **des maisons des adolescents**, psychologues **des CMP pédiatriques**, psychologues **des CMPP** (s'il était inclus dans une prise en charge multidisciplinaire pour troubles associés).

Concernant le dispositif Mon soutien psy (111, 112, 113), qui permettait d'accéder à des psychologues conventionnés avec la Sécurité Sociale, il avait connu plusieurs évolutions. A son lancement, les tarifs étaient de 22 euros pour 30 minutes de consultation et 32 euros pour 45 minutes, sans dépassement d'honoraire possible. Il était nécessaire de passer par le médecin traitant. En avril 2023, le bilan relatait des difficultés car les conditions n'étaient pas en accord avec un travail de qualité selon les psychologues. En 2022, 93 % des psychologues libéraux refusaient ce dispositif (2 200 psychologues volontaires sur les 70 790 recensés en France). En 2024, il y a eu une majoration du tarif des séances à 50 euros pour les psychologues, l'extension à 12 séances et la suppression de l'adressage par le médecin généraliste.

Le médecin pouvait également **s'impliquer dans le renforcement du réseau de soin local** : participation à des projets régionaux, demande de création de groupes de parole.

En cas de situations urgentes, le médecin pouvait adresser l'enfant en **consultation pédiatrique** à l'hôpital, ou aux **urgences pédiatriques**.

Des relais pouvaient être envisagés par le médecin, comme il était précisé dans l'outil Fernando. Il était important que le médecin généraliste recherche la **personne de confiance**, qui pouvait être capitale. Mais aussi qu'il **évalue la situation familiale** pour savoir si le soutien parental était adapté et pour connaître l'historique de la situation. Les médecins généralistes pouvaient avoir, eux aussi, besoin d'un soutien. Le médecin pouvait **contacter le 3018**, un relai par des psychologues ou juristes. Les médecins de notre étude ne connaissaient pas ce numéro avant l'outil Fernando, et étaient très satisfaits d'avoir cette alternative pour les enfants. Le numéro de **Fil Santé Jeunes 0800 235 236** pouvait également être utile et donc ajouté.

De plus, dans les cas de harcèlement scolaire qui avaient du mal à se résoudre et duraient dans le temps, malgré des solutions adaptées, il était intéressant que le médecin demande une **évaluation psychiatrique de l'enfant** à la recherche de troubles associés. Dans ce contexte, un accompagnement en CMPP pourrait être bénéfique. Des aides financières dans le cadre de troubles associés pouvaient également être mises en place suite à la réalisation d'un dossier MDPH par le médecin.

Cela n'a pas été mentionné par les médecins, mais la présence d'**associations de victimes** pouvait être un soutien pour les enfants et les parents, en attendant la prise en charge psychologique.

Les acteurs non précisés dans l'outil Fernando pourraient être ajoutés.

Le site Psy.com pouvait servir d'appui, en centralisant tous les numéros d'aide psychologique, notamment pour les adolescents.

Une recherche dans les données de la littérature a permis d'ajouter un acteur possible à la liste : les équipes mobiles en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (EMPEA) qui pouvaient évaluer les jeunes en souffrance. Elle pouvait être un outil précieux complémentaire, qui pourrait être ajouté à l'outil Fernando. (115)

Enfin, le travail de recherche du Dr. Gonzalez évoquait deux idées intéressantes (70) : l'instauration de numéro direct des CMP avec les médecins généralistes et la téléexpertise par les pédopsychiatres.

b. Concernant les acteurs du milieu scolaire

Les médecins reconnaissaient que de nombreuses situations ayant conduit à l'amélioration de la situation avaient pu se faire grâce à une intervention en milieu scolaire : un changement de classe ou d'école du harceleur ou du *harcelé, des discussions avec les équipes ... Si, auparavant, les établissements avaient tendance à minimiser le phénomène, et ne pas trop agir, il y avait, depuis quelques années, une prise de conscience et des choses se mettaient en place. Dans les cas d'échecs, les signalements via la plateforme e-Enfance fonctionnaient bien et permettaient de résoudre un certain nombre de cas. L'un des problèmes qui était retrouvé était que les référents académiques de cette plateforme n'avaient pas la légitimité pour intervenir dans les secteurs privés. La possibilité de suggérer aux parents de **contacter les associations de parents d'élèves dans le secteur privé** semblait intéressante à ajouter à l'outil Fernando pour aider les médecins et les familles.

Une des difficultés principales était la pénurie majeure de médecins de l'Education Nationale (EN). La difficulté de contact était rapportée par les médecins généralistes mais également en sens inverse. Une **coopération entre les médecins de l'EN et les médecins généralistes** serait très intéressante pour une prise en charge de l'enfant, si des liens directs réussissaient à se mettre en place. Les **coordonnées des médecins de l'EN** pouvaient être récupérées par les médecins généralistes auprès du rectorat ou de l'école pour se constituer un carnet d'adresses. Dans certains départements, des téléphones portables et adresses mails professionnels étaient mis en place pour les médecins de l'EN pour faciliter la communication pluridisciplinaire.

L'outil Fernando permettait de rappeler au médecin généraliste que l'équipe éducative était nombreuse et de prendre conscience de l'éventail des possibilités de points d'appui en milieu scolaire. Les médecins généralistes n'avaient pas forcément le réflexe de contacter l'établissement lui-même ou de le conseiller à la famille, et ils n'avaient pas conscience de tous les intervenants possibles. Le médecin généraliste retenait également l'idée de l'outil Fernando de les contacter par courrier. **Le chef d'établissement, l'infirmière et le professeur principal**, précisés dans l'outil Fernando étaient ceux qui semblaient être les plus efficaces mais il fallait considérer l'ensemble des possibilités. Comme pour la prise en charge psychologique, la disponibilité des différents acteurs était variable et, à l'instant T où l'enfant avait besoin d'aide, la présence de l'un des acteurs pouvait compenser l'absence de l'autre. La mise en pratique de l'outil a pu faire réaliser que certains éléments manquaient à l'outil et il semblait donc intéressant de compléter l'équipe scolaire dans l'outil Fernando avec **le psychologue de l'EN, le médecin de l'EN, l'assistante sociale, le médiateur scolaire, le référent académique**.

De nombreux articles et rapports ont corroboré les constats des médecins de l'étude sur les pénuries réelles de personnel médical en milieu scolaire (116, 117). Depuis 1996, le nombre de médecins de l'EN a **chuté de plus de moitié** avec, en 2018, seulement 900 médecins pour 60 000 établissements et 12 millions d'élèves en 2023. Le nombre moyen d'élèves par médecin était compris entre 6 000 et 100 000 élèves ; il y avait eu une hausse de 20% de ce chiffre en cinq ans. **Le recrutement était en crise**, les concours attirant moins de 50 % des candidats nécessaires (cf. tableau n°6, ci-dessous). Il y avait un problème d'attractivité. L'âge moyen des médecins scolaires s'élevait à 55 ans et 82% d'entre eux avaient plus de 50 ans. Parmi les causes, un salaire jugé très insuffisant et des missions appauvries. Moins de 20 % des élèves de 6e recevaient la visite médicale obligatoire.

	2020	2021	2022
Postes ouverts	55	52	54
Candidats	-	-	23
Admission	18	28	16

Tableau n° 6 : chiffre concernant le concours de médecin de l'Education Nationale de 2020 à 2022.

Pour l'infirmier de l'EN, ce ratio allait de 680 élèves à plus de 2 000 élèves. Il y avait une baisse de 11 % des effectifs infirmiers. Les psychologues de l'EN d'école primaire devaient gérer en moyenne chacun 12,6 écoles, soit 1 686 élèves. Quelques mesures commençaient toutefois à se mettre en place depuis 2018 avec quelques pistes comme établir au moins un poste fixe d'infirmier par établissement, lever le plafond de cumul emploi-retraite, pour permettre aux infirmières retraitées de revenir. Depuis 2020, les salaires des médecins scolaires avaient été augmentés de 19 % (dans les zones REP notamment), et un amendement au budget 2024 prévoyait 22 millions d'euros supplémentaires pour ces personnels.

c. Une prise de conscience du nombre d'intervenants possibles

La sphère juridique n'était pas toujours mise en évidence par le médecin. Et cela ajoutait des intervenants et des alternatives d'adressage et d'accompagnement à proposer par le médecin. Les précisions concernant les moyens de contact et les actions à réaliser en cas de cyberharcèlement étaient très appréciées par les médecins car non connues avant l'outil Fernando et très utiles. Il a d'ailleurs été remarqué que le commissariat de police était mentionné seul pour le dépôt de plainte. Il serait important d'ajouter la gendarmerie à l'outil Fernando pour le dépôt de plainte.

La prise en charge du harcèlement scolaire par le médecin généraliste ne pouvait pas se faire seul. Le nombre d'intervenants plus important multipliait les situations/opportunités d'accueillir la parole de l'enfant pour le dépistage notamment, mais également pour le soutien. Puis, lors de la prise en

charge, le médecin généraliste pouvait prendre le rôle de coordinateur. La multiplicité des intervenants permettait de soulager le médecin en temps et en pression ressentie. Les prises en charge étaient complexes et tout le monde pouvait apporter des bénéfices à l'enfant. Parfois l'établissement, parfois le psychologue, parfois le médecin généraliste, parfois les représentants de la justice. Le médecin généraliste pouvait adopter une position d'orientation et de vérification de la mise en place des actions. L'outil Fernando offrait d'ailleurs en ce sens, selon les médecins, la possibilité d'accompagnement de l'enfant en distillant les conseils au fur et à mesure de la prise en charge.

Dans l'enquête nationale dans les écoles de 2021-2022, on avait constaté que 55 % des élèves ayant décidé de parler d'un problème de violence avaient le sentiment que la situation s'était améliorée. Cela montrait l'efficacité du fait d'en parler mais également qu'il fallait encore multiplier le nombre d'intervenants dans la prise en charge pour tenter de majorer ce taux. Les interventions des parents conduisaient souvent à une amélioration de la situation selon les élèves : pour 59 % des cas lorsque les parents en avaient parlé au collège, et 51 % des cas si c'était aux forces de l'ordre. La médecine générale n'était pas citée. (62)

La mise en place de **réseaux** pouvait aussi être une solution. En 2002, une définition des réseaux a été donnée dans la loi Kouchner, article D6321-1 du Code de la santé publique : « **les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social. En fonction de leur objet, les réseaux mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social.** ». Ces réseaux s'organisent autour d'un système de transmission et de communication des informations, de protocole de soins partagés et de relais pour assurer la continuité d'aide ou de soins. Ainsi, en 2011, 716 réseaux de santé étaient comptabilisés. Les réseaux de santé ont mis du temps à s'installer mais depuis, l'exercice coordonné ne cesse de se développer. Cependant, **l'hétérogénéité** des nouvelles structures peut compliquer la lisibilité pour les acteurs de soin. Une simplification des dénominations de ces réseaux ainsi qu'une **amélioration de la visibilité** de ces réseaux sembleraient utiles pour les intervenants. En 2019, **les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)** définis dans la loi sur l'organisation du système de santé de juillet 2019, se sont mis en place et peuvent devenir les interlocuteurs importants pour les médecins. (118, 119)

4. L'outil, un support palliant le manque de connaissance

Pour les médecins, l'outil Fernando, avec sa présentation orale et sa mise en pratique, avait pu faire office de formation sur le sujet du harcèlement scolaire. Ils se sentaient plus armés pour s'investir dans le harcèlement scolaire. Ils ne considéraient pas qu'ils avaient besoin de formation sur le harcèlement scolaire.

En effet, avant l'outil, le médecin pouvait parfois se sentir illégitime, perdu, et regretter de ne pas être formé sur le sujet. Le fait qu'ils n'avaient jamais eu d'outil sur le harcèlement scolaire renforçait leur attrait pour cet outil.

L'outil Fernando avait une mise en forme agréable, alliant clarté, logique, concision, aspect visuel agréable. Pour certains, il était d'abord repoussant car trop chargé, mais suite à l'appropriation, il devenait fonctionnel. L'outil était facile à utiliser, simple et adapté à la médecine générale. Les qualités requises par les médecins, comme elles étaient décrites (sources rapidement accessibles et répondant au plus près à leur demande) dans l'étude de Pham et al. étaient présentes dans cet outil. (120)

La partie prise en charge de l'outil était la plus appréciée car elle offrait des possibilités concrètes d'action au médecin qui ressentait une frustration auparavant, ne sachant comment agir.

L'outil offrait une structure, un cadre, pour éviter les oublis, avoir des repères. C'était quelque chose d'important et rassurant pour le médecin mais aussi pour les enfants et leur famille.

Il constituait un support pour suivre les étapes à conseiller le patient, un modèle de déroulement de prise en charge. De plus, il permettait au médecin de rester sensibilisé sur le sujet du harcèlement scolaire.

Comme il a été évoqué dans la première partie de cette discussion, sur l'aspect chronophage des consultations psychologiques, les facteurs qui pouvaient faire gagner du temps étaient très appréciés par les médecins. L'outil Fernando constituait, en ce sens, un résumé pertinent et presque complet. La centralisation des données était un gain de temps par leur facilité d'accès : pas besoin de formation, l'outil était suffisant pour le moment.

Il était à noter que, pour un des médecins, l'outil, même s'il était pratique et qu'il comptait l'utiliser, ne changeait pas le sentiment de fatalité dans cette situation complexe. Le problème du harcèlement scolaire était à une autre échelle, inatteignable par un outil de support du médecin. Les changements devaient être opérés dans les instances supérieures.

B- Mise en avant d'un frein grâce à l'outil : l'aspect juridique

Si l'utilisation de l'outil Fernando avait pu permettre au médecin d'être conscient de son rôle dans le domaine juridique, il avait aussi mis en évidence que le médecin l'évitait. On savait que les certificats médicaux étaient craints par les médecins. Mais, à notre connaissance, il n'avait pas été retrouvé l'idée de frein à l'implication du médecin généraliste dans le harcèlement scolaire à cause de l'aspect juridique (en tout cas pas de façon aussi claire ou majeure).

Les médecins de l'étude pointaient la **rédaction difficile des certificats médicaux**. En effet, les formulations étaient importantes et les accusations pour diffamation ou rupture du secret médical pouvaient être graves pour le médecin. L'apport d'un médecin légiste dans cette étude, suite à la découverte de cette idée, a été important pour tenter d'apporter des pistes de réflexion pour diminuer cette réticence. L'outil Fernando pouvait être amélioré avec quelques ajouts pour sécuriser le médecin dans cet exercice, le protéger.

Mentionner le CASA et la CRIP, tant comme intervenants que comme conseillers téléphoniques pour le médecin. Un certificat médical n'étant pas urgent, le médecin pouvait abonder son dossier des informations du jour et prendre le temps de le rédiger pendant ou suite à cet appel pour avis. Le CASA et la CRIP pouvaient aussi aider pour conseiller le médecin dans le choix entre IP et signalement. Le signalement était pour des faits de violence très grave, physique ou sexuelle, et entraînait une enquête pénale. Comme mentionné dans l'outil Fernando, un mail à la permanence du parquet ou un appel au procureur en cas d'urgence immédiate devait être réalisé avec une copie systématique à la CRIP. Des situations moins urgentes relevaient d'une IP à faire auprès de la CRIP, pour laquelle il pourrait y avoir une évaluation sociale, environnementale. Si besoin, elle transmettrait.

Des conseils pour la rédaction des certificats par le médecin légiste pourraient figurer en annexe de l'outil : rédiger le certificat au conditionnel, descriptions objectives, pas d'ITT, seulement des choses utiles et en lien, relecture avec le patient et retrait selon ses demandes, remise en main propre.

Mettre un certificat type en annexe ou un lien vers le site de l'HAS qui prodiguait des conseils pour la rédaction des certificats. Non mentionné par les médecins de l'étude, le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins fournissait lui aussi des conseils aux médecins pour les certificats médicaux. (121)

Il a été intéressant de rechercher ce que la littérature disait sur le sujet de cette judiciarisation de la médecine. Le lien entre le droit et la médecine tendait à se renforcer. En effet, la promotion des droits des malades était grandissante. Les exigences du patient pouvaient faire craindre que la pratique de la médecine soit de plus en plus influencée par le risque judiciaire qui pesait sur le médecin généraliste. Une étude a voulu déterminer la **distorsion entre ce sentiment et la réalité**. L'étude a porté sur 163 procédures disciplinaires par le CNOM haut normand de 2007 à 2016. 55% des plaintes ont été rejetées, seuls 3% des médecins ont été inquiétés par une action disciplinaire en 9 ans. L'étude semblait montrer que, grâce à l'intervention d'acteurs efficaces comme le CNOM, **le risque judiciaire était moins important qu'imaginé**. (122)

Une étude qualitative auprès de médecins ayant subi des procès a décrit une « épreuve », qui pouvait entraîner un épisode dépressif et un repli sur soi-même. L'anxiété du procès était retrouvée dans tous les travaux sur le sujet. Les mises en cause possibles du médecin au pénal étaient pour un **délit de droit commun**, (omission de porter secours, atteinte à l'intégrité corporelle volontaire : euthanasie, examen et thérapeutique à l'encontre du consentement) ou pour un **délit professionnel** (avortement illégal, certificat mensonger, exercice illégal de la médecine, secret professionnel). Cela « ne reflétait pas le risque pénal réel de l'exercice de la médecine, très faible en réalité ». Il était

difficile pour le médecin de relativiser les choses, et de ne pas les prendre personnellement. « **Il s'agissait en général plus de soulager le patient victime que de vilipender le médecin** ». « Une médecine parfaite est un pur fantôme » et il fallait « mieux préparer le médecin aux conséquences de ses imperfections, pour lui permettre de tirer les enseignements, sans remettre en question sa valeur et ses compétences. »

Il s'agissait donc de **trouver un moyen d'apaiser les craintes du médecin** et de le rassurer au mieux. (123)

Le cadre avait besoin d'être clair pour le médecin, pour **savoir quand sortir du secret médical** notamment. En effet, la situation était trop inconfortable.

La loi du 4 mars 2022 posait les conditions. Elle autorisait le médecin à se dispenser du consentement des parents (ou dépositaires) quand le mineur avait demandé au médecin de garder le secret. Le médecin devait s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à la présence en consultation des parents (ou dépositaires). Si le mineur maintenait son opposition, le médecin lui demandait de désigner un majeur de son choix. Mais, quand le médecin estimait que la santé de l'enfant était en danger, il pouvait rompre le secret médical et contacter les parents (ou dépositaires). (124)

L'un des médecins voulait **reprendre le contrôle des certificats médicaux** et décider du moment opportun pour le faire et si ça l'était. Il ne souhaitait pas se voir imposer de nombreux certificats et perdre la valeur de ceux-ci. Cela fait écho avec une réaction récente du Collège de la médecine générale (CMG) qui a lancé, en septembre 2024, une campagne contre les trop nombreux certificats médicaux absurdes ou abusifs : "septembre violet". (125)

Depuis 2016, les structures sportives ne devaient plus demander de certificats médicaux pour les inscriptions, sauf sports « à contrainte particulière ». Cela a été ressenti et regretté par les médecins de l'étude. En effet, si les certificats pouvaient parfois paraître absurdes, ils permettaient d'y associer une consultation de suivi pour les médecins généralistes, et il fallait saisir ces occasions.

L'utilisation de l'outil Fernando avait pu permettre de se rendre compte que les médecins n'avaient **pas le réflexe de conseiller de porter plainte**. Pourtant, des études d'**état des lieux des pratiques** des médecins généralistes ont été réalisées (75, 84) et les actions réalisées par les médecins comprenaient la rédaction d'un certificat et le conseil de porter plainte.

Ce conseil de porter plainte était pourtant important, car la famille **n'y pensait pas forcément ou considérait que cela ne servirait à rien**. Les peines d'emprisonnement n'étaient en effet pas possibles chez les mineurs, mais des sanctions, oui. Le fait de porter plainte (ou même juste d'en parler) permettait une reconnaissance du statut de victime à l'enfant et à la famille, et pouvait mettre fin au harcèlement scolaire par un simple rappel à la loi. Le harcèlement scolaire étant un délit, l'enfant avait 6 ans (avant prescription) pour porter plainte. Mais attention, le harcèlement scolaire pouvait devenir une contravention ou un crime selon les circonstances.

Cela n'était pas toujours vrai, **il pouvait y avoir des condamnations**. En effet, dans l'affaire du suicide de Juliette en 2016, cinq jeunes avaient été reconnus coupables, en 2022, d'avoir joué un rôle dans la diffusion de photos dénudées ayant conduit au suicide de cette jeune fille de 15 ans. Les peines étaient allées de 2 à 4 mois de prison avec sursis et 29 500 euros d'amende, et la décision avait été maintenue en appel.

Une autre raison ne motivait pas le médecin à conseiller de porter plainte. **Il redoutait le risque de traumatisme des enfants par les autorités judiciaires**, les forces de l'ordre. La présence de l'unité UAPED pouvait rassurer les médecins. Cette unité permettait d'auditionner les enfants dans un cadre plus protecteur, avec présence de psychologue, et évitait de faire répéter plusieurs fois à l'enfant ses souffrances. Il serait intéressant de mentionner l'existence des UAPED dans l'outil Fernando.

C- Des aspects échappant à l'outil

Deux axes de travail de grande envergure exprimés comme importants par les médecins étaient absents de l'outil Fernando :

- Travailler la confiance en soi et l'affirmation de soi : pour les harcelés
- Travailler l'empathie, les habiletés sociales : pour les harceleurs et pour les témoins

1. Le travail de confiance en soi des harcelés

Les médecins trouvaient qu'il était important de mettre des encouragements, du **positif** dans l'accompagnement des enfants harcelés. Cette idée faisait partie des propositions acceptées par les experts dans l'étude du Dr. Fernando, mais n'avait pas été formulée dans l'outil.

Une autre façon évoquée par les médecins de notre étude pour remettre du positif dans le quotidien de l'enfant harcelé était de travailler la confiance en soi des enfants victimes. Cela semblait un point déterminant de la souffrance des enfants. Sans ce travail, la situation pourrait se répéter, même en changeant d'environnement. Les enfants harcelés semblaient avoir un déficit de confiance en eux qui devait être travaillé par l'affirmation de soi. Il était question d'apprendre à s'affirmer, à être « bien dans sa peau ». Une deuxième étape de ce travail était de mettre l'accent sur les moyens de se défendre sans la violence, par l'humour, la répartie, ne plus accepter de « se laisser harceler ». Le médecin pouvait aider à détecter les forces et les atouts de l'enfant pour les utiliser.

Ces idées étaient retrouvées dans la littérature et elles étaient notamment développées par le **psychiatre Philippe Aïm et la psychologue Emmanuelle Piquet**. Emmanuelle Piquet a écrit de nombreux livres sur le sujet : « te laisse pas faire ! », « je me défends du harcèlement »... en 2008, elle a créé « Chagrin scolaire », un centre de consultation pour aborder le harcèlement scolaire « sous un autre angle, en donnant des outils concrets pour répondre aux agressions ». Une des phrases résumant bien le concept était : « l'enfant harcelé n'est pas le problème mais il peut faire partie de la solution ». Il était à noter que cette méthode pouvait cliver, car elle pouvait être vue comme un poids supplémentaire sur les victimes, à savoir devoir réagir, et ceci dans des situations complexes émotionnellement.

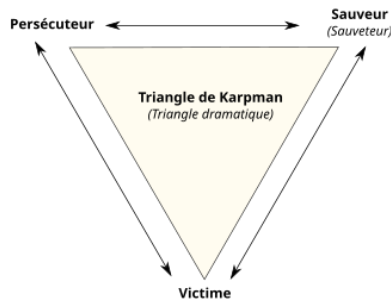
De son côté, Philippe Aïm, psychiatre, faisait également partie des auteurs clés sur le harcèlement scolaire et les techniques pour y répondre. On pouvait citer les ouvrages suivants : « Face au harcèlement scolaire : la méthode pour aider l'enfant à s'en sortir » (2024), « Aider votre enfant à se sortir du harcèlement scolaire » (2021). Il proposait également des formations pour les soignants voulant s'impliquer dans ces techniques d'accompagnement de l'enfant. (126, 137).

L'outil Fernando ne pouvait pas développer cet aspect, mais une évocation de cet aspect en regard de la prise en charge psychologique pourrait être intéressante. Le médecin pouvant, s'il le souhaitait, se former sur le domaine. Il pouvait aussi, dans le cadre du suivi de l'enfant, suggérer de travailler cet aspect-là avec des psychologues, qui avaient une formation plus adaptée qu'eux sur le sujet.

Un autre moyen de renforcer sa confiance en soi, évoqué par les médecins de l'étude, était les cours à l'école sur l'élocution, l'expression, l'aisance.

2. Le travail de l'empathie et des habiletés sociales des harceleurs et des témoins

Les médecins trouvaient qu'il était important aussi pour le médecin généraliste de dépister et de prendre en charge **les harceleurs et les témoins** qui étaient en **souffrance** aussi. La loi du 4 mars 2022 (128) allait aussi dans ce sens, en précisant que ces trois situations devaient être encadrées par le médecin généraliste. Le triangle agresseur-victime-sauveur décrit par Karpman en 1968 pouvait être appliqué aux harceleurs, harcelés et témoins. Il semblait confirmer lui-aussi l'indissociabilité de la prise en charge entre les harceleurs. (129)



Pour les témoins, l'effet de groupe les entraînait mais il pouvait y avoir une grande souffrance de la situation. Le médecin généraliste pouvait les inclure dans son « intervention brève » sur le harcèlement scolaire : « est-ce que toi tu embêtes des enfants à l'école ? Est-ce que tu vois des enfants en embêter d'autres ? », qui n'était pas précisée dans l'outil Fernando. Cette notion était également retrouvée dans le rapport du Dr. Catheline en 2011 (30) qui décrivait les agresseurs avec une image narcissique fragile, qui pouvait entraîner des troubles anxio-dépressifs. Les témoins de harcèlement scolaire éprouvaient de la culpabilité, de la lâcheté ou risquaient de minimiser les faits.

La notion du manque de pitié, d'**empathie** des enfants harceleurs était évoqué par les médecins. Cela était retrouvé dans la littérature que les harceleurs apparaissaient souvent comme ayant un déficit d'empathie affective, ayant de plus grandes difficultés à sentir pleinement la souffrance infligée aux autres et donc un relatif désengagement moral. Pour n'en citer qu'une, une étude américaine sur environ 700 adolescents montrait qu'une faible empathie affective était liée à l'intimidation. Une faible empathie totale (cognitive et affective) était liée à l'intimidation violente de la part des garçons et à l'intimidation indirecte de la part des filles. Les adolescents qui aidaient les victimes d'intimidation avaient une grande empathie. (130)

Le gouvernement français semblait avoir pris ce chemin, et en ce sens réalisait des tests de cours d'empathie dans les écoles. **L'expérimentation des cours d'empathie** début 2024 a été positive, avec notamment une réduction du nombre de cas de harcèlement scolaire. Le but était de travailler sur le vivre ensemble (tolérance, écoute), l'expression des sentiments, la régulation des émotions, l'estime de soi, le respect, et dans un climat scolaire serein. L'enjeu était plus à long terme car « la recherche a montré que la formation des élèves aux compétences psychosociales permettait la réduction des addictions, des violences, l'amélioration de la santé, du bien-être, de la réussite scolaire, et le renforcement des relations à soi et aux autres ». Ces cours ont normalement été généralisés à la rentrée 2024.

Des jeux et des livres se développaient pour éduquer sur le harcèlement scolaire ou sur les habiletés sociales (131). En 2024, l'ouvrage de Nathalie Langbour a étudié la littérature contre le harcèlement scolaire pour développer l'empathie. Elle décrivait l'émergence d'un nouveau genre littéraire : les schools bullying stories pour les enfants mais qui pouvaient aussi servir de support aux adultes.

Dans la prise en charge des harceleurs, le médecin généraliste pouvait avoir un **rôle auprès des parents** des harceleurs en leur faisant prendre conscience de la situation, **les rappeler à leur rôle d'éducation**. Le médecin pouvait réaliser un rôle de **prévention sur le numérique** dans un contexte où le cyberharcèlement augmentait (règle des 3-6-9-12 ans, attention au téléphone portable). Cette notion du cyberharcèlement en lien avec le temps de navigation sur internet était retrouvée dans la littérature (6). Mais l'impact de la culture individualiste ou collective et des normes de la société dans laquelle évoluent les enfants semblait très important également. Comme le rappelait le Dr. Blaya dans son étude, plusieurs recherches sur des européens, chinois, indiens et japonais montraient également que « les pays où le cyberharcèlement était le plus fréquent n'étaient pas ceux où les enfants étaient le plus sur internet mais ceux où la violence dans la société était la plus forte ». La violence dans la société était également citée par les médecins dans notre étude.

Toutefois, il était important de garder en tête que **l'utilisation du numérique augmentait fortement**. Selon une étude de l'institut Audirep (133) menée en juin 2023 sur 1200 binômes « parents-enfants » de 8 à 18 ans, 86 % des jeunes seraient inscrits sur les réseaux sociaux. Le chiffre chez les écoliers en primaire était passé de 27% en 2021 à 67 % en 2023. 24 % des adolescents équipés d'un smartphone ne tiendraient pas plus d'une heure sans celui-ci.

Au collège, une **pause numérique** a été expérimentée pour que l'interdiction de l'usage du portable à l'école prévue par la loi soit effective et totale. A la rentrée 2024, 199 collèges (50 000 élèves) ont été volontaires pour expérimenter sur l'année scolaire. Les objectifs étaient l'amélioration du climat scolaire et des résultats scolaires en favorisant la concentration. Une généralisation pourrait se faire en janvier 2025. (134)

Pour aider à évaluer le bénéfice de ces expérimentations, ont été proposées aux chefs d'établissement des **enquêtes locales de climat scolaire (ELCS)**. Sans valeur statistique, cet outil de pilotage donnait une référence pour adapter les stratégies d'amélioration du climat scolaire dans un établissement donné. Des **groupes académiques "climat scolaire" (GACS)** ont été créés pour accompagner les établissements et former le personnel à ce sujet. (135)

D- Un outil qui remettait en avant la nécessité de sensibiliser les médecins sur le harcèlement scolaire

1. Sensibilisation des médecins

Tous les médecins de notre étude reconnaissaient le rôle que pouvait jouer le médecin généraliste. Le médecin devait soigner le corps et l'esprit pour prendre en charge l'enfant dans sa globalité. Mais les médecins pouvaient parfois se mettre en retrait, en deuxième ligne. L'étude du Dr. Ghaouti (72) décrivait, elle aussi, que des réserves étaient émises par certains médecins généralistes, considérant avoir un rôle mais « sans pour autant être les mieux placés ». La somme de missions du médecin généraliste, la possible minimisation du sujet, le report sur d'autres acteurs jugés plus légitimes, le manque de temps, les craintes juridiques étaient des raisons qui pouvaient freiner le médecin dans la gestion du harcèlement scolaire. Et pourtant, les médecins de l'étude avaient une possible appétence plus importante pour le sujet car ils avaient accepté de participer à l'étude et de réaliser des entretiens. Il semblait toutefois que l'utilisation de l'outil Fernando avait pu être un moyen de sensibiliser encore davantage les médecins sur leur rôle. En effet, il avait notamment permis de voir le médecin généraliste comme un accompagnant sur le long terme pour effectuer le suivi.

Le travail de sensibilisation des médecins sur le harcèlement scolaire semblait à poursuivre. L'une des premières étapes était de renforcer les connaissances des médecins généralistes sur le harcèlement scolaire. En effet, la triade de définition du harcèlement scolaire (domination, répétitivité et fait de nuire) n'était pas assimilée par un grand nombre de médecins de l'étude, et était pourtant indispensable pour le dépistage du harcèlement scolaire. Plusieurs études de la littérature (81, 82, 84) retrouvaient cette lacune et suggéraient l'intérêt de continuer la sensibilisation, responsabilisation et formation des médecins sur le harcèlement scolaire. L'étude de Dale et al. donnait des arguments convaincants en sa faveur, expliquant qu'il y avait un fossé entre la compréhension des connaissances néfastes et la sensibilisation et l'implication des soignants (67).

Les facteurs de sensibilisation du médecin au harcèlement scolaire pouvaient être catégorisés ainsi :

- Facteurs non modifiables :
 - Propre à chaque médecin : être parent, vécu personnel (victime soi-même ou via quelqu'un de proche), vécu en tant que soignant via des patients ...
 - Pour tous les médecins : actualité, formation pendant les études, campagnes de sensibilisation nationales ...
- Facteurs modifiables par les choix du médecin :
 - Domaines de prédilection comme la prévention, les choix de carrière, de thèses
 - Choix des formations et de participation à des études
 - Groupes de pairs, échanges de pratiques

L'article 5 de la loi du 2 mars 2022 stipulait que « les personnels médicaux et paramédicaux, (...) recevaient, dans le cadre de leur formation initiale, une **formation à la prévention** des faits de harcèlement au sens de l'article 222-33-2-3 du code pénal **ainsi qu'à l'identification et à la prise en charge des victimes, des témoins et des auteurs de ces faits** ». (128)

Pourtant, il n'y avait pas de formation sur le sujet pendant les études. Certains médecins de l'étude ont suggéré d'ajouter une formation sur le harcèlement scolaire pendant le parcours de l'internat de médecine générale. Il existait quelques formations disponibles en FMC, mais pas spécifiquement pour les médecins, ce qui était regretté par des médecins de l'étude. L'une d'elle était proposée par Philippe Aïm, évoquée dans le concept du travail de la confiance en soi. (137)

Une des choses importantes à réaliser était l'importance du mode de présentation de l'outil. Une présentation orale interactive changeait le niveau de sensibilisation sur le sujet. En effet, dans ce

travail, la réalisation d'entretiens concernant l'outil Fernando a été décrite par les médecins comme une sensibilisation et une formation sur le sujet très appréciée. Equiper les médecins en diffusant un outil comme l'outil Fernando, après validation à plus grande échelle, semblait un bon commencement à cette sensibilisation.

2. Implication du médecin

La présence d'un outil apportant des solutions encourageait les médecins à plus s'investir dans un sujet. L'outil Fernando avait donc été un moyen de majorer leur implication.

Des moyens de **s'impliquer pour potentialiser l'impact** de l'outil étaient possibles pour le médecin : regarder les consultations du matin à l'avance pour anticiper la recherche de harcèlement scolaire, préparer ou se procurer des **flyers** résumés de l'outil Fernando, des **affiches** plaçant le médecin en « personne-ressource », mettre à disposition des **prospectus** comme des « harcèlo-mètres » (Annexe 9) ou des « permis internet ». Toutes ces actions permettraient de sensibiliser les patients au rôle potentiel du médecin généraliste dans le harcèlement scolaire.

Ces propositions d'affiches comme moyen de prévention étaient retrouvées dans la littérature. Une étude en 2018 (138) a même étudié le ressenti des patients sur la prévention par les affiches en salle d'attente des médecins généralistes. Finalement, les patients semblaient plutôt partagés entre un effet anxiogène de ces affiches et un sentiment de curiosité, d'intérêt d'être informé et la nécessité de ces affiches potentiellement rassurantes.

Il y avait des alternatives, comme : **prêter des livres** ou les utiliser en consultation. En effet, des livres se développaient sur la prévention du harcèlement scolaire et sur l'empathie, comme il a été vu précédemment dans cette discussion. La **prévention sur le harcèlement scolaire et sur le numérique** étaient des possibilités aussi.

Le médecin devait **prendre le temps de s'approprier l'outil Fernando**. Il devait prendre le temps de le comprendre et de saisir toutes ses opportunités, puis il devait chercher un moyen de l'intégrer dans sa pratique : soit via le logiciel pour automatiser la surveillance et avoir des alertes, soit en le gardant en version papier pour éviter d'ajouter une interface entre le médecin et l'enfant.

Il était difficile de réaliser un outil qui pouvait convenir à tous les médecins. Certains l'ont trouvé trop long, d'autres trop court. Les intérêts et les repères des médecins n'étaient pas les mêmes pour le harcèlement scolaire. En effet, chacun avait sa structuration propre et devait adapter l'outil à sa propre pratique.

Cette notion de fonctionnement propre à chacun a été étudiée dans la littérature et plusieurs modèles d'apprentissages ont été décrits (139). Le **cognitivisme** ou le fait d'apprendre en traitant et interprétant une information décrivait ces processus internes et connexions. La mémoire était un véritable système dynamique, avec des modes de raisonnement et de résolution des problèmes. La métacognition désignait la capacité qu'a un individu à réfléchir sur son mode de traitement de l'information. Le **constructivisme** définissait le fait d'apprendre en construisant ses connaissances (Piaget, 1950). L'individu avait deux processus cognitifs d'adaptation. L'assimilation : interpréter les nouveaux événements à la lumière des schèmes de pensée déjà existants. Et l'accommodation : changer sa structure cognitive pour intégrer un nouvel objet ou un nouveau phénomène. Les médecins généralistes, en recevant l'outil Fernando devaient « apprendre » à l'utiliser et à l'intégrer à leur pratique par ces mécanismes. Une autre des techniques d'apprentissage était le **socio-constructivisme** ou le fait de construire ses connaissances avec autrui : « la confrontation entre des avis divergents qui est constructive dans l'interaction sociale ». Ce dernier modèle pouvait représenter les groupes de pairs de médecins qui permettaient de mutualiser les connaissances, mais également les échanges directs entre pairs, comme dans ce travail où les médecins avaient apprécié le fait de discuter de la problématique du harcèlement scolaire par des échanges directs.

II- Forces et limites de l'étude

A- Limites

Tout d'abord, il est important de préciser que notre travail présentait certaines limites. Nous ne parlerons pas de biais, car ils ne sont pas appropriés en étude qualitative, mais plutôt des choix des chercheurs (88).

Une des limites concernait le **terrain d'étude, difficile d'accès**. En effet, il fallait, pour une partie des médecins, avoir utilisé l'outil pendant un mois. Cela demandait une adhésion au long cours, ce qui a pu en dissuader certains, avant ou pendant l'étude. Malgré les intentions initiales, le **recrutement** des participants avait donc été fait parmi les médecins « disponibles », et « plus intéressés » par le sujet, car volontaires. C'était inhérent à la méthode qualitative et peu évitable. Ici, l'absence d'inclusion de médecins ayant trouvé l'outil négatif, constituait une limite à ce travail. Elle n'avait pas pu être évitée par l'équipe de recherche car cela dépendait des réponses des médecins et de leur acceptation de participer aux entretiens. Le seul répondant avec une opinion négative n'a pas répondu aux sollicitations pour un entretien. Cela n'a pas empêché la progression de l'élaboration du modèle explicatif jusqu'à aboutir à une saturation théorique des données.

Bien que les citations des médecins aient été retranscrites fidèlement, elles ont pu être **soumises à l'interprétation** de l'enquêteur. Cela a pu être minimisé par la réalisation d'une triangulation de l'analyse des données. Ceci était inhérent à la technique qualitative.

L'inexpérience du chercheur a pu entraîner une influence des réponses de par la formulation des questions du guide d'entretien. Ce guide a été perfectionné au fur et à mesure du recueil des premiers entretiens (reformulation, modification, ajout), ce qui a permis de minimiser cet effet. Le fait que les entretiens étaient menés par un chercheur novice a pu engendrer un discours moins riche, plus attendu et contenu, avec des qualités de relance moins bonnes qu'un chercheur expérimenté dans la conduite d'entretiens. La durée moyenne élevée des entretiens de cette étude et le choix d'entretien individuel ont pu limiter ce risque de manque de données. De plus, des questions de relance dans le guide avaient été prévues en cas de faible production spontanée.

L'équipe de recherche a choisi une durée d'utilisation de l'outil Fernando d'un mois pour permettre de garder l'adhésion des médecins à l'étude. **Une étude plus longue** aurait peut-être permis d'augmenter la quantité et la pertinence des données. En effet, cela aurait augmenté les probabilités de confrontation des médecins de l'étude à des cas de harcèlement scolaire et donc la possibilité de réaliser des suivis sur le long cours. Cela a pu être minimisé par l'adaptation du protocole en prolongeant la durée d'utilisation de l'outil d'un mois.

Tous les entretiens n'ont **pas pu bénéficier du même cadre** : certains en cabinet médical, certains en visioconférence. Le fait de réaliser les entretiens dans le cabinet présentait l'avantage que le médecin restait dans sa position de médecin, mais l'inconvénient qu'il pouvait être préoccupé et interrompu par le travail. Cela a pu écourter des entretiens et ne pas laisser la possibilité de faire émerger toutes les idées possibles. Concernant les entretiens en visioconférence, cela avait permis d'avoir un médecin plus disponible, délivré de ses obligations professionnelles, mais peut-être moins en « position de médecin », car pas dans l'environnement professionnel. De plus, les entretiens en présentiel pouvaient être plus propices à des échanges, la qualité des interactions étant plus forte en face à face. Les avantages de chacune de ces deux possibilités et le fait que cela dépendait entièrement du choix du médecin ont pu minimiser les effets négatifs.

B- Forces

Mais ce travail présentait également plusieurs forces.

Ce travail a permis de **répondre aux objectifs de recherche**, l'outil ayant pu être utilisé par les médecins participants. **Un échantillonnage raisonné théorique** constitué au fur et à mesure de l'analyse et de la réalisation des entretiens a permis de parvenir à une **saturation théorique des données** et à l'émergence d'un modèle explicatif de la meilleure utilisation possible de cet outil.

Un important travail de recherche bibliographique, de documentation concernant l'état des connaissances sur le harcèlement scolaire a été réalisé. Ce travail pourrait devenir un support d'informations pour les médecins intéressés par des connaissances approfondies sur le sujet.

Il s'agissait d'un **travail original** car c'était la première fois, à notre connaissance, qu'une étude était réalisée pour évaluer un outil pour accompagner les médecins généralistes dans le harcèlement scolaire. Il était certain que cela n'avait pas été le cas de l'outil Fernando auparavant. De nombreuses études avaient fait un état des lieux des pratiques des médecins généralistes dans le harcèlement scolaire, et certaines avaient abouti à la proposition d'un outil mais aucun n'avait encore été évalué auprès des médecins. Une version numérique, fidèlement transcrite de l'outil, avait pu aussi être montrée auprès des médecins pour élargir la réflexion.

L'utilisation d'une **méthode qualitative** avec codage ouvert avait permis d'obtenir des **réponses qui n'étaient pas attendues**. En effet, ce choix avait permis de dégager des codes non présents dans les pré-supposés. Le contrat de confidentialité clair et le choix d'entretiens individuels, plutôt que collectifs, avait pu permettre la mise en confiance des participants, et avait donc permis un discours **plus riche, plus intime car moins convenu**.

Le fait que la conduite, la retranscription intégrale et l'analyse des entretiens soient conduites par la même investigatrice, avait permis de mieux réaliser le ressenti des participants, en prenant du recul, et d'assurer une **interprétation la plus fidèle possible** de l'idée du participant. Cela a pu permettre de limiter le risque d'incompréhension et de subjectivité.

De plus, une **triangulation rigoureuse de l'analyse des données** avec résolution de divergences avait assuré la solidité de l'analyse.

III- Perspectives

Ce travail pourrait ouvrir la voie à de futurs travaux, à de futures interventions. Il pourrait y avoir des implications dans plusieurs domaines.

A- Concernant le domaine de la recherche

De nombreux travaux pourraient faire suite à celui-ci. Compte tenu des résultats encourageants quant à l'acceptabilité de l'outil Fernando en pratique, son accueil et sa pertinence, de nouvelles études de plus grande échelle et de meilleur niveau de preuves seraient intéressantes à mettre en œuvre. Il pourrait être opportun de créer un outil pilote reprenant les idées d'amélioration de l'outil et de tester l'intérêt de chaque item auprès des médecins dans une étude quantitative à grande échelle. Une utilisation de l'outil par les médecins pendant une période assez longue, sur une année scolaire par exemple, permettrait d'avoir des résultats d'autant plus intéressants que les médecins auraient plus de recul et plus de possibilités d'être confrontés à des cas et d'avoir l'opportunité de les suivre dans la durée.

Une validation de cet outil à grande échelle sur le plan de l'acceptabilité de son utilisation par les médecins laisserait entrevoir la possibilité d'un prochain travail, à grande échelle, sur l'efficacité de l'outil. Elle évaluerait le nombre de cas de harcèlement scolaire dépistés, de cas pris en charge, de cas suivis dans le temps, de cas d'amélioration, de cas de prolongation du harcèlement scolaire.

L'outil Fernando pourrait aussi être décliné en un document pour les enfants. Lors de cette étude, le comité d'éthique n'a pas autorisé le fait de fournir de document aux enfants. Une prochaine étude pourrait permettre de créer un outil de ce genre ; il a d'ailleurs été réclamé par les médecins de l'étude. Un outil de la sorte potentialiserait l'impact de l'outil Fernando, en permettant à l'enfant de poursuivre sa réflexion sur le sujet après la consultation. Une fiche reformulant les données clés pourrait combler les différents points non retenus, non compris, ou non abordés, par manque de temps ou par oubli du médecin. La réalisation de ce document patient nécessiterait une étude auprès de deux « focus group ». Un « focus group » de médecins pour échanger sur les points à mettre en avant dans le document patient. Un « focus group » de patients pour s'assurer de la compréhensibilité du document.

Le support d'un outil pouvait avoir son importance. Réaliser une version « site internet » de l'outil et tester l'adhésion des médecins permettrait d'élargir la palette de médecins cibles, en s'adaptant à tous les modes de fonctionnement.

La problématique de mutisme des enfants victimes - dans un contexte de consultations avec les adolescents déjà difficiles pour le médecin - pourrait mériter de futures études. Des études, à petite puis grande échelle, pour évaluer auprès des enfants les facteurs facilitant la libération de la parole, ou évaluer l'efficacité de dépistage par les questions ouvertes, seraient intéressantes.

Enfin, des études qualitatives pourraient également explorer les moyens de mieux sensibiliser les médecins sur le sujet du harcèlement scolaire en les interrogeant en entretiens individuels.

B- Concernant l'organisation de soins

De nombreuses idées pourraient voir le jour dans la continuité de ce travail et des dernières études sur le sujet. Des politiques de santé pourraient être adaptées.

Sur le plan de la prévention, différentes idées pourraient être développées.

Utiliser les consultations médicales obligatoires après 6 ans, (6 ans, 8-9 ans, 11-13 ans et 15-16 ans) pour répondre à la raréfaction des consultations des jeunes pour le suivi et la prévention chez leur médecin généraliste. S'appuyer sur l'arrêté de 2019 pour essayer de mettre en œuvre ce suivi. (142)

Une autre loi peinait à être appliquée, l'amendement de janvier 2022 sur le contenu des visites médicales à l'école qui avait ajouté le harcèlement scolaire. Des consultations systématiques annuelles avec le médecin scolaire ou infirmière ou psychologue de l'équipe semblent difficiles à mettre en œuvre dans un contexte de pénurie de l'équipe scolaire. Des mesures massives de recrutement pourraient être mises en place. (143)

On pourrait réfléchir à inclure les IPA, « infirmières de pratique avancée » ou les « infirmières Asalée » pour des évaluations de dépistage et de bien-être de l'enfant.

Il serait intéressant de développer nationalement le nombre d'officiers de prévention qui travaillent avec les collèges et écoles pour parler de prévention, faire des rappels à la loi, orienter les familles.

Des actions pourraient se mettre en place pour améliorer la prise en charge et la coordination des acteurs du harcèlement scolaire. Il pourrait se développer des réseaux pluridisciplinaires spécifiques au harcèlement scolaire, voire des « cellules dédiées au harcèlement scolaire » avec le médecin traitant, le médecin de l'EN, l'assistante sociale, le psychologue, les parents ... Ces réseaux pourraient conseiller les médecins, recevoir des victimes et permettre une prise en charge multidisciplinaire du harcèlement scolaire par des personnels formés spécifiquement. Renforcer la prise en charge financière des suivis psychologiques, avec une prise en charge par l'Assurance Maladie ou les mutuelles pourrait être vu comme un investissement sur le long terme. Cette idée a été retrouvée chez les salariés adultes, dans une étude par le MIT et Harvard, qui semblait montrer que les salariés heureux étaient deux fois moins malades, 31 % plus productifs et 55 % plus créatifs. Une population qui est bien psychologiquement travaillée mieux et cela pourrait être le cas avec les enfants et leurs résultats scolaires notamment. (144)

Pour la sensibilisation du médecin et des patients au rôle du médecin généraliste dans le harcèlement scolaire

L'implication du médecin généraliste pourrait être valorisée financièrement, au niveau national, en réfléchissant à une cotation de consultation sur le harcèlement scolaire, ou en incluant les victimes de harcèlement scolaire dans la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique). Ajouter le harcèlement scolaire dans le carnet de santé permettrait de maintenir la sensibilisation du médecin et des patients.

Une fois validé, diffuser un outil comme l'outil Fernando (dans les bulletins du CNOM, par des publications diverses) serait un moyen de sensibiliser un plus grand nombre de médecins.

L'émission de recommandations officielles par la HAS était « en ligne de mire » de ce travail de recherche, attendue par les médecins généralistes et les victimes. Ces recommandations pourraient voir le jour à la suite d'études de plus grande ampleur.

Des campagnes de sensibilisation nationales incluant le médecin en « personne-ressource » pourraient être lancées, y compris dans les écoles, pour favoriser la prise de conscience collective. Comme il a déjà été mentionné dans ce travail, la prise de conscience sur le harcèlement scolaire se faisait, et des mesures gouvernementales se mettaient en place depuis quelques années. Mais le

médecin généraliste était exclu de ces politiques publiques. En effet, le dernier plan national interministériel (cf Annexe 2), très complet, ne faisait pas mention des médecins généralistes dans les acteurs. Dans l'enquête réalisée en 2021-2022 (62) sur le climat scolaire, le médecin généraliste ne faisait pas partie des propositions pour les personnes à qui parler du harcèlement scolaire (figure n°4). Or, la situation de blocage de la parole était réelle : seuls 28% des enfants en avaient parlé à quelqu'un. Dans ce contexte, majorer le nombre d'interlocuteurs pour l'enfant semblait important. A la lumière de ces constatations et de ce travail de recherche, une prise de conscience des instances de l'Etat semble nécessaire concernant le rôle du médecin généraliste.

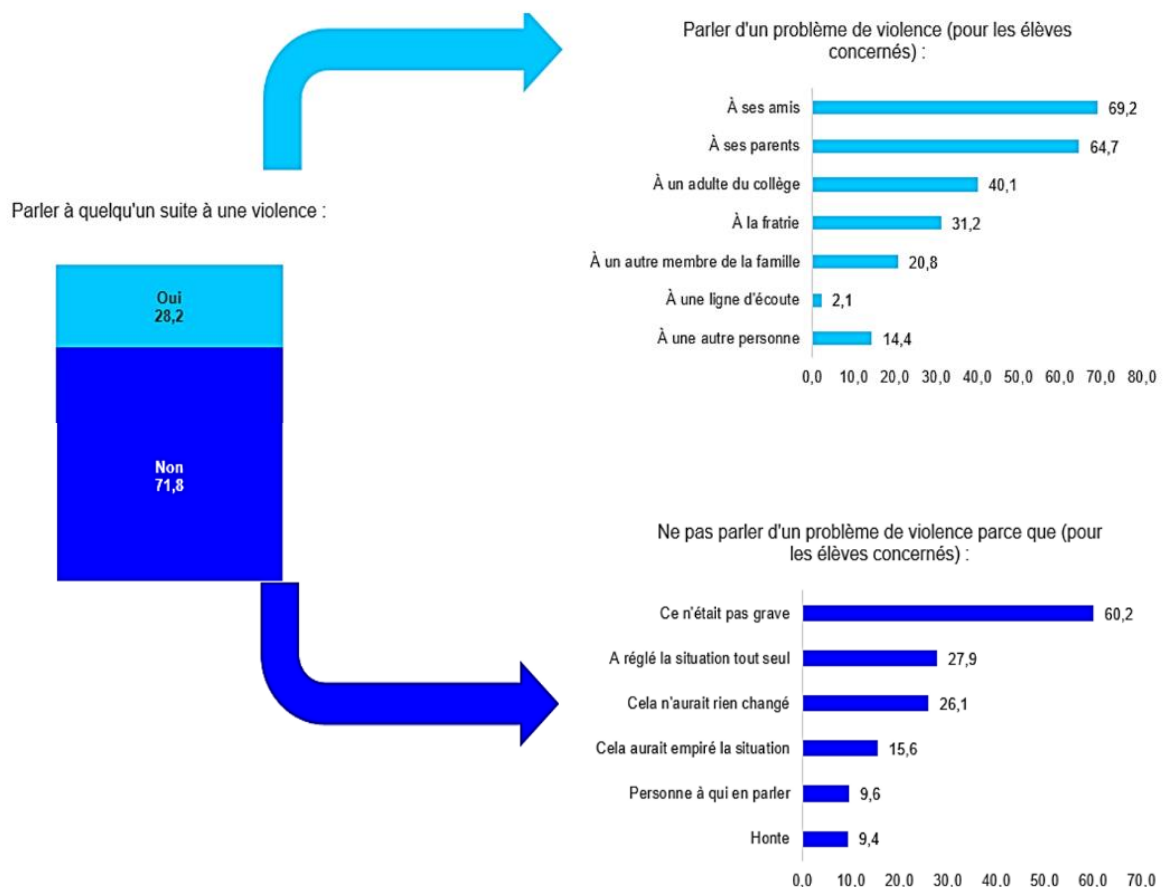


Figure n°4 : Les réactions des élèves et des familles face aux atteintes subies, en % (62) DEPP 2021-2022

C- Concernant l'enseignement, la formation, l'éducation

Concernant la formation des médecins

A la lumière de ce travail, les médecins, pourtant possibles leviers importants dans le harcèlement scolaire, semblent encore insuffisamment sensibilisés au rôle qu'ils peuvent, ou même doivent jouer, dans le harcèlement scolaire. Il semble intéressant de poursuivre leur sensibilisation. Des moyens pourraient être mis en place pour maintenir l'adhésion des uns et sensibiliser le plus grand nombre possible des autres.

Une fois dans la vie active, il paraît plus compliqué de trouver le temps de se former et les médecins le font selon leur choix. Une des possibilités pour toucher le plus grand nombre de médecins serait d'introduire un module de formation sur le suivi de l'enfant pendant l'internat de médecine générale pour y inclure les dépistages importants, dont fait partie le harcèlement scolaire.

D'un point de vue mathématique, un plus grand nombre de médecins sensibilisés et d'une manière la plus importante possible semble maximiser les chances de dépistage puis d'accompagnement efficace des enfants harcelés en souffrance.

Concernant l'éducation des enfants

Sur le plan de l'éducation des enfants, **le travail de la confiance en soi, de l'empathie, et des habiletés sociales** semble être une voie-clé pour tenter de mettre fin au harcèlement scolaire. La remise au centre de l'humain et des relations réelles pourrait remplacer le numérique et le repli sur soi. Le gouvernement français était en train de réaliser des expérimentations encourageantes. Même si cette problématique concerne moins directement le médecin, ses conséquences le pourraient.

Une revue de la littérature sur l'efficacité des interventions sur les habiletés sociales a été réalisée sur des articles entre 2004 et 2015 par Hoareau et al. Elle montrait qu'il était utile de mettre en œuvre de tels programmes de lutte contre l'intimidation, surtout via le jeu. En effet, 63 % des études de cette méta-analyse ont montré une diminution significative de l'intimidation et 50 % ont montré une diminution de la victimisation (145).

CONCLUSION

L'utilisation de l'outil Fernando pour la première fois par des médecins généralistes a permis de constituer un modèle d'intégration de celui-ci dans la pratique du médecin généraliste dans le cadre du harcèlement scolaire. Les résultats de cette étude suggèrent que l'outil du Dr Fernando constituait un très bon support dans la lutte contre le harcèlement scolaire pour les médecins généralistes. L'outil était facile, clair, pratique, et réalisait une centralisation des données pertinentes sur le harcèlement scolaire. La poursuite de l'utilisation de cet outil par tous les médecins de cette étude était de bon augure.

Ce travail qualitatif a mis en avant que l'outil apportait des solutions aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes décrites dans la littérature. Le cadre juridique inhérent au harcèlement scolaire a semblé constituer une réticence au dépistage et à la prise en charge du harcèlement scolaire par les médecins généralistes. Ce frein n'était pas constaté clairement dans les recherches bibliographiques solides réalisées dans le cadre de ce travail. Fort des nouvelles informations et possibilités d'amélioration de cet outil émergeant de cette étude, les médecins pourraient surmonter leurs réserves et devenir des acteurs majeurs dans la lutte contre le harcèlement scolaire.

L'avenir semble prometteur et la sensibilisation des médecins doit être poursuivie. Cette thèse est un premier travail sur l'outil Fernando. Elle ouvre la voie à de nouvelles recherches sur ce dernier, mais également dans les domaines limitants du dépistage et de la prise en charge du harcèlement scolaire, qui dépassent le cadre de cet outil. L'enthousiasme des médecins interrogés encourage à poursuivre ces recherches. C'est peut-être le début de nouvelles pratiques...

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) : Catheline N. Le harcèlement scolaire. Paris : Presses universitaires de France, [3e édition mise à jour], 2023. 128p
- (2) : Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse. Non au Harcèlement. Qu'est-ce que le harcèlement ? [En ligne] Mis à jour en janvier 2024. Disponible : <https://www.education.gouv.fr/non-au-harcelement/qu-est-ce-que-le-harcelement-325361>
- (3) : Catheline N. Harcèlements en milieu scolaire. *Enfances Psy.* 2009;45(4):82-90.
- (4) : UNESCO. Définir le harcèlement scolaire et ses implications pour l'éducation, les enseignants et les élèves. [En ligne]. 4 décembre 2023. Disponible : <https://www.unesco.org/fr/articles/definir-le-harcelement-scolaire-et-ses-implications-pour-leducation-les-enseignants-et-les-eleves>
- (5) : UNICEF France. 15 minutes pour comprendre... Le harcèlement scolaire. [En ligne]. 2021. Disponible : <https://my.unicef.fr/wp-content/uploads/2021/10/Fiche-thematique-myunicef-LE-HARCELEMENT-SCOLAIRE.pdf>
- (6) : Blaya C. Le cyberharcèlement chez les jeunes. *Enfance.* 2018;3(3):421-439.
- (7) : Krešić Ćorić M, Kaštelan A. Bullying through the Internet - Cyberbullying. *Psychiatria Danubina.* 2020;32(2):269-272.
- (8) : Armitage R. Bullying in children: impact on child health. *BMJ Paediatrics Open.* 2021;5(1):e000939.
- (9) : Tolmatcheff C, Hénoumont F, et Al. Stratégies et réactions des victimes et de leur entourage face au harcèlement scolaire : une étude rétrospective. *Psychologie Française.* 2019;64(4),391-407
- (10) : Mariage A. Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture. *Le travail humain.* 2001; 64: 45-59.
- (11) : Yu Rueger S, Kerres Malecki C et Al. Stability of peer victimization in early adolescence: Effects of timing and duration. *Journal of School Psychology.* 2011;49(4):443-464
- (12) : Kowalski RM, Giumetti GW, Schroeder AN, et al. Bullying in the digital age: a critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychological Bulletin.* 2014;140(4):1073-1137.
- (13) : Even C. Cyberharcèlement chez les adolescents : impacts psychopathologiques, émotionnels, et cognitifs : revue de littérature [Thèse de médecine]. Rouen; 2017.
- (14) : 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 Journal of Psychiatry.* 2017;7(1):60-76.
- (15) : Fekkes M, Pijpers FIM, et Al. Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms. *Pediatrics.* 2006; 117(5): 1568–1574.
- (16) : García-Hermoso A, Hormazabal-Aguayo I, et Al. Bullying victimization, physical inactivity and sedentary behavior among children and adolescents : a meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity.* 2020;17:114.

- (17)** : Polanin JR, Espelage DL, et Al. A meta-analysis of longitudinal partial correlations between school violence and mental health, school performance, and criminal or delinquent acts. *Psychological Bulletin*. 2021;147(2):115-133.
- (18)** : Debarbieux E. Les violences sexistes à l'école. Une oppression viriliste. *Observatoire européen de la violence à l'école* ; 2018. 131 p
- (19)** : Atlan J, Comblez S. Éduquer les jeunes à l'usage du numérique. *Le revue du praticien*. 2020; 34(1039) : 277-282.
- (20)** : Vrijen C, Wiertsema M, et Al. Childhood and Adolescent Bullying Perpetration and Later Substance Use: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2021;147(3):e2020034751.
- (21)** : Lereya ST, Copeland WE, et Al. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(6):524-531.
- (22)** : Copeland WE, Wolke D et Al. Adult Psychiatric and Suicide Outcomes of Bullying and Being Bullied by Peers in Childhood and Adolescence. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(4):419-426.
- (23)** : Heinemann PP. *Bullying : group violence among children and adults*. Stockholm : Natur och Kultur, 1973. 175p
- (24)** : Olweus D, Hammen M-H, Pain JP. *Violences entre élèves, harcèlements et brutalités : les faits, les solutions*. Paris : ESF éditeur, 1999. 108p
- (25)** : Pikas A. New Developments of the Shared Concern Method. 2002;23(3):307-326.
- (26)** : Olweus D, Limber SP. Bullying in school: Evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2010;80(1):124-134.
- (27)** : Garandeau CF, Salmivalli C. Le Programme Anti-Harcèlement Kiva. *Enfance*. 2018 ;3:191-501
- (28)** : 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 Development*. 2002;73(4):1119- 1133.
- (29)** : Jimerson SR, Swearer SM et Al. *Handbook of Bullying in Schools : An International Perspective*. New York : Routledge, 2010. 614p
- (30)** : Catheline N., Debarbieux E. *Guide pratique: Le harcèlement entre élèves: le reconnaître, le prévenir, le traiter*. Ministère de l'Éducation Nationale, la jeunesse et de la vie associative. 2011, 38 p
- (31)** : Gaffney H, Ttofi MM et Al. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying perpetration and victimization : An updated systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*. 2021;17(2):e1143.
- (32)** : IOSCV. Éric Debarbieux. [En ligne]. 2020 [cité en septembre 2024]. Disponible : <https://institucional.us.es/ioscv/about/about-eric-debarbieux/>
- (33)** : Gouvernement. Les lauréats du prix non au Harcèlement. [En ligne]. 2014 [cité en août 2024] Disponible : <https://www.education.gouv.fr/non-au-harcèlement/les-laureats-du-prix-non-au-harcèlement-323019>
- (34)** : Gouvernement. Prix non au harcèlement. [En ligne]. 2023 [cité en août 2024] Disponible : <https://www.education.gouv.fr/prix-non-au-harcèlement-12137>
- (35)** : Gouvernement. Journée nationale de lutte contre le harcèlement à l'école. [En ligne]. 2023 [cité en septembre 2024] Disponible : <https://www.education.gouv.fr/journee-nationale-de-lutte-contre-le-harcèlement-l-ecole-941>
- (36)** : Gouvernement. pHARE : un programme de lutte contre le harcèlement à l'école [En ligne]. 2023 [cité en juillet 2024] Disponible : <https://www.education.gouv.fr/non-au-harcèlement/phare-un-programme-de-lutte-contre-le-harcèlement-l-ecole-323435>

(37) : Gouvernement. Lutte contre le harcèlement : Donner la parole à tous les élèves du CE2 à la terminale et le programme phare dans toutes les écoles, tous les collèges et lycées [En ligne]. 2023 [cité en juillet 2024] Disponible :
<https://www.education.gouv.fr/lutte-contre-le-harcelement-donner-la-parole-tous-les-eleves-du-ce2-la-terminale-et-le-programme-379797>

(38) : Gouvernement. Politique de lutte contre le harcèlement à l'école. [En ligne]. 2023 [cité en juillet 2024] Disponible :
<https://www.education.gouv.fr/non-au-harcelement/politique-de-lutte-contre-le-harcelement-l-ecole-289530>

(39) : Gouvernement. Premiers résultats statistiques de l'enquête sur le harcèlement en 2023. [En ligne]. 2023 [cité en juillet 2024] Disponible : <https://www.education.gouv.fr/premiers-resultats-statistiques-de-l-enquete-harcelement-2023-380517>

(40) : Gouvernement. Le bulletin officiel de l'Education nationale, de la jeunesse et des sports. [En ligne]. 2023 [cité en juillet 2024] Disponible :
<https://www.education.gouv.fr/bo/2024/Hebdo6/MENE2403161C>

(41) : Gouvernement. Mobilisation contre le harcèlement : Nicole Belloubet engage un renforcement du plan d'action face aux constats de la première enquête nationale sur le harcèlement. [En ligne]. 2023 [cité en juillet 2024] Disponible :
<https://www.education.gouv.fr/mobilisation-contre-le-harcelement-nicole-belloubet-engage-un-renforcement-du-plan-d-action-face-aux-380805>

(42) : Loi n°2014-873 du 4 août 2014 qui a introduit le harcèlement moral comme délit. Code pénal, Article 222-33-2.

(43) : Loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016 introduit pour punir la "vengeance pornographique". : Code pénal, Article 226-2-1.

(44) : Loi n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes. Articles 1 à 10.

(45) : Loi n°2022-299 du 2 mars 2022 reconnaît le harcèlement scolaire comme un délit. Code pénal, Article 222-33-2-3.

(46) : Loi n° 2022-299 du 2 mars 2022 visant à combattre le harcèlement scolaire. Articles 1 à 10.

(47) : Décret n° 2023-782 du 16 août 2023 relatif au respect des principes de la République et à la protection des élèves dans les établissements scolaires relevant du ministre chargé de l'éducation nationale. Articles 1 à 9.

(48) : Debarbieux E. Refuser l'oppression quotidienne : la prévention du harcèlement à l'école. Rapport au ministre de l'éducation nationale de la jeunesse et de la vie associative. IOSCV ; 2011. 49p. Disponible : <https://www.education.gouv.fr/media/10478/download>

(49) : Gouvernement. Volet français du programme européen "Better Internet for Kids" [En ligne]. 2010 [cité en juillet 2024] Disponible : <https://www.saferinternet.fr/programme/>

(50) : Cosma A, Molcho M, et Al. A focus on adolescent peer violence and bullying in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 2. World Health Organization ; 2024. 40p. Disponible :
<https://iris.who.int/handle/10665/376323>, <https://data-browser.hbsc.org>.

(51) : Inchley J, Currie D et Al. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. World Health Organization ; 2020. Disponible :
<https://iris.who.int/handle/10665/332104>, <https://data-browser.hbsc.org>.

- (52)** : Inchley J et al. eds. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. World Health Organization ; 2016. Disponible : <https://hbsc.org/publications/reports/growing-up-unequal-gender-and-socioeconomic-differences-in-young-peoples-health-and-well-being/>,
- (53)** : Currie, Candace, Zanotti, Cara, Morgan, Antony, Currie, Dorothy, de Looze, Margaretha. et al. (2012). Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study : international report from the 2009/2010 survey. World Health Organization ; 2012. Disponible : <https://iris.who.int/handle/10665/326406>
- (54)** : World Health Organization. NCD Microdata Repository. [en ligne]. Disponible : <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/?page=1&collection%5B%5D=GSHS>
- (55)** : Bottino SMB, Bottino C, et Al. Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. *Cadernos de Saude Publica* 2015;31(3):463–475.
- (56)** : Rigby K., Smith P K. Is school bullying really on the rise?. *Social Psychology of Education*. 2011;14:441-455
- (57)** : Chester K L, Callaghan M et Al. Cross-national time trends in bullying victimization in 33 countries among children aged 11, 13 and 15 from 2002 to 2010. *European Journal of Public Health*. 2015;25:61–64.
- (58)** : Cosma A, Walsh S.D et al. Bullying victimization : time trends and the overlap between traditional and cyberbullying across countries in Europe and North America. *International Journal of Public Health*. 2020;65:75-85
- (59)** : Kennedy RS, Dendy K. Traditional Bullying and Cyberbullying Victimization Before and During the COVID-19 Pandemic : A Meta-Analysis. *International Journal of Bullying Prevention*. 2024.
- (60)** : Ministère de l'éducation nationale et de la Jeunesse. Les enquêtes nationales de climat scolaire et de victimation. [En ligne]. [Mis à jour en juillet 2024 ; cité en septembre 2024]. Disponible : <https://www.education.gouv.fr/les-enquetes-nationales-de-climat-scolaire-et-de-victimation-323459>
- (61)** : Debarbieux E et Al. Une enquête de victimisation et climat scolaire auprès d'élèves du cycle 3 des écoles élémentaires. A l'école des enfants heureux... ou presque. UNICEF ; 2011. 5 p. Disponible : https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/UNICEF_FRANCE_synthese_violences_scolaires_mars_2011.pdf
- (62)** : Traore B. 6,7 % des collégiens déclarent cinq violences ou plus de façon répétée : résultats de l'enquête nationale de climat scolaire et de victimation auprès des collégiens pour l'année scolaire 2021-2022. Note d'information DEPP N°23.08. 2023. 4p. Disponible : <https://shs.hal.science/halshs-04017637>
- (63)** : Mélot C et Al. Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur le harcèlement scolaire et le cyberharcèlement sur harcèlement scolaire et cyberharcèlement : mobilisation générale pour mieux prévenir, détecter et traiter. Sénat ; 2021. 139p. Disponible : <https://www.senat.fr/rap/r20-843/r20-8431.pdf>
- (64)** : Guillerm M, Murat F, et Al. Premiers résultats statistiques de l'Enquête harcèlement 2023. Document de travail - série études n°2024-E02. DEPP ; 2024. 62p. Disponible : <https://www.education.gouv.fr/media/159696/download>
- (65)** : Lucchini C, Da Fonseca D. Connaissances et pratiques médicales autour du harcèlement entre adolescents. *Perfect En Pédiatrie*. juin 2020;3(2):139-46.

- (66)** : Baldureaux El Sabbagh S. Adaptation et validation de l'auto-questionnaire "Bully/Victim Questionnaire revised" (BVQR) pour le dépistage du harcèlement scolaire et du cyberharcèlement en médecine générale et en pédiatrie chez les adolescents scolarisés âgés de 11 à 17 ans [Thèse de médecine]. Paris; 2022
- (67)** : Dale J, Russell R et Wolke D. « Intervening in primary care against childhood bullying : an increasingly pressing public health need ». In : Journal of the Royal Society of Medicine. 2014;107(6): 219–222.
- (68)** : 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; 2020.
- (69)** : Bouche E. Comment les médecins généralistes dépistent-ils le harcèlement scolaire ? [Thèse de médecine]. Lille; 2021.
- (70)** : Gonzalez J. Les représentations du harcèlement scolaire entre pairs par les médecins généralistes : une étude qualitative en Gironde. [Thèse de médecine]. Bordeaux ; 2022.
- (71)** : Lacombe A. Le repérage du harcèlement scolaire en médecine générale. [Thèse de médecine]. Montpellier;2021.
- (72)** : Ghaouti V. Médecins généralistes picards face au dépistage du harcèlement scolaire et de la dépression des adolescents. [Thèse de médecine]. Amiens ; 2024.
- (73)** : Condon L, Prasad V. GP views on their role in bullying disclosure by children and young people in the community: a cross-sectional qualitative study in English primary care. British Journal of General Practice. 2019;69(688):752-759.
- (74)** : Mokdad B. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des violences sur mineurs. Médecine humaine et pathologie. 2013.
- (75)** : Marin M. Dépister et prendre en charge les adolescents victimes de harcèlement scolaire en médecine générale. [Thèse dentaire]. Louvain. Belgique ; 2022.
- (76)** : Scott E, Dale J, Russell R, Wolke D. Young people who are being bullied - do they want general practice support? BMC Primary Care. 2016;17(116).
- (77)** : Aubessard M. Comment aborder la santé des adolescents de 11 à 16 ans dans un auto-questionnaire en vue d'une consultation chez le médecin généraliste ? [Thèse de médecine]. Bordeaux ; 2020.
- (78)** : Horcholle L. Le vécu des adolescents victimes de harcèlement scolaire et leurs attentes vis-à-vis du médecin généraliste [Thèse de médecine]. Lyon; 2016.
- (79)** : Korbendau-Hamonic M. Validation du contenu d'un outil d'aide au dépistage et à la prise en charge du harcèlement scolaire en médecine générale dans l'Eure et la Seine Maritime [Thèse de médecine]. Rouen; 2023.
- (80)** : Fernando S. La prise en charge des victimes du harcèlement scolaire en médecine générale : recherche d'un consensus par la méthode de Delphi [Thèse de médecine]. Paris; 2021.
- (81)** : Flipo J. Repérage systématique des victimes de harcèlement scolaire par les médecins généralistes [Thèse de médecine]. Lille; 2022.
- (82)** : Loaëc, M. Etat 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; 2017.
- (83)** : Robin Y. État des lieux des pratiques professionnelles des médecins généralistes à propos du Harcèlement Scolaire en poitou-Charentes [Thèse de médecine]. Poitiers; 2023.

- (84)** : Mantion 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;2018.
- (85)** : American Academy of Pediatrics. Connected Kids: Safe, Strong, Secure. American Journal of Preventive Medicine. 2005;29(5S2).
- (86)** : Ministère de l'Intérieur. Grille d'évaluation du danger face au harcèlement entre jeunes. [En ligne]. 2022. Disponible : <https://jeprotegemonenfant.gouv.fr/medias/2023/09/grille-signaux-harcelement-14b-ep.pdf>
- (87)** : Frappé P. Initiation à la recherche. 2^e éd. Condé-en-Normandie : Global média santé, CNGE ; 2018.
- (88)** : Aubin-Auger I, Cadwallader JS et al. Initiation à la recherche qualitative en santé : Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. 1^{ère} éd. Mayenne : Global média santé, CNGE ; 2021.
- (89)** : Fujimura JH, et al. Méthodes de recherche en sociologie des sciences: travail, pragmatisme et interactionnisme symbolique. Cahiers de recherche sociologique. 1987;5(2):63-8.
- (90)** : Jacquin P. Quelles règles pour aborder une consultation avec un adolescent en pédiatrie de ville ? Réalités pédiatriques. 2012;(169):39-41.
- (91)** : Michelin L. État des lieux des pratiques de prévention, dépistage et prise en charge du cyberharcèlement chez les moins de 18 ans par les médecins généralistes de la région Auvergne Rhône-Alpes. [Thèse de médecine]. Grenoble; 2023.
- (92)** : La Prévention Médicale. La méthode des Tempos. [En ligne]. 2020. Disponible : <https://www.prevention-medicale.org/formations-outils-et-methodes/methodes-de-prevention/Approche-par-processus/methode-tempos>
- (93)** : Letang T, Espitia, F. Recherche d'informations médicales actualisées et validées sur internet : pratiques, difficultés et attentes des médecins généralistes français. [Thèse de médecine]. Bordeaux;2019.
- (94)** : Vandepitterie, R. Quelles sources en ligne d'information médicale les médecins généralistes utilisent-ils en consultation ? Étude de 829 sessions de recherches collectées à l'aide d'une extension de navigateur. [Thèse de médecine]. Bordeaux;2024.
- (95)** : Chaabane, S. Le médecin généraliste en retard sur ses consultations : vécu et ressenti du médecin et impact sur sa prise en charge. [Thèse de médecine]. Rouen;2018.
- (96)** : Gatard, R. *Repérage et accompagnement de l'enfant harcelé*. Dans : Martin-Lebrun E, Desvignes V. Pédiatrie ambulatoire. Doin, 2019. 688p:452-459.
- (97)** : Jaeger I. La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer ? Revue Médicale Suisse. 2008;4:161.1456.
- (98)** : *Smith PK, Shu S et al. Characteristics of victims of school bullying: Developmental changes in coping strategies and skills*. Dans : Juvonen J., Graham SH. Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized. New York : Guilford Press,2001; 440p:332-351.
- (99)** : Lusetti O. *Se soigner par l'écriture maux à mots : le concept CAS. Créer-Apprendre-Soigner : fusion de l'écriture expressive et littéraire (la narrathérapie créative ou thérapie par exposition écrite)*. Fantasy-editions, 2004. 176p.
- (100)** : Binder P. « Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? ». La revue du praticien. 2005;55:1073–1077.
- (101)** : HAS. *Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente* [En ligne]. 2014. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf

(102) : Moyniez P. Le ressenti des personnes victimes de harcèlement scolaire. [thèse de médecine]. Lille; 2017.

(103) : Mallet C. Le médecin généraliste, une personne-ressource insoupçonnée dans les situations de harcèlement scolaire. [Thèse de médecine]. Lille ; 2023.

-

(105) : Kubiszewski V, Fontaine R, et al. Évaluation du bullying scolaire (harcèlement scolaire) chez les adolescents français : validité de l'adaptation française du questionnaire agresseur/victime révisé d'Olweus (1996). Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2013;172(4):261-267.

(106) : Patte G. Comment faciliter le dépistage du cyberharcèlement chez les adolescents en médecine générale ? [Thèse de médecine]. Versailles; 2022.

-

(108) : Audrey Bolle. Les difficultés d'accès aux soins secondaires de psychiatrie : ressentis et adaptation des pratiques des médecins généralistes landais. [Thèse de médecine]. Bordeaux;2023.

(109) : HAS. Idées suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : repérer, évaluer et orienter la prise en charge. [En ligne]. Septembre 2021. Disponible : 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

(110) : Rossi I, Robillard P et al. Adolescents et jeunes adultes suicidaires : rôle du médecin généraliste. La revue du praticien. 2022;36(1067);247-249.

(111) : Handicap.fr. MonParcoursPsy : un an après, les psy vent debout. [En ligne]. 12 avril 2023. Disponible : <https://informations.handicap.fr/a-monparcourspsy-un-an-apres-psy-vent-debout-34747.php>

(112) : Assurance Maladie. Le parcours de prise en charge d'un patient dans le cadre du dispositif Mon soutien psy. [En ligne]. 25 septembre 2024. Disponible : <https://www.ameli.fr/rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime/psychologue/exercice-professionnel/parcours-prise-en-charge-patient-mon-soutien-psy>.

(113) : Le journal des psychologues. L'accès aux soins psychologiques en danger : quelles conséquences sur la profession ? [En ligne]. 23 mars 2021. Disponible : <https://www.jdpsychologues.fr/actualites/l-acces-aux-soins-psychologiques-en-danger-quelles-consequences-sur-la-profession>.

(114) : PSYCOM santé mentale info. Les lignes d'écoute. [En ligne]. Mis à jour 7 octobre 2024. Disponible : <https://www.psycom.org/sorienter/les-lignes-decoute/>

(115) : Tordjman S. Les équipes mobiles en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : similitudes, différences, et perspectives. Perspectives psy. 2022;61(3):222-233.

(116) : Assemblée Nationale. Question écrite n°16594 : Pénurie et insuffisances de la politique de médecine scolaire. [En ligne]. 26 mars 2024 [Mis à jour 11 juin 2024]. Disponible : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/questions/QANR5L16QE16594>

(117) : Egora. Maigre rémunération, missions appauvries, perte de sens... Pourquoi la médecine scolaire est-elle à la dérive ? [En ligne]. 6 septembre 2022. Disponible : <https://www.egora.fr/actus-pro/politiques/maigre-remuneration-missions-appauvries-perde-de-sens-pourquoi-la-medecine>

(118) : Meredith Santé. Où se cachent les réseaux de santé ? [En ligne]. 6 juillet 2021. Disponible : <https://www.meredithsante.com/2021/07/06/ou-se-cachent-les-reseaux-de-sante/>

(119) : Bercot R. Les réseaux de santé : une configuration sociétale. Dans : Où va le travail à l'ère du numérique ? Saint Laurent-Kogan AF, Metzger JL. Presses des mines, 2007. 274p : 51-70.

- (120)** : Pham D, Boissel J, et al., Médecins généralistes : de quelle information avons-nous besoin ? Une étude quantitative auprès des médecins adhérents à l'Unaformec RA. *Médecine*. 2008;4:369-375.
- (121)** : HAS. Comment établir un certificat médical initial. [En ligne]. 2 novembre 2019. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2975057/fr/comment-etablir-un-certificat-medical-initial-cmi
- (122)** : Mabilais A. Le médecin généraliste face aux poursuites judiciaires et ordinaires : étude circonscrite aux médecins généralistes haut-normands [Thèse de médecine]. Rouen; 2017.
- (123)** : Finon M. Le médecin face à la justice : entretiens avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire. [Thèse de médecine]. Paris ; 2014.
- (124)** : Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Article 11
- (125)** : Stamane AS. Les certificats médicaux absurdes, ça suffit. [En ligne]. 2 septembre 2024. Disponible : <https://www.quechoisir.org/actualite-medecine-generale-les-certificats-medicaux-absurdes-ca-suffit-n130838/>
- (126)** : Dr Philippe Aïm Psychiatre & Psychothérapeute. Bibliographie. [En ligne] Disponible : <https://dr-philippe-aim.com/bibliographie/>
-
- (128)** : Loi n°2022-299 du 2 mars 2022 visant à combattre le harcèlement scolaire - Article 5.
- (129)** : Karpman SB. Script drama analysis article. 1968.
- (130)** : Jolliffe D, Farrington DP. Examining the relationship between low empathy and bullying. *Aggressive behavior*. 2006;32(6):540–550.
- (131)** : Centre départemental d'éducation pour la santé. Feelings : harcèlement, en parler autrement. [En ligne]. 2023. Disponible : <https://www.codes06.org/centre-documentaire/centre-documentaire/feelings-harcelement-en-parler-autrement>
-
- (133)** : Audirep. 67% des 8-10 ans déjà sur les réseaux sociaux révèle l'étude de l'association e-Enfance3018-caisse d'épargne. [en ligne]. 2023. Disponible : <https://e-enfance.org/etude-association-e-enfance-3018-caisse-depargne-sur-le-cyberharcelement-des-8-18-ans/>
- (134)** : Gouvernement. Interdiction du téléphone portable dans les écoles et les collèges et pause numérique. [En ligne]. Mis à jour septembre 2024. Disponible : <https://www.education.gouv.fr/interdiction-du-telephone-portable-dans-les-ecoles-et-les-colleges-et-pause-numerique-7334>
- (135)** : Gouvernement. Climat scolaire et prévention des violences. [En ligne]. Mis à jour août 2024. Disponible : <https://www.education.gouv.fr/climat-scolaire-et-prevention-des-violences-11918>
-
- (137)** : LACT. Le harcèlement scolaire- Philippe Aïm - EDUM2 - 2023/24. [En ligne]. Mis à jour novembre 2023. Disponible : <https://www.lact.fr/achat/catalogue/produit/1651-le-harcelement-scolaire-philippe-aim-edum2-2023-24#id1614018092284>
- (138)** : Thibaut Marquant ML. La prévention par exposition d'affiches dans les salles d'attente des médecins généralistes : une étude qualitative sur le ressenti des patients. [Thèse d'exercice]. Rouen ; 2018.
- (139)** : Briswalter M, Mehlinger M. Les théories de l'apprentissage. Université de Lorraine DACIP ; 2022. 9p. Disponible : <https://sup.univ-lorraine.fr/les-theories-de-lapprentissage/#:~:text=Celle%2Dci%20se%20traduisant%20par,par%20extension%2C%20l'apprentis sage.>

-
-

(142) : Arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant de l'Article R.2132-1 du code de la santé publique.

(143) : Article L. 542-2 du code de l'éducation complété par les mots : « ou victimes de harcèlement scolaire ». [En ligne]. Disponible : https://www.senat.fr/amendements/2021-2022/324/amdt_28.html

(144) : Chazalon P. Comment cultiver le bien-être au travail. [En ligne]. 11 juillet 2019. Disponible : <https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/opinion-comment-rendre-ses-equipes-heureuses-1037248>

(145) : Hoareau N, Bagès C et al. Développer les compétences psychosociales des élèves pour lutter contre le harcèlement scolaire : une revue de la littérature. *Canadian psychology*. 2017;58(4):379-394.

ANNEXES

Annexe 1 : Affiches du gouvernement ou avec le projet « Non au harcèlement »


**MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION
NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*



Et si
l'autre
c'était
toi ?

Si tu es témoin ou victime
de harcèlement, il y a toujours
une personne de confiance pour
en parler dans ton établissement.

Pour signaler une situation
de harcèlement :
Service d'appel gratuits - Numéro d'appel national

→ **3020** 

Pour signaler une situation
de cyberharcèlement :
Service d'appel gratuits - Numéro d'appel national

→ **3018** 

NON AU HARCELEMENT
MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE

FACE AU HARCÈLEMENT, OUVRE TES SENS!

Quand tu entends,

Quand tu vois,

Ne fais pas
semblant!





Parles-en!

Si tu es témoin
ou victime de harcèlement,
il y a toujours une personne
de confiance pour en parler
dans ton établissement.

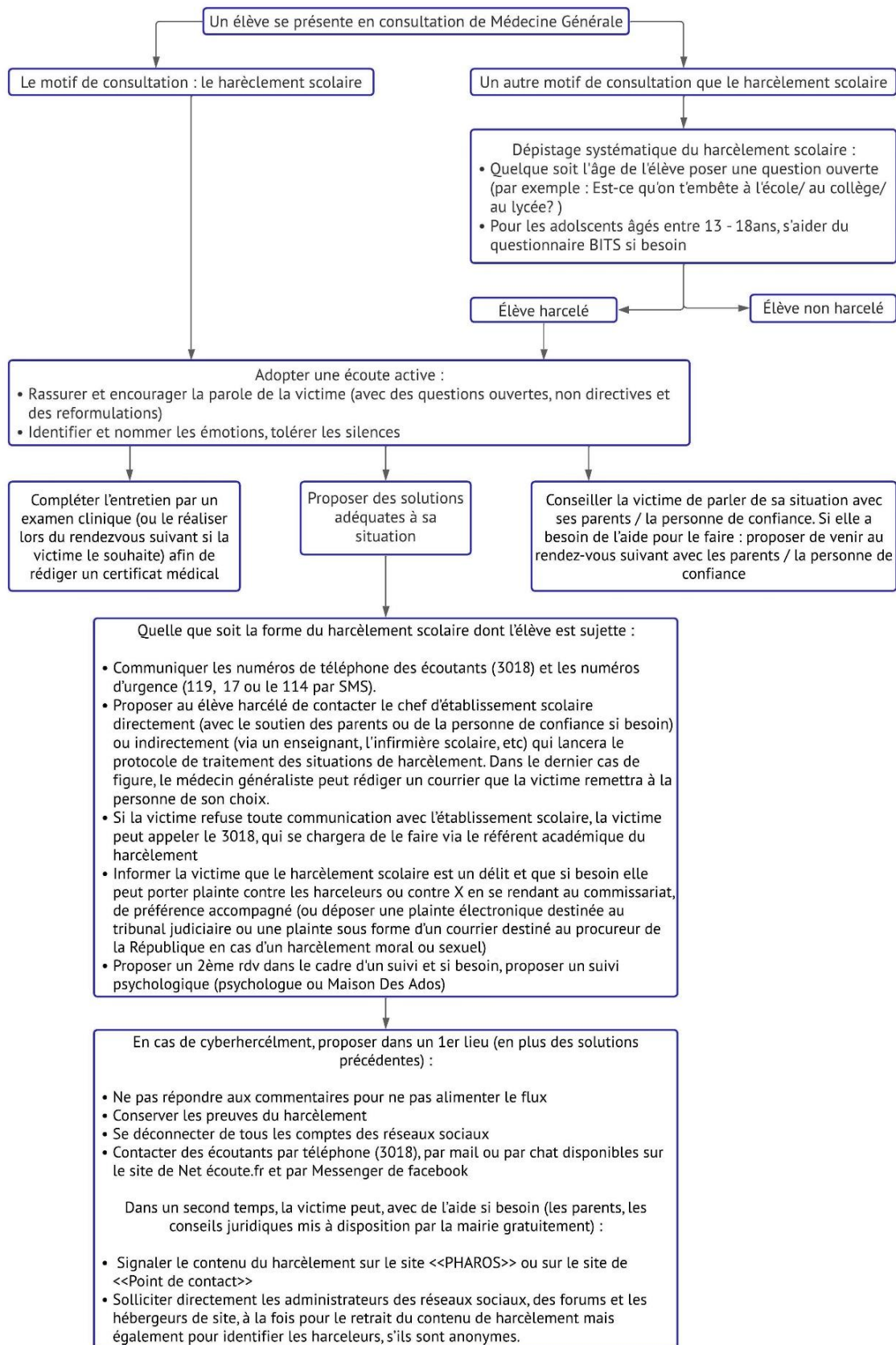
Plateforme nationale
pour les victimes
de harcèlement :
3018

NON AU HARCÈLEMENT

Annexe 2 : synthèse du plan de lutte interministériel de la rentrée 2023

	100 % PRÉVENTION	100 % DÉTECTION	100 % SOLUTIONS
 ÉCOLE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Coordinateurs harcèlement dans tous les établissements scolaires via le dispositif pHARe ✓ Formation de tous les enseignants, personnels d'éducation, AESH et professionnels de la jeunesse et des collectivités ✓ 1 000 services civiques dédiés dans tous les lieux de vie de l'enfant ✓ Systematisation de la sensibilisation des élèves et des parents ✓ Des cours d'empathie pour développer les compétences psychosociales des élèves 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Numéro unique : 3018 ✓ Plus de personnel dédié au harcèlement dans chaque académie ✓ Questionnaire soumis à tous les élèves dès le CE2 pour un recueil systématique de la parole ✓ Stage de détection aux risques pour les parents volontaires ✓ Temps de parole dédiés pour les élèves et les parents 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Équipes académiques d'intervention ✓ Changement d'établissement de l'élève harcelé en cas de harcèlement grave
 SPORT	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formation de tous les éducateurs sportifs et des bénévoles ✓ Sensibilisation renforcée des présidents de fédérations, des directeurs techniques nationaux, et des directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse, de l'éducation et des sports 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suivi systématique de la lutte contre le harcèlement dans les contrats de délégation des fédérations ✓ Contrôles renforcés de l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGESR) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Protection renforcée des sportifs contre le cyberharcèlement
 NUMÉRIQUE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diffusion d'un livret de prévention contre le cyberharcèlement auprès des enfants en école primaire ✓ Label « Parents, parlons numérique » pour les associations qui accompagnent les familles 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bouton de signalement qui renvoie vers la plateforme 3018 sur l'ensemble des réseaux sociaux ✓ Passport numérique Pix 6^e pour sensibiliser aux risques et aux gestes à adopter en ligne pour tous les élèves de 6^e 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exclusion du réseau social qui a servi au délit, d'une durée de six mois à un an, en cas de harcèlement grave
 POLICE - GENDARMERIE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Présentations par les policiers et les gendarmes en milieu scolaire pour sensibiliser les familles aux risques encourus ✓ Renforcement de la formation pour tous les policiers et les gendarmes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grille d'évaluation commune (police, gendarmerie, justice) pour mieux prendre en compte les dépôts de plainte 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en place d'un dispositif national harmonisé par l'Office des mineurs (Ofmin) pour une meilleure prise en charge des plaintes des victimes
 JUSTICE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcement de la formation des magistrats et du personnel de la Protection judiciaire de la jeunesse ✓ Mobilisation des professionnels de justice pour sensibiliser les élèves à cette infraction et aux risques de sanctions encourus 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comités locaux d'aide aux Victimes (Clav) : un référent éducation, police-gendarmerie et justice à l'échelle locale dans chaque parquet ✓ Grille d'évaluation commune (police, gendarmerie, justice) pour mieux prendre en compte les plaintes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Saisine systématique et immédiate du procureur pour chaque situation préoccupante ✓ Référé harcèlement dans tous les tribunaux ✓ Sanctions pénales graduées: stages de citoyenneté (parents + élèves); justice restaurative ; réparation pénale ; peines aggravées allant jusqu'à dix ans en cas de suicide ✓ Confiscation du téléphone portable
 SANTÉ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Création de modules de formation dédiés au repérage des troubles anxieux et dépressifs chez l'enfant ✓ Intervention des professionnels de santé dans les établissements scolaires tout au long de l'année ✓ Coopération territoriale renforcée entre les professionnels de santé et les personnels de santé scolaire ✓ Consolidation du réseau des maisons des adolescents pour en faire une ressource d'expertise pour le personnel scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Travail avec les professionnels de santé pour améliorer les signalements des cas de harcèlement 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcement du dispositif Mon soutien psy : <ul style="list-style-type: none"> • conditions d'accès facilitées pour les consultations avec des psychologues • augmentation du nombre de séances prises en charge par l'Assurance maladie

Annexe 3 : Outil Fernando initial (avant les quelques corrections de présentation, apportées par l'équipe de recherche, par souci de clarté)



Annexe 4 : Premier questionnaire sur LymeSurvey®

« Bonjour à tous,

Tout d'abord, merci à vous d'avoir accepté de participer à mon étude dans le cadre de la réalisation de ma thèse d'exercice en médecine. Elle a pour but d'évaluer l'acceptabilité d'un arbre décisionnel sur le harcèlement scolaire par les médecins généralistes.

L'étude sera en 3 étapes. Nous sommes ici à la 1ère étape.

Ce 1er questionnaire va essentiellement servir à recueillir des données sociodémographiques sur vous et vous inclure dans l'étude. Le remplissage de ce questionnaire vous prendra moins de 3 minutes. Un grand merci à vous ! Il y a 13 questions dans ce questionnaire. »

Questions personnelles épidémiologiques des participants

* Pouvez-vous indiquer votre nom et votre prénom ?

* Pouvez-vous indiquer votre sexe ?

♀
Féminin

♂
Masculin

* Pouvez-vous indiquer la tranche d'âge à laquelle vous appartenez ?

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- moins de 30 ans
- 30-40 ans
- 40-50 ans
- 50-60 ans
- 60-70 ans
- plus de 70 ans

* Avez vous des enfants ?

✓
Oui

⊘
Non

Questions épidémiologiques relatives à l'exercice professionnel

Depuis combien de temps êtes vous installé ?

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- moins de 10 ans
- entre 10 et 20 ans
- entre 20 et 30 ans
- plus de 30 ans
- non concerné

Pouvez-vous préciser votre mode d'exercice ?

● Cochez la ou les réponses

- seul
- en groupe
- libéral
- salariat

Pouvez-vous préciser votre lieu d'exercice ?

📌 Cochez la ou les réponses

- rural
- semi-rural
- ville
- zone REP (réseau d'éducation prioritaire) ou REP+

* Quel est votre département de lieu d'exercice ?

📌 Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

* Avez-vous réalisé des formations complémentaires ?

📌 Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

- DU
- FST
- FMC
- autres
- aucune

* Pouvez-vous estimer le pourcentage d'enfants dans votre patientèle ?

📌 Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Questions épidémiologiques en lien direct avec le sujet de la thèse

* Avez-vous déjà été en contact avec des personnes harcelées à l'école ou avez-vous subi du harcèlement scolaire vous-même ?

Oui Non

* Suivez-vous des enfants harcelés à l'école dans votre patientèle ?

Oui Non

FIN

Merci de préciser vos données de contact préférées, si vous acceptez d'être recontacté pour un entretien à l'issue des 2 questionnaires en ligne.

Envoyer

Annexe 5 : Deuxième questionnaire de recrutement, sur LymeSurvey®

« Bonjour à tous,

Tout d'abord, merci encore à vous d'avoir accepté de participer à mon étude dans le cadre de la réalisation de ma thèse d'exercice en médecine. Elle a pour but d'évaluer l'acceptabilité d'un arbre décisionnel sur le harcèlement scolaire par les médecins généralistes.

L'étude sera en 3 étapes. Merci à vous d'avoir répondu au 1er questionnaire. Nous sommes ici à la 2e étape. Ce 2e questionnaire va permettre de savoir si l'outil (mis à disposition il y a 1 mois) a été utilisé par les médecins. Et si oui, recueillir l'avis des médecins sur l'outil.

Le remplissage de ce questionnaire vous prendra moins de 5 minutes.

Si vous considérez qu'1 ou 2 semaines supplémentaires d'utilisation de l'outil sont encore nécessaires (pour atteindre une utilisation d'un mois environ), vous pouvez patienter avant de répondre et je reviendrai vers vous dans 1 ou 2 semaines. Un grand merci à vous !

Il y a 12 questions dans ce questionnaire. »

Données de contact

* Pouvez-vous préciser votre NOM et votre prénom s'il vous plaît ?

Utilisation ?

* Avez-vous utilisé cet outil décisionnel ?



Oui



Non

Si oui, combien de fois environ ?

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

1ère partie de l'outil, sur le DEPISTAGE du harcèlement

Les prochaines questions vont concerner la 1ère partie de l'outil, sur le DEPISTAGE du harcèlement scolaire :

Avez-vous trouvé cette partie de l'outil utile à votre pratique quotidienne ?

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Pas d'avis

Avez-vous trouvé cette partie de l'outil adapté à la médecine générale ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Pas d'avis

Avez-vous trouvé cette partie de l'outil facile d'utilisation ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Pas d'avis

2e partie de l'outil : sur la PRISE EN CHARGE du harcèlement scolaire

Les prochaines questions vont concerner la 2e partie de l'outil, sur la PRISE EN CHARGE du harcèlement scolaire :

Avez-vous pu utiliser la partie PRISE EN CHARGE de l'arbre décisionnel auprès d'élèves harcelés ou harceleurs ?

Si oui, combien de fois environ ?

Avez-vous trouvé cette partie de l'outil utile à votre pratique quotidienne ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Pas d'avis

Avez-vous trouvé cette partie de l'outil adapté à la médecine générale ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Pas d'avis

Avez-vous trouvé cette partie de l'outil facile d'utilisation ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Pas d'avis

Arbre décisionnel ENTIER

* Les prochaines et dernières questions vont concerner l'arbre décisionnel EN TOTALITE :

* De façon générale, votre opinion sur cet outil est :

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- très positive
- plutôt positive
- plutôt négative
- très négative
- pas d'avis

* Avez-vous des remarques particulières à ajouter ?

Merci à vous du temps que vous venez de consacrer à mon étude !

Envoyer

©2023 Université de Rouen Normandie

Mentions légales • Protection des données • Contact

Annexe 6 : Grille d'entretien finale

Grille d'entretien finale

Remerciements, rappel du cadre de l'étude, des conditions de l'entretien et vérification orale du consentement.

Rôle du médecin dans la problématique du harcèlement scolaire

- 1) Pouvez-vous raconter un cas de harcèlement scolaire ?
 - Pouvez-vous raconter ce que vous aviez ressenti ?
- 2) Comment définiriez-vous le harcèlement scolaire ?
- 3) Comment voyez-vous le rôle du médecin généraliste dans cette problématique ?

Utilisation de l'outil (facultative)

- 4) De quelle manière avez-vous utilisé l'outil (si vous l'avez utilisé) ?
 - Que pensez-vous de son utilisation en médecine générale ?
 - Qu'avez-vous pensé de la version informatique ?
- 5) Comment cet outil peut changer vos pratiques dans le harcèlement scolaire ?
 - Comment preniez-vous en charge le harcèlement scolaire avant cet outil ?
 - Quels ont été les informations les plus pertinentes pour vous ?
 - Avez-vous eu des cas d'amélioration grâce à l'outil ? et avant l'outil ?
- 6) Comment (si vous le souhaitez) pensez-vous utiliser cet outil à l'avenir ?
 - Comment faire pour qu'il ne passe pas dans l'oubli ?

Freins et améliorations de l'outil

- 7) Quelle opinion globale avez-vous de cet outil et pourquoi ?
 - Visuel ? Contenu ? Mise en application ?
- 8) Quelles pourraient être les limites à son utilisation ?
 - De façon plus générale : au dépistage et prise en charge du harcèlement scolaire ?
 - Quelles ont été les réactions des enfants ?
- 9) Comment peut-on améliorer cet outil ? (si besoin de l'améliorer)
 - Quelles difficultés avez-vous rencontrées, non résolues par l'outil ?
 - Avez-vous eu des cas de victimes de harcèlement scolaire qui n'avaient pas pu s'améliorer ? pour quelle raison ?

Avez-vous des remarques à ajouter ?

Remerciement de participation et proposition de retour des résultats

- = questions de relance

Annexe 7 : Lettre d'information de participation à l'étude envoyée avant la réalisation des entretiens.



UNIVERSITÉ DE ROUEN NORMANDIE
DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES



Lettre d'information des participants à la recherche

Isaure JOUBERT
323 route de Darnétal
76 000 ROUEN
isaure.joubert@univ-rouen.fr

Rouen, le 27/01/2024

Objet : Participation à une étude portant sur le dépistage et la PEC du harcèlement scolaire par le médecin généraliste

Madame, Monsieur,

Étudiante en médecine générale à l'Université de Rouen, exerçant en tant que médecin généraliste remplaçante, je réalise ma thèse sur l'**évaluation après utilisation d'un outil de dépistage et de prise en charge du harcèlement scolaire**. À ce titre, je me permets de vous solliciter afin de :

- Répondre à 2 questionnaires à quelques semaines d'intervalle.
- Participer à un entretien après utilisation de cet outil, dans le cadre d'une étude qualitative.

Si vous acceptez de participer à cette étude, je tiens à vous apporter les informations suivantes :

- L'ensemble des informations recueillies seront détruites/anonymisées dans un délai de trois mois suivant la soutenance de mon projet,
- Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données EU-2016/679, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et de rétractation sur le traitement des données, droit que vous pouvez exercer en me contactant (**cf coordonnées ci-dessus**)

En cas de difficulté, vous pouvez saisir le Délégué à la Protection des Données de l'Université de Rouen par téléphone au 02-35-15-61-33, par courriel à l'adresse dpo@univ-rouen.fr ou par voie postale à l'adresse :

Monsieur le Délégué à la Protection de Données
Bâtiment 26A
Université de Rouen Normandie
1 rue Thomas Becket
76821 Mont Saint Aignan Cedex

Si après nous avoir contacté, vous estimez que vos droits relatifs à la protection de vos données personnelles n'ont pas été respectés, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle locale via le site <http://www.cnil.fr>.

Soyez assuré que je reste disposition pour répondre à vos éventuelles questions concernant ma requête.

Très sincèrement,

Isaure JOUBERT

Signature



Normandie Université

Annexe 8 : Formulaire de consentement à signer par chaque médecin avant la réalisation de l'entretien



UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE
DIRECTION GENERALE DES SERVICES



Délégué à la protection
des données

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Le présent document vous invite à participer à un projet de recherche dont les modalités seront décrites dans les prochains paragraphes. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions.

Titre du projet : Evaluation de l'acceptabilité par le médecin généraliste d'un outil de dépistage de harcèlement scolaire

Chercheur principal : JOUBERT Isaure – Préparation au doctorat de médecine générale – UFR santé de Rouen

Vous pouvez me joindre par courrier électronique à l'adresse isaure.joubert@univ-rouen.fr, pour toute information ou tout problème lié au projet de recherche. Cette recherche est réalisée sous la supervision du **Dr Louise GOLDSTEIN, médecin de l'éducation nationale – secteurs Gennevilliers- Levallois.**

Objectifs du projet : Le but de cette recherche est d'évaluer auprès de médecins généralistes l'acceptabilité d'un outil de dépistage et de prise en charge de harcèlement scolaire.

Raison et nature de la participation : Il vous est proposé de participer à cette recherche. Cette participation consiste à répondre à 2 questionnaires à un intervalle de plusieurs semaines. Vous avez accepté aussi de participer à un entretien semi-dirigé pour discuter de l'outil suite à l'utilisation. Cet entretien sera enregistré en audio/visuel si vous l'acceptez. Les données recueillies seront retranscrites puis anonymisées puis l'enregistrement sera supprimé.

Compensation financière : Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à cette recherche.

Droit de retrait sans préjudice de la participation : Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit en faisant connaître votre décision au chercheur principal du projet. Vous pouvez aussi demander que les données déjà collectées vous concernant ne soient pas utilisées.

Confidentialité, partage, surveillance et publications : Les données vous concernant demeureront strictement confidentielles dans les limites de la loi et seront utilisées à des fins de recherche dans le but de répondre à l'objectif scientifique de l'étude décrit dans le présent document. Votre identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et toutes informations vous concernant seront traitées de façon confidentielle. Les données recueillies et/ou enregistrées pour cette étude seront détruites aussitôt l'étude réalisée.

Consentement libre et éclairé du participant :

Je, soussigné(e) _____ déclare avoir lu et compris les informations contenues dans le présent document et en avoir reçu un exemplaire. Je comprends le motif et les modalités de ma participation que la nature de l'étude. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. J'accepte donc de participer à cette étude et j'accepte que l'entretien réalisé en visioconférence soit enregistré dans un premier temps puis détruit après retranscription et anonymisation des données.

Par la présente, j'accepte de participer à cette recherche.

Signature : _____ Date : _____



Normandie Université

Annexe 9 : Harcélomètre

IPNS - Ne pas jeter sur la voie publique

LE HARCELOMETRE

Outil de prévention et de sensibilisation à destination des jeunes filles et garçons de **12 à 18 ans**. Objectif : lutter contre toutes les formes de violences répétées caractéristiques de harcèlement (à l'école, sur internet, dans le sport...). Réalisé par France Victimes 41.

116 006 Numéro d'aide aux victimes
3020 Numéro d'appel national NON AU HARCELEMENT
FRANCE VICTIMES 41 OUBERTIER

Lutter contre toutes les formes de harcèlement auprès des jeunes

Profilte quand...	Fais attention et dis STOP quand...	Alerte et demande de l'aide quand...
1 tu échanges des messages amicaux	6 on fait de temps en temps des blagues sur toi	17 on met des photos de toi sur internet sans ton accord
2 on te soutient dans les moments difficiles	7 on te choisit en dernier pour les activités de groupe	18 on t'incite à te faire du mal
3 tu fais du sport et tu as des loisirs	8 on se moque de toi (surnom...)	19 on te pousse à bout, on essaye de te mettre en colère
4 les amis ou camarades sont des ressources pour toi	9 on dégrade tes affaires scolaires	20 on t'humilie sexuellement (Surnom, photomontage...)
5 tu maîtrises internet et tu sais t'en passer	10 on t'ignore, on t'isole	21 on te touche les parties intimes pour se moquer
	11 on t'empêche de t'exprimer	22 on te menace sur internet (Snap, Insta, TikTok...)
	12 on te photographie à ton insu	23 on te rackette ou on te menace de violences
	13 on t'insulte sur les réseaux	24 on te donne des coups, on te frappe
	14 tu entends des rumeurs sur toi	
	15 on t'interdit de parler aux autres	

AUTEUR : Nom : JOUBERT **Prénom :** Isaure

Date de soutenance : 17/10/2024

Titre de la Thèse : Evaluation de l'acceptabilité par les médecins généralistes d'un outil de dépistage et de prise en charge du harcèlement scolaire en médecine générale

RESUME

Introduction : Depuis quelques années, une prise de conscience du harcèlement scolaire et de ses conséquences, a entraîné des mesures gouvernementales en France. Sa prévalence était difficilement évaluable et rendait le suivi de son évolution difficile ; mais le harcèlement scolaire semblait stagner et le cyberharcèlement augmenter. Le médecin généraliste, en raison de sa relation de confiance, et de sa place de soins de premier recours, pouvait avoir un rôle central dans l'accompagnement de l'enfant. L'absence de recommandations de pratiques pour les médecins généralistes avait motivé un travail de recherche par le Dr Fernando. A l'aide d'une ronde Delphi (méthode de consensus d'experts), il avait élaboré un outil à destination des médecins généralistes. L'objectif principal de cette étude était de savoir si ce dernier répondait aux attentes des médecins généralistes dans la prise en charge du harcèlement scolaire. L'objectif secondaire était de savoir quels moyens pouvaient être mis en place pour répondre aux difficultés qui persistaient malgré l'outil.

Méthodologie : La méthode qualitative avec une approche par théorisation ancrée a été choisie. Dix-huit entretiens individuels ont été menés auprès de médecins généralistes ayant utilisé l'outil ou auprès de médecins pouvant y être confrontés.

Résultats : Les résultats de cette étude suggéraient que les médecins appréciaient l'outil, qui semblait adapté à la médecine générale. Les difficultés retrouvées dans cette étude concernaient le mutisme des victimes, l'aspect chronophage des consultations « psychologiques », et le sentiment d'impuissance et de solitude dans la prise en charge des victimes. L'outil offrait des solutions et semblait également présenter des possibilités d'amélioration. Ce travail avait également permis d'identifier que le cadre juridique inhérent au harcèlement scolaire semblait constituer une réticence, qui n'était pas établie clairement jusqu'alors.

Conclusion : L'outil Fernando semble constituer un très bon support dans la lutte contre le harcèlement scolaire par les médecins généralistes. Les pistes d'amélioration de celui-ci et les réflexions dépassant le cadre de l'outil émanant de ce travail, ouvrent la voie à de nouvelles recherches. Cet avenir prometteur nécessite la poursuite de la sensibilisation des médecins généralistes à ce sujet important.

MOTS-CLES

brimades, harcèlement scolaire, intimidation, cyberharcèlement, violences scolaires, médecine générale, arbre de décision, dépistage et prise en charge, étude de faisabilité, étude d'acceptabilité